

UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

CAMPUS TUXTEPEC

Diagnóstico de la Situación de Salud con el Modelo de Nola J. Pender en el Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.

Para obtener el título de:

Licenciatura en Enfermería

Presenta:

Olivia Tenorio Mendoza

Director de Tesis:

M.C.E. Rosalva Moya Suarez

TUXTEPEC OAXACA 2017

DEDICATORIAS

A Dios

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino, darme fuerzas para superar los obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida, y por regalarme una maravillosa familia.

A mi madre Sinforiana Mendoza Hipólito

Por haberme apoyado en todo momento y por darme la vida, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Vicente Tenorio Ángel

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, confianza y por el valor mostrado para salir adelante y por su amor brindado siempre, lo amo.

A mis familiares

A mis hermanas, Ana e Imelda que fueron mi fuente de energía, no tengo palabras para agradecerles todo el apoyo, amor y cariño sincero brindado en todo momento de este trayecto y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

AGRADECIMIENTO

Al concluir este proyecto de investigación quiero presentar mi reconocimiento a todas las personas que a lo largo de esta formación han colaborado de manera concreta con diferentes aportaciones y apoyo moral.

A la M.C.E. Rosalva Moya Suárez, mi asesora, quien con comprensión, apoyo, asesoría invaluable y conocimiento de manera excepcional, supo guiarme en el transcurso de la investigación y de esta manera culminar el trabajo.

Al Doctor Javier Damián Simón, mi Co-asesor, por su atención, apoyo y dedicación brindada para culminar con éxito esta tesis, con respeto y admiración le doy gracias por dedicarle tiempo a esta etapa más en mi vida profesional.

A Lizbeth a Ángela por el apoyo incondicional brindado en todo momento y por demostrarme que podremos ser grandes amigas y compañeras de trabajo a la vez, y a todas las personas que me apoyaron directa e indirectamente.

Agradezco al Centro de Salud Rural del municipio de San Felipe Usila y a todo el personal que conforma el núcleo básico, por el apoyo brindado de información con tiempo y forma, en la obtención de datos para el estudio de investigación.

A la Universidad del Papaloapan por todos los años de conocimientos manifestados durante mi formación profesional.

A mis profesores de la Carrera de Licenciatura en Enfermería por compartir sus conocimientos previos en mi vida estudiantil, por enseñarme los valores y la ética profesional en mi persona, la confianza, el trabajo en equipo y la responsabilidad.

RESUMEN

El diagnóstico de salud comunitario, constituye la base de cualquier intervención, consiste en una descripción detallada de una comunidad, de su estado de salud, así como los factores responsables de dicho estado y de los problemas y necesidades sentidas por la población. El objeto de esta tesis es el Diagnóstico de Salud, y se desarrolló en tres fases. **Objetivo:** Identificar la situación de salud con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, en el Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca. **Metodología:** Se efectuó un diagnóstico de salud, identificando en qué medida los **Factores Demográficos, Factores Sociales y Estilo de vida** influyen en el estado de salud y enfermedad en dos núcleos básicos de influencias del Centro de Salud Rural, de la Jurisdicción Sanitaria N° 3. Para recabar la información se utilizó la cédula de Microdiagnóstico de salud a toda la población del área de influencia, en esta recolección fue necesario el apoyo de las enfermeras del Centro de Salud. **Resultado:** Mediante un estudio transversal, observacional y descriptivo, se analizaron los resultados con medidas de estadística descriptiva, observándose una población total de estudio es 5 641 habitantes, en donde predomina el 53.32% el sexo femenino y 46.68% el sexo masculino, en las cuales permitió identificar las variables de estudio Demográficas, Sociales y Estilo de vida. **Conclusión:** Los resultados permitieron identificar los factores de riesgo que intervienen sobre la salud de la comunidad.

Palabras Clave: Salud, Diagnóstico de salud, Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender.

ÍNDICE

DEDICATORIAS	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN	IV
ÍNDICE	V
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURA.....	IX
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos.....	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
HIPÓTESIS	7
CAPITULO I	8
1. MARCO TEÓRICO.....	8
1.1. Antecedentes Históricos	8
1.2. Factores Demográficos	12
1.2.1. La edad.....	12
1.2.2. El sexo	13
1.2.3. El origen étnico o raza	13
1.3. Factores Sociales.....	14
1.3.1. El nivel Socioeconómico	14
1.3.2. Riesgos ocupacionales	14
1.3.3. Riesgos ambientales.....	14
1.3.4. El Estado Civil y Variables Familiares,.....	15
1.4. Estilo de vida.....	16
1.4.1. El Consumo de Tabaco, Actualmente,.....	16
1.4.2. El Abuso de Alcohol y Drogas	17
1.4.3. Dieta Inadecuada.....	17
1.4.4. Actividad Física Inadecuada	18
1.5. El modelo de promoción de la salud, de Nola J. Pender.....	18

1.6. Datos del municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.....	23
1.6.1. Generalidades Del Municipio.	23
1.6.2. Antecedentes Históricos San Felipe Usila.	24
1.6.3. Hidrografía	25
1.6.4. Clima.....	26
1.6.5. Vegetación	26
1.6.6. Fauna.....	27
1.6.7 Medio de Transporte.....	27
1.6.8. Organización Social.	27
1.6.9. Instituciones Educativas	28
1.6.10. Instituciones Religiosas.	29
1.6.11. Instituciones de Salud y Seguridad Social.	29
1.6.12. Organización Económica.	30
1.6.13. Nivel Cultural.....	32
CAPITULO II	37
2. MARCO CONCEPTUAL	37
2.1. El concepto de salud.....	37
2.2. Concepto de accesibilidad	40
2.3. Concepto de Atención Primaria de la Salud	40
2.4. Promoción de salud	41
2.5. El concepto de Diagnóstico de Salud.	41
2.6. Concepto de Estilo de vida	43
2.7. Concepto de Educación para la Salud.....	44
CAPITULO III	46
3. MATERIALES Y MÉTODOS	46
3.1. Metodología	46
3.2. Universo de estudio	46
3.3 Instrumento para obtener la información.....	47
3.4. Análisis y tratamiento de la información.....	47
CAPITULO IV	49
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
4.1 Aspectos generales.....	49

4.1.1. Variable 1. Características Demográficas	49
4.1.2 Variable 2: Características Sociales.....	59
4.1.3 Variable. Característica del Estilo de vida	71
4.2. Evaluación de variables por grupo de estudio	77
4.2.1. Variable 1: Demográficas.....	77
4.2.2. Variable 2: Sociales	77
4.2.3. Variable 3: Estilo de Vida.....	78
CAPITULO V	79
5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	79
5.1. Conclusiones.....	79
5.2. Sugerencias	81
Anexos	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición operacional de las variables -----	49
Tabla 2. Población total del Municipio de San Felipe Usila.-----	50
Tabla 3. Distribución porcentual de la población por grupo de Edad y Sexo por módulo I y módulo II 2016. -----	52
Tabla 4. Atención Preventivas Integradas de la población. -----	53
Tabla 5. Población vacunada < 5 años del municipio de San Felipe Usila.-----	54
Tabla 6. Morbilidad de la población > 12 años del Municipio de San Felipe Usila 2016. -----	55
Tabla 7. Causas de Mortalidad de la población. -----	56
Tabla 8. Tipo de familia de la población por módulo I y módulo II 2016. -----	57
Tabla 9. La religión de la población total por módulo I y módulo II 2016. -----	58
Tabla 10. Definición operacional de las variables.-----	59
Tabla 11. Ingreso Económico familiar de la población por módulo I y módulo II 2016 -----	60
Tabla 12. Escolaridad de la población > 6 años del 2016. -----	61
Tabla 13. Ocupación de la población >12 años. -----	62
Tabla 14. Sistema de Abastecimiento de Agua de la población total familiar por módulo I y módulo II 2016. -----	63
Tabla 15. Condiciones de la vivienda. Techo por módulo I y módulo II 2016. -----	64
Tabla 16. Condiciones de la vivienda. Paredes por módulo I y módulo II 2016. ---	65
Tabla 17. Condiciones de vivienda. Piso por módulo I y módulo II 2016. -----	66
Tabla 18. Condiciones de vivienda. Cuartos por módulo I y módulo II. -----	67
Tabla 19. Sistema de Drenaje de la población por módulo I y módulo II 2016.----	68
Tabla 20. Sanidad del Almacenamiento de Basura por módulo I y módulo II 2016. -----	69
Tabla 21. Estado civil de la población > 12 años del acuerdo al grupo de edad y sexo por módulo I y módulo II 2016.-----	70
Tabla 22. Definición operacional de las variables.-----	71
Tabla 23. Toxicomanías de la población por módulo I y módulo II 2016. -----	72
Tabla 24. La planificación familiar de la población del municipio de San Felipe Usila por módulo I y módulo II 2016.-----	73
Tabla 25. Habito de Higiene Familiar de la población. -----	74
Tabla 26. Alimento de mayor Consumo Familiar de la población. -----	75
Tabla 27. Servicio de Salud familiar por módulo I y módulo II 2016. -----	76

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1. Meta Paradigma. -----	19
Figura 2. .Puerta del cielo. -----	25
Figura 3. Parroquia de San Felipe Usila. -----	29
Figura 4. Jarabe usileño. -----	32
Figura 5. Huipil de Gala de Usila. -----	33
Figura 6, Huipil de Gala de Usila. -----	34
Figura 7. Huipil Antiguo de Usila. -----	35
Figura 8. Caldo de piedra.. -----	36
Figura 9. Distribución de la población por sexo. -----	50
Figura 10. Pirámide poblacional general-----	52
Figura 11. Grupo de edades por intervención -----	53
Figura 12. Población vacunada < 5 años. -----	54
Figura 13. Morbilidad de la Población > 12 años. -----	55
Figura 14. Tasa de Mortalidad de la población. -----	56
Figura 15. Tipo de familia. -----	57
Figura 16. Religión de la población. -----	58
Figura 17. Ingreso Económico familiar. -----	59
Figura 18. Escolaridad de la población. -----	60
Figura 19. Ocupación de la Población > 12 años.-----	62
Figura 20. Abastecimiento de agua.-----	63
Figura 21. Techo de la vivienda. -----	64
Figura 22. Paredes de la vivienda. -----	65
Figura 23. Piso de la vivienda. -----	66
Figura 24. Cuartos de la vivienda. -----	67
Figura 25. Sistema de drenaje. -----	68
Figura 26. Sanidad de almacenamiento de basura. -----	69
Figura 27. Estado civil de la población > 12 años. -----	71
Figura 28. Toxicomanías de la población. -----	72
Figura 29. Panificación familiar de la población. -----	73
Figura 30. Hábitos de higiene familiar. -----	74
Figura 31. El alimento de mayor consumo familiar. -----	75
Figura 32. Servicio de salud familia.-----	76

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud se constituye como unas estrategias encaminadas a desarrollar proceso de actividades individuales y grupales, con la finalidad de modificar conductas de riesgos, estilos de vidas saludables; teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales, que requiere ser intervenidas por los Profesionales de salud como un todo, para así conseguir personas y comunidades saludables (Dever, 2013).

El objetivo de esta tesis es el análisis de la situación de salud con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, en el Municipio de San Felipe Usila, retomando dos núcleos básicos que conforman el Centro de Salud de la Jurisdicción Sanitaria N° 3, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, para la realización se llevó a cabo un análisis de tipo cuantitativo y transversal, en el periodo de marzo 2016 a marzo 2017. Los resultados obtenidos, permitieron identificar los principales factores de riesgo que intervienen sobre la salud de la población siendo el eje vertebradores del estudio.

Permitió identificar las variables Demográficas, Sociales y de Estilos de vida que caracterizan a la comunidad desde la estructura existente de ella, contemplando la vida de las personas de manera más holística con una visión positiva, integral y multidimensional de la salud. Constan de dos perspectivas para efectuar el diagnóstico de salud poblacional: una se vincula con los servicios de salud; otra integra la participación poblacional (Dever A. , 1991).

Esta información analiza la situación en tres fases:

Fase 1. Mapeo de indicadores. Se efectuó una búsqueda electrónica sistemática en diferentes fuentes bibliográficas de informe de salud, estadísticas de salud e informes nacionales e internacionales de formas estructuradas y también manuales, revistas y libros.

Fase 2. Categorización y selección de los indicadores. La extracción de los datos se realizó de manera independiente a través de visita domiciliaria en la que se utilizó la cédula de Microdiagnóstico de salud a 5 641 habitantes distribuidas en

dos núcleos Básicos de influencias del Centro de Salud Rural, con los siguientes variables de estudios, Demográficas, Sociales y Estilos de vida que identificaron de forma sistematizada los factores de riesgos para la salud de la población asentada en un área de influencia determinada.

Fase 3. Disponibilidad para evaluar los indicadores. Se caracteriza tres indicadores, las demográficas, sociales y estilos de vida.

El estudio que hemos realizado ha permitido obtener datos concretos para identificar los factores de riesgo que intervienen sobre la salud de la comunidad, en la práctica clínica, con los cuidados de enfermería comunitario con un proceso que incluye la planeación, la ejecución, la evaluación, la integración del diagnóstico propiamente dicho, la priorización de los eventos en salud a atender a mejorar y orientar las intervenciones institucionales que permita mejorar las condiciones de salud de una población, a través de la atención Primaria de la Salud (APS).

JUSTIFICACIÓN

Desde hace décadas la atención a la salud de la población, a través de la Atención Primaria a la Salud (APS), es considerada la piedra angular de las estrategias nacionales y regionales para alcanzar la equidad y el mejoramiento equitativo de salud y desarrollo humano, bajo valores como el desarrollo a la salud, la equidad y la solidaridad, es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido una promotora desde que adoptó este enfoque como elemento central para alcanzar la salud (Eva, 2010).

De los 570 Municipios que conforma el Estado de Oaxaca, se encuentra el municipio de San Felipe Usila, perteneciente al Distrito de San Juan Bautista, Tuxtepec, que cuenta con un total de 5 641 habitantes, 2 062 Familias, de los cuales 2 633 son del sexo masculino y 3 008 son del sexo femenino.

En la metodología se Identificaron las variables de estudio como los factores Demográficas, factores Sociales y Estilos de vida, en la que se identificaron los factores de riesgo que intervienen sobre la salud de la población. Mediante un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, se analizaron los resultados con medidas de estadística descriptiva, observándose una población total de estudio es 5 641 habitantes, en donde predomina el 53.32% el sexo femenino y 46.68% el sexo masculino, se analizaron los resultados con medidas estadística descriptiva y en los cuales priorizó las acciones de prevención de los principales daños a la salud en tres Fases:

Fase 1. El mapeo de indicadores. Se efectuó una búsqueda electrónica sistemática en diferentes fuentes bibliográficas de informe de salud, estadísticas de salud e informe nacionales e internacionales de formas estructuradas y también manuales, revistas y libros. El objetivo de esta búsqueda fue recabar fuentes relacionados a los indicadores de estudios.

Fase 2. Categorización y selección de los indicadores. La extracción de los datos se realizó de manera independiente a través visita domiciliaria en la que se utilizó un cuestionario basado en el formato de la cédula de Microdiagnóstico de salud a 5 641 habitantes distribuidas dos núcleos Básicos de influencias del

Centro de Salud Rural, con las siguientes variables de estudio Demográficas, Sociales y Estilos de vida, que identificaron de forma sistematizada los factores de riesgos para la salud de la población asentada en un área de influencia determinada.

Fase 3. Disponibilidad para evaluar los indicadores. Se caracteriza tres indicadores, las Demográficas, Sociales y Estilo de vida.

En las Demográficas esta la edad, el sexo, y el origen étnico o racial son las principales variables demográficas que caracterizan la distribución y la enfermedad.

En las Sociales incluyen el nivel socioeconómico, los riesgos ambientales, el estado civil y otras características que se logren identificar.

La variable relacionada con el Estilo de vida incluye el consumo del Tabaco, Abuso de Alcohol y Drogas, Dieta Inadecuada y Actividad Física Inadecuada, es fundamentado con el Modelo Teórico de la Promoción de la Salud de Nola J. Pender que se basa:

- En la teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta.
- Modelo de la Valoración de Expectativas de la Motivación Humana descrita por Feather (1982), afirma que la conducta es racional y económica (Raile & Merriner, 2011).

La práctica profesional de la enfermería requiere un método centrado, en el paciente en las diferentes perspectivas teórico de la profesión este modelo guía el pensamiento y la acción en sus actividades de cuidado con una visión global de la profesión que ofrece el metaparadigma enfermero, que describe el concepto central de práctica profesional y las relaciones entre ellos, a través de la Atención Primaria a la Salud (APS).

En este sentido, el cuidado de enfermería Comunitario desemboca en un sistema de interacciones, que se presenta como algo positivo, influenciadas por presentaciones profesionales, impulsadas por estructuración de experiencias y conocimientos profesionales, debe contar con competencias bien estructuradas y

definidas para cumplir con los objetivos que se persiguen, comprometida con un propósito primordial, que es el de brindar atención y cuidado de calidad a la población que requiere de sus servicios, a través de comunicación, manejo de una información teórico-disciplinar, gestión de recursos con la comunidad y otras instancias.

Esta investigación se ha realizado desde un contexto de situación de salud y la práctica profesional de los cuidados comunitarios, en este campo partiendo del significado de salud, bienestar , enfermedad, familia y la comunidad como parte del entorno viven influyen en el proceso salud enfermedad, con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, en el Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, realizando visita domiciliaria con la cédula de Microdiagnóstico de salud, distribuidas en dos núcleos básicos de influencias del Centro de Salud Rural, perteneciente a la Jurisdicción N° 3.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación se pretende alcanzar el siguiente.

Objetivo General

Determinar los factores Demográficos, Sociales y Estilo de vida en el proceso Salud y Enfermedad para identificar los factores de riesgo a través de Diagnóstico situacional de Salud con el Modelo Nola J. Pender, del Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.

Objetivos Específicos

Para lograr el objetivo general se plantearon tres objetivos específicos.

- Identificar los factores Demográficos, del Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.
- Conocer los factores Sociales del Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.
- Determinar los factores del Estilo de vida del Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta eje en la cual gira la investigación es la siguiente.

¿En qué medida los factores demográficos, sociales y estilos de vida influyen como factores de riesgo en el estado de salud y enfermedad en los habitantes del Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca?

HIPÓTESIS

H1: Los factores Demográficos, Sociales y Estilo de vida en el Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca, influyen en los factores de riesgo el estado de Salud y Enfermedad.

El trabajo está compuesto de cinco capítulos:

Capítulo I. Se muestra las diversas teorías que tienen relación y sustento al trabajo de investigación.

Capítulo II. Sustenta los conceptos detalladamente de salud del marco general de del trabajo de investigación.

Capítulo III. Muestra los materiales y métodos, universo del estudio e instrumento para el sustento al trabajo de investigación.

Capítulo IV. Se muestra el análisis e interpretación de la información obtenida del trabajo de campo, se describen en dos apartados; se describen los resultados operacionales de las variables y la distribución por cuadros con sus respectivas gráficas.

Capítulo V. Conclusiones y sugerencia del trabajo de investigación

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se aborda el estudio del marco teórico, conceptual e histórico de los factores Sociales, factores Demográficos y Estilo de vida en el proceso Salud y Enfermedad para identificar los factores de riesgo en el Centro de Salud Rural de la Jurisdicción Sanitaria N° 3 del Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.

1.1. Antecedentes Históricos

La protección de la salud pública mundial se define como aquellas actividades necesarias para prevenir y responder a las amenazas que ponen en peligro la salud colectiva de los seres humanos en diferentes regiones y países (Alwan, 2011).

Los antecedentes de la salud pública tienen que ver con los primeros asentamientos estables de poblaciones humanas que, hace unos diez mil años, empezaron a congregarse a centenares y miles de personas, lo que hace imprescindible construir almacenes de alimentos que deben conservarse algún tiempo y sobre todo, abastecerse de agua para eliminar los residuos. Si bien la relación entre tales actividades y las enfermedades no era obvia, resultaban imprescindibles para la supervivencia y desde luego para la calidad de vida de los pobladores (Labrador & Segua, 2006).

A pesar del carácter individual de su ejercicio la práctica primitiva de la medicina debió ser una más de las aportaciones de los miembros del grupo a la vida comunitaria. Una actividad integrada en la unidad de clan, el único ámbito en el que era posible sobrevivir y reproducirse.

Sin embargo, la dimensión colectiva de las actividades de saneamiento, necesaria para mantener la viabilidad de las primeras ciudades, implica un grado de complejidad, acorde con las nuevas características que empiezan a adoptar las sociedades humanas y que nunca abandonarán totalmente. Hasta el punto que la

opción urbana se ha impuesto finalmente como la organización social predominante (Labrador & Segua, 2006).

Mientras que en el caso de la medicina la relación con la enfermedad, la incapacidad y el sufrimiento es obvia, no lo es en el caso de la salud pública.

Aunque el planteamiento de los hipocráticos considere la influencia de los factores ambientales, la inclusión del saneamiento en un programa propiamente sanitario no se producirá de forma clara hasta la revolución industrial y el nacimiento del movimiento higienista. Con anterioridad únicamente la adopción de cuarentenas frente a las epidemias de peste a mediados del siglo XIV puede considerarse una intervención colectiva explícitamente sanitaria (medidas políticas con implicación médica) (Labrador & Segua, 2006).

Desde la economía de la salud, la Salud Pública es una respuesta a las acusadas «externalidades» que plantea la enfermedad cuando puede transmitirse a otros y causar daños a toda la sociedad. Muchas de sus intervenciones se aplican a todos (saneamiento) o se imponen a algunos (cuarentenas), por lo que se trata de bienes económicos «públicos» que asume el Estado como parte del núcleo duro de la función de gobierno.

Tras la Segunda Guerra Mundial la expansión del saber clínico, sobre todo la eclosión de la efectividad terapéutica, lleva a la sociedad a considerar esencial el acceso a una medicina capaz de alterar significativamente el curso natural de la enfermedad (Labrador & Segua, 2006).

Los distintos orígenes de la medicina y de la salud pública influirán en la evolución histórica de ambas actividades. Tanto respecto del sujeto como del objeto de interés. Mientras que la perspectiva clínica es básicamente individual la de salud pública es colectiva. Por otro lado, la medicina nace de forma reactiva frente a la incapacidad y el sufrimiento provocado por lesiones y enfermedades y, en cambio, la salud pública aporta elementos que hacen viable la vida urbana, con diferencias que persistirán, si bien con las peculiaridades que corresponden a las diversas circunstancias históricas (Labrador & Segua, 2006).

La situación de salud de los habitantes de un país está estrechamente vinculada con las condiciones sociales de las personas. Por tanto, en indicadores relacionados con expectativa y calidad de vida, pesa mucho más el nivel educativo, el acceso a agua potable, el saneamiento ambiental y el nivel de distribución equitativa de la riqueza, entre otros muchos factores que hoy se entienden como determinantes sociales de la salud que la sola existencia de servicios médicos (Manuell, González, Artaza, & Sagastuy, 2013).

Esto explica por qué los indicadores de salud no guardan una estricta correlación con el nivel de gasto en los sistemas de salud, tanto así que hay países en nuestro continente con niveles de gasto muy elevados, como Estados Unidos, que tienen un desempeño sanitario inferior a países de ingresos medios, como Costa Rica o Chile, que invierten hasta cinco veces menos (Manuell, González, Artaza, & Sagastuy, 2013).

Con base a lo mencionado, afirma que tanto la expectativa como la calidad de vida están asociadas básicamente a dos condiciones: al nivel de justicia social y a la forma en que los sistemas sanitarios están organizados. Los sistemas de salud modernos tienen como objetivo principal mejorar el nivel o condición de salud de las personas y poblaciones con los recursos que la sociedad dispone. Este desafío contribuye en gran medida al desarrollo y a la gobernabilidad de los países.

La mayoría de los problemas de salud son por las condiciones socio - económicas de las personas. Las políticas de salud se centran en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas," tales como las acciones sobre el entorno social (Manuell, González, Artaza, & Sagastuy, 2013).

La esperanza de vida depende de la condición social en que se nace, puede ser de 80 años, si nace en determinados países o de 45 años, si nace en otros, dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de des favorecimiento social.

En Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Estas diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países, son evitables y dependen de los determinantes sociales de la salud. La inequidad sanitaria, tiene su origen en la inequidad social, ya que las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Las políticas sociales y económicas son determinantes para que un niño o niña crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que esta no se logre (Sanchez, 2015).

El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad. Es injusto que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud, cuando éstas pueden evitarse mediante la aplicación de medidas razonables, estas diferencias es inequidad sanitaria (Sanchez, 2015).

En este contexto social, el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, proponen tres recomendaciones generales tales como mejorar las condiciones de vida cotidiana, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medición y análisis del problema y evaluación de los efectos de las intervenciones. En este sentido se celebra en el 2011 en Brasil la Conferencia Mundial sobre determinantes Sociales de la Salud, con la finalidad de tener una plataforma mundial de cómo aplicar dichas recomendaciones (Sanchez, 2015).

Las prácticas justas en el empleo, juntos poderes públicos, patrones y los trabajadores pueden contribuir a erradicar la pobreza, disminuir las desigualdades sociales, reducir la exposición a riesgos físicos y psicosociales, y aumentar las oportunidades de gozar de salud y bienestar, una fuerza de trabajo sana es más productiva (Sanchez, 2015).

La equidad en materia de empleo y el trabajo digno han de ser objetivos comunes de las instituciones internacionales, y debe formar parte de los programas

políticos y las estrategias de desarrollo de los gobiernos en cada país, para alcanzar la equidad sanitaria se requiere que el empleo sea seguro, bien remunerado y permanente.

La lucha contra la pobreza debe estar encaminada a aplicar políticas de protección social universal de amplio alcance o mejorar las existentes para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente y pueda tener una vida sana. La atención a la salud deberá ser de calidad y universal, para lo cual se requiere que los sistemas de salud se estructuren en base a los principios de equidad, prevención de la enfermedad y promoción de la salud (Sanchez, 2015).

La educación que en combinación con el ingreso y la ocupación son variables que señalan el nivel socioeconómico o clase social de la persona es determinante para la salud, siendo el mejor indicador de las variables socioeconómicas con respecto a la salud.

Escribir sobre transición epidemiológica significa abordar y analizar concretamente **tres variables** que tienen relación con la salud: los **factores Demográficos, Factores Sociales y Estilo de vida** mismo que se describen a continuación.

1.2. Factores Demográficos

En la variable demográfica se identifica, la edad, sexo y el origen étnico o racial, son las tres principales variables demográficas que caracterizan la distribución de la salud y la enfermedad en una población (Dever, 2011).

1.2.1. La edad es uno de los factores de mayor importancia en la ocurrencia de las enfermedades, la relación con la edad es tan importante que casi siempre resulta necesario controlar (eliminar) el efecto de las diferencias en la distribución por edad cuando se compara la ocurrencia de una enfermedad en dos poblaciones o en momentos diferentes, la relación entre la edad y enfermedad se puede examinar de varias maneras. Las tasas específicas por edad pueden servir para:

- Medir el riesgo de enfermedad en cada grupo.
- Examinar las enfermedades prevalentes de cada grupo.
- Ubicar la progresión por edad.

1.2.2. El sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética, este patrón delimita la mortalidad y morbilidad (Dever, 2011).

1.2.3. El origen étnico o raza es un conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales, como también idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas (como música), vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación, y, muchas veces, un territorio o todas las opciones juntas, individuales o más de dos en común (Dever, 2011).

El análisis de las estadísticas específicas de salud puede ser controvertido, especialmente cuando se relaciona con grupos étnicos o minoritarios. No obstante Hayes señala lo siguiente:

Se debe insistir en llevar estadísticas adecuadas para que los planificadores de la salud no pierdan de vista los problemas especiales de los grupos minoritarios.

Cómo representan un porcentaje relativamente pequeño de la población total, es fácil que los problemas de estas minorías pasen inadvertidas. Esto no debe ocurrir, debemos combatir a los que desde dichas minorías tratan de esconder problemas específicos y debemos oponernos a los que desde las mayorías quieren ignorar tales problemas.

Para alcanzar este objetivo, se identificará el patrón de enfermedad que refleja el estado de salud de la población a la que debe atender. Existen diferencias definidas de mortalidad y morbilidad entre raza (Dever, 2011).

1.3. Factores Sociales

Los factores sociales que afectan la salud de la población, incluyen el nivel socioeconómico, riesgos ocupacionales, riesgos ambientales, estado civil, y características familiares (Dever, 2011).

1.3.1. El nivel Socioeconómico o clase social es la característica multidimensional y bastante controvertida que ha sido utilizada durante mucho tiempo para clasificar o estratificar a una población en término de riqueza (pobreza o abundancia), prestigio y poder (Dever, 2011).

Se medirá por medio de los ingresos, educación y datos ocupacionales, quedan muy pocas dudas de que las tasas de morbilidad y mortalidad observadas en las clases sociales más bajas son superiores debido en parte a los inadecuados servicios de atención médica así como a la toxicidad y riesgo del medio ambiente.

Tampoco queda lugar a duda de que estos factores no explican totalmente las discrepancias existentes entre las diferentes clase. El hecho de que tantos tipos de enfermedades sean más frecuentes en las clases más bajas nos hace pensar en una susceptibilidad generalizada a la enfermedad y en un compromiso de los sistemas de defensa contra las enfermedades (Dever, 2011).

Los cambios de vida, el estrés, y particularmente la forma en que las personas responden a dicho estrés constituyen en gran parte el ambiente social y psicológico negativo.

1.3.2. Riesgos ocupacionales, ingreso o educación se pueden asociar a agentes nocivos y con las condiciones generales de trabajo o de vida. Es importante destacar en este punto de la identificación de riesgo ocupacional y de otros riesgos ambientales forman parte de la descripción de las características de la persona en términos de salud y enfermedad de una población (Dever, 2011).

1.3.3. Riesgos ambientales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido recomendaciones con la finalidad de invertir en estudios enfocados a la investigación para las identificaciones de riesgos y prevención. De acuerdo con la

OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente de afecciones y enfermedades (Dever, 2011).

La salud de una población está relacionada directamente con factores de riesgos como la calidad y saneamiento de agua de uso humano, calidad de aire de interiores y exteriores, uso de plaguicida, ambiente seguro de trabajo, entre otros, que además aumentan los comportamientos no saludables (Dever, 2011).

1.3.4. El Estado Civil y Variables Familiares, han sido temas de diversos estudios epidemiológicos. El estado civil a menudo aparece relacionado con la mortalidad. La tasa general de mortalidad en hombres y mujeres es más alta entre divorcios, viudos y solteros: y la más baja se encuentra entre los casados.

Mac Mahón, Pung e Ipsen proponen tres explicaciones para la relación entre estado civil y tasas de mortalidad.

1. Las personas que padecen mala salud o que se encuentran en las etapas pre sintomáticas de mala salud tienden a permanecer solteras.
2. Las personas que viven peligrosamente y consecuentemente están expuestas a una amplia variedad de agentes de enfermedades o situaciones que son causa de enfermedades, tienden a permanecer solteras.
3. Las diferencias de estilos de vida entre personas solteras y casadas están causalmente relacionadas con ciertas enfermedades. La familia contactos interpersonales, la vida es más rutinaria y hay más probabilidades de que un cónyuge u otros miembros de la familia puedan prestar apoyo psicológico y físico, contribuyendo de este modo a mejorar el estado de salud.

En las mujeres, el estado marital también, puede estar relacionado con la salud dada las diferencias relacionadas con la exposición sexual, embarazos, partos y lactancia.

1.4. Estilo de vida

El estilo de Vida, este es un factor determinante de la salud que formar parte del marco epidemiológico como hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud.

Las variables relacionadas con el estilo de vida pueden utilizarse de la misma manera que las variables demográficas y sociales para describir los aspectos personales de la distribución de la salud en una población, este se refiere a los patrones de conducta individual y social. Según Somers en 1980, la relación salud y estilo de vida pueden resumirse en lo siguiente:

Las causas principales de muerte, enfermedades y discapacidad en los países desarrollados actualmente son las enfermedades crónicas y la violencia. Detrás de la mayoría de las enfermedades crónicas, discapacidad y muertes prematuras se encuentran diversos factores ambientales o conductas que son potencialmente posible de prevención.

Algunos patrones de estilo de vida señalan conductas sociales o individuales que constituye los principales factores de riesgos en relación son las enfermedades crónicas y la discapacidad severa.

Entre los más importantes podemos mencionar el consumo de tabaco, de alcohol y el abuso de drogas, la mala alimentación, la falta de actividad física adecuada, el uso irresponsable de automóviles y de armas y otras manifestaciones de violencia.

1.4.1. El Consumo de Tabaco, Actualmente, casi un 18% de las defunciones en los Estados Unidos están relacionados con el consumo de tabaco. Se estima que el tabaco causa un 30% de las defunciones por cáncer. La muerte por cáncer de los fumadores es dos veces mayor que en los no fumadores. El consumo de un paquete por día incrementa los riesgos de contraer cáncer en tres veces.

Contrariamente a los que argumenta la industria del tabaco, la relación entre el consumo del cigarrillo y la salud ha sido documentada hasta el punto de

saturación. Las pruebas científicas no se originaron en un experimento sino en un caudal de datos y conocimiento.

1.4.2. El Abuso de Alcohol y Drogas, se estima que un 10% de la población adulta bebe en exceso y un 16% de todos los adultos informan en un miembro de su familia o ellos mismos beben más de lo normal aun cuando es por todo conocido que los efectos de alcohol sobre la salud son severos. Según Somers en 1980, el alcoholismo es el problema sociomédico más devastador que afecta a la humanidad aparte de la guerra y de la desnutrición.

El alcohol es una de las causas principales de enfermedades hepáticas, ulcera péptica y otros desórdenes gastrointestinales, infecciones al sistema nervioso, enfermedades cardiacas, desórdenes en la nutrición, accidentes automovilísticos, homicidios y suicidios.

El abuso de drogas comprende a las drogas legales e ilegales, y recetadas y no recetadas. Aunque los problemas de salud, incluyendo a la mortalidad relacionados con la heroína y los barbitúricos han declinado, el uso de cannabinoides (mariguana, hashin) se ha incrementado con consecuencia no muy clara para la salud.

El consumo de estimulantes del sistema nervioso central incluyendo la amfetamina y la cocaína, así como la cafeína en bebida de cola, el café, el té y la cocoa pueden representar un riesgo aún mayor. Los estimulantes del sistema nervioso central afecta en gran medida el sistema cardiovascular y el metabolismo.

1.4.3. Dieta Inadecuada, la obesidad es la manifestación más común de la dieta inadecuada en los países industrializados y aparece asociada a muchos problemas de salud, incluyendo las enfermedades cardiacas. Se estima que aproximadamente 80% de los adultos en los Estados Unidos son obesos, y lo que es aún peor, la obesidad se manifiesta en la juventud, que es particularmente seria, se está incrementando.

El problema de salud más común en el mundo puede ser el alto consumo de azúcar, asociado en gran medida con las enfermedades dentales. En tanto el

consumo excesivo de sal aparece asociado con la hipertensión, la ingestión de grasas y de colesterol lo está con la arterosclerosis y con las enfermedades coronarias.

La significativa relación existente entre la nutrición y los diversos tipos de cáncer es menos conocida; un estudio reciente estima que la dieta está asociada con un 70% del total de los canceres. Se considera que la dieta no es un factor causal primario pero que aumenta el crecimiento de los tumores y altera la respuesta del cuerpo a los cancerígenos.

La ingestión de grasas (estimada en más de un 45% del total de calorías) está asociada con el cáncer del colon, próstata, mama e intestino delgado. La ingestión elevada de proteínas está ligada a un mayor riesgo de cáncer de mama, endometrio, ovario, próstata, intestino grueso, páncreas y cáncer de riñón.

1.4.4. Actividad Física Inadecuada, la falta de actividad física puede estar relacionado con la salud y las enfermedades de diversas maneras. Las pruebas epidemiológicas, aunque no son aun definitivas, parecen indicar que la actividad física regular, corriente y aun la actividad vigorosa tienen efecto protector contra la muerte coronaria. Por el contrario, la falta de ejercicio físico aparece agravar los problemas coronarios. De igual manera, no queda lugar a dudas de que la inactividad conduce a la obesidad y a los problemas de salud asociados con la misma.

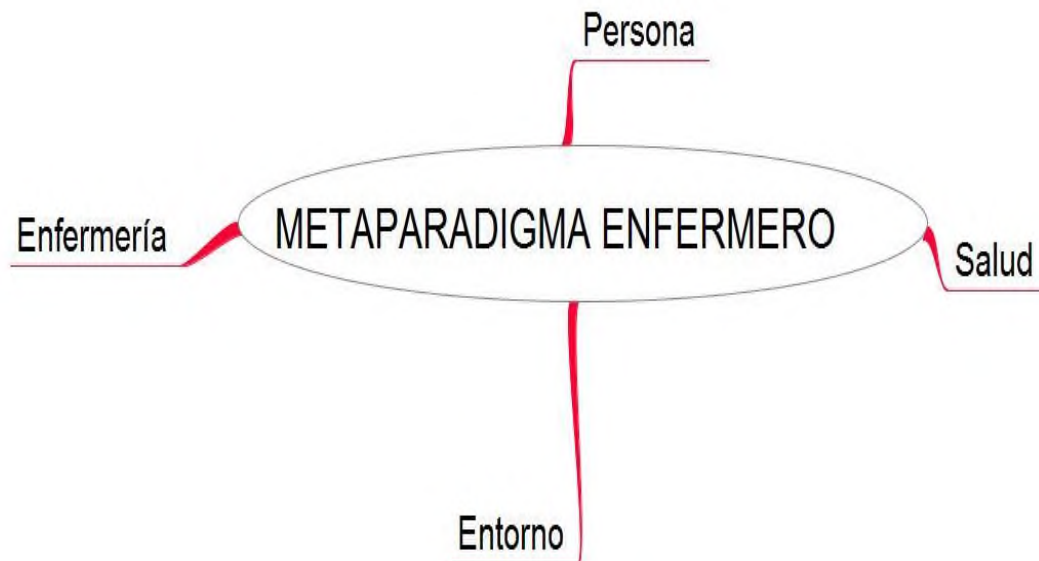
1.5. El modelo de promoción de la salud, de Nola J. Pender

El modelo de Nola J. Pender es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; en este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados en un modelo teórico.

Nola J. Pender aborda la promoción de la salud y los estilos de vida saludable plantea que los factores cognoscitivo- perceptuales de los individuos son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, para lo cual la cultura es tenida en cuenta a la razón a la forma que influye en la toma de decisiones de las personas (Marquez, 2003).

El poder o condiciones para que el individuo, tenga capacidad de decisión, control sobre su asunto mediante búsqueda de soluciones es la conducta ya que está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano.

La figura No 1 muestra el Modelo teórico de promoción a la salud, fue el marco de referencia, se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable con el **Meta Paradigma** (Raile & Merriner, 2011).



Fuente: Elaboración propia según recisión teórica

Figura 1. Meta Paradigma.

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados salud (Raile & Merriner, 2011).

Se interesó en la creación de un Modelo Enfermero que diera respuestas a la forma como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud, y como debía anteponerse a las acciones preventivas e identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones para prevenir la enfermedad (Raile & Merriner, 2011).

Se considera que el modelo de promoción de salud de Nola J. Pender es una metateoría ya que para la realización de este modelo se enfocó en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura.

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Martin Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda teoría es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la teoría social- cognitiva, de Albert Bandura en la cual plantea que la autoeficiencia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano definida como los juicios de las personas cercas de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimientos (Artazav, Méndez C, M, Suarez, & Manuel, 2011).

Se vinculará tres variables que tienen relación con la salud: las demográficas, sociales y el estilo de vida con los componentes más centrados en este modelo y

se relaciona con los conocimientos y efectos (sentimientos, emociones y creencias) específicos de la conducta (Sarria & Villar, 2014).

Efecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente a fines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta, Influencias interpersonales Influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

El modelo implica dos postulados, primero postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos de aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce a los factores psicológicos influye en los comportamientos de las personas.

Incluye cuatro requisitos para que estas señalen y modelen su comportamiento:

1.- Atención (estar expectante ante lo que sucede)

2.- Retención (recordar lo que uno ha observado)

3.- Reproducción (habilidad de reproducir la conducta)

4.- Motivación (una buena razón para querer adoptar la conducta)
(Aristizabal, Blanco, & Sanchez, 2011).

El segundo postula, la conducta racional y considera que el componente motivacional es la clave para conseguir un logro de intencionalidad. La intencionalidad entendida como compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que representa en los análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos a logros de metas planeadas.

La promoción de la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y las estructuras del campo de la salud en la cual se hizo una división en cuatro componentes (Aristizabal, Blanco, & Sanchez, 2011).

Biología humana: incluye todos los aspectos de la salud física y mental que se han desarrollado en el cuerpo humano. Comprende factores genéticos, herencia, el proceso de maduración y envejecimiento de la persona (Aristizabal, Blanco, & Sanchez, 2011).

Medio ambiente; engloba todos los fenómenos relacionado con la salud que son externo al cuerpo humano en sus distintas acepciones: ambiente físico, los psicológicos, el ambiente fetal y el ambiente socio- cultural (Aristizabal, Blanco, & Sanchez, 2011).

Estilo de vida: son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tienen un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud (Aristizabal, Blanco, & Sanchez, 2011).

Organización de los servicios de la atención en salud: consiste en la cantidad, calidad, ordenamiento, naturaleza, y relaciones de la gente y los recursos en la provisión de los recursos de salud. Las intervenciones en promoción de la salud son de carácter intersectorial, es decir, involucra todos los sectores de salud, educación, justicia, planeación y la participación comunitaria como mecanismo valido y eficaz para su implementación; al igual que es un mediador e integrador entre las ciencias y disciplina, económico, político y ambiental en general. (Giraldo O. A., Toro, Macias, & Valencia, 2012).

La aplicación del Modelo de la Salud de Nola J. Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en la persona, en su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud en esta localidad sean pertinentes y efectivas y que la información obtenidas, refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la salud y enfermedad de una localidad o municipio. Este modelo

es planteado en el municipio de san Felipe Usila ya que converge lo biológico, lo social, el individual y lo comunitario, lo público y lo privado, el conocimiento, la acción y su valor intrínseco como un medio para la realización personal y colectiva.

El papel que desempeña un profesional de enfermería es conocer y analizar la comunidad, para proporcionar cuidados específicos e integrales de enfermería, orientados a la mejora o mantenimiento de la salud, al igual de conocer conceptos y métodos teórico-prácticos de la comunidad, en relación a los factores que influyen problemas de salud y el estudio epidemiológico de las patologías de mayor realce y los análisis de la salud con el fin de que sea capaz de detectar y afrontar, los problemas y necesidades de salud en el individuo, familia y comunidad.

1.6. Datos del municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.

1.6.1. Generalidades Del Municipio.

San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, es la cabecera del Municipio que abarca 24 agencias de dependencia, la población total asciende a 11,642 habitantes, la cabecera municipal cuenta con 5 641 habitantes, el 53.53% son del sexo femenino y 46.68% son del sexo masculino, esta se ubica en el valle aluvial, al final de un ancho valle a orillas del rio Usila, el cual desemboca en el embalse de la presa Cerro de Oro (Bernard, 1997).

Una de las particularidades principales e importantes de la región son sus costumbres y tradiciones que se componen de diferentes actividades como la celebración de los santos patronos, la Natividad de la Virgen María que es en el mes de septiembre y San Felipe en el mes de Mayo, en los días asignados se realizan actividades como misas, traída de vela, coordinadas por el mayordomo del pueblo; hermosos bailables donde las bellezas Chinantecas portan diversos trajes típicos de la región Oaxaqueña, acompañadas de música tradicional. Y dentro de la

gastronomía tradicional de San Felipe Usila, se encuentra el caldo de Piedra (Bernard, 1997).

El Municipio de San Felipe Usila, tiene lugares para actividades de recreación, como la unidad deportiva que cuenta con una cancha de futbol, una pista de carreras, tres canchas de básquetbol y voleibol. En los días festivos de cada santo patrono se realizan torneos deportivos predominando el gusto por el deporte ráfaga, el basquetbol, equipos contendientes al premio vienen de lugares aledaños y lejanos, como por ejemplo de Jalapa de Díaz, Tuxtepec, poblado 1, 2, 3 y otras comunidades conocidas de esta región (Bernard, 1997).

Todas las actividades realizadas se han ido modificando con el paso del tiempo y con las nuevas generaciones se está perdiendo poco a poco la cultura original, a pesar de ello aún se mantiene vigente parte de la cultura de los que se han esforzado por preservarla, quedando a cargo de las personas longevas y conocedoras de los orígenes del hermoso rincón Chinanteco.

1.6.2. Antecedentes Históricos San Felipe Usila.

El municipio de San Felipe Usila conocido como capital de la Chinantla, pertenece a la región de Tuxtepec y se localiza al norte del Estado de Oaxaca; su nombre proviene del Náhuatl Oxila que es “Tierra de naranjas”, en lengua Chinanteca es “*je jeujein*” significa “*Pueblo Agrio*” debido a que en su temporada es abundante la naranja y se acostumbra a tomar pozol hecho con maíz y acompañado de cacao o en su caso se toma fermentado, y en 1980 se reconoce también en Náhuatl Huitzitzillin “*Morada de Colibríes*”, acepción dada por la producción de la vainilla y abunda los colibríes en esta zona (Bernard, 1997).

En el año 1100 d. c. el rey QUIANAN fundó un gran señorío en la Chinantla; algunos conflictos internos dividieron a la población y se establecieron los señoríos de la Chinantla Pichinche, con sede en Yolox en tierras altas; 300 años después esta última se dividió y parte de su población se desplazó a Usila, y estableció ahí otro señorío.

Cuenta con una superficie de 255.17 km², que representa al 0.267 por ciento en relación al estado. Es una región sumamente montañosa (Bernard, 1997).

1.6.3. Hidrografía

Papaloapan es una de las cuencas hidrográficas más importante de México con la superficie de 51,025.25 km² en 3 estados (Oaxaca, Puebla y Veracruz), cuenta con tierras fértiles y un clima cálido-húmedo, factores propicios para el desarrollo de la agricultura, ganadería, pesca y la industria azucarera (caña de azúcar) (Bernard, 1997).

Se encuentra dentro de la región hidrológica San Felipe Usila, el número 28 y que cubre un área de 773.7 km². Esta subcuenca aporta un promedio anual de 2,516 millones de m³ con un volumen de precipitación de pluvial de

3,667 millones de m³. Los recursos hídricos principales con que cuenta la región del Papaloapan son los lenticos (son presas) como la de Cerro de Oro (Miguel de la Madrid hurtado) y Temascal (Miguel Alemán); y los loticos (son los ríos) tonto y Usila.

Los ríos que irrigan el área municipal son los ríos Santiago y rio verde, que al unir sus aguas dan origen al rio de Usila en el que convergen una gran cantidad arroyos formados una red de escurrimientos que alimenta durante todo el año a este rio. Los ríos Tigres, Iguana y Usila descienden de los 1,960 hasta llegar a los 40 msnm. Mientras que los ríos Tlatepusco, perfume, tlacuache verde, grande y hondo se forma desde los 2,950 hasta los 200 msnm (Bernard, 1997).

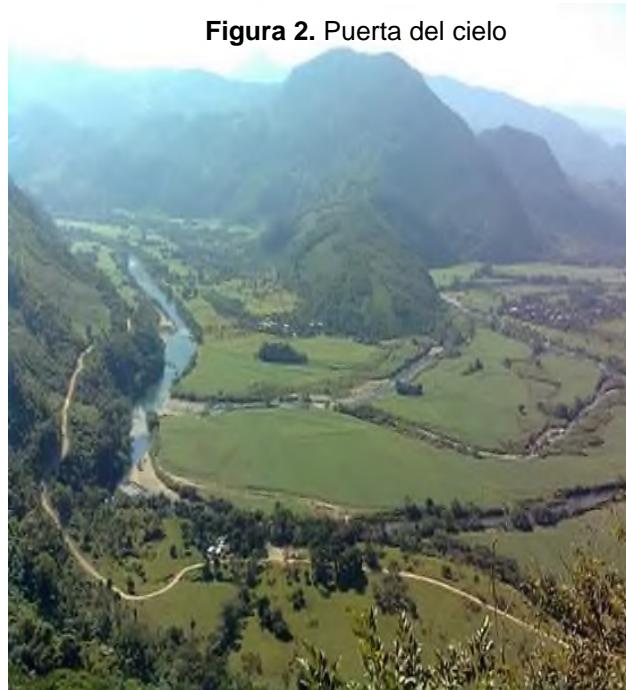


Figura 2. Puerta del cielo

Fuente: Tomada desde la vista panorámica propia

Por su extensión la subcuenca del río Usila son de pequeña extensión (menos de 1,000 km²) sin embargo aporta el 50% del volumen que entra a la presa "Cerro de Oro". El 50% restante lo aporta la subcuenca del río Santo Domingo que tiene una extensión de 12,681 km².

La subcuenca del río Usila se caracteriza por tener una intensidad alta de lluvia de tormenta con duración prolongada (más de 120 minutos) y debido a su forma ovalada y su elevada ramificación se genera un desagüe eficiente y una respuesta hidrológica rápida; así mismo se divide en nueve subsistemas hidrológicos, entre los cuales se encuentran las cuencas tributarias del río perfume con 36.4 km. De extensión y una pendiente de 6.48% y el río de tlatepusco con 30 km. De extensión y una pendiente de 6.2%. Ambos ríos se forman desde los 2950 msnm, y llegan hasta la cota de los 200 msnm. Sin embargo se cuenta con una gran potencia para implementar proyectos acuícolas y unidades de riesgo para cultivos de maíz, frijol y otros (Bernard, 1997).

1.6.4. Clima

El territorio municipal de San Felipe Usila presenta un clima cálido/ húmedo con abundantes lluvias todo el año con un 50%, con precipitaciones en abril que es el mes más seco mayor a 60 mm, presenta clima (a) c (fm) el 25% semicálido húmedo con abundantes lluvias en verano, el 10 % presenta clima c (m) (w) templado subhumano con abundantes lluvias en verano (Bernard, 1997).

1.6.5. Vegetación

Los tipos de vegetación más importante son la selva alta perennifolia, la cual ha sido fuertemente deforestada para el desarrollo de la agricultura y la ganadería bovina.

El municipio cuenta con bosques con una explotación intensiva de madera para la comercialización y fabricación de muebles, viviendas y como leña así como una gran diversidad de especies silvestres y cultivadas, la flor que encontramos son especies como el amate, higo, guapinol, hormiguillo, pastizales, sauco, mulato, higo,

aguacatillo; especies maderables como el cedro, roble, pino, amargoso, palma real, entre una gran variedad más (Bernard, 1997).

1.6.6. Fauna

En la fauna encontramos algunas especies silvestres como son el puerco espín, armadillo, mapache, jaguar y pequeñas especies de venado, mázate, venado cola blanca, zorra gris, aguililla y gavián. También se encuentra especies faunísticas importantes como el puma, jaguar, tigrillo, hocofaisan, jabalí, tucán, pájaro carpintero, zorrillo, pericos, zopilote, palomas, faisán; dentro de los reptiles es posible encontrar víboras y serpientes, algunos ejemplares como cascabel, sorda, rabo de hueso, nauyaca, entre otras especies más (Bernard, 1997).

1.6.7 Medio de Transporte

Para trasladarse al municipio se hace desde la ciudad de Tuxtepec que es el principal punto de interconexión con el estado. Es un camino de difícil acceso principalmente en periodo de lluvias, en esta región se presenta durante todo el año y esto ocasiona deterioro constante el camino por lo cual se dificulta el recorrido. Aunque se encuentra pavimentado más de la mitad del camino.

Actualmente se cuenta con 4 líneas de autobuses que prestan el servicio a la comunidad existiendo de tal forma 9 recorridas con horarios fijos por día para trasladarse a la ciudad de Tuxtepec y puntos intermedios (Bernard, 1997).

1.6.8. Organización Social.

1.6.8.1. Familia

De acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado. El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens.

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos:

Vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente.

Vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos.

Una familia puede ser catalogada de acuerdo a los tipos como: nuclear, extensa, extensa compuesta. A través del análisis de los datos obtenidos de las cédulas de Microdiagnóstico familiar, se obtienen los siguientes resultados: de un total de 2 062 familias, el 81.38 % corresponde al tipo de familia nuclear, 14.83 % a la familia extensa y el 3.89 % a la familia extensa compuesta (Bernard, 1997).

1.6.9. Instituciones Educativas

De acuerdo al artículo Tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, todo individuo tiene derecho a recibir educación, los estados, federación y municipios, impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y medio superior, las tres primeras conforman la educación básica, siendo las cuatro obligatorias.

Educación de calidad es aquella que "asegura a todos los jóvenes la adquisición de los conocimientos, capacidades destrezas y actitudes necesarias para equipararles para la vida adulta" (OCDE, 1995).

Los servicios Educativos de Nivel Primarias, preescolares de la región pertenecen a tres zonas escolares, que son la 058, 140 y 110. La 058 y 140 son Bilingües, la 110 imparte su programa educativo en español, existe una Secundaria Técnica 110 y una Secundaria General de la Nueva Creación 140 y un Nivel Medio Superior (IEBO plantel 21), esto favorece la región para que haya una vinculación de interculturalidad para el desarrollo profesional para las nuevas generaciones.

1.6.10. Instituciones Religiosas.

La religión es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. Hay religiones que están organizadas de formas más o menos precisas, mientras que otras carecen de estructura formal; unas y otras pueden estar más o menos integradas en las tradiciones culturales de la sociedad o etnia en la que se practican (Bernard, 1997).

Figura 3. Parroquia de San Felipe y Santiago Usila



Fuente: Tomada desde la vista panorámica propia

La religión comprende toda una variedad de dimensiones y formas de vida, tanto individual como colectiva. En la Chinantla la Religión Católica convive con diferentes Religiones, en la actualidad el porcentaje de creyentes no católicos en la región es bastante más alto que el promedio Estatal. Un 53.15% de la población de las familias son católicos, mientras que el número de no católicos es cercano al 46.85 % de la población total, distribuidas en las iglesias de tipo Pentecostés, Bautistas, Testigos de Jehová, entre otras.

1.6.11. Instituciones de Salud y Seguridad Social.

De acuerdo al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos instituye que cada individuo tiene derecho a recibir atención médica. Y la Organización Mundial de Salud (OMS) establece que: “la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad” (Bernard, 1997).

En cuanto al Servicio de Salud, en la Cabecera municipal de San Felipe Usila, existe el Centro de Salud Rural con dos Núcleos Básicos elementales, otorga el Primer Nivel de Atención con el programa de Seguro Popular con 65% de la población, 35% ISSSTE, e IMSS- OPORTUNIDADES de la población total.

1.6.12. Organización Económica.

Las principales fuentes de empleos o autoempleo son: en el sector agropecuario, como jornaleros y productores, el sector secundario lo constituyen principalmente: la actividad artesanal textil, la industria de la construcción y las carnicerías; el sector terciario de empleo participan: transportistas, taxis y camionetas fleteras, tiendas de abarrotes y materiales de construcción, bares, hoteles, restaurantes y servidores públicos.

En San Felipe Usila, Oaxaca es una zona económicamente activa, dentro de las actividades económicas con mayor importancia municipal tenemos la agropecuaria, misma que aporta el sustento para la familia productivas rurales, siendo el cultivo principal el maíz, que es utilizado únicamente para autoconsumo, ya que sus rendimientos son relativamente bajos y la ganadería de doble propósito, donde sus rendimientos de carne son bajos (Bernard, 1997).

1.6.12.1. Agricultura

Los campesinos cultivan el maíz bajo el esquema de roza, tumba y quema de árboles, así mismo utilizan fertilizantes químicos; además aplican herbicidas e insecticidas y es generalizada la costumbre de mantener una cubierta de desechos de cultivos anteriores para conservar la humedad. La producción de alimentos descansa en la agricultura, donde la siembra de maíz aparece asociada a otros cultivos como el frijol, calabaza, yuca, chile, cebollín y tomate de milpa, además en la milpa, son recolectadas diversas plantas, principalmente los quelites, hierba mora, huelle de noche, etc (Bernard, 1997).

1.6.12. 2. Maíz

Se cultiva en el ciclo agrícola primavera – verano (de temporal). Principalmente bajo el sistema de roza -tumba y quema en los terrenos altos y en las laderas de los cerros, así como en los lomeríos y en las partes más planas, pero

en menor escala en el ciclo otoño – invierno. El destino de la producción del cultivo de maíz es el autoconsumo y la introducción de cultivos alternativos.

1.6.12. 3. Vainilla

Los cultivos de vainilla establecidos en el municipio de San Felipe Usila, presentan una gran diversidad de especies adaptable a las condiciones climatológicas, favoreciendo con ello que el manejo del cultivo se realice con bajos niveles de tecnología, no cuentan con hornos de secado, sin embargo presenta la misma problemática del cacao y el café. Falta estructura organizativa de los productores e infraestructura productiva y un padrón real de productores.

1.6.12. 4. Frijol

La superficie de siembra de este cultivo a nivel municipal con un rendimiento promedio de 0.80 kgs/ha, este cultivo es de autoconsumo, dado los altos costos de producción y los bajos precios de adquisición del producto, baja organización para el cultivo, y deficiente infraestructura productiva en estos últimos quince años, se observó que los agricultores han abandonado este cultivo, se requiere de un padrón real de productores (Bernard, 1997).

1.6.12. 5. Chile soledad y chile seco

La superficie destinada al cultivo del chile verde, con un rendimiento promedio de 0.90 ton/ha, esta actividad agrícola ha decrecido ante la falta de estímulos gubernamentales, aunado a la falta de organización a nivel municipal, la falta de equipamiento para la transformación para darle un valor agregado a la producción y un padrón real de productores.

1.6.12.6. Agropecuario

La ganadería en el municipio, se centra principalmente en la cría de ganado bovino de doble propósito y, secundariamente en la cría y engorda de cerdos, los cuales son vendidos en las diferentes localidades de este municipio. El ganado bovino, se comercializa en vacas y sementales, becerros al destete, toretes de media ceba y finalizados en potrero, leche bronca y queso fresco, también existe el ganado ovino, el cual se comercializa casi exclusivamente en el mercado de la ciudad de Tuxtepec, el ganado equino como el de asnos, se considera exclusivo de carga (Bernard, 1997).

1.6.13. Nivel Cultural

1.6.13.1. Lengua

El Chinanteco constituye una lengua particular conformada aproximadamente desde hace 2,300 años con sus macro-variantes que empezaron a formarse desde hace 1700 años. El dialecto Chinanteco es complejo no sólo por su profusión tonal sino también a nivel fonológico y gramatical, constituye además uno de los dialectos indígenas de Oaxaca menos estudiados (Bernard, 1997).

El Chinanteco se ubica dentro del grupo Otomangue en una familia independiente a la de otras familias de las lenguas Otomangues de Oaxaca. La lengua materna que predomina es el Chinanteco con un 70%, Cuicateco 5% y el español con un 25%, en las escuelas se imparte clases en aulas con lengua materna y español (Bernard, 1997).

1.6.13.2. Fiestas, Danzas y Tradiciones

Las fiestas más importantes de esta región son en honor a la Natividad de la



Fuente: Tomada desde la vista panorámica propia

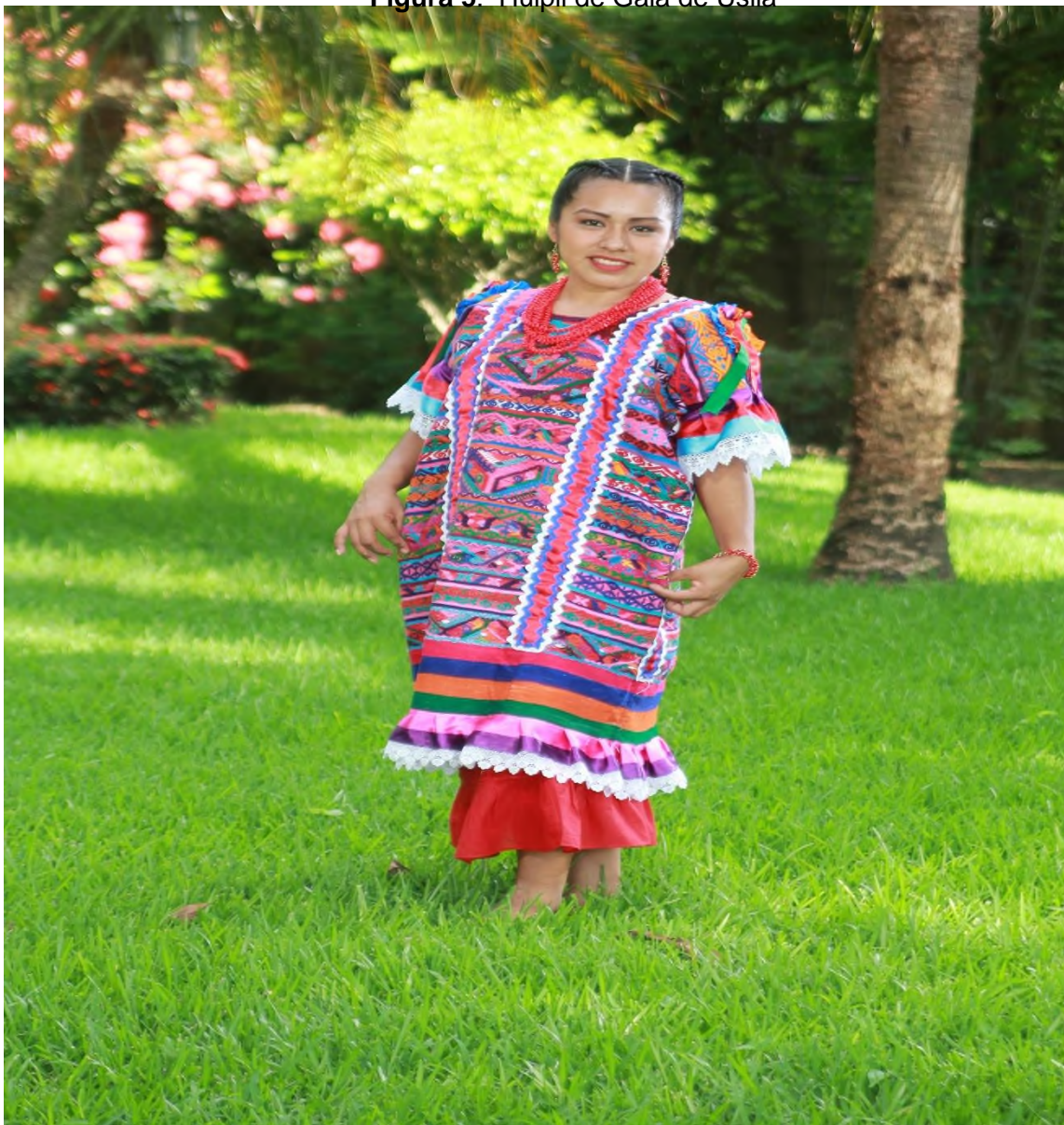
Virgen María (8 de septiembre), Semana Santa, celebre de los patronos San Felipe y Santiago Apóstol (1, 2 de mayo), la virgen del Carmen (16 de julio), Día de Muertos (Todos los Santos y Fieles Difuntos 30 de oct. a 2 de nov.), Santa Cruz, Navidad y Año Nuevo. En donde se llevan a cabo carreras de caballo, jaripeo, eventos deportivos como), con la participación atléticos de la región del Papaloapan y la cañada. Y las fiestas que cada comunidad del

Municipio celebra en Honor de sus Santos Patronos. Y la danza más conocida a nivel municipio es el “Jarabe Usileño” en las que representa grupo de jóvenes en la Guelaguetza (Bernard, 1997).

1.6.13.3. Artesanías

La tradición, de elaborar los huipiles de hilo del algodón que se cosechaba (años 40s) en la región y de utilizar el telar de mano es rara, prefiriéndose actualmente utilizar hilos sintéticos (poliéster) siendo cada vez menos y sobre todo personas mayores, por que las nuevas generaciones se visten con la mezclilla de moda y accesorios para tal efecto.

Figura 5. Huipil de Gala de Usila



Fuente: Tomada desde la vista panorámica propia 33

Actualmente, existen varios grupos de mujeres artesanas, que participan en proyectos de preservación de la elaboración de huipiles, manteles, batas, servilletas, canastas de bejuco, abanicos de palma real. Solo se trabaja por encargo. Para el trabajo en grupos, no cuentan con equipo y maquinaria necesaria para la realización de esta actividad mercantil (Bernard, 1997).

Hay dos clases de huipiles: los Huipiles de Gala y los Huipiles Antiguas, ambos de tres lienzos de 0.95 metros de largo. Los de Gala se decoran con listones, motivos llamados "dientes" porque esta sección simboliza la boca.

En el centro del huipil se borda una figura parecida a un rombo llamada "U", el cual va en el pecho y representa el centro del cuerpo, el lugar donde habita el



Figura 6. Huipil de Gala de Usila

espíritu, misma que se rodea con grecas que aluden a los cuatro puntos cardinales.

La mayoría de los elementos bordados están relacionados con los antepasados veían en el ambiente, también destacan diseños con figuras míticas, como las serpientes emplumadas, concebidas por los Chinantecos de Usila como guardianes de los dioses, entes que en los tiempos de la creación del hombre fueron los que enseñaron la organización social, el trabajo comunal, el cultivo de la tierra y el arte. Se plasman también en los huipiles la creación de la vida "mito que relata el origen del Sol y la Luna, historia en la que se habla de un águila bicéfala, y que según su posición y elementos con los que se acompaña, simboliza protección o castigo" (Bernard, 1997).

Las piezas confeccionadas en esos tres colores y de bordados más sencillos son llamados "huipil antiguo", usan hilo blanco, antiguamente obtenido de un árbol propio de la región llamado "pochota", mientras que los de tonos negro y rojo eran comprados en la sierra, mientras que los de "gala" son elaborados en un abanico de tonos y diseños, además son decorados con listones y encajes (Bernard, 1997).

Actualmente, estas prendas se utilizan en ocasiones especiales y algunas mujeres los portan en su cotidiano vivir. Sin embargo, antiguamente el huipil se usaba sólo en dos momentos: cuando la mujer se casaba y moría; otra costumbre

Figura 7. Huipil Antiguo de Usila



Fuente: Tomada desde la vista panorámica propia

antigua era que en un casamiento la suegra debía tejer uno de estos textiles para su nuera, como símbolo de aceptación en su familia.

1.6.13.4. Gastronomía

San Felipe Usila, es un municipio indígena que mantiene viva sus costumbres

Figura 8. Caldo de piedra



Fuente: Tomada desde la vista panorámica propia

y tradiciones, las cuales se van heredando a las nuevas generaciones. Sobre todo porque conserva gran parte de su riqueza gastronómica, una de ellas es el “Caldo de Piedra”, comida prehispánica, única en su tipo y por su elaboración (Bernard, 1997).

El caldo de piedra se prepara en la orilla del río, sobre todo en la época de calor, es cuando más acuden los usileños o visitantes en compañía de sus familiares o amigos desde antes del atardecer a los diferentes pasos del río Usila.

Mole negra, roja y amarillo, las tlayudas con mole o asiento, las tortillas de maíz, las quesadillas de elote, tamales de diferentes moles, los chapulines asados y tasajo.

CAPITULO II

2. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se aborda los principales conceptos detalladamente de salud, promoción a la salud, atención primaria a la salud y el diagnóstico de salud que determina las conceptualizaciones esenciales de los factores que influyen la salud antes mencionadas.

2.1. El concepto de salud.

A lo largo de los siglos, la concepción de la salud se ha ido estructurando en las personas mediante un proceso ligado a la cultura, a sus creencias, a sus valores y al desarrollo de la ciencia y la tecnología. El Diccionario de la Lengua Española (Real Academia Española, 2001), otorga al término salud hasta cinco acepciones principales y muchas más en combinación con varias partículas.

Las dos principales definen salud como: estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones y como las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

Pero esas definiciones son insuficientes para comprender la salud en todas sus dimensiones. De la mera ausencia de enfermedad, concepto habitual de salud en el paradigma de la categorización (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duguet y Major, 1996) de finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, se ha pasado en el paradigma de transformación actual (Kérouac et al., 1996) a considerar las percepciones subjetivas de la persona, en las que se integran elementos tales como el desarrollo de la mente, el desarrollo social o la felicidad, que sitúan a cada persona entre el equilibrio y/o la armonía.

Pero si hay una definición de salud que caracterizó un momento del siglo XX, ésta ha sido la definición que la OMS promulgó en su Carta Magna o Carta Fundacional en 1946: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La obtención del estado de salud óptimo constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser

humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económica social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para la paz mundial y la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos (OMS, 1999). Sin embargo, esta definición ha sido criticada porque presenta un objetivo que es difícilmente alcanzable para los países desarrollados y completamente inalcanzable para los menos desarrollados, donde la mayoría de la población vive en condiciones infrasanitarias, y porque la situación de salud implica ausencia de enfermedad, pero la ausencia de enfermedad no implica salud.

Dicha definición exige además la sensación de bienestar en todas las dimensiones de la persona y si bien la meta de conseguir el completo bienestar físico, psicológico y social es deseable, no parece posible que alguna vez pueda alcanzarse. Como alternativa a esta definición, que a menudo se considera estática, utópica y subjetiva, se han hecho distintas aportaciones:

Terris (1980) propone que debería eliminarse la palabra completo de la definición de la OMS ya que la salud, al igual que la enfermedad, no es un absoluto y debería incorporarse el aspecto objetivo de la salud y de la enfermedad, es decir, la capacidad o incapacidad para funcionar.

La definición que plantea es la siguiente: La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

San Martín (1983) define la salud como aquel fenómeno psicobiológico, social, dinámico, relativo y muy variable. En la especie humana corresponde a un estado ecológico-fisiológico social del equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social.

En esta definición podemos señalar el carácter relativo de la salud y, como preocupación en la década de los ochenta, los aspectos relacionados con la ecología. Ya no se trata de conseguir, solamente, un equilibrio entre las variables

sociológicas, culturales, psíquicas y biológicas, sino que se añade el equilibrio con el medio en el que se desenvuelve el individuo. Además de ausencia de enfermedad y de malestar o sufrimiento, la salud implica dimensiones muy diferentes de bienestar, de ajuste psicosocial, de calidad de vida, de funcionamiento cotidiano, de protección hacia posibles riesgos de enfermedad, de desarrollo personal.

Por ello, en la actualidad se va tendiendo a conceptualizar la salud de una forma positiva, esto es, sin necesidad de referirse para ello a la enfermedad (Godoy, 1999).

No existe, por tanto, una definición universal de salud que establezca su naturaleza íntima, sus componentes y sus límites. Sin embargo, sí existen supuestos básicos que se están teniendo en cuenta al conceptualizar el concepto de la salud:

La salud es, ante todo, un derecho universal reconocido jurídicamente por las principales instituciones internacionales. Prueba de ello es que aparece mencionada como un derecho básico en el punto uno del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948): Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La **salud** es un punto de encuentro en el que converge lo biológico, lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento, la acción, y su valor intrínseco la posiciona como un medio para la realización personal y colectiva.

2.2. Concepto de accesibilidad

La **accesibilidad** se define como la condición inherente a algo de que faltaría de definir y que en nuestro caso se iría dirigido en dos sentidos: por un lado nos referimos al Sistema Nacional de Salud (SNS) y por otro lado a la atención primaria a la salud así tenemos lo siguiente:

La **Accesibilidad Cultural** son métodos técnicos administrativos que se utilicen sean aceptados y estén de acuerdo con las formas culturales de cada grupo de la población.

Dentro de la **Accesibilidad Geográfica** son el sistema nacional de salud en un punto geográfico que permite al ciudadano llegar hasta ellas en un tiempo prudente y en su medio de transporte habitual.

La **Accesibilidad Financiera** son los servicios que están dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país.

La **accesibilidad funcional** es definida a la prestación permanente adecuada a quienes la necesiten, y en cualquier momento en que la necesiten, por medio del grupo sanitario apropiado para este fin.

2.3. Concepto de Atención Primaria de la Salud

La **Atención Primaria de la Salud** es la puerta de entrada al sistema sanitario su accesibilidad, sería la condición primera de esta estructura de salud, con ella estamos respaldando y asegurando el acceso al sistema nacional de salud que por definición pretende la universalidad y equidad de la condición de accesible: accesibilidad.

La prevención primaria de la salud y el tratamiento son tan necesarios como la promoción de la salud, y este tiene tres niveles de prevención.

La prevención primaria: en el periodo de prepatogénesis, los objetivos de la prevención son mejorar el nivel general de la salud y procurar medidas de protección específicas. Las medidas que se refieren a la promoción de la salud incluyen

factores biológicos, ambientales y nivel de vida, área esta contribuye mayormente a reducir en forma enérgica la morbilidad y mortalidad (Pinzón, Chapman, & Panisset, 2016).

La prevención secundaria: consiste mayormente en el diagnóstico temprano de las enfermedades mediante exámenes periódicos clínicos y de rayos. La detección temprana del cáncer, hipertensión, enfermedades venéreas, y otras enfermedades tratables son el objetivo de la prevención secundaria (Pinzón, Chapman, & Panisset, 2016).

En la prevención terciaria: Cuando la enfermedad se manifestó con una consecuencia residual, la prevención terciaria, consiste en evitar la discapacidad total una vez que se haya estabilizado las modificaciones anatómicas y fisiológicas. El objetivo es la rehabilitación del individuo para que pueda vivir una vida satisfactoria y autosuficiente (Pinzón, Chapman, & Panisset, 2016).

2.4. Promoción de salud

La **Promoción de la salud**, entendido como un estado de bienestar en lo físico, en lo mental y en lo social, es intentar elevar el nivel de vida de los individuos. Para la mejoría del nivel de vida; ciertamente, el personal de salud no puede mejorar, aunque lo quisiera, mucho de los componentes de nivel de vida (nutrición, empleo, educación, vivienda y la recreación). La labor educativa debe complementarse con la realización de obras de saneamiento, mejoría de la vivienda, y otras que eleven el nivel de vida de la población (Macia & Orts, 2015).

2.5. El concepto de Diagnóstico de Salud.

Para poder llevar a cabo cambios sociales, y en nuestro caso aquellos que afectan especialmente al binomio salud-enfermedad, se considera necesario realizar un estudio que exponga necesidades, priorice problemas, proponga modos de adaptación que permitan proyectar un desarrollo saludable y armónico de la comunidad a estudio.

Se necesita, por lo tanto, llevar a cabo un estudio sistemático de la comunidad, un análisis de la situación de la comunidad, que permitirá obtener datos concretos y dinámicos del proceso de salud-enfermedad de dicha comunidad, determinando qué estructuras y procesos sociales es responsables de los principales riesgos colectivos y cómo se articulan dentro de la formación social.

La denominación de análisis de situación de salud no es la única forma de conceptualizar este tipo de estudios. Autores como De Peray y Caja (2003) utilizan el concepto de examen preliminar de salud de una comunidad o análisis de la situación de salud para definir el proceso que lleva a la detección de las necesidades o los problemas de salud de una población, a través de la recogida de datos sobre la situación de salud y su posterior análisis.

S.L Kark, en 1981, definió el examen preliminar de salud de la comunidad como “el proceso de recogida de datos y su posterior elaboración en información que permita conocer cuáles son las necesidades de salud de la población que los servicios sanitarios deben atender, y cuya evolución en el tiempo permite, además, priorizar los problemas según su importancia en la comunidad” (citado por De Peray y Caja, 2003, p. 95).

Años más tarde, De la Revilla y cols., lo definen como “un estudio sistemático de la comunidad, del que se obtiene como resultado una descripción valorada y proyectada de las necesidades de salud de la comunidad, así como de los factores que la determinan” (citados por De Peray y Caja, 2003, p. 95).

Autores como Ramos (2009a) y Jurado y Rodriguez (2009) utilizan el concepto de diagnóstico de salud para definir al análisis de la situación de la salud de la comunidad.

Para Ramos (2009a), el diagnóstico de salud constituye la base de cualquier proyecto de intervención, incluida, la planificación de los servicios de salud.

En el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), al análisis de la situación de la salud de una comunidad se le conoce más como “diagnóstico de salud de la comunidad” (p. 510), entendido éste como el proceso de recogida de

datos y su posterior transformación en información, que permite conocer cuáles son los problemas y necesidades de salud de la población y los factores que las determinan.

Básicamente consiste en una descripción detallada de la propia comunidad y de su estado de salud, así como de los factores responsables de dicho estado y de los problemas y necesidades sentidas por la población.

Para Jurado y Rodríguez (2009), el diagnóstico de salud es un proceso de trabajo orientado a la acción más que a la investigación. Es el punto de partida del proceso de planificación, y consiste en la recogida, valoración e interpretación de datos sobre el nivel de salud y los factores condicionantes de ésta en una comunidad, para detectar los problemas prioritarios y sus causas. Es el paso previo a la adopción de las acciones para resolver los problemas detectados y sirve de punto de comparación una vez evaluadas las actividades desarrolladas.

Para estos autores, la principal finalidad del diagnóstico de salud es estimular la acción para mejorar la salud de una población.

González (1990) utiliza la misma descripción que De la Revilla y cols, al definir el diagnóstico de salud como un proceso de estudio sistemático de una comunidad del que se obtiene como resultado una descripción valorada y proyectada de las necesidades de salud de esa comunidad, así como los factores que la determinan o favorecen.

Utilizando cualquiera de los conceptos citados, se puede concretar que en este estudio se investiga una comunidad, a través de un proceso analítico.

2.6. Concepto de Estilo de vida

El **Estilo de vida**, son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tienen un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud.

Algunos patrones de estilo de vida señalan conductas sociales o individuales que constituye los principales factores de riesgos en relación son las enfermedades crónicas y la discapacidad severa.

El consumo de estimulantes del sistema nervioso central incluyendo la anfetamina y la cocaína, así como la cafeína de en bebida cola, el café, el té y la cocoa pueden representar un riesgos aún mayor. Los estimulantes del sistema nervioso central afecta en gran medida el sistema cardiovascular y el metabolismo.

La dieta inadecuada de la ingestión de grasas (estimada en más de un 45% del total de calorías) está asociada con el cáncer del colon, próstata, mama e intestino delgado. La ingestión elevada de proteínas está ligada a un mayor riesgo de cáncer de mama, endometrio, ovario, próstata, intestino grueso, páncreas y cáncer de riñón.

2.7. Concepto de Educación para la Salud

Se denomina **Educación para la Salud (EpS)**, sustituyéndose los nombres de educación higiénica o de educación sanitaria, siendo una actividad de gran importancia tanto en medicina preventiva como en salud pública, existen obras que tratan de ellas en todas las extensiones, señalando las bases técnicas y metodológicas para su correcta aplicación. (Alvarez, 2002).

La (EpS) deber ser una combinación de experiencias de aprendizaje planificadas y destinadas a facilitar los cambios voluntarios hacia los comportamientos saludables. Se sitúa en el campo de la Promoción de la Salud, en el de la prevención de los problemas de salud y en el del tratamiento de los problemas de salud y debe proyectarse a todas las actividades de la medicina, se dará la educación acuerdo con la edad, con las condiciones culturales y sociales, con el tipo de padecimiento que se trata de prevenir o de curar y con la actividad de la persona que lo recibe.

La Educación para la salud comprende las siguientes características:

- Es un proceso paralelo a cualquier otra intervención sanitaria y/o educativa.
- Es un conjunto de aprendizajes que contemplan tres aspectos diferentes:
 - Información.
 - Desarrollo de actitudes positivas.
 - Promoción de hábitos y comportamientos saludables.
- Ha de promover la responsabilidad individual y colectiva para la toma de decisiones a través del análisis de las alternativas y sus consecuencias.
- Debe aumentar la capacidad de interrelación.

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

En este apartado muestra los materiales y métodos, universo del estudio e instrumento para el sustento al trabajo de investigación que se describe a continuación.

3.1. Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de evidencia científicos, de la información disponible sobre los demográficos, social y estilos de vida. El diseño del estudio es de tipo cuantitativo, transversal. La población de estudio fue el municipio de San Felipe Usila, San Juan bautista Tuxtepec, Oaxaca. Para llevar a cabo la recopilación de información sobre los factores demográficos, factores sociales y estilos de vida, se utilizó el formato de la Cedula de Microdiagnóstico familiar de salud en el periodo marzo 2016 a marzo 2017.

3.2. Universo de estudio

El presente estudio se realizó en el Municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca con una población total de 5 641 habitantes.

En la cual se lleva a cabo en dos etapas de unidades muestrales:

La primera etapa se toma para la selección de las unidades de análisis como criterio de inclusión, los integrantes de cada familia que habita dentro del área de influencia de la unidad, y cómo criterio de exclusión la no perteneciente a esta área Geográfica en la que se ubica el Centro de Salud Rural.

En la segunda etapa se selecciona aleatoriamente las manzanas por cada Módulo, el Módulo 1 que tiene a cargo cuatro colonias (Col. Aeropuerto Grande, Col. Aeropuerto Chico, Col. Moderna y Col. Buena Vista) y el Módulo 2, tiene a cargo cinco colonias (Col. San Miguel, Col. Barrio Grande, Col. San Jacinto, Col. Barrio Chico, Col. Encinal), dando un total de 9 colonias en las cuales se obtuvo la información con un formato de cedula de Microdiagnóstico Familiar de Salud.

3.3 Instrumento para obtener la información

Para llevar a cabo la recopilación de información sobre los factores demográficos, sociales y estilos de vida en el proceso salud- enfermedad en el municipio de San Felipe Usila, San Juan bautista Tuxtepec, Oaxaca. Se utilizó el formato de la Cedula de Microdiagnóstico Familiar de Salud (ver anexo) está estructurado y conformado con las tres variables de estudio, como las características, Demográficas, Sociales y Estilos de vida, con diferentes apartados que se encuentran agrupados en la siguiente orden.

- Datos de Identificación.
- Datos Demográficos.
- Composición familiar. (Estado civil, Parentesco, Escolaridad, Ocupación, Ingreso salario y Padecimiento)
- Seguimiento Programático de Acciones de Atención primaria. (Inmunizaciones, embarazadas).
- Estilo de vida (Alimentación familiar, Toxicomanías, utilización de Servicios de salud, Defunciones y Educación para la salud).
- Vivienda (material de construcción, Servicios de la vivienda)

3.4. Análisis y tratamiento de la información

La ejecución de este trabajo sienta las bases en el método estadístico iniciando con la recopilación de datos a través de la aplicación de la cédula Microdiagnóstico de salud identificando los factores demográficos, sociales y estilos de vida en el proceso salud y enfermedad en el municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca. Una vez realizando lo anterior se procedió a la construcción de una base de datos por medio de herramientas estadísticas como el programa Excel con el cual se obtuvieron las gráficas, porcentajes y valores medios.

Los resultados en todos los casos se presentan agrupados de acuerdo a los variables demográficos, sociales y estilos de vida, para ello primero se realiza un análisis general de la comunidad y en seguida se efectúa una comparación de los variables. En donde se analiza los resultados con medidas estadística descriptiva, en el que se llevó a cabo en tres fases:

Fase 1. El mapeo de indicadores. Se efectuó una búsqueda electrónica sistemática en diferentes fuentes bibliográficas de informe de salud, estadísticas de salud e informe nacionales e internacionales de formas estructuradas y también manuales, revistas y libros. El objetivo de esta búsqueda fue recabar fuentes relacionados a los indicadores de estudios.

Fase 2. Categorización y selección de los indicadores. La extracción de los datos se realizaron de manera independiente a través de la observación realizando visita domiciliaria para identificar las variables de estudio Demográficas, Social y Estilo de vida, se utilizó una Cedula Microdiagnóstica Familiar, de la Secretaria de Salud que identificaron de forma sistematizada los factores de riesgos para la salud de la población asentada en un área de influencia determinada.

Fase 3. Disponibilidad para evaluar los indicadores. Se caracterizaron tres indicadores, las Demográficas, Sociales y Estilo de vida

En Las demográficas esta la edad, el sexo, y el origen étnico o racional son las principales variables demográficas que caracterizan la distribución y la enfermedad.

En las demográficas están las variables Sociales incluyen el nivel socioeconómico, los riesgos ambientales, el estado civil y otras características que se logren identificar.

La variable relacionada con el estilo de vida incluyen el consume del tabaco, abuso de alcohol y drogas, dieta inadecuada y Actividad física inadecuada.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez analizada e interpretada la información recabada del trabajo de campo se obtuvieron los siguientes resultados, mismo que se presentan y se describen en dos apartados que comprende este capítulo: se describen los resultados operacionales de las variables, distribuidas por cuadros y sus respectivas gráficas.

4.1 Aspectos generales

La población estudiada del municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, cuenta con un total de 5 641 habitantes, en las cuales 53.32% son sexo femenino y 46.68% son del sexo masculino en donde el 100% son habitantes del municipio.

4.1.1. Variable 1. Características Demográficas

En la tabla 1, se muestran las Variable Demográfica en la que se identificó, la edad, sexo y el origen étnico o racial son las tres principales variables demográficas que caracterizan la distribución de la salud y la enfermedad en una población (G.E., 2011).

Tabla 1. Definición operacional de las variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable		Definición operacional	Escala de medición	Criterios de riesgo.
Demográfica	<p>Es un factor de mayor importancia en la ocurrencia de las enfermedades, es una disciplina científica estrechamente relacionada con la epidemiología.</p> <p>-Medir el riesgo de enfermedad en cada grupo.</p> <p>-Examinar las enfermedades prevalentes en cada grupo.</p> <p>-Ubicar la progresión por edad de una enfermedad en particular.</p>	Edad	Cuantitativa	-Medir el riesgo de enfermedad en cada grupo. - Examinar las enfermedades prevalentes de cada grupo. -Ubicar la progresión por edad.	Ordinal	-Anorexia e hipoxia. -Bajo peso al nacimiento. -Anomalias congénitas. - Neumonías
		Sexo		Se preguntará al informante cual es el sexo de cada miembro de la familia que habita en la casa.	Nominal dicotómica	CaCu, VPH, displasias, ITS
		Origen Étnico o Racional		Conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales: idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas (como música), vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación, y, muchas veces, un territorio o todas las opciones juntas, individuales o más de dos en común (Dever, 2011).	Ordinal	Riesgos de morir por causa específica.

Fuente: Elaboración propia según recisión teórica.

Factores demográficos

Tabla 2. Población total del Municipio de San Felipe Usila.

Población total	Módulo I	%	Módulo II	%	Total	%
Mujeres	1626	52.66	1382	44.75	3008	53.32
Hombres	1410	45.66	1223	39.60	2633	46.68
Total	3036	100.00	2605	100.00	5641	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016.

Se muestra en la tabla n°2 la población total del municipio de San Felipe Usila por sexo femenino y sexo masculino por Modulo I y Modulo II en donde en ambos modulo prevalece el sexo femenino que el sexo masculino, para más claridad se muestra a continuación en la figura 9.

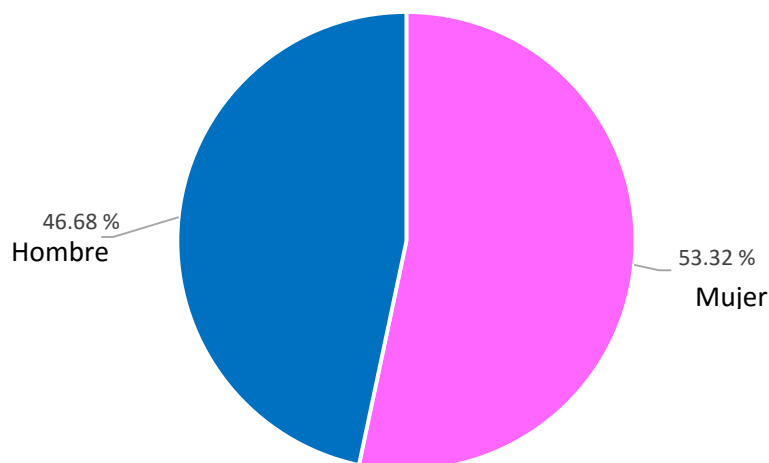


Figura 9. Distribución de la población por sexo.

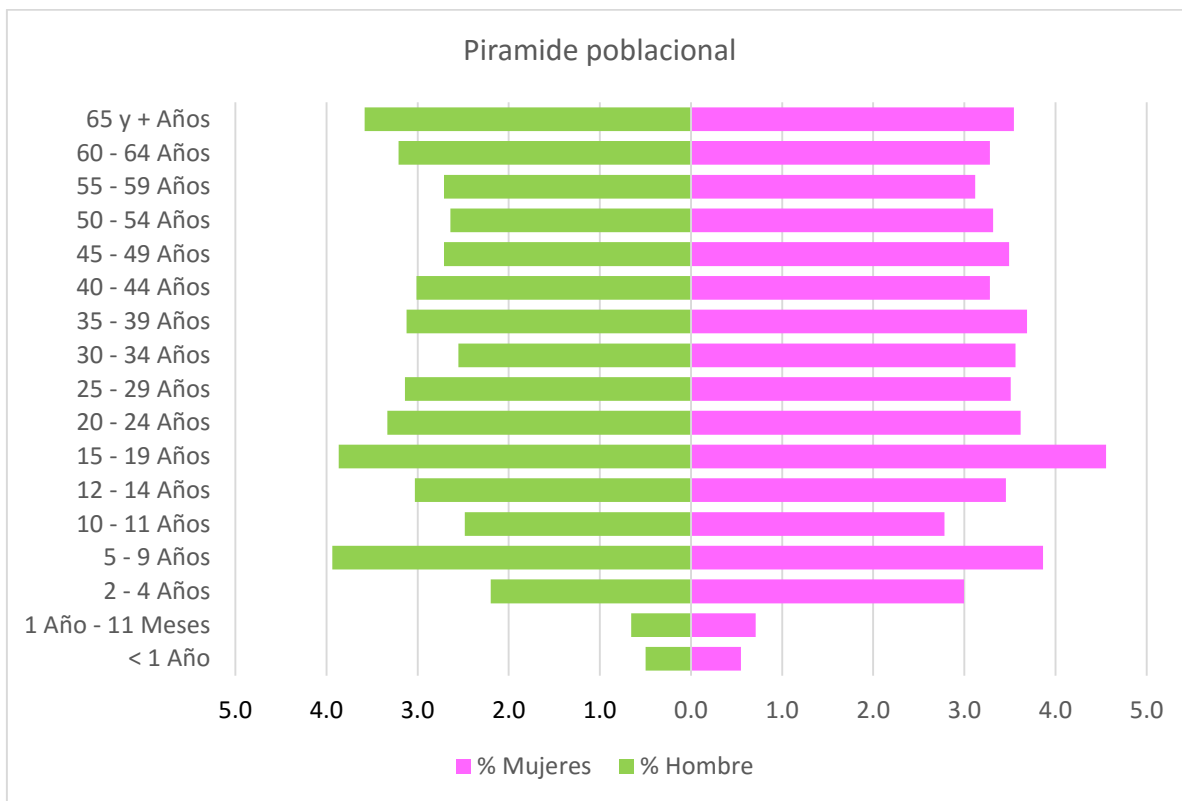
En el área de responsabilidad del Centro de Salud Rural de San Felipe Usila, se encuentran aproximadamente por ambos módulos suman un total de 5, 641 habitantes, en donde el 46.68 por ciento son del sexo masculino y del sexo femenino es 53.32 por ciento de la población general.

Tabla 3. Distribución porcentual de la población por grupo de Edad y Sexo por Módulo I y Módulo II 2016.

POBLACIÓN GENERAL POR EDAD Y SEXO						
FEMENINO		Grupo de Edad	MASCULINO		TOTAL	%
%	Total		Total	%		
1.03	31	< 1 Año	28	1.06	59	1.05
1.33	40	1 Año - 11 Meses	37	1.41	77	1.37
5.62	169	2 - 4 Años	124	4.71	293	5.19
7.25	218	5 - 9 Años	222	8.43	440	7.80
5.22	157	10 - 11 Años	140	5.32	297	5.27
6.48	195	12 - 14 Años	171	6.49	366	6.49
8.54	257	15 - 19 Años	218	8.28	475	8.42
6.78	204	20 - 24 Años	188	7.14	392	6.95
6.58	198	25 - 29 Años	177	6.72	375	6.65
6.68	201	30 - 34 Años	144	5.47	345	6.12
6.91	208	35 - 39 Años	176	6.68	384	6.81
6.15	185	40 - 44 Años	170	6.46	355	6.29
6.55	197	45 - 49 Años	153	5.81	350	6.20
6.22	187	50 - 54 Años	149	5.66	336	5.96
5.85	176	55 - 59 Años	153	5.81	329	5.83
6.15	185	60 - 64 Años	181	6.87	366	6.49
6.65	200	65 y + Años	202	7.67	402	7.13
100.00	3008	Total	2633	100.00	5641	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016.

En la tabla n° 3 muestra por grupo de edad y sexo de la población en general del Municipio de San Felipe Usila por módulo I y módulo II, en donde prevalece el sexo femenino de ambos módulos del área censada, para mayor interpretación se muestra una figura n° 10 pirámide de distribución poblacional por grupo de edad y sexo.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 10. Pirámide población

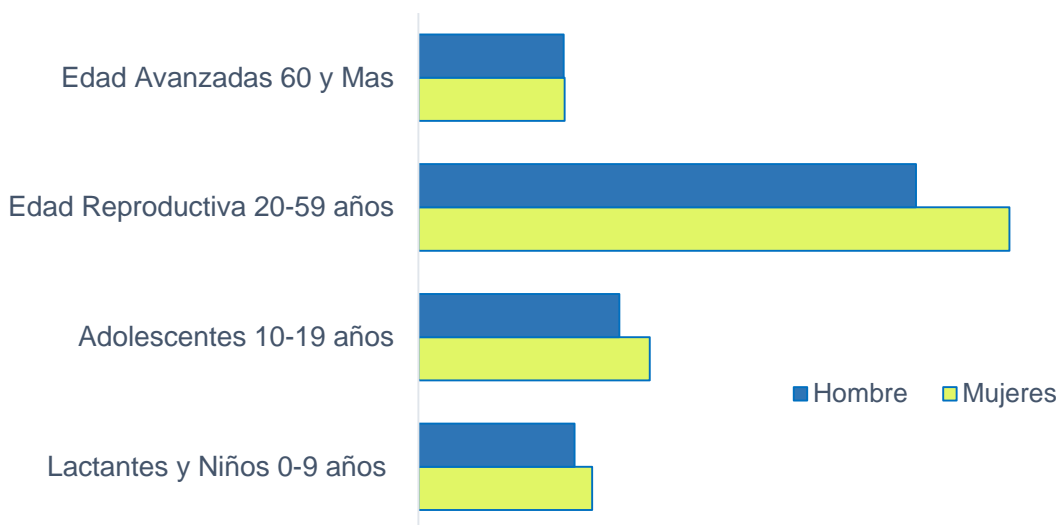
Figura 10: muestra que de las áreas censadas, está conformado por 869 niños correspondiente al grupo de edad de 0-9 años donde el 15.23% sexo femenino y 15.61% sexo masculino. En el grupo correspondiente de 10-19 años existen 1138 adolescentes del total de la población, el 20.24% al sexo femenino y el 20.09% sexo masculino. Posteriormente en el grupo de edad de 20-59 años existe un total de adultos, donde un 51.72% corresponde a mujeres y el 49.75% sexo masculino. Y finalmente en el grupo de edad de 60 y más está conformado por 768 personas el 12.8% al sexo femenino y el 14.54% sexo masculino.

Tabla 4. Atención Preventivas Integradas de la población.

Edades	Femenino	Masculino	Totales	%
Lactantes y Niños 0-9 años	458	411	869.00	15.41
Adolescentes 10-19 años	609	529	1138.00	20.17
Edad Reproductiva 20-59 años	1556	1310	2866.00	50.81
Edad Avanzadas 60 y Mas	385	383	768.00	13.61
Total	3008	2633	5641.00	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 4 las atenciones preventivas integradas por grupos de edades y sexo del municipio de San Felipe Usila, se muestra con más claridad en la figura n°11, los grupos de edades para mayor atención en la prevención integrada.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 11. Grupo de edades por intervención

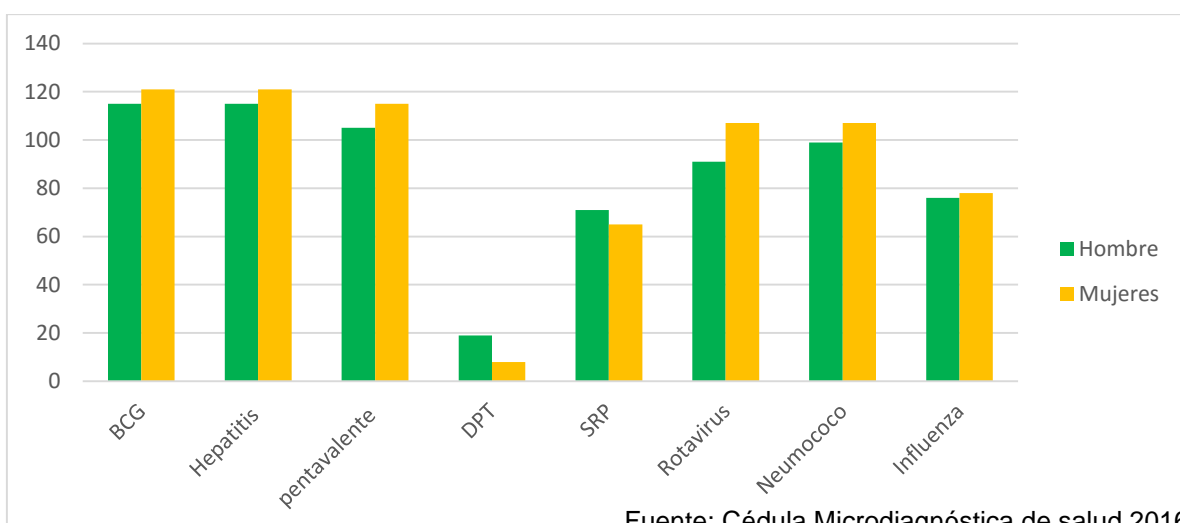
De acuerdo a la estadística para la atención integrada en salud el grupo de edad de mayor prevalencia es la edad reproductiva de 20- 59 años.

Tabla 5. Población vacunada < 5 años del municipio de San Felipe Usila.

Vacunas	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
BCG	115	16.64	121	16.76	252.64	17.88
Hepatitis	115	16.64	121	16.76	252.64	17.88
Pentavalente	105	15.20	115	15.93	235.20	16.65
DPT	19	2.75	8	1.11	29.75	2.11
SRP	71	10.27	65	9.00	146.27	10.35
Rotavirus	91	13.17	107	14.82	211.17	14.94
Neumococo	99	14.33	107	14.82	220.33	15.59
Influenza	76	11.00	78	10.80	165.00	11.68
Total	691	100.00	722	100.00	1413.00	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra tabla n° 5 la población con esquema completa de vacunación de la población de niños por sexo. En la figura n° 12 muestra claramente la población de menores de cinco años con esquema de vacunación completos y los tipos de vacuna.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 12. Población vacunada < 5 años.

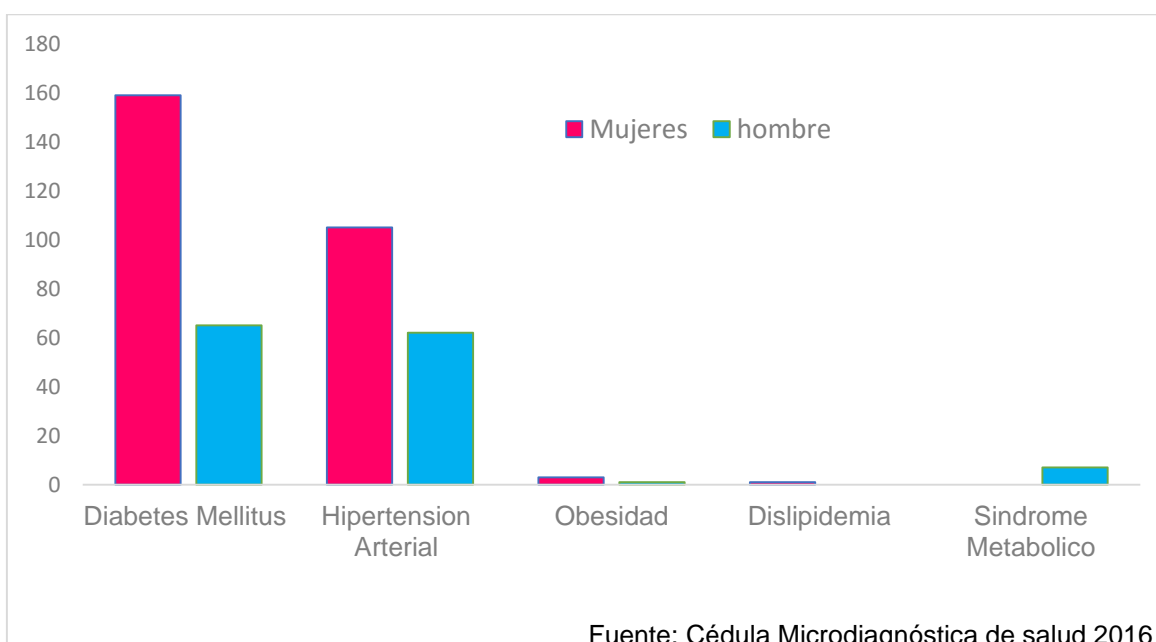
En la población vacunada de los niños menores de cinco años identificadas por ambos sexo tienen el esquema completo de vacunación de acuerdo a su edad de correspondencia.

Tabla 6. Morbilidad de la población > 12 años del Municipio de San Felipe Usila 2016.

Patología	Masculino	%	Femenino	%	Totales	%
<i>Diabetes Mellitus</i>	65	48.15	159	59.33	224	55.58
<i>Hipertensión Arterial</i>	62	45.93	105	39.18	167	41.44
<i>Obesidad</i>	1	0.74	3	1.12	4	0.99
<i>Dislipidemia</i>	0	0.00	1	0.37	1	0.25
<i>Síndrome Metabólico</i>	7	5.19	0	0.00	7	1.74
<i>Total</i>	135	100.00	268	100.00	403	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

En la tabla n° 6 muestran las cinco patologías más sobresalientes en la población por edad y sexo mayores de doce años del municipio de San Felipe Usila. La figura n° 13 muestra las diferencias entre las patologías con la edad y sexo.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 13. Morbilidad de población > 12 años.

Muestra la gráfica que la patología que más prevalece la comunidad está en primer lugar diabetes mellitus, posteriormente la hipertensión arterial.

Tabla 7. Causas de Mortalidad de la población.

MESES	Causa	Totales
Enero	Senectud	4
Febrero	Senectud	2
Marzo	Diabetes Mellitus	1
	Senectud	1
Abril	Senectud	1
	Diabetes Mellitus	1
	Hipertensión Arterial	1
Mayo	-	0
Junio	Senectud	1
	Tuberculosis	2
	Hipertensión Arterial	1
Julio	-	0
Agosto	Senectud	2
Septiembre	Senectud	2
	Paro Respiratorio	1
	Diabetes Mellitus	1
	Hipertensión Arterial	1
Octubre	Hipertensión Arterial	1
	Senectud	3
Noviembre	Senectud	2
Diciembre	Diabetes Mellitus	2
Totales		30

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

En la tabla 7 se muestra las primeras causas de mortalidad, en el municipio de San Felipe Usila, se encontraron es por senectud, seguida de los Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

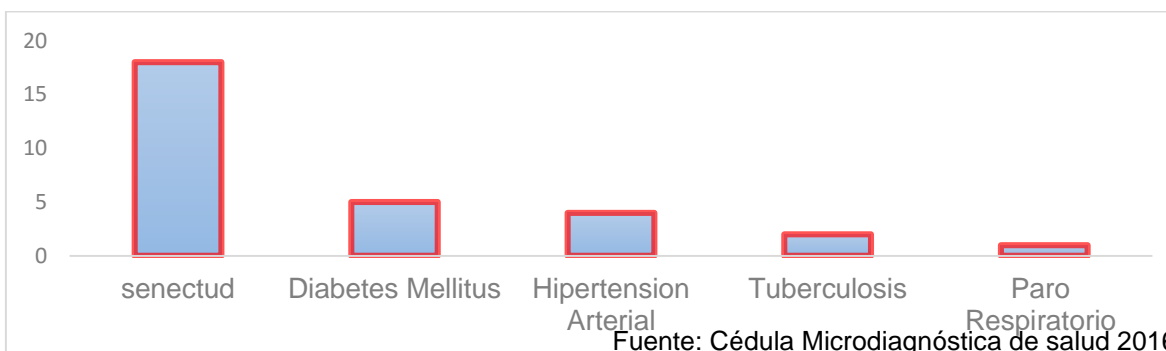


Figura 14. Tasa de mortalidad de la población.

De la población en general la mortalidad en San Felipe Usila es por la senectud, seguida por diabetes mellitus posterior hipertensión arterial.

Tabla 8. Tipo de familia de la población por módulo I y módulo II 2016.

Tipo de Familia	Módulo I	%	Módulo II	%	Total	%
Nuclear	686	83.45	568	79.00	1254	81.38
Extensa	108	13.14	119	16.55	227	14.73
Extensa Compuesta	28	3.41	32	4.45	60	3.89
Total	822	100.00	719	100.00	1541	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016.

Se muestra en la tabla n° 8 los tipos de familias con las que cuenta por módulo I y módulo II, son representadas en tres tipos de que son familia nuclear, familia extensa y extensa compuesta. Para mostrar con más claridad el tipo de familia que más predomina en la población se emplea en la figura n° 15.

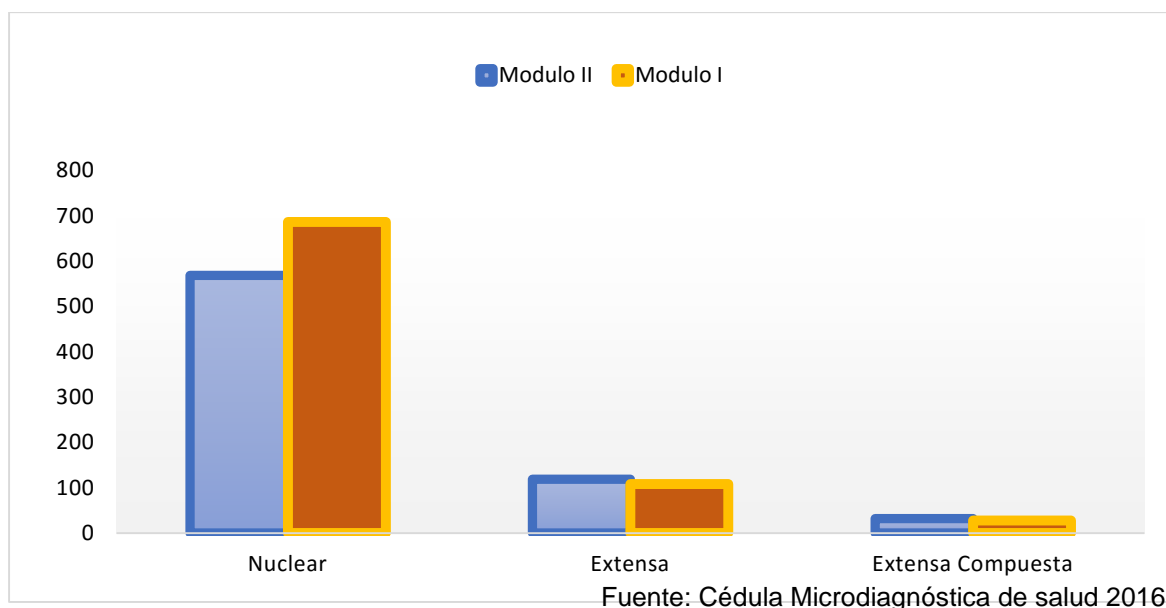


Figura 15. Tipo de familia de la población

En la población, los tipos de familia que prevalece ambos módulos es la familia nuclear, seguida la familia extensa y posteriormente la familia nuclear, debido que la mayoría son familia establecidas.

Tabla 9. La religión de la población total por Módulo I y Módulo II 2016.

Religión de la población	Módulo I	%	Módulo II	%	Total	%
Católicos	420	51.09	399	55.49	819	53.15
Evangélicos	332	40.39	245	34.08	577	37.44
Pentecostés	12	1.46	18	2.50	30	1.95
Testigos de Jehová	38	4.62	40	5.56	78	5.06
Otros	20	2.43	17	2.36	37	2.40
Total	822	100.00	719	100.00	1541	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 9 la religión de la población total del municipio de San Felipe Usila, en ambos módulos. Para mayor información en la figura n° 16 se presenta más practicado por la población.

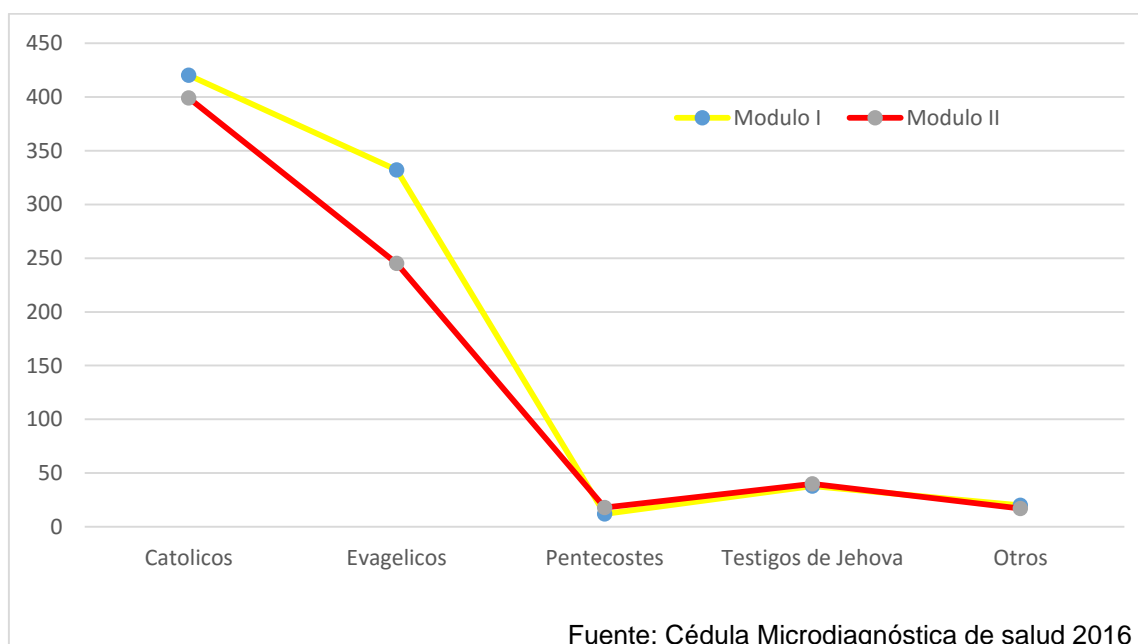


Figura 16. Religión de la población

La religión de la población con mayor rango de ambos módulos predomina la religión católica, posteriormente los Evangelistas, pentecostés, testigos de Jehová entre otros.

4.1.2 Variable 2: Características Sociales

En esta variable se analizaron los factores sociales que afectan la salud de la población, está incluye el nivel socioeconómico, riesgos ocupacionales, riesgos ambientales, estado civil, y características familiares. Se muestra con claridad la descripción y resultados a continuación.

Tabla 10. Definición operacional de las variables.

Variable	Definición conceptual		Tipo variable de	Definición operacional	Escala de medición	Criterios de riesgo.
Sociales	Los factores sociales que afectan la salud de la población, está incluye el nivel socioeconómico , riesgos ocupacionales, riesgos ambientales, estado civil, y características familiares (G.E., 2011).	Nivel socioeconómico.	Cuantitativa	Se preguntará ¿Cuántos miembros de la familia se encuentran trabajando?	Ordinal	Pobreza como riesgo a diferentes enfermedades, migración, adicciones.
		Riesgo de ocupacionales.		Se preguntará si sabe leer y escribir. Alfabeto Analfabeto	Nominal	Disminución de riesgo para tratamientos médicos, y accesibilidad a servicios médico.
				Se preguntará cuál es el último año de estudios que tuvo la persona.		A mayor escolaridad, mayor la posibilidad de conocimiento de enfermedades.
		Riesgos ambientales		Se pregunta a que se dedica actualmente.	Nominal	Mortalidad y expectativa de vida es la evidencia que demuestra que la incidencia de mortalidad, morbilidad y discapacidad en las clases más bajas es mayor.
		Estado civil y variable familiar.		Se preguntó si tiene los servicios básicos: Agua potable Sistema de drenaje. Condiciones de la vivienda. Sanidad del almacenamiento de basura. Control de alimento. Saneamiento de sitios de reunión. Ambiente laboral. Contaminación Urbana.		Cada día adquiere mayor importancia por su influencia en la salud y supervivencia del ser huma.
		Estado civil de cada miembro de la familia que habite en la casa encuestada y se clasificarán en soltero (a), casado (a), unión libre, viudo (a), separado (a), divorciado(a).	Nominal	Violencia		

Fuente: Elaboración propia según recisión teórica

Tabla 11. Ingreso Económico familiar de la población por Módulo I y Módulo II 2016

Ingreso Económico familia	Módulo I	%	Módulo II	%	Total	%
Salario Mínimo	716	87.10	589	81.92	1305	84.69
2 Salario Mínimo	98	11.92	122	16.97	220	14.28
Más de 2 Salario Mínimo	8	0.97	8	1.11	16	1.04
Total	822	100.00	719	100.00	1541	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 11 el ingreso económico familiar de la población total del municipio de San Felipe Usila, identificadas por módulo I y módulo II en donde en ambos módulos prevalece el salario mínimo. Se muestra a continuación la figura n° 17 para más claridad.

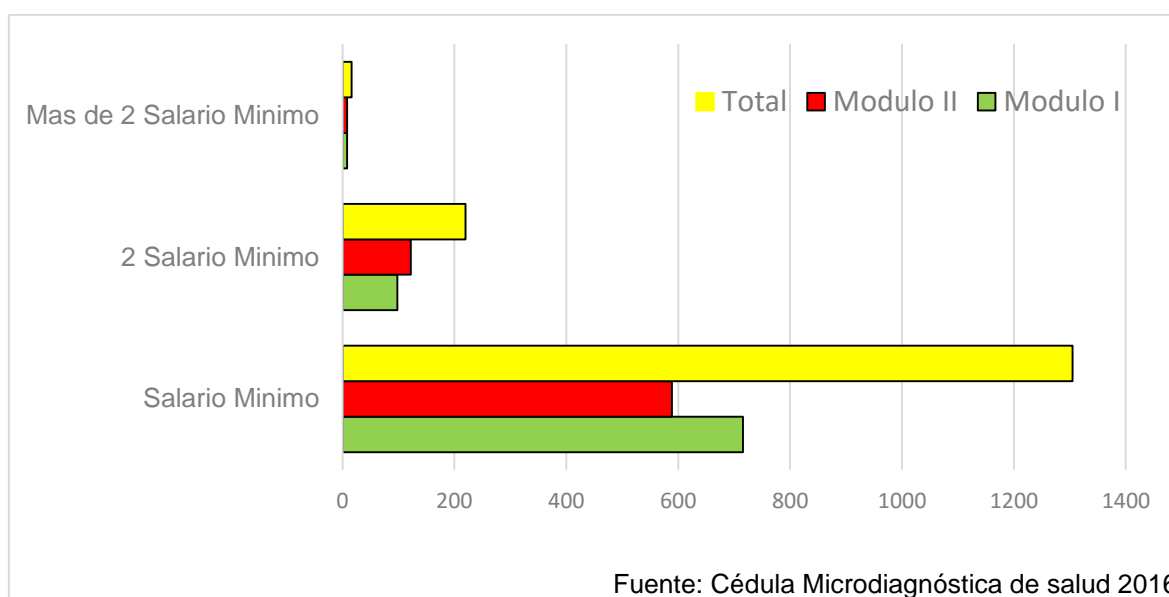


Figura 17. Ingreso Económico Familiar

El ingreso económico familiar dentro de la muestra se refleja el máximo rango predomina el salario mínimo, posteriormente el dos salario mínimo y más salario mínimo en el ingreso económico familiar el municipio de San Felipe Usila.

Tabla 12. Escolaridad de la población > 6 años del 2016.

ESCOLARIDAD: POBLACION > 6 AÑOS						
Escolaridad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Preescolar	200	6.81	180	7.01	380	6.90
Primaria	727	24.75	631	24.57	1358	24.67
Secundaria	699	23.80	655	25.51	1354	24.60
Preparatoria	511	17.40	521	20.29	1032	18.75
Profesional	106	3.61	91	3.54	197	3.58
Técnico	19	0.65	18	0.70	37	0.67
Alfabeta	238	8.10	209	8.14	447	8.12
Analfabeta	437	14.88	263	10.24	700	12.72
Total	2937	100.00	2568	100.00	5505	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 12 la escolaridad por grupos de edades y sexo de las poblaciones mayores de 6 años del municipio recabada por ambos módulos del centro de salud. En la Figura n° 18 se muestra los datos con mayor detalle.

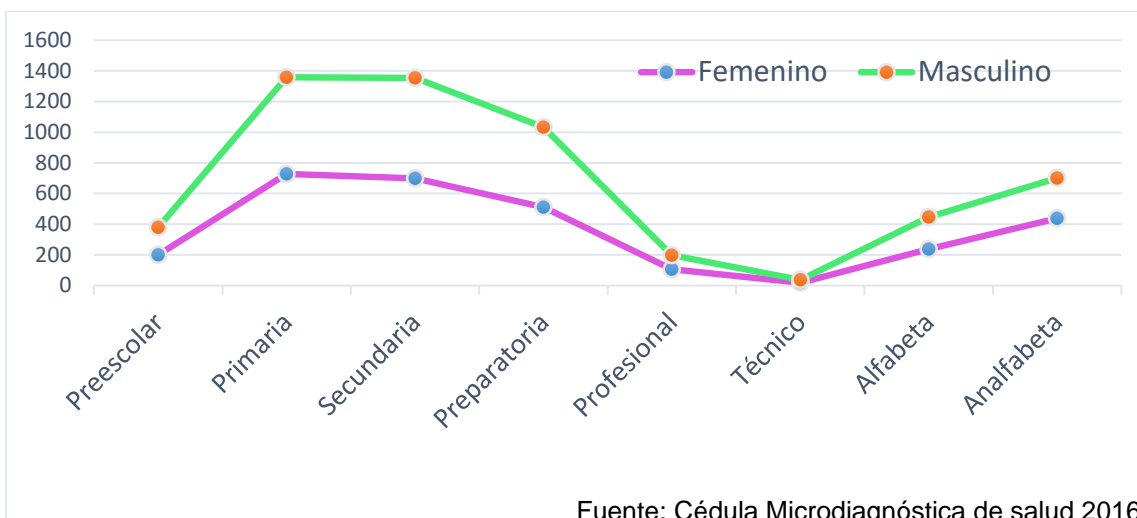


Figura 18. Escolaridad de la población

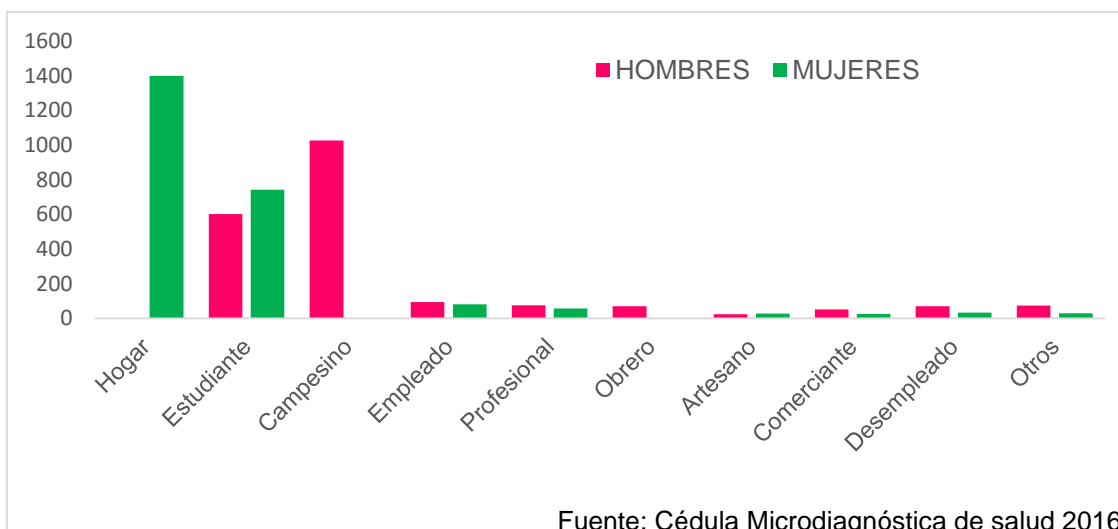
La escolaridad de la población mayor de seis años con mayor realce es nivel primaria favoreciendo al sexo femenino.

Tabla 13. Ocupación de la población >12 años.

OCUPACION: POBLACION > 12 AÑOS						
Ocupación	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Hogar	1400	58.50	0	0.00	1400.00	31.28
Estudiante	742	31.01	601	28.85	1343.00	30.00
Campesino	0	0.00	1026	49.26	1026.00	22.92
Empleado	80	3.34	93	4.46	173.00	3.87
Profesional	56	2.34	76	3.65	132.00	2.95
Obrero	0	0.00	69	3.31	69.00	1.54
Artesano	28	1.17	23	1.10	51.00	1.14
Comerciante	26	1.09	52	2.50	78.00	1.74
Desempleado	32	1.34	70	3.36	102.00	2.28
Otros	29	1.21	73	3.50	102.00	2.28
Total	2393	100.00	2083	100.00	4476.00	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Muestra la tabla n° 13 la ocupación general de la población mayor de 12 años de edad de municipio de San Felipe Usila. En la figura n° 19 se muestran las más representativas.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 19. Ocupación de la población > 12 años

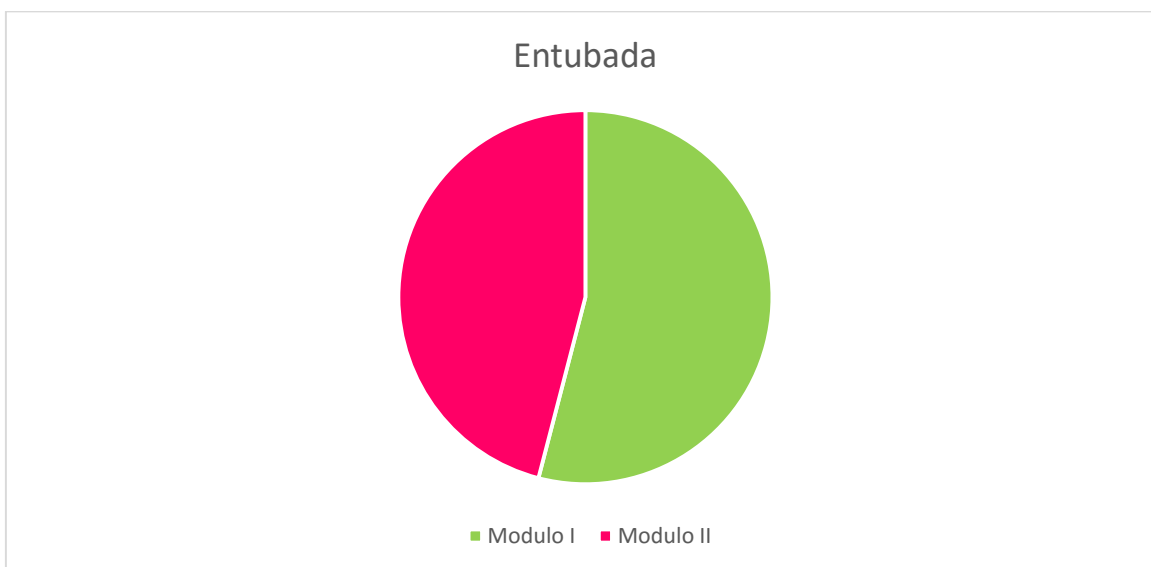
La ocupación de la población mayor de 12 años de edad del municipio de San Felipe Usila muestra que en el hogar prevalece el sexo femenino con 58.50% y en ocupación campesino favorece al sexo masculino con 49.26%.

Tabla 14. Sistema de Abastecimiento de Agua de la población total familiar por módulo I y módulo II 2016.

AGUA	Módulo I	%	Módulo II	%	Total	%
Entubada	802	100.00	682	100.00	1484	100.00
Total	802	100.00	682	100.00	1484	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 14 el sistema de abastecimiento que cuenta la población familiar del Centro de Salud Rural del municipio de San Felipe Usila del módulo I y módulo II. Para mayor mostración en la figura n° 20 refleja el abastecimiento de agua de la población.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 20. Abastecimiento de agua entubada

El 100% de la población general cuenta con abastecimiento agua entubada en el municipio de San Felipe Usila 2016.

Tabla 15. Condiciones de la vivienda. Techo por módulo I y módulo II 2016.

TECHO	Módulo I	%	Módulo II	%	Total	%
Concreto	314	39.15	258	37.83	572	38.54
Lamina	488	60.85	424	62.17	912	61.46
Total	802	100.00	682	100.00	1484	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra tabla n° 15 las condiciones de la vivienda. Techo del municipio de San Felipe Usila, por módulo I y módulo II. Se muestra el grafico figura n° 21 para mostrar con más claridad las condiciones de vivienda. Techo de la población.

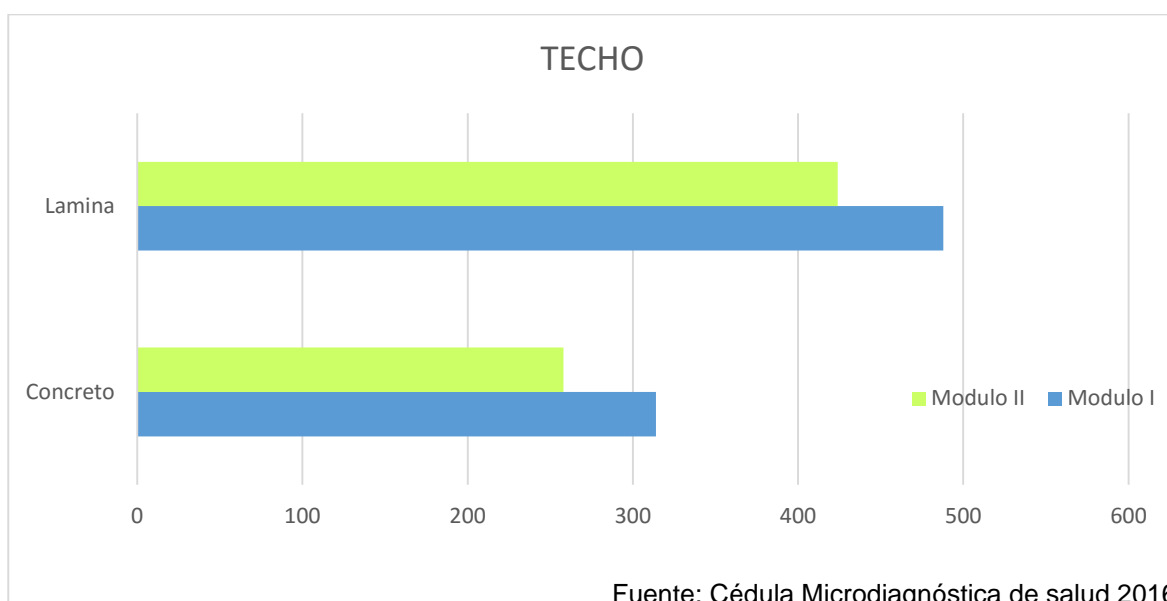


Figura 21. Techo de la vivienda

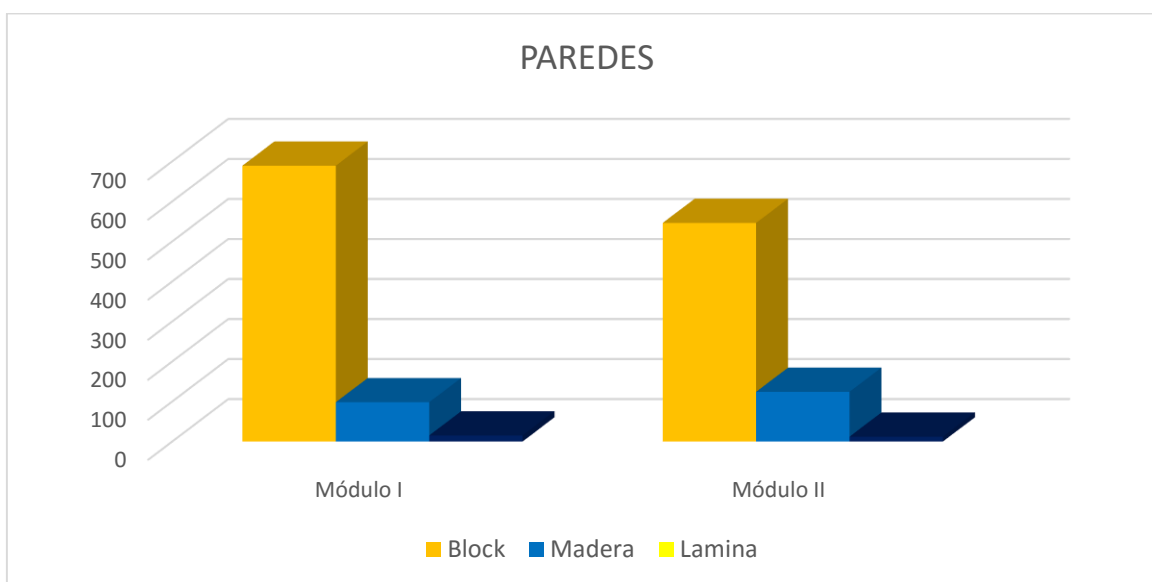
Las condiciones de la vivienda en techo, del municipio de San Felipe Usila, con techo de concreto es el 38.54% de la población general, más sin embargo el 61.46% vivienda es de techo con lámina.

Tabla 16. Condiciones de la vivienda. Paredes por módulo I y módulo II 2016.

PAREDES	Módulo I	%	Módulo II	%	Total	%
Block	689	85.91	546	80.06	1235	83.22
Madera	98	12.22	124	18.18	222	14.96
Lamina	15	1.87	12	1.76	27	1.82
Total	802	100.00	682	100.00	1484	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 16 las condiciones de vivienda de la población estudiada por el módulo I y módulo II del municipio de San Felipe Usila. Para mayor mostración en la figura n° 22 muestra las paredes de la población.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 22. Paredes de la vivienda

En la población las condiciones de vivienda de ambos módulos arrojan como los resultados de las paredes con bock es 83.22%, paredes madera 14.96% y de paredes con lamina 1.82% de la población general.

Tabla 17. Condiciones de vivienda. Piso por módulo I y módulo II 2016.

PISO	Módulo I	%	Módulo II	%	Totales	%
Cemento	618	77.06	568	83.28	1186	79.92
Tierra	159	19.83	102	14.96	261	17.59
otros	25	3.12	12	1.76	37	2.49
Total	802	100.00	682	100.00	1484	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Muestra tabla n° 17 las condiciones de vivienda. Piso, de la población estudiada por el módulo I y módulo II del municipio de San Felipe Usila. En la figura n° 23 muestra los tipos de piso que cuenta la vivienda de la población en general.

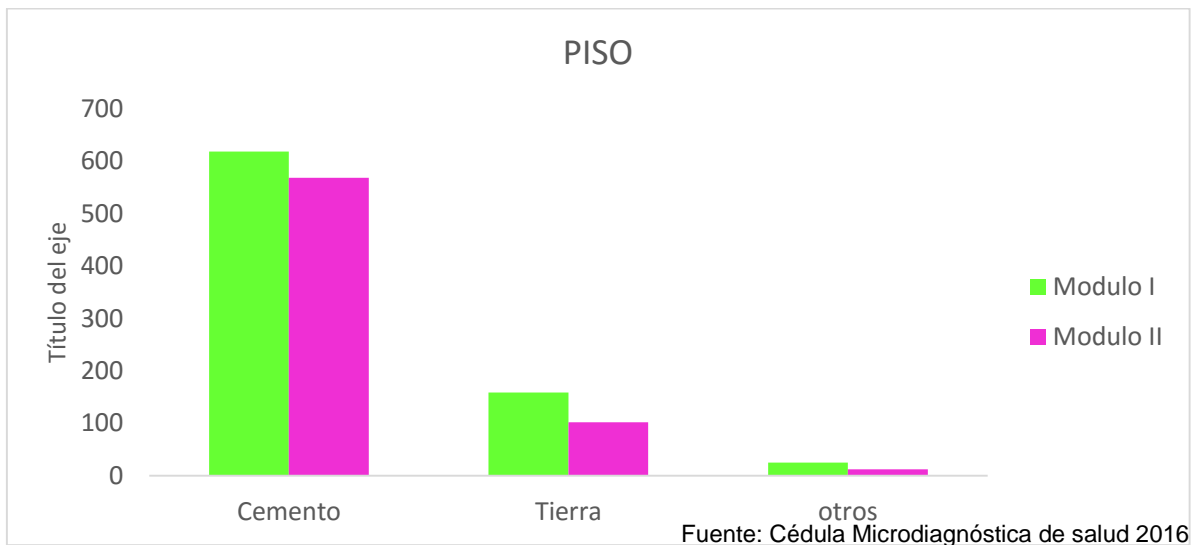


Figura 23. Piso de la vivienda

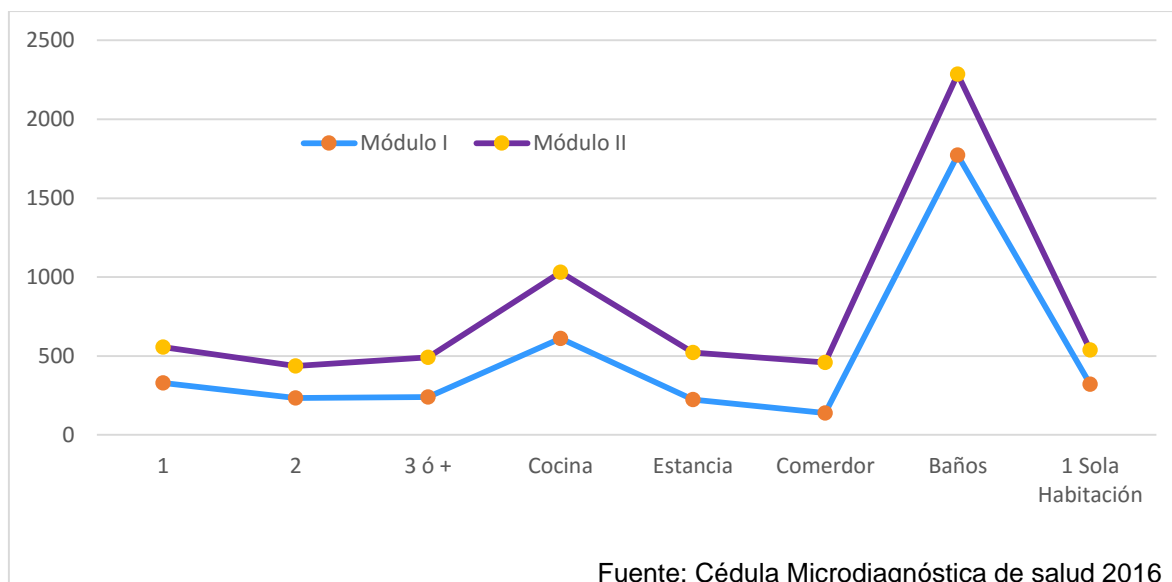
Las condiciones de vivienda de la población en piso de cemento es el 79.92%, piso de tierra es 17.59% y en otro 2,49% en el municipio de San Felipe, Usila.

Tabla 18. Condiciones de vivienda. Cuartos por módulo I y módulo II.

CUARTOS	Módulo I	%	Módulo II	%	Total	%
1	329	59.82	228	44.53	557	52.45
2	233	42.36	203	39.65	436	41.05
3 ó +	240	43.64	251	49.02	491	46.23
Cocina	610	110.91	420	82.03	1030	69.41
Estancia	223	40.55	298	58.20	521	35.11
Comedor	138	25.09	321	62.70	459	30.93
Baños	1773	322.36	512	100.00	2285	153.98
1 Sola Habitación	320	58.18	218	42.58	538	36.25
Total	802	145.82	682	133.20	1484	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 18 las condiciones de vivienda por números de cuartos, cocina, estancia, baño y una sola habitación de la población estudiada por módulo I y módulo II del municipio de San Felipe Usila. Muestra los datos con más detalle en la figura n°24.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 24. Cuartos de la población

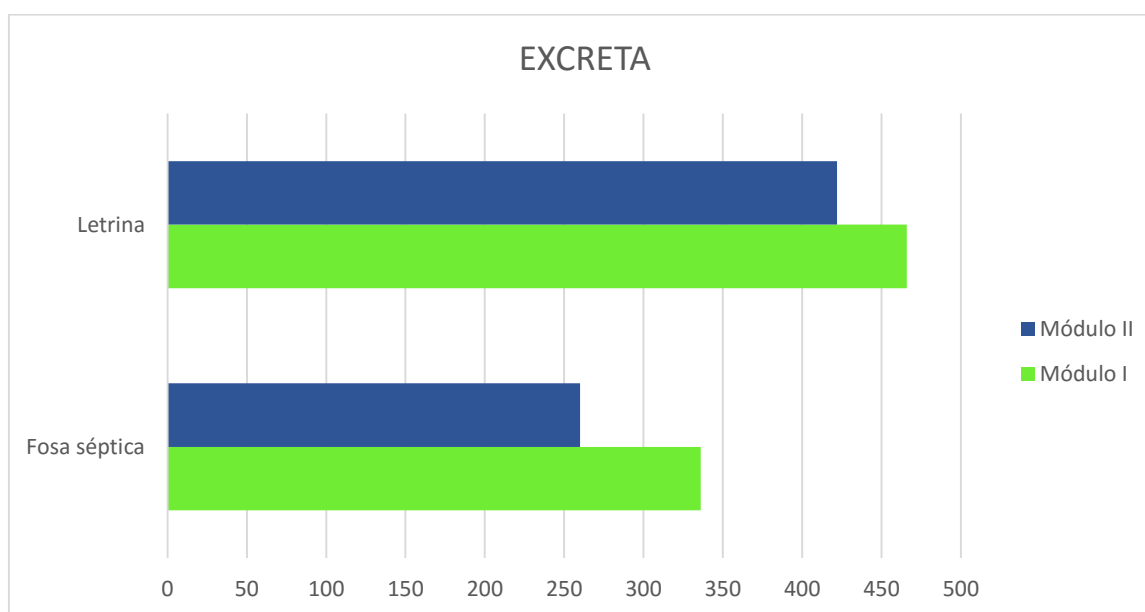
Las condiciones de vivienda por familia de la población por números de cuartos son 52.45%, cocina 69.41%, baños 100% y 36.25 de una sola habitación de la población del municipio de San Felipe Usila.

Tabla 19. Sistema de Drenaje de la población por módulo I y módulo II 2016.

Excreta	Módulo I	%	Módulo II	%	Total	%
Fosa séptica	336	41.90	260	38.12	596	40.16
Letrina	466	58.10	422	61.88	888	59.84
Total	802	100.00	682	100.00	1484	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

La tabla n° 19 muestra el sistema de drenaje con el que cuenta la población estudiada por módulo I y módulo II. Para mostrarla detalladamente el sistema de drenaje en la figura n° 25.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 25. Sistema de drenaje

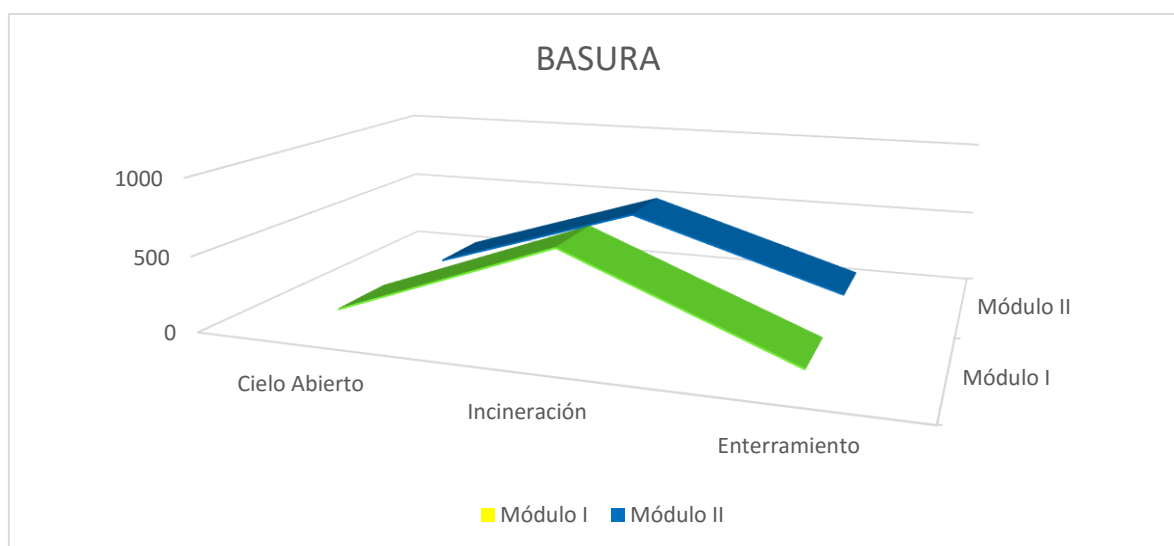
El sistema de drenaje en la que predomina la población general por ambos módulos con 59.84% es el drenaje por letrina, le sigue en drenaje por fosa séptica, no es favorable para el municipio debido que aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas.

Tabla20. Sanidad del Almacenamiento de Basura por módulo I y módulo II 2016.

BASURA	Módulo I	%	Módulo II	%	Totales	%
<i>Cielo Abierto</i>	102	12.72	62	9.09	164	11.05
<i>Incineración</i>	642	80.05	532	78.01	1174	79.11
<i>Enterramiento</i>	58	7.23	88	12.90	146	9.84
<i>Total</i>	802	100.00	682	100.00	1484	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 20 la sanidad de almacenamiento de basura de la población por módulo I y módulo II de la población estudiada. Se muestra figura n° 26 con más claridad la sanidad de almacenamiento de basura en la población.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 26. Sanidad de almacenamiento de basura

La sanidad de almacenamiento de basura de la población por ambos módulos estudiada con 79.11% por incineración, 11.05% cielo abierto y posterior por enterramiento.

Tabla 21. Estado civil de la población > 12 años del acuerdo al grupo de edad y sexo por módulo I y módulo II 2016.

ESTADO CIVIL: POBLACION > 12 AÑOS						
Estado Civil	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Casado	1290	53.91	1284	61.64	2574	57.51
Soltero	819	34.22	643	30.87	1462	32.66
Unión Libre	97	4.05	71	3.41	168	3.75
Divorciado	27	1.13	20	0.96	47	1.05
Viudo	77	3.22	35	1.68	112	2.50
Separado	83	3.47	30	1.44	113	2.52
Total	2393	100.00	2083	100.00	4476	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

En este apartado la tabla n° 21 muestra el estado civil de la población en general a partir de doce años de edad y sexo, en la población estudiada. En la figura n° 27 se manifiesta el estado civil en mayor categoría con más claridad.

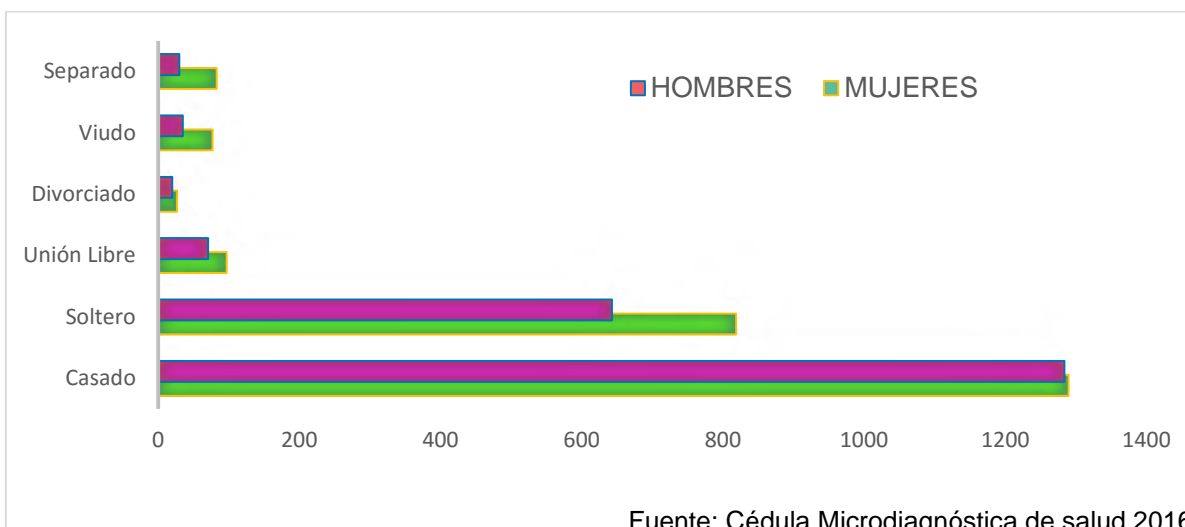


Figura 27. Estado civil de la población >12 años

El estado civil de la población mayor de 12 años de edad del municipio de San Felipe Usila muestra el mayor rango son casados con total de 57.51% y un 2.55% son separados de la población total.

4.1.3 Variable. Característica del Estilo de vida

La variable de estilo de vida son el conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud, se utiliza de la misma manera las variables demográficas y sociales para describir los aspectos personales de la distribución de la salud en una población, que se refiere a los patrones de conducta individual y social.

Tabla 22. Definición operacional de las variables.

Variable	Definición conceptual		Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Criterios de riesgo.
Estilo de vida	Los estilos de vida son factores determinantes, la distribución de la salud en una población y se relacionan con la mortalidad y morbilidad. Se relacionan con los patrones de conducta individual y social.	Consumo de tabaco	Cuantitativa	Se preguntará ¿Cuántos integrantes de la familia consumen tabaco?	Ordinal	Pobreza como riesgo a diferentes enfermedades, migración, adicciones.
		Abuso de alcohol y drogas.		Con que frecuencia lo consumen tabaco?	Nominal	Aumento de riesgo para tratamientos médicos, y accesibilidad a servicios médico.
				Conoce alguna consecuencia que conlleva el consumo de tabaco?		A mayor escolaridad, mayor la posibilidad de conocimiento de enfermedades.
				Se pregunta ¿con qué frecuencia consume usted alcohol o droga?		Ordinal
		Dieta inadecuada		Que alimento de origen animal, origen vegetal consume con frecuencia?	Nominal	Cada día adquiere mayor importancia por su influencia en la salud y supervivencia del ser humano la alimentación adecuada e higiene adecuada.
Actividad física inadecuada	Asocia a problema de salud, incluyendo, enfermedades cardíaca.	obesidad				

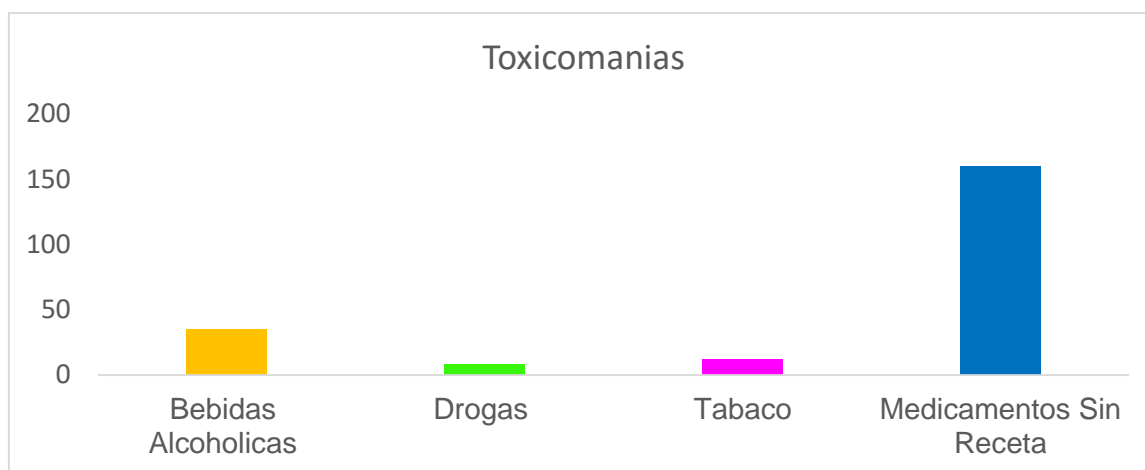
Fuente: Elaboración propia según recisión teórica

Tabla 23. Toxicomanías de la población por módulo I y módulo II 2016.

Toxicomanías	Totales	%
Bebidas Alcohólicas	35	16.28
Drogas	8	3.72
Tabaco	12	5.58
Medicamentos Sin Receta	160	74.42
Totales	215	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

La tabla n° 23 muestra las toxicomanías de la población del municipio de San Felipe Usila del módulo I y módulo II del Centro de Salud Rural en áreas estudiada. En la figura n° 28 se muestra los datos de la población con mayor detalle.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 28. Toxicomanías de la población

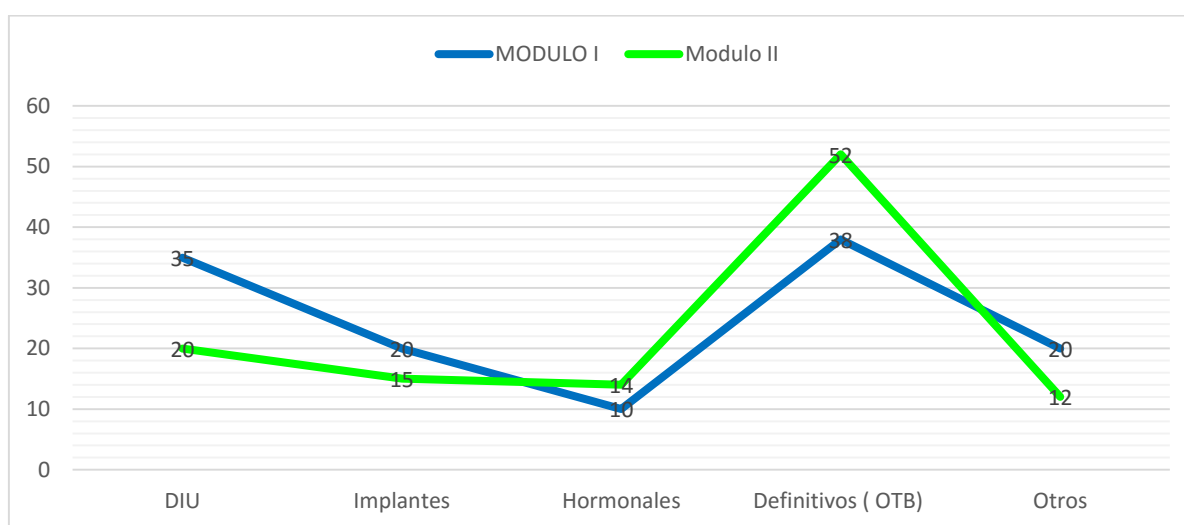
Las toxicomanías con bebidas alcohólicas es 16.28%, con drogas 3.72%, tabaco 5.58% y los medicamentos sin recetas son 74.42% de la población en general con mayor riesgos de alguna intoxicación.

Tabla 24. La planificación familiar de la población del municipio de San Felipe Usila por módulo I y módulo II 2016.

<i>Planificación Familiar</i>	Módulo I	%	Módulo II	%	Totales	%
<i>DIU</i>	35	28.46	20	17.70	55	23.31
<i>Implantes</i>	20	16.26	15	13.27	35	14.83
<i>Hormonales</i>	10	8.13	14	12.39	24	10.17
<i>Definitivos (OTB)</i>	38	30.89	52	46.02	90	38.14
<i>Otros</i>	20	16.26	12	10.62	32	13.56
<i>Total</i>	123	100.00	113	100.00	236	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 24 los tipos de planificación familiar que cuenta el municipio de San Felipe Usila, por módulos I y módulo II. Se muestra detalladamente de la población estudiada en la figura 29.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 29. Planificación familiar

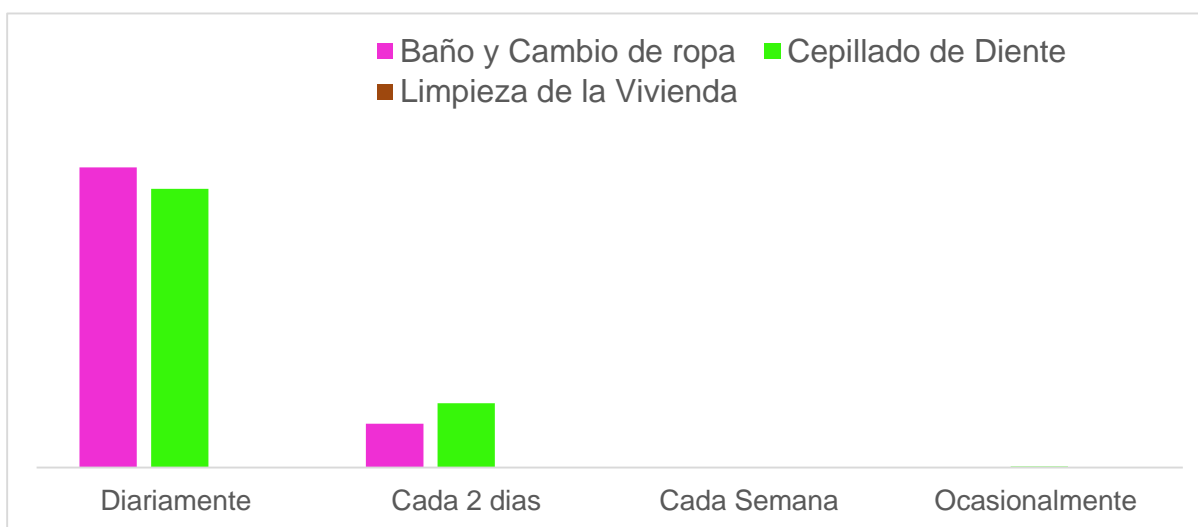
La planificación familiar en ambos módulos muestra que el Dispositivo Intrauterino (DIU) es el 23.31%, implante con 14.83% y Obstrucción Tubarica Bilateral (OTB), de la población general estudiada.

Tabla 26. Hábito de Higiene Familiar de la población.

HABITO FAMILIAR	Diariamente	Cada 2 días	Cada Semana	Ocasionalmente	Total	%
Baño y Cambio de ropa	1344	197	0	0	1541	100
Cepillado de Diente	1248	288	0	5	1541	100
Limpieza de la Vivienda	1238	270	33	0	1541	100

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 25 los hábitos de higiene familiar del municipio de San Felipe Usila, por escalas de diariamente, cada dos días, cada semana y ocasionalmente el baño y cambio de ropa, cepillado dental y la limpieza de la vivienda. Se muestra con detalle en la figura n° 30.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 30. Hábito de higiene familiar

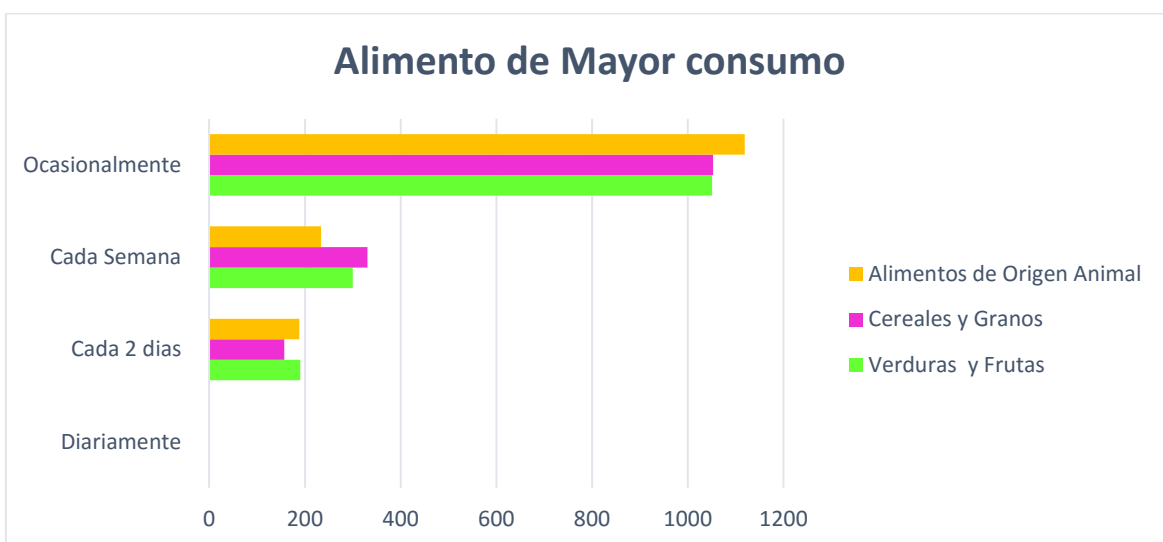
En el hábito de higiene por escala muestra por familia el baño y cambio de ropa diaria son 1 334 familia y 197 cada dos días, cepillado dental 1 248 familia, cada dos días 288 y 5 en ocasionalmente y por ultimo limpieza de la vivienda con 1 238 familia, cada dos días con 270 y cada tercer día de 33% de la población estudiada.

Tabla 26. Alimento de mayor Consumo Familiar de la población.

ALIMENTO DE MAYOR CONSUMO	Diariamente	Cada 2 días	Cada Semana	Ocasionalmente	Total	%
Verduras y Frutas	0	190	300	1051	1541	100
Cereales y Granos	0	157	331	1053	1541	100
Alimentos de Origen Animal	0	188	234	1119	1541	100

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

En la tabla n° 26 muestra los alimentos de mayor consumo de la población familiar estudiada con mayor frecuencia de las verduras y frutas, cereales y granos y alimentos de origen animal. Se muestra detalladamente en el siguiente apartado de la figura n° 31.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016.

Figura 32. Alimento de mayor consumo por familia

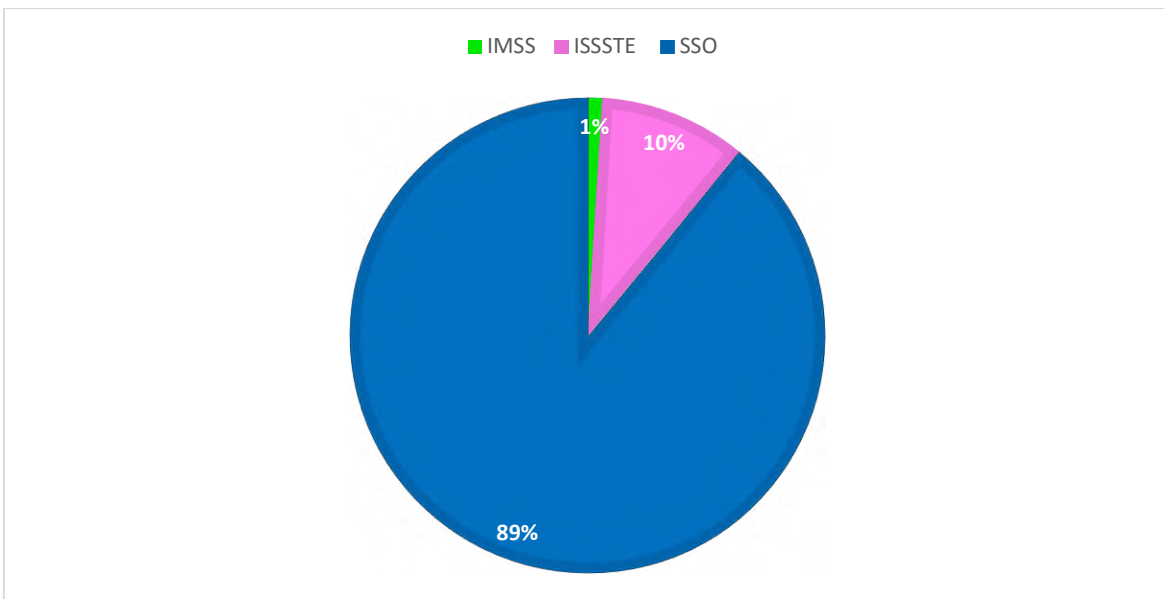
El alimento de mayor consumo por escala, muestra que 190 familia consume cada dos días, 300 cada dos días y 1051 ocasionalmente, cereales y granos cada dos días 157 familia, 151 cada semana y 1053 ocasionalmente y animales de origen animal 188 familia, 234 cada semana y 1119 ocasionalmente de mayor predominante son de ocasionalmente,

Tabla 27. Servicio de Salud familiar por módulo I y módulo II 2016.

SERVICIO DE SALUD	Módulo I	%	Módulo II	%	Total
IMSS	8	0.97	6	0.83	14
ISSSTE	82	9.98	65	9.04	147
SSO	732	89.05	648	90.13	1380
OTROS	0	0.00	0	0.00	0
Total	822	100.00	719	100.00	1541

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Se muestra en la tabla n° 27 los Servicio de Salud familiar que cuenta el municipio de San Felipe Usila, por módulos I y módulo II. Para mostrarla con más claridad los servicios de salud que más predomina la familia en la población figura n° 32.



Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud 2016

Figura 32. Servicios de salud familiar

Los servicios de salud familiar el municipio de San Felipe Usila por módulo I y módulo II predomina Centro de Salud de Oaxaca (SSA).

4.2. Evaluación de variables por grupo de estudio

En la sección anterior se efectuó una evaluación global de los datos obtenidos de la cedula de Microdiagnóstico de salud que conformaron a cada una de las variables analizadas, a fin de profundizar en el conocimiento de la situación de salud estudiada de cada módulo se efectúa un análisis comparativo de la evaluación de las variables Demográficas, Sociales y Estilo de vida.

4.2.1. Variable 1: Demográficas, la edad de < 1 año y 65 y más de la población fueron clasificando por módulo I y módulo II, con un total de 53.32% del sexo femenino y 46.68% del sexo masculino que fueron los factores de mayor importancia para medir y examinar los riesgos de enfermedad en cada grupo. El sexo se caracterizó con un total de 5 641 habitantes divididos en sexo masculino (3 008) y sexo femenino (2 633), haciendo una reproducción de diversificación genética y se delimita los casos mortalidad y morbilidad.

El origen étnico o raza permitió conocer los rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividad, vestimenta y tipo de alimentación.

4.2.2. Variable 2: Sociales, se analizó los factores sociales que afectan la salud de la población, está incluye el nivel socioeconómico, retomando la clasificación de población en término de riqueza (pobreza o abundancia), el ingreso poblacional general por familia determina el salario mínimo con un 84.69%, escolaridad > 6 años, sexo femenino 77.02% y sexo masculino 81.56%.

El área ocupacionales en > 12 años, sexo femenino 31.28% trabajan en hogares y el sexo masculino trabajan un 22.92% en el área campesina. Riesgos ambientales, la calidad y sistema de abastecimiento de agua 100%, las condiciones de las viviendas, sistema de drenaje el 40.6% fosas sépticas y letrina 59.84%, sanidad del almacenamiento de basura en incineración 79.11%, entre otros, que además aumentan los comportamientos no saludables.

4.2.3. Variable 3: Estilo de Vida, se desarrollaron comportamientos o actitudes de las personas saludables y otras veces son nocivas para la salud. El consumo de tabaco se estima en estudio las toxicomanías de la población en este consumo (5.58%) es la mínima parte de la población general, que el abuso de alcohol y drogas, un 20% de la población se encontraron por este consumo. Dieta inadecuada, dentro de la población de estudio los alimentos de mayor consumo ocasionalmente son frutas y verduras son 68.2%, cereales y granos 68.3% y alimentos de origen animal 72.6%; dentro de los hábitos de higiene familiar se estiman el 87% cubre con higienes de baños y cambio de ropa, cepillado de dientes y limpieza de la vivienda diariamente y el 13% de la población lo realiza cada dos días, cada semana u ocasionalmente.

Actividad física inadecuada, la inactividad conduce a la obesidad y a los grandes de salud con la misma, el servicio de salud familiar de la población total que se estudió por módulos son 89.5% de la población acuden al del centro de salubridad de Oaxaca.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. Conclusiones

El diagnóstico de salud es el resultado de una investigación que permite conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan, así como de los recursos con los que se cuentan, se pudo evaluar que efectivamente el objetivo fue alcanzado al permitirnos identificar los factores de riesgos de salud y enfermedad del área de responsabilidad del municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca, desde una óptica integral: geográficos, los factores de riesgos del ambiente social y económico, demográficos y los estilos de vida de la población.

Es importante señalar que en la medida que se reconozca los factores de riesgo asociados a las patologías con mayor incidencia y prevalencia dentro del área de influencia, es lo que va a determinar cambios en materia de salud. Las estrategias orientadas a la población entera se proponen lograr que el comportamiento saludable sea la norma, reduciéndose así los riesgos para todos sus miembros.

Una vez finalizado el análisis de los resultados cuantitativos obtenidos fue posible llegar a las siguientes conclusiones:

La hipótesis formulada al inicio del estudio: “Los factores demográficos, sociales y estilo de vida en el municipio de San Felipe Usila, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca influyen en el estado de salud y enfermedad, de acuerdo con los resultados es correcta, de acuerdo a las variables que se manejaron en los grupos de estudio.

Variable 1: Características demográficas, esta variable se examinó, la edad en la población fueron clasificando por módulo I y módulo II un total de 53.32% del sexo femenino y 46.68% del sexo masculino que fueron los factores de

mayor importancia para medir y examinar los riesgos de enfermedad en cada grupo. El sexo se caracterizó con un total de 5 641 habitantes divididos en sexo masculino (3 008) y sexo femenino (2 633), delimitando los casos mortalidad y morbilidad. El origen étnico o raza permitió conocer los rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, vestimenta y tipo de alimentación.

Variable 2: Características Sociales, se analizó los factores sociales que afectan la salud de la población, está incluye el nivel socioeconómico, retomando la clasificación de población en término de pobreza o abundancia, el ingreso poblacional general por familia determina el salario mínimo con un 84.69%, escolaridad > 6 años, sexo femenino 77.02% y sexo masculino 81.56%. En el área ocupacional > 12 años, en sexo femenino 31.28% trabajan en hogares y el sexo masculino trabajan un 22.92% en el área campesina. La calidad y sistema de abastecimiento de agua es el 100% de la población, las condiciones de las viviendas, sistema de drenaje es 40.6% fosas sépticas y letrina 59.84%, sanidad del almacenamiento de basura en incineración 79.11%, entre otros, que además aumentan los comportamientos no saludables.

Variable 3: Características de Estilo de vida, son actitudes que desarrollan las personas, y se utiliza de la misma manera las variables demográficas y sociales para describir los aspectos personales de la distribución de la salud en una población. El 5,58% de la población consume el tabaco, mas sin embargo el 20% de la población en general consumen alcohol y drogas. Dieta inadecuada, los alimentos que son ocasionalmente consumidos son frutas y verduras en 68.2%, cereales y granos 68.3% y alimentos de origen animal 72.6%; dentro de los hábitos de higiene familiar se estiman el 87% cubre con higienes de baños y cambio de ropa, cepillado de dientes y limpieza de la vivienda diariamente y el 13% de la población lo realiza cada dos días, cada semana u ocasionalmente. En la actividad física inadecuada, conduce a la obesidad, en el servicio de salud familiar un 89.5% de la población acuden al del centro de salubridad de Oaxaca.

5.2. Sugerencias

Sobre la base de los resultados obtenidos se sugiere llevar a cabo lo siguiente:

- Realizar el diagnóstico de salud en forma anual basándose en los criterios metodológicos utilizados en el presentado.
- Las pláticas de promoción a la salud podrán darse con número reducido de asistentes para que las explicaciones sean más focalizadas y sin distracciones, haciendo énfasis en el mejoramiento de las viviendas, tomando en cuenta el hacinamiento y la probable gestión de recursos para ello.
- Incorporar a las personas diabéticas e hipertensas a un tratamiento integral: a las actividades físicas, dieta adecuada, y tratamiento médico.
- Incorporar a los usuarios al programa de ejercicios para la salud, con el fin de que adopten estilos de vida más saludables e incrementar la promoción en contra de las adicciones, para reducir el incremento de las toxicomanías.
- Incrementar la promoción de hábitos higiénicos, tanto personales como de alimentos y limpieza del hogar, ya que en relación a las características de la vivienda en su conjunto propician el desarrollo de enfermedades transmisibles.

REFERENCIAS

- Alvarez, A. R. (2002). *Salud Publica y Medicina Preventiva*. Colombia: Manual Moderno.
- Alwan, A. (2011). Informe sobre situacion mundial de Enfermedades No Transmisibles. *Enfermedades No Transmisibles y salud mental*.
- Antonio, S. M. (2000). Salud Comunitaria. Sistema Nacional del Servicio de Salud.
- Aristizabal, H. G., Blanco, B. D., & Sanchez, R. A. (2011). Enfermeria Universitaria. *El Modelo de Promocion de la Salud de Nola Pender*.
- Arrancibia, A., & Cols. (2009). Diagnostico de Salud Comunitaria. Universidad, Ciencia y Sociedad.
- Artazav, B. O., Méndez C, A., M, H., Suarez, J. R., & Manuel, J. (2011). *Redes integradas de Servicios de salud: El desafio de los Hospitales*. Chile: OPS/OMS.
- Bernard, B. (1997). *Los Chinatecos y sus Habitat*. Oaxaca, Mexico : IISUNAM.
- Choque, L. R. (2010). Comunicacion y Educacion para la Promocion de la Salud. *Teórias y Modelos de Comunicacion y Educacion para la Promocion de la Salud*.
- Consejo Nacional de la Poblacion y Vivienda. (1994). *La Poblacion de los Municipios de Mexico*.
- Constitucion Politica de los Estados Unidos. . (2014). *Constitucion Política de los Estados Unidos*.
- Cordova, V. J. (2011). Programa Nacional de Salud 2007- 2012. . *Por un México sano: construyendo alianzas*.
- De Canales, F. H. (2002). *Metodologia de la Investigacion. Manual para el Desarrollo del personal de Salud*. Mexico: Limusa.
- Dever, A. (1991). *Epidemiologia y Administracion de Servicio de Salud*. Canada: Copyright.
- Dever, A. (2013). *Servicio de Administracion de Enfermeria*. Canada: Copyright.
- Dever, D. A. (2011). *Epidemiologia y Administracion de los Servicios de Salud*. Montreal: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Duran, V. M. (2012). La teoria, soporte de la ciencia y practica de enfermeria. *Avances de Enfermeria*.
- Dye, C. B. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013. *Investigaciones para una Cobertura Sanitaria Universal*.
- E, D. G. (1991). *Epidemiologia y Administracion de Servicio de Salud*. Canada : Copyright.
- Eva, R. G. (2010). *Fundamentos de Enfermeria: Ciencia, metodologia y tecnologia20*. Mexico : Manual Moderno.
- G.E., D. A. (2011). *Epidemiologia y Administracion de los Servicios de Salud*. Montreal : Organizacion Panamericana de la Salud .

- Giraldo, A., Toro, R. M., Macias, M., & Valencia, G. (2012). La Promocion de la salud.
- Giraldo, O. A., Toro, R. M., Macias, L. A., & Valencia, G. C. (2012). *La Promocion de la salud*.
- Hernandez, M. L., & S., C. (2012). Trasnformando el sistema publico de salud desde el Primer Nivel de Atencion. programa individual de Atencion en Salud. *programa individual de Atencion en Salud*.
- Hernández, M. L., & Sanchez, C. (2012). Trasnformando el sistema publico de salud desde el Primer Nivel de Atencion. *programa individual de Atencion en Salud*.
- La Enfermeria Importa. (2012). *La salud de las poblaciones indigenas: preocupacion de la enfermera*.
- La Enfermeria Importa. (2013). *La presencia en Enfermeria en la Organizacion Mundial de Salud*.
- Labrador, R., & Segua, B. A. (2006). Salud pública y Sostenibilidad de los Sistemas publicos de Salud. *Salud Pública*, 8-9.
- Lara, E. A. (2001). Programa de Accion: Enfermedades cardiovasculares e Hipertencion Arterial.
- Ley General de Salud. . (2012). *Prestaciones de Servicio de Salud*.
- Lopez, P. M. (2006). *Reflexiones acerca de uso y utilidad de los Modelos y Teorias de Enfermeria . Cuidados*.
- López, R. F. (2004). *Epidemiologia. Enfermedades transmisible y crónico- degenerativas*. México: Manual Moderno.
- Macia, S. L., & Orts, C. M. (2015). *Practica Basada en la Evidencia*. España: Elsevier.
- Manuell, L. G., González, E., Artaza, B. O., & Sagastuy, A. B. (2013). *Cobertura Universal de salud*. México: Organizacion Panamericana de la salud- Organizacion Mundial de la Salud.
- Marquez, F. (s.f.). *Promocion y Educacion para la Salud*.
- Martinez, R. J., & Del Pino, C. R. (2014). *Manual Práctico de Enfermeria Comunitaria*. España: Elsevier.
- Mendoza, G. M. (2006). Salud Públicas I: Producto del Módulo. *Colecciones Educativas de Salud Publica*.
- Mendoza, G., & Gardeña, B. M. (2010). Diagnostico de salud (Generalidades). *Diagnostico de salud*.
- Meriño, J., Vasquez, M. M., & Cimonetti, C. (2012). *El Cuidado: Nola J. Perder. El Cuidado: Nola J. Perder*.
- Morón M, J. A. (2015). *Investigar e intervenir en educacion para la salud*. Madrid,España: Narcea Ediciones.
- Pereyra, Z. (2000). Salud Comunitaria. Factores de Determinates de la Salud.
- Pinzón, F. C., Chapman, E., & Panisset. (2016). Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la “Salud Universal” en América Latina y el Caribe. *Salud Universal*.

- Polit, F. D., & Hungler, P. T. (2005). *Investigacion Cientifica en Ciencia de la Salud. México*. Mexico: Sexta Edicion.
- Rafael, M. L. (2015). La Promocion de Salud en los Docente en Formacion Inicial.
- Raile, A. M., & Merriner, T. A. (2011). *Modelos y Teorias en Enfermeria*. Barcelona, España: Elsevier.
- Ramasco, G. M. (2014). Promocion de la Salud y Educacion para la salud. Introduccion; La Salud como Derecho Universal.
- Ruiz, M. C. (2016). Boletin Epidemiologico. Vigilancia Epidemiologica 2016.
- Salud Mundial: Situacion Mundia y Retos para el Futuro. (2013). *Informe sobre el Desarrollo Humano*.
- Sanchez, B. B. (Enero- Abril 2015 de 2015). <http://salud.tabasco.gob.mx/sites/all/files/sites/salud.tabasco.gob.mx/fi/31.pdf>. Obtenido de (<http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista-salud-entabasco>): 14052091
- Sarria, S. A., & Villar, A. F. (2014). Promocion de la Salud en la Comunidad.
- Tancredi, A. X., & L., A. (2013). Diagnostico Situacional de Salud. Diagnostico Situacional de Salud. *Diagnostico Situacional de Salud*.
- Zurro, A. M. (2011). *Atencion Primaria de Salud y Atencion Familiar y Comunitario*.

