

UNIVERSIDA DEL PAPALOAPAN
CAMPUS TUXTEPEC

Intervenciones de Enfermería en el proceso de salud enfermedad Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Tesis para obtener el título de:

Licenciado en Enfermería.

Presenta:

Cristian Lizbeth Mariano Maldonado.

Asesor de tesis:

M.C.E. Rosalva Moya Suarez.

San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca. 2018



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

OFICIO NÚMERO:	JCLE/182/2018
ASUNTO:	EL QUE SE INDICA.

Tuxtepec, Oaxaca, a 11 de junio de 2018.

M.C. HÉCTOR LÓPEZ ARJONA
VICE-RECTOR ACADÉMICO
CAMPUS TUXTEPEC
P R E S E N T E:

AT'N: M.E. YESENIA BARRIENTOS ARENAL
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES.

Sirva la presente para informarle que la jefatura de carrera de la Licenciatura en Enfermería a mi cargo, ha tenido a bien designar como sinodales para evaluar el examen profesional de la pasante Cristian Lizbeth Mariano Maldonado con número de matrícula 091200, para obtener el título de Licenciado en Enfermería con la tesis denominada: “Intervenciones de Enfermería en el Proceso de Salud Enfermedad en Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca”. Bajo la dirección de:

TITULARES:

<u>MSP. Lina María Reyes Pérez</u>	Presidente
<u>DR. Javier Damián simón</u>	Secretario
<u>MCE. Rosalva Moya Suárez</u>	Vocal

SUPLENTES:

<u>ME. Silvia Franco Bárcenas</u>	Suplente
<u>Eeci. Dulce Rosario Ortiz García</u>	Suplente

Sin más por el momento le envió un cordial saludo.

Atentamente
terra uberrima, mens aperta
Bou Lo-tama, chí jí jú

L.E. Argelia Mora Martínez
Jefa de carrera de la Licenciatura en Enfermería
Universidad del Papaloapan



C.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

OFICIO NÚMERO:	JCLE/185/2018
ASUNTO:	EL QUE SE INDICA.

Tuxtepec, Oaxaca, a 12 de junio de 2018.

L.P. YESENIA BARRIENTOS ARENAL
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
P R E S E N T E.

Con base en el dictamen de la comisión de revisor, se autoriza la **impresión** del trabajo de tesis de la pasante **Cristian Lizbeth Mariano Maldonado** titulado “**Intervenciones de Enfermería en el Proceso de Salud Enfermedad en Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca**”. Para ser presentado como trabajo de tesis para obtener el título de **Licenciatura en Enfermería**, toda vez que cumpla satisfactoriamente con la reglamentación establecida para tal fin.

Sin más por el momento le envió un cordial saludo.

Atentamente
terra uberrima, mens aperta
BØ Do-taña, chijijú

L.E. Argeña Mora Martínez
Jefa de carrera de la Licenciatura en Enfermería
Universidad del Papaloapan



C.c.p. Archivo.

DEDICATORIAS

Primero que nada, quiero agradecer a Dios. Por permitirme terminar con éxito este proyecto de investigación. El cual me abrirá nuevas puertas en mi vida profesional y laboral.

Quiero expresar un sincero agradecimiento A mis padres: **Isaac Mariano Cuervo y María Maldonado Luciano**, por la vida, confianza, apoyo al brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado siempre.

Mis **hermanas: Concepción, Natividad y Brenda**, que han estado presentes a lo largo de mi aprendizaje gracias por su apoyo incondicional.

A mis amigos, a todas quienes han contribuido en esta formación profesional, con su trabajo, su experiencia y sus conocimientos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad del Papaloapan Campus Tuxtepec, por haber aceptado formar parte de ella en el ámbito profesional en la Licenciatura en Enfermería.

A la coordinadora de carrera. Especialmente a la valiosos participación de los profesores investigadores de Licenciatura de Enfermería generación 2014-2017.

Quiero reconocer a las autoridades, comunidad y servicios de salud, por su valiosa colaboración en esta investigación.

A mi directora de tesis **M.C.E Rosalva Moya Suarez** por su tiempo y apoyo incondicional. Porque no solo es una gran enfermera y maestra, sino también un excelente ser humano. No tengo palabras de gratitud. Porque sin su apoyo esto no hubiera sido posible.

Dr. Javier Damián simón, M.C. Lina María Reyes Pérez, agradezco su tiempo y dedicación, para revisar esta tesis, gracias por aportar sus sabios conocimientos y experiencia.

A mi amiga **Olivia Tenorio Mendoza**, por su ayuda, sus consejos, sus regaños, pero sobre todo a sus palabras llenas de motivación en la culminación de este trabajo.

A **Dalila y Ángela** que estuvieron presentes a lo largo de este gran recorrido, por su apoyo y sus sabios conocimientos.

Manifiesto mi agradecimiento a los estudiantes del cuarto semestre del grupo "C", que participaron en sus prácticas Enfermería Comunitaria por su mente inquisitiva y su motivación que promovieron el logro de estos resultados.

RESUMEN

En este trabajo de investigación presento los resultados de un proceso salud enfermedad, desde la promoción de la salud.

El **objetivo** de esta investigación fue identificar los Factores Demográficos, Hábitos de vida y Medio Ambiente mejorando el estado de salud de la población con las intervenciones de enfermería en la comunidad de Santa Úrsula, con ámbito de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria No 3, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Método de estudio: Estudio descriptivo, transversal se estudiaron a 827 habitantes y 230 familias. **Variables: Factores demográficos** distribución porcentual por grupo de edad, se encontraron cambios epidemiológicos y demográficos determinando un incremento en la esperanza de vida en la población, de las mujeres de 9.93%, de 65 y más, con envejecimiento de la población, explicando un aumento en la esperanza de vida y baja tasa de natalidad, encontrando un 26.71% a mujeres en edad fértil, de estas el 84% sin control en la natalidad. **Variable Hábitos de vida:** muestra 45% el consumo de medicamentos sin prescripción médica, con un expendio libre como la aspirina, los descongestivos y aun los laxantes, suelen consumirse en forma abusiva en especial en la población adulta, se estima que un 30% al consumo de tabaco incrementa el riesgo de contraer cáncer tres veces mayor que los no fumadores, y 24% el alcoholismo, siendo un problema socio medico más desbastador y es la principal causa de enfermedad hepática. **Variable medio ambiente:** se muestra que un 86.45% de la población queman los residuos para reducir su volumen (por el exceso de basura presente en los hogares) evitar el mal olor e impedir la proliferación de plagas producidas por la descomposición, o la falta de camiones recolectores de basura., la quema de basura es lo más relevante depositando tóxicos en los suelos y en agua subterránea.

PALABRAS CLAVE: Comunidad, Intervenciones de Enfermería, Factores Demográficos, Hábitos de Vida y Medio ambiente.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN	9
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
Hipótesis	13
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	14
1.1 Conceptualización y aspectos teóricos.....	14
1.2 Antecedentes Históricos	20
1.3 Colindancias y extensión	20
1.4 El Municipio de San Juan Bautista Tuxtepec	20
1.5 Datos de la comunidad de Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.	21
1.5.1 División política.....	21
1.5.2 Limites.....	22
1.5.3 Hidrografía	23
1.5.4 Clima	24
1.5.5 Flora	24
1.5.6 Fauna	25
1.5.7 Comunicación.	25
1.5.8 Tradiciones y costumbres	26
CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL.....	27
2.1 Participación comunitaria	27
2.2 Evolución de concepción de salud.....	27
2.3 Atención Primaria de la Salud	30
2.4 Aspectos de Salud en población mexicana.....	32

2.5 Atención de salud que enfrenta México	35
2.6 Atención Domiciliaria	37
2.7 Promoción a la salud	41
2.8 Educación para la Salud.....	42
2.9 Comunidad.....	42
2.10 Comunidad y salud	44
2.11 Salud comunitaria	45
2.12 Análisis de los factores de riesgo.....	45
2.13 Factores de riesgo	46
2.14 Intervenciones de Enfermería en Proceso Salud Enfermedad	47
2.15 Perspectiva de Salud Pública en México 2050.....	51
CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	54
3.1 Metodología.....	54
3.2. Universo de estudio	55
3.3 Análisis y tratamiento de información	56
3.4. Consideraciones éticas	56
CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	58
4.1 Aspectos generales	58
4.2 Variable 1: Demográfica	58
4.2.1 Servicios de Salud.....	62
4.3 Variable 2: Hábitos de vida.....	66
4.4. Variable 3: Medio ambiente.....	74
CONCLUSIONES	88
SUGERENCIAS.....	90
BIBLIOGRAFÍAS.....	91

ÍNDICE DE cuadro

Cuadro No 1 Muestra el Enfoque Modelo Epidemiológico de Atención Biomédica y el Proceso de Enfermería en la Salud Comunitaria.	34
Cuadro No 2 Muestra los factores de riesgo.....	46
Cuadro No 3 Muestra las intervenciones de enfermería.	50
Cuadro No 4 Definición operacional variable demográfica.	59
Cuadro No 5 Distribución de la población por grupo de edad y sexo.	60
Cuadro No 6 Servicios de Salud.	62
Cuadro No 7 Población vacunada < 5 años.	63
Cuadro No 8 Primeras 10 causas de mortalidad.....	63
Cuadro No 9 Tipos de familia de la población.	65
Cuadro No 10 Hábitos de vida.....	66
Cuadro No 11 Dieta de la población.	67
Cuadro No 12 Escolaridad de la población > 6 años.....	68
Cuadro No 13 Estado civil > 12 años.....	69
Cuadro No 14 Ocupación de la población >15 años.....	70
Cuadro No 15 Religión de la población.	71
Cuadro No 16 Planificación familiar.	72
Cuadro No 17 Toxicomanías de la población.	73
Cuadro No 18 Medio ambiente.....	74
Cuadro No 19 Combustible.	75
Cuadro No 20 Almacenamiento de basura.....	76
Cuadro No 21 Limpieza de la vivienda.	77
Cuadro No 22 Baño y cambio de ropa.....	78
Cuadro No 23 Ingreso económico.	79
Cuadro No 24 Abastecimiento de agua.	80
Cuadro No 25 Techo de las viviendas.	81
Cuadro No 26 Paredes de las viviendas.....	82
Cuadro No 27 Pisos de las viviendas.	83
Cuadro No 28 Cuartos de la vivienda.	84
Cuadro No 29 Drenaje de la población.....	85
Cuadro No 30 Alumbrado	86
Cuadro No 31 Animales domésticos.	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Cartografía Tomada desde la vista panorámica propia.....	22
Figura N° 2 Tomada desde la vista panorámica propia.....	23
Figura N° 3 Tomada desde la vista panorámica propia.....	24
Figura N° 4 Tomada desde la vista panorámica propia.....	24
Figura N° 5 Tomada desde la vista panorámica propia.....	25
Figura N° 6 Tomada desde la vista panorámica propia.....	26
Figura N° 7 Población por grupo de edad y sexo de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.....	61
Figura N° 8 Servicios de salud familia.....	62
Figura N° 9 Población vacunada <5 años.....	63
Figura N° 10 Principales causas de Morbilidad de población.....	64
Figura N° 11 Tipo de familia de la población.....	65
Figura N° 12 Alimentación de la población.....	67
Figura N° 13 Escolaridad de la población > 6 años.....	68
Figura N° 14 Estado civil de la población >12 años.....	69
Figura N° 15 Ocupación de la población > 15 años.....	70
Figura N° 16 Religión de la población.....	71
Figura N° 17 Planificación familiar.....	72
Figura N° 18 Toxicomanías de la población.....	73
Figura N° 19 Combustible.....	75
Figura N° 20 Almacenamiento de basura.....	76
Figura N° 21 Limpieza de la vivienda.....	77
Figura N° 22 Baño y cambio de ropa.....	78
Figura N° 23 Baño y cambio de ropa.....	79
Figura N° 24 Abastecimientos de agua.....	80
Figura N° 25 Techo de la vivienda.....	81
Figura N° 26 Paredes de la vivienda.....	82
Figura N° 27 Pisos de las viviendas.....	83
Figura N° 28 Cuartos de la población.....	84
Figura N° 29 Drenaje.....	85
Figura N° 30 Alumbrado.....	86
Figura N° 31 Animales domésticos.....	87

INTRODUCCIÓN

Sin lugar a duda el proceso Salud-Enfermedad es uno de los aspectos más importantes que se contemplan en el marco del Plan Estatal de Desarrollo en el estado de Oaxaca; la salud es bienestar máspreciados para el ser humano, ya que impacta en la vida, la economía, la educación, así como en el bienestar del individuo y la familia.

Si se mira al individuo como persona aislada, es difícil encontrar una diferencia tajante con otro individuo. Pero observando el comportamiento de la enfermedad en grupos sociales, se aprecia la diferencia en la información proveniente del análisis de la enfermedad en los diferentes grupos.

Se puede notar a grandes rasgos que los individuos que sufren enfermedades como desnutrición, parasitosis intestinal, tuberculosis, mientras que la frecuencia de estas enfermedades es francamente menor o casi inexistente en barrios de altas condiciones socioeconómicas, obedecen a los mismos factores externos e internos, necesarios para la vida y la salud.

El **objetivo** primordial de esta investigación fue identificar los Factores Demográficos, Hábitos de vida y Medio Ambiente, mejorando el estado de salud de la población, con las intervenciones de enfermería en la comunidad de Santa Úrsula, con ámbito de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria No3, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En la actualidad está completamente asumido que nuestra forma de comportarnos, es decir, nuestro estilo de vida tiene una incidencia directa sobre nuestra salud. Esto no quiere decir, sin embargo, que el conocimiento de la relación comportamiento-salud determine que las personas pongan en marcha comportamientos saludables.

Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal.

Estos atributos no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés.

Esta información está integrada por cuatro capítulos:

Capítulo I, Marco teórico, justificación del trabajo, planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, variables.

Capítulo II, Marco conceptual, temas para el desarrollo de dicha investigación, factores de riesgo, indicadores, determinantes de la salud, características de la comunidad e intervenciones de enfermería.

Capítulo III, Material y método, metodología, universo de estudio, análisis y tratamiento de la información, consideraciones éticas.

Capítulo IV, Resultado de la investigación, interpretación de los datos estadísticos, variables: demográficas, hábitos de vida y medio ambiente.

JUSTIFICACIÓN

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socioeconómico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo.

Los cambios epidemiológicos y demográficos han determinado un incremento en la esperanza de vida en la población, especialmente de las mujeres. La OMS estima que para el año 2030, 1.2 billones de mujeres en el mundo tendrán más de 50 años.

En este sentido el objetivo primordial de la presente investigación fue identificar los Factores Demográficos, Hábitos de vida y Medio Ambiente, mejorando el estado de salud de la población, con las intervenciones de enfermería, en la comunidad de Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

A través de la presente investigación fue un proceso sistemático centrado en la comunidad en la que se identificaron problemas de salud, con el desarrollo de intervenciones de enfermería para conseguir resultados con la planeación, ejecución, evaluación y la integración del diagnóstico de salud.

Es una oportunidad de mostrar los resultados numéricos y analíticos con un estudio descriptivo, transversal, se estudiaron a 827 habitantes y 230 familias, periodo de agosto 2016 al 30 de septiembre 2017.

En el Análisis de **Variable Demográfica** se muestra la distribución en porcentaje por grupo de edad, en donde se estima los cambios epidemiológicos y demográficos han determinado un incremento en la esperanza de vida en la población, especialmente de las mujeres de un 9.93%, en el grupo de edad 65 y más, con envejecimiento de la población, explicando un aumento en la esperanza de vida y una baja tasa de natalidad, encontrando un 26.71% a mujeres en edad fértil, de estas el 84% sin control en la natalidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Variable Hábitos de vida, muestra 45% el consumo de medicamentos sin receta por médico con un expendio libre como la aspirina, los descongestivos y aun los laxantes, suelen consumirse en forma abusiva en especial en la población adulta, se estima que un 30% al consumo de tabaco incrementa el riesgo de contraer cáncer tres veces mayor que los no fumadores, y 24% el alcoholismo, siendo un problema socio médico más desbastador que afecta a la humanidad y es la principal causa de enfermedad hepática, es importante señalar en este capítulo los hábitos de vida personales que afectan la salud en mayor medida la relación de salud y la enfermedad, prevalente en una población que debe modificarse para mejorar el estado físico y mental.

Variable medio ambiente, muestra que un 86.45% de la población, queman los residuos para reducir su volumen (por el exceso de basura presente en los hogares) evitar el mal olor e impedir la proliferación de plagas producidas por la descomposición, o la falta de camiones recolectores de basura, las quemaduras de basura depositan tóxicos en los suelos y en agua subterráneas, ya que estos contienen dos tipos de gases:

Gases de invernadero: Estos gases son metano y bióxido de carbono, que tienen como propiedad retener el calor generado por la radiación solar y elevar la temperatura de la atmósfera.

Degradadores de la capa de ozono: Hay productos que, por la naturaleza de su fabricación y los agentes químicos utilizados en su elaboración, generan ciertos gases que desintegran la capa de ozono. Estos son uno de los más importantes de resaltar ya que representa una amenaza para la salud.

Así podemos identificar diversos factores que influyen a desarrollar intervenciones con acciones de enfermería y programas que mejoren el estado de salud de población sin invadir el núcleo fundamental de los derechos humanos de población, prevenir la transmisión de infecciones, brindar educación sobre principios de higiene personal, para el diagnóstico, prevención, tratamiento oportuno de la enfermedad, y desarrollar mecanismos sociales y patrones de vida con apego al artículo 73° en materia de asentamientos humanos que garanticen la salud.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Identificar los factores demográficos, Hábitos de vida y Medio ambiente, para mejorar el estado de salud de la población con las intervenciones de enfermería en la Comunidad de Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Objetivos específicos

Identificar los factores demográficos: edad, sexo y raza que pueden determinar los patrones de enfermedad.

Conocer los hábitos de vida y medio ambiente, para identificar los factores de riesgo y modificar las condiciones de vida, mediante la promoción y atención primaria a la salud con las intervenciones de enfermería de la comunidad de Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores, demográficos, hábitos de vida, medio ambiente, que ponen en riesgo a la población del Ejido de Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca?

Hipótesis

H-I: La situación del proceso Salud - Enfermedad provoca daños a la salud en el Ejido de Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

H-N: La situación de salud - enfermedad no provoca daños a la salud en Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

En este capítulo, se realiza un abordaje de las enfermedades propias del subdesarrollo; como los padecimientos infecciosos y la desnutrición. No obstante, al mismo tiempo experimentamos enfermedades representativas de países avanzados, como cáncer, cardiopatías, obesidad y diabetes Mellitus (Córdova, 2009).

Esta transición epidemiológica me obliga a plantear el estudio del marco teórico conceptual histórico con amplio impacto que consideren ámbitos extremos mediante la promoción, modificación de mejores condiciones en los estados de vida, y en particular mejorar la educación para la salud de Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

1.1 Conceptualización y aspectos teóricos

Durante mucho tiempo prevaleció la idea de que la enfermedad era un castigo divino. Y así el Shaman, hechicero-sacerdote, trataba de aplacar y exorcizar las fuerzas sobre naturales y sobrenaturales para recuperar la salud de los miembros de la tribu, o para evitar la enfermedad.

Esta actitud derivada del pensamiento primitivo se observa todavía en algunos pueblos de África, Asia, Australia y América, los brujos y los curanderos existen en la actualidad a poca distancia de las instituciones de salud de los modernos centros médicos siendo consultados por muchas personas que encuentran en ellos la prevención o la curación de sus dolencias, el consuelo y la esperanza de preservar o recuperar la salud.

Se siguen usando amuletos, se practican encantamientos y hechizos, y se pretende interpretar los sueños para adivinar sucesos futuros. Fueron los antiguos pueblos de Egipto y Mesopotamia los que iniciaron poco a poco el cambio de los conceptos mágico-religiosos que caracterizaban a la medicina. La higiene personal y pública se desarrollaron grandemente en esas civilizaciones, y por lo que toca a la terapéutica, apartándose un tanto de la idea de que eran los espíritus malignos

los causantes de las enfermedades, comenzaron a utilizar algunas drogas que aún se emplean en la actualidad (Gomez Dantes, 2011).

En la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad; prescribe ordenamientos estrictos influidos por conceptos religiosos, sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, muchos de los cuales se practican todavía por los israelitas.

Grecia seguía inspirada en la mitología. Se afirmaba que Asclepio o Esculapio, médico renombrado, fue enseñado a curar por Quirón, centauro mitológico, que tenía varias hijas: una de ellas, Higea de donde deriva la palabra higiene, era la diosa de la salud.

El nombre de Hipócrates, “padre de la medicina”, se relaciona con el Juramento que lleva su nombre y que se considera hasta la fecha como guía de la ética médica. Otros nombres han quedado como ejemplo de la ciencia griega: Aristóteles, Asclepiades y Galeno, el último de los grandes médicos griegos.

Roma adoptó la mitología griega invocando el poder sobrenatural de sus deidades. Asclepio e Higea se latinizaron transformándose en Esculapius y Salus. Los romanos construyeron grandes obras para la dotación de agua y para el alejamiento de los desechos.

Son ejemplo de ello, los acueductos y la Cloaca máxima que aún se admiran en la actualidad. Tenían, al igual que los egipcios y los persas, lujosos baños y habitaciones en excelentes condiciones sanitarias. Había ya principios básicos de higiene personal y de salud pública (Lemus, 2013).

En la Edad Media aparecen escuelas de medicina de tipo monástico. Una de las más famosas fue la de Salerno, en el sur de Italia. En ella se enseñaba la medicina hipocrática y se practicaba la cirugía. En esa escuela se elaboró un pequeño volumen que contenía numerosos consejos sobre higiene.

Las grandes epidemias de peste bubónica, de lepra y de otras enfermedades que segaron la vida de millares de personas, durante los siglos XI a XIII, originaron

que se estableciera en Marsella, Francia, en el año de 1381, la cuarentena marítima, una de las primeras medidas sanitarias que aún se siguen en la actualidad. Era tan grande el temor por las epidemias que las personas se entregaban desenfrenadamente al baile hasta caer exhaustas.

Se llamó a esta actitud “manía del baile”. Los siglos del Renacimiento fueron testigos de grandes avances en la medicina: Paracelso, llamado el “Lutero de la medicina” por sus ideas renovadoras; Fracastoro, médico italiano que describió el tifo y la sífilis a la que llamó “mal francés”, “enfermedad napolitana” o “gran viruela”; Ambrosio Paré, padre de la cirugía; Vesalio, quien marcó el principio de la anatomía moderna; Harvey, descubridor de la circulación de la sangre y fundador de la fisiología (Borja Aburto, 2013).

Durante mucho tiempo, las enfermedades transmisibles constituyeron el principal problema de salud en todo el mundo.

Hubo grandes epidemias que cobraron millones de vidas una de las últimas, la llamada “influenza española” causó 20 millones de muertes. La mejoría del nivel de vida de las poblaciones, la aplicación de ciertas medidas de carácter general y de algunas específicas dirigidas a los individuos, han conseguido erradicar prácticamente los padecimientos transmisibles en los países industrializados, y han determinado una franca disminución en los que se encuentran en vías de desarrollo.

Históricamente, las primeras preocupaciones y el interés por promover la participación de la comunidad de forma sistemática surgieron dentro de la propuesta de trabajo social denominada «Organización de la Comunidad» que tuvo su origen en los Estados Unidos en la década de los veinte. Dentro de esta corriente, se definieron por primera vez los principios que debían regir esta modalidad de intervención social, otorgando una gran importancia al protagonismo de las personas afectadas, ciudadanos de las comunidades locales en que se trabajaba (Aguilar Idáñez, 2001).

Así, en muchos países de América Latina se ha observado un significativo descenso de la morbilidad por esos padecimientos; igual puede decirse de la

mortalidad infantil y preescolar, que son útiles índices para apreciar las condiciones de salud de un país (Villalobos, 2016).

Los adelantos que se han realizado en materia de organización de la Salud Pública y la Medicina Preventiva son semejantes en todos los países de América Latina con excepción hasta la fecha, de Cuba y Nicaragua, que llevan a cabo sus actividades de salud colectiva bajo la dirección y control exclusivos de un organismo gubernamental (Bello Fernandez, 2000).

Los avances corresponden tanto a los aspectos estructurales y administrativos, como a la elaboración de los programas de salud, las estrategias para su desarrollo, la supervisión y evaluación: fueron constituidos en el Sector Salud integrado por las diversas Instituciones que proporcionan servicios de salud en los países, bajo la coordinación y rectoría del organismo responsable de la salud de la población.

Éste tiene distintas denominaciones en cada país: Secretaría de Salud, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, entre las principales funciones de la epidemiología en México se fundamenta en procedimientos establecidos legalmente y contemplados en la norma (NOM-017-SSA2- 2012).

Se procedió a la descentralización de los servicios, dejando la responsabilidad de su desarrollo a las autoridades sanitarias de cada estado o provincia, sosteniendo con ellas relaciones de coordinación con el Sector Salud, que conserva sus facultades de normatividad.

Éste se relaciona además con los sectores social y privado; dentro de este último, en forma especial, con los médicos que laboran independientemente, cuya colaboración se considera de particular importancia (Gomez Dantes, 2011).

Se formuló el Programa Nacional de Salud, que incluye programas aplicativos sobre: promoción de salud, atención médica, prevención y control de enfermedades y accidentes, salud materno-infantil y saneamiento básico y ambiental, entre otros; a ellos se añaden programas de apoyo: formación y desarrollo de recursos humanos, investigación para la salud.

Se delinearon diversas estrategias para la mejor realización de los programas. Así, se insistió en la necesidad de la formación de médicos generales y familiares como elementos básicos para la atención médica colectiva; se estableció que una medicina de calidad sólo se concibe si se realizan coordinadamente acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

Se instituyó la atención médica por niveles: **el primero** con acciones de medicina general, familiar y de salud pública, actuando para y con la población; **el segundo**, de atención hospitalaria con servicios de urgencia, medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia, para casos cuya resolución no es posible en el primer nivel; **el tercero**, de hospitalización para la atención de casos de gran complejidad diagnóstica y de tratamiento.

Este tipo de atención trae implícita la jerarquización, la regionalización de los servicios y la estrecha coordinación técnico-administrativa entre ellos (Fierros Hernandez, 2014).

Se aplicó y se sigue aplicando la estrategia denominada Atención Primaria de Salud, preconizada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata, Rusia, en 1977, y que se considera como la estrategia básica para el cumplimiento de la meta señalada por la propia Organización: “Salud para todos en el Año 2000”.

Todos los países latinoamericanos han puesto en práctica la estrategia mencionada con algunos resultados según la información proporcionada a la Oficina “Salud para todos”.

Una estrategia más ha sido aplicada con éxito, se trata de la participación de la comunidad, que busca fomentar la autorresponsabilidad de los individuos en su propia salud, y de promover la colaboración en los programas que se lleven a cabo con ese fin (Alvarez Alva R., 2012).

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido como Seguro Popular, tiene su origen en las reformas y adiciones a la Ley General de Salud mediante la incorporación del Título Tercero Bis, referente a la Protección Social en Salud, con fecha del 15 de mayo de 2003. Esta disposición entró en vigor en 2004.

El SPSS se creó para garantizar a la población el acceso a los servicios de salud y materializar así su derecho a la protección establecido en la Constitución, a través de un esquema de aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o trabajan por cuenta propia y no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

De esta manera, podrán acceder a servicios de salud descritos en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES). Con ello también se busca reducir el número de familias que se empobrecen cada año como consecuencia del gasto de bolsillo y que incurren en gastos catastróficos.

El SPSS tiene por objetivos incrementar la cobertura de servicios de salud, mejorar el acceso y la oportunidad a éstos con calidad y eficiencia, así como reducir las diferencias en la asignación federal, medir los beneficios alcanzados en sus destinatarios y aumentar las aportaciones a las entidades federativas.

En este sentido, aunado al presupuesto de este programa se asignaron dos fondos de asistencia: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y el Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC) a través del ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación, cuyos recursos dirigidos específicamente a las entidades federativas (Dávila Torres, 2012).

1.2 Antecedentes Históricos

Cuenca del Papaloapan o Región de Tuxtepec. Es una de las ocho regiones, la segunda ciudad más poblada de este estado es el principal núcleo poblacional, económico, de valiosa importancia en la economía Estatal Oaxaqueña.

1.3 Colindancias y extensión

El estado de Oaxaca está localizado en la región sur oeste del pacifico mexicano: limita al norte con Puebla y Veracruz, al este con Chiapas, y al Oeste con Guerrero; las cuales muestran diferentes condiciones socioeconómicas, geográficas, demográficas, de salud y de infraestructura de la misma; además el índice de desarrollo humano es diferente en cada una de ellas.



Ilustración 0-1 <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/oax/territorio>.

1.4 El Municipio de San Juan Bautista Tuxtepec

Se localiza dentro del Microsistema interestatal Tuxtepec - Cosamaloapan conformada por los siguientes Municipios: Cosamaloapan, Chacaltianguis, Tuxtilla, Otatitlán, Tres Valles, Tlacojalpan, Acula, Ixmatlahuacan, Amatitlán, Carlos A. Carrillo, José Azueta, Playa Vicente y Santiago Sochiapa en el estado de Veracruz;

y los Municipios de Ayotzintepec, Loma Bonita, San Felipe Jalapa De Díaz, San José Chiltepec, San Juan Bautista Tuxtepec, San Juan Bautista Valle Nacional, San Lucas Ojitlán, San Pedro Ixcatlán, Santa María Jacatepec.

De los cuales, el Municipio de San Juan Bautista Tuxtepec colinda al norte con los Municipios de Tlacojalpan, Otatitlán, Cosamaloapan de Carpio, Tres Valles y Tierra Blanca, pertenecientes al estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; al este limita con el Municipio de Loma Bonita; al sur con los Municipios de Santiago Jocotepec, Santa María Jacatepec y San José Chiltepec; y al oeste con los Municipios de San Lucas Ojitlán y San Miguel Soyaltepec.

Zona de ubicación. Se localiza en la región del Papaloapan al norte del Estado, en las coordenadas 96°08' longitud oeste y 18°05' latitud norte, a una altura de 20 msnm (metros sobre el nivel del mar). A

Limita al norte con el estado de Veracruz y el Municipio de San Miguel Soyaltepec, al sur con los Municipios de Santiago Jocotepec y Loma Bonita, al poniente con los Municipios de Santa María Jacatepec, San Lucas Ojitlán y San José Chiltepec, al oriente con el Municipio de Loma Bonita. Mapa. Municipio de San Juan Bautista Tuxtepec en el Distrito 07 Tuxtepec.

Cuenta con una extensión de 625.15 Km²; su ubicación es ideal ya que cuenta con suficientes vías de comunicación que brindan acceso al Golfo, así como al Pacífico. El área comprendida por este municipio representa el 0.65% de la superficie del estado de Oaxaca.

La localidad se encuentra a una mediana altura de 48 metros sobre el nivel del mar.

1.5 Datos de la comunidad de Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca.

1.5.1 División política

La división política de este estado es la más complicada de toda la República, ya que está formada por 570 municipios, 30 distritos y 8 regiones:

Cañada, Costa, Istmo, Mixteca, Papaloapan, Sierra Sur, Sierra Norte y Valles Centrales.

En la siguiente cartografía se ubica: La comunidad de Santa Úrsula situada en el Municipio de San Juan Bautista Tuxtepec en el estado Oaxaca.

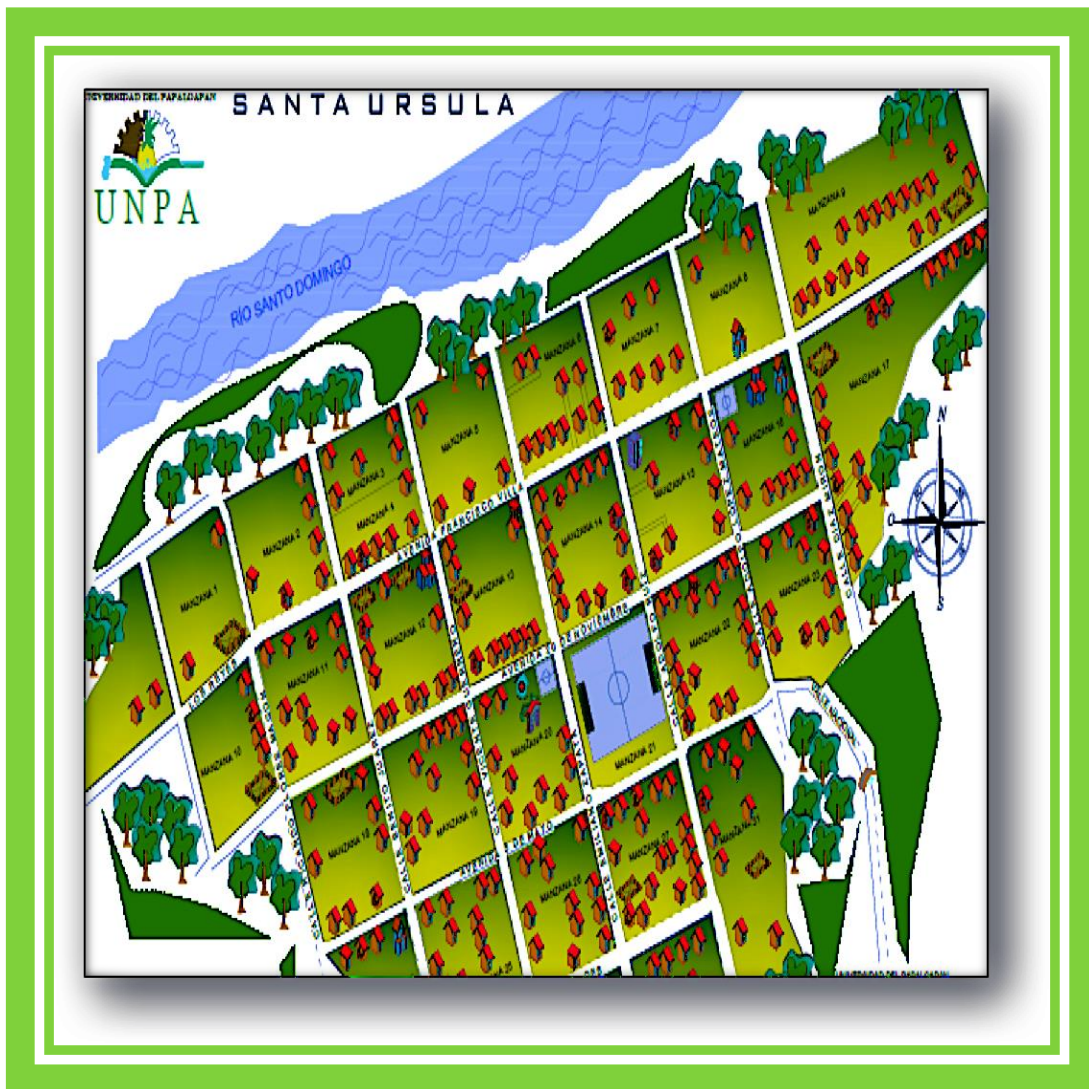


Figura Nº 1 Cartografía Tomada desde la vista panorámica propia.

1.5.2 Limites

Limita al Norte con San Rafael, al Noroeste con Pinacho y Paso Canoa al Oeste con Cerro Faisán al este con los Reyes del Sur, siendo esta una ampliación de Santa Úrsula.

Se encuentra en las coordenadas a nivel Satelital (GPS), Longitud 96.234722, Latitud: 18.006944, a 48 metros sobre el nivel del mar y su superficie es de 51,025.25km.

1.5.3 Hidrografía

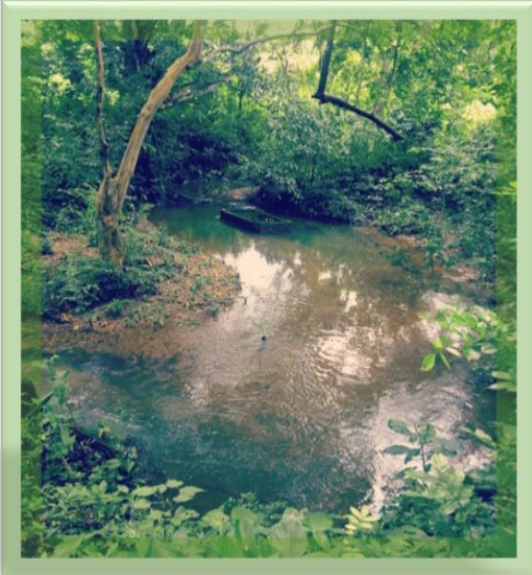


Figura N° 2 Tomada desde la vista panorámica propia

El municipio posee gran cantidad de recursos hídricos, por estar en una de las cuencas hidrológicas más importantes del país, la del Río Papaloapan.

Este río, se abastece de otros como el río Tonto, río Valle Nacional y el río Santo Domingo. Gracias a la capacidad de éste, Tuxtepec y la región entera, poseen numerosos manantiales y ojos de aguas, todos provenientes de la Sierra Madre del Sur y la Sierra de Juárez.

La mayoría de estas aguas presentan un estado de contaminación elevado pues presentan de sedimentos, alcalinidad, elevada temperatura, cadmio, plomo y otros metales pesados.

En su territorio, se encuentran las presas Miguel Alemán y Miguel de la Madrid, que proveen el desarrollo de la Piscicultura y provee de energía eléctrica que abastece los Estados de Veracruz, Oaxaca y Puebla. La comunidad de santa Úrsula su principal abastecimiento de agua es el manantial ubicado en “Los reyes”, la gran parte de la población se abastece de agua directamente.

1.5.4 Clima



Figura N° 3 Tomada desde la vista panorámica propia.

El clima que predomina en la mayor parte del estado de Oaxaca La temperatura media anual del estado es de 22°C, la temperatura máxima promedio es de 31°C se presenta en los meses de abril y mayo, la temperatura mínima promedio es de 12.5°C la cual se presenta en el mes de enero.

1.5.5 Flora

Santa Úrsula cuenta con una flora muy variada como: arboles de Robles, Palma, Árbol de hule, limonaria, Flores (Rosas, isoras, tulipanes, Cempasúchil) En este caso los frutos que se encuentran en la comunidad son: Guayaba, mango, árbol de jícara, Maíz, naranja, plátanos (de bolsa, macho, dominico), caña, carambola, rambután, limón.

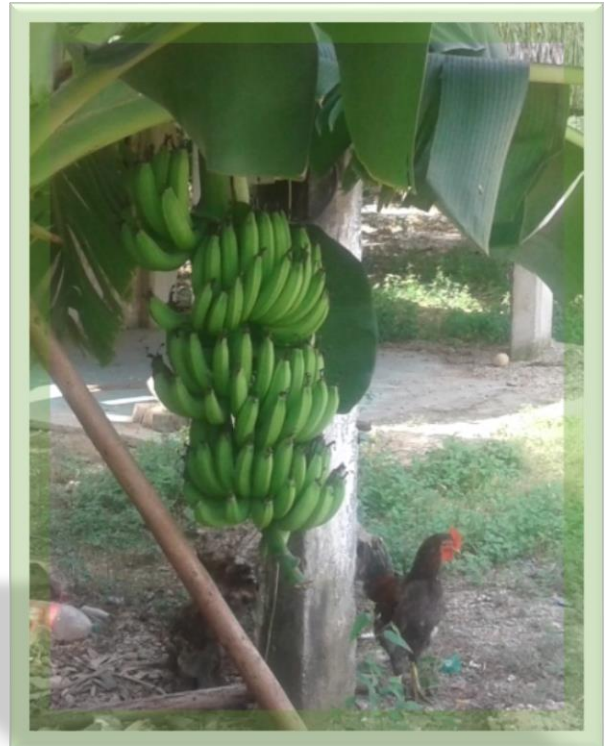


Figura N° 4 Tomada desde la vista panorámica propia

1.5.6 Fauna



Figura Nº 5 Tomada desde la vista panorámica propia

Se encuentran Varios tipos de aves (buitres, palomas, gallos, gallinas, colibríes), anfibios y reptiles (sapos, salamandras, iguanas, serpientes, ranas), caninos, felinos, insectos (hormigas, cucarachas, grillos, mariposas, chicharras), arácnidos, algunas especies de peces especialmente mojarra y pepesca, en el río Santo domingo de esta comunidad. También encontramos varios tipos de ganados como:

vacuno, porcino y equino.

1.5.7 Comunicación.

La comunidad cuenta con carreteras caminos son el fundamento de las comunicaciones, pues por medio de ellos se establecen las relaciones socioeconómicas que permiten la evolución de los pueblos. Las vías principales o primarias tienen como objetivo servir al tránsito de larga distancia; comprende caminos pavimentados de cuota y libres; estatales y particulares, y son por lo regular vías de dos o más carriles.

En las cartografías carreteras son nombradas bajo el nombre de troncal federal. Las vías secundarias tienen como propósito principal servir de acceso a las carreteras troncales primarias; suelen estar pavimentadas y ser de dos o más carriles.

1.5.8 Tradiciones y costumbres

El Ejido de Santa Úrsula tiene una población muy heterogénea debido a la diversidad de culturas de sus habitantes que han llegado a estos terrenos. La mayor parte de su población habla español, sin embargo, también se encuentran otros idiomas como el Chinanteco y el Ojiteco.

Celebraciones que se realizan en la comunidad.

La de mayor relevancia se lleva a cabo los días 19 al 21 de octubre en honor a la Virgen de Santa Úrsula.



Figura Nº 6 Tomada desde la vista panorámica propia

Santa Úrsula: Patrona de Colonia, ciudad donde al parecer fue martirizada. La leyenda dice que Úrsula era la hija de un rey de la Bretaña insular, enviada al continente para casarse con un príncipe pagano, y que, en una peregrinación a Roma con once mil vírgenes, fue atacada y martirizada por los hunos a sido, representada por diversos artistas, como el maestro de Colonia, Tomaso de Módena, Carpaccio y Juan Reixach.

A mediados del siglo XII, los ciudadanos de Colonia, al cavar unos cimientos cerca del cementerio de la antigua Colonia romana Agripinensis, encontraron huesos que fueron declarados reliquias de las vírgenes. Úrsula se convirtió en la santa patrona de las doncellas.

En honor a Santa Úrsula la comunidad católica realiza una misa, se ofrece comida para los asistentes al evento, se realizan juegos deportivos y culturales (jaripeo).

Otras fechas importantes son el día diez de mayo, el día de muertos y la navidad, el platillo típico es la Barbacoa, Mole y Tamales. Los habitantes refieren no contar con traje típico debido a la heterogeneidad cultural.

CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Participación comunitaria

En este capítulo se abordaran los conceptos de interés y la importancia otorgada actualmente a la participación comunitaria en salud es el resultado de dos tendencias: **la primera**, relacionada con el creciente escepticismo sobre las capacidades reales del sistema médico tradicional para mejorar el estado de salud de la mayoría de las personas del mundo (lo que tiene que ver, asimismo, con la reformulación del concepto de salud); **la segunda**, también después de la postguerra, que tiene que ver con el reconocimiento de que la política de salud pública debe integrarse en las políticas de desarrollo general. Como muy bien señala Rifkin (1990), el resultado de estas dos tendencias o de su posterior desarrollo fue lo que culminó con la formulación del concepto de Atención Primaria de Salud.

2.2 Evolución de concepción de salud

Después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la concepción de la salud se remitía a una apreciación exclusivamente biomédica, al menos en Occidente, esta definición tuvo el efecto de una pequeña revolución cultural, enunciaba un cambio de paradigma en la visión de la salud, ya que se pasaba de una concepción “negativa” de la salud.

Esto es entendido como la ausencia de enfermedad o de discapacidades, a otra “positiva” que, una vez superadas las aristas estadísticas (“un estado”) e idealistas (“completo”) presentes en la primigenia definición de la OMS, ha ido evolucionando hacia posturas más dinámicas hasta convertir la salud en un recurso para la vida cotidiana de las personas.

Las grandes epidemias acaecidas durante el siglo XVIII de enfermedades como la viruela (hasta el descubrimiento y la expansión de la vacuna por Edward Jenner (1749- 1823), el tifus, el cólera y la malaria llevaron a reflexionar sobre la gravedad del problema por contagio, debido a la movilización de personas (principalmente de ejércitos) (Fierros Hernandez, 2014).

Según la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, la salud global se correspondería con un “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, que no consiste solamente en la ausencia de enfermedad”. Toda acción de una entidad, institución u organismo social responde a un contexto estructural o coyuntural que obliga a la toma de decisiones en materia que les ocupa.

En 1973, la llamada crisis mundial del petróleo supuso para organismos como la organización mundial de la salud (OMS) la necesidad de posicionarse y de trabajar sobre medidas necesarias para integrar garantizar la protección de la salud de todas las personas del planeta ante la perspectiva económica en la que estaban inmersos todos los países, desarrollados y en vías de desarrollo.

La OMS en esos momentos dirigida y asesorada por un colectivo progresista de defensores de la salud pública consciente de la situación (Vouri, 1984), junto a la organización panamericana de la salud (OPS) y la UNICEF, promueven en 1978, la conferencia Alma-Ata (OMS, 1983). En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales.

Durante su celebración se llegará a la ratificación de los acuerdos de la 28 Asamblea mundial de la salud celebrada 2 años antes (OMS 1983). Estos acuerdos formaran parte del documento final fruto de los trabajos de los participantes.

El 12 de septiembre de 1978 nace la declaración Alma-Ata, cuyo lema fue salud para todos en el año 2000. En ella se establece la salud como un derecho fundamental de las personas y se defiende que la estrategia el mejor nivel de salud de los pueblos aun coste que la población pueda sostener, pasa por el desarrollo de la atención primaria de salud (APS), tanto en los países industrializados como en países en vías de desarrollo (OMS 1984).

Así el comité de los expertos de la OMS para la elaboración de una estrategia que garantizara el desarrollo de un sistema de salud capaz de mantener, proteger, promover y recuperar la salud de prevenir las enfermedades, rehabilitar y reinserir a las personas.

Durante las primeras dos décadas que siguieron la Segunda Guerra Mundial, el desarrollo de la tecnología dio un vuelco en las tendencias de la prestación sanitaria. La tecnología a los sistemas de salud marco un cambio importante. Hasta el momento la atención sanitaria estaba centrada en la enfermedad, como resultado del contacto de la persona con los elementos patógenos y la respuesta del enfermo frente a ella.

Estos cambios se perciben en mayor medida en países desarrollados, la industria farmacéutica y los equipos médicos de alta tecnología consiguen inmensos beneficios en grupos determinados de pacientes con un incremento en el gasto sanitario dirigido a la atención hospitalaria.

El gasto en infraestructura sanitaria se centra en la adquisición de nuevas tecnologías que facilitan los diagnósticos y los tratamientos en el ámbito de la medicina especializada, en el interior del recinto hospitalario.

Las inversiones en el nivel extra hospitalario apenas absorben el 35% del total de los recursos, siendo así que el acceso de la población a los servicios primarios es del 60% frente al 20% que acude al hospital y percibe un 20% de la población no acude al sistema sanitario. Esta situación, en la que se invierte más en el nivel que menos utiliza la población, se denomina financiación de recursos inversos.

No obstante, en estos decenios se puede observar cómo se va generando un cambio en los patrones epidemiológicos de los países desarrollados.

Las enfermedades infecciosas son controladas, aparece un aumento en la esperanza de vida y con ella el incremento de enfermedades degenerativas de las relaciones con el estilo de vida, en las que las altas tecnologías apenas intervienen. La situación de los indicadores de salud global de los países desarrollados no justifica la inversión de tecnología, mientras que es responsable de la falta de sostenibilidad económica del sistema sanitario.

En los países desarrollados también se observa cambios importantes en la reducción en algunos puntos de mortalidad de las mujeres a causa del parto y de la

mortalidad infantil que parece esclarecer un horizonte de esperanza, sin embargo, las desigualdades que los indicadores de salud evidencian, no solo entre países desarrollados y en vías de desarrollo sino entre los ciudadanos de un mismo país, son muy claras las diferencias en el acceso a los servicios de salud y recursos sociales.

2.3 Atención Primaria de la Salud

Desde mediados del siglo XX la importancia otorgada a la participación comunitaria en los procesos de desarrollo social se ha ido incrementando. En el caso del desarrollo sanitario, el papel fundamental que cumple la comunidad en el estado de salud y la necesidad de su participación, se consagran definitivamente con la formulación del concepto de Atención Primaria de Salud.

En la declaración a la que conocemos como declaración Alma-Ata, que establece las bases para el desarrollo de un sistema nacional de salud en todos los países del mundo, que garantice la promoción y el mantenimiento de la salud de todos los ciudadanos.

Define la Atención Primaria de la Salud (APS) como la asistencia sanitaria esencial basada en metodología y tecnología práctica científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de toda la población mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, y que cada una de las etapas del desarrollo de los individuos sean vistas desde la autorresponsabilidad y autodeterminación.

La APS forma parte del Sistema Nacional de Salud al que pertenece, del que es núcleo principal y constituye la función central del desarrollo social y económico de la comunidad, es el primer contacto de los individuos, las familias y comunidades con el Sistema Nacional de Salud, cercano a donde la población vive y trabaja, y es el primer elemento del proceso permanente de asistencia sanitaria.

Está orientada a los problemas de salud de la comunidad y presta servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación necesaria para resolverlos.

Todo ello mediante la educación para la salud en los problemas más relevantes, la promoción en el suministro de alimentos para la correcta nutrición de la población, el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, La atención materno-infantil, incluida la planificación familiar, lucha contra las enfermedades endémicas, la inmunización contra las enfermedades infecciosas, traumatismos y el suministro de los medicamentos.

Implica el esfuerzo coordinado de los sectores sociales junto al sector salud, exige fomentar la autorresponsabilidad y la participación de los individuos en la comunidad en el aprovechamiento de sus recursos.

Debe ser apoyada y apoyar al siguiente nivel de salud para desviar los casos integrados y funcionales priorizando la asistencia a los más necesitados. Se basa en el trabajo en equipo de todo el personal sanitario, y ello incluye médicos, enfermeras, auxiliares, parteras, así como las personas que practican la medicina tradicional debidamente adiestrados para atender las necesidades de salud de la comunidad.

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales para iniciar y mantener la APS como Sistema Nacional de salud coordinado con otros sectores sociales movilizandolos recursos del país y garantizando su utilización racional. Todos los países deben cooperar desde la solidaridad a fin de garantizar la salud del pueblo, de ello depende la salud de los demás países.

Las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el coste de vida elevado.

Como consecuencia, la salud suele convertirse en un tema político, ya que los gobiernos intentan satisfacer las expectativas de la población. Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Las «circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen» influyen en gran medida en la manera en que la gente

vive y muere. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la salud.

No obstante, el acceso oportuno a los servicios sanitario salud también es crítico: una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto no se puede conseguir, excepto para una pequeña minoría de la población sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente, es lo que determina si las personas pueden permitirse el uso de los servicios de salud cuando los necesitan (Margaret Chan, 2010).

Las naciones en el mundo entero han reconocido que la salud es una de las mayores riquezas del país y la gente empieza a comprender que es uno de los derechos primordiales de la humanidad. Al mismo tiempo, está cambiando radicalmente la naturaleza de los nuevos problemas sanitarios.

La urbanización, la globalización y otros factores aceleran la propagación mundial de las enfermedades transmisibles y aumentan la carga de trastornos crónicos como el cambio climático y la inseguridad alimentaria tendrán grandes repercusiones en la salud en los años venideros, de modo que la articulación de una respuesta eficaz y equitativa entrañará enormes retos.

Los conocimientos en materia de salud también están creciendo rápidamente, la acelerada revolución tecnológica está multiplicando las posibilidades de mejorar la salud y transformar la cultura sanitaria en el contexto de una sociedad global más educada y en proceso de modernización (Chan, 2008).

2.4 Aspectos de Salud en población mexicana.

La salud pública se introdujo en México de manera paulatina. Desde finales del siglo XVII existían diversas prácticas relacionadas con la higiene pública, pero no fue hasta finales del XIX y principios del XX cuando se consolidó en México la aplicación de las prácticas sanitarias modernas, introducidas por el gobierno de Porfirio Díaz.

Este momento coincidió con el umbral modernizador que cundía en todo el mundo (por influencia de algunos países de Europa occidental), nuevas tecnologías, innovaciones y nueva metodología en el accionar de la salud pública (Fierros Hernandez, 2014).

La población mexicana suma poco más de 106 millones con segmentos poblacionales caracterizados por múltiples factores como las clases sociales, las ocupaciones que desempeñan, el lugar donde radican (dentro y fuera del territorio nacional), grandes variaciones y brechas regionales y locales, además de diversas y contrastantes formas de enfermar o de morir (Córdova, 2009).

En 1841 se instituyó en México el consejo superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros, y perteneciente al ramo de la beneficencia pública. Durante esa época, hubo una gran gama de instituciones dedicadas al cuidado de la salud, con sede en la Ciudad de México, entre las cuales podemos destacar la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (mismo año) y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841) (Fierros Hernandez, 2014).

La enfermería escribe su historia en la historia de la humanidad. Nace con la voluntad de promover la vida, recuperarla de prolongarla y de vivir mejor. El hombre encuentra en los cuidados (en quien los presta) el sentido a su existencia desde la comunidad primitiva, el hombre tuvo que enfrentar la crudeza del medio y sus agresiones. Las inclemencias del tiempo, los animales salvajes y las epidemias, lo cual arrojaban como resultado un nivel de vida muy corto.

La ignorancia impulsa a creer fantasías sobre fenómenos que incluyen las enfermedades, en lo cual predomina un pensamiento místico-mágico sobre la salud y la enfermedad. Los cambios en la organización de los sistemas de salud se han venido registrando en el mundo, han tenido un impacto en la manera en que se ofrece la atención a pacientes que recurren a los servicios de salud, se propone llevar a cabo una primera descripción y análisis de la transformación de los servicios de salud. De igual manera, los rezagos en el financiamiento del sistema aún representan un problema para su operación (Najera & Castrillan Agudelo, 2015).

El proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizada de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso.

Cuadro No 1 Muestra el Enfoque Modelo Epidemiológico de Atención Biomédica y el Proceso de Enfermería en la Salud Comunitaria.

COMPARACIÓN DE ENFERMERÍA Y PROCESO EPIDEMIOLÓGICO(Biomédico)	
Proceso de enfermería	Proceso epidemiológico (Biomédico)
Valoración: establece una base de datos del cliente, recolecta información relacionada con el cliente y la familia, recopila datos objetivos, organiza, valida los datos y registra los datos.	Valoración: establecer el alcance del problema, reunir información proveniente de fuentes confiables, compilar datos objetivos relacionados con el problema.
Diagnóstico: interpretar los datos; demostrar las hipótesis subjetivas y objetivas. Desarrolla el análisis de datos, identificación del problema de salud, riesgo y fortalezas. Formulación de diagnóstico.	Diagnóstico: desarrolló de la hipótesis, analizar los datos.
Planificación: Desarrolla un plan para conseguir el nivel de las metas de bienestar (los clientes están incluidos en el desarrollo del plan). Priorización de los problemas/diagnósticos. Formulación de los objetivos y resultados deseados. Selección y redacción de las intervenciones de enfermería.	Planeación: desarrollar un plan para la prevención de las condiciones o evento (los clientes están incluidos en el desarrollo del plan).
Aplicación y evaluación: iniciar el plan en el que, brinda siempre, educación para la salud y orientación al cliente y su familia, además coordina la planeación, el manejo del caso, la consejería y la remisión del cliente. Reevaluación del paciente familia o comunidad. Determinación de las necesidades del profesional de enfermería.	Implementación: implementar el plan con la comunidad o cliente.
Evaluación: establecer las acciones de enfermería con los objetivos/resultados del paciente familia o comunidad. Extracción de conclusiones sobre el estado del problema. Continuación, modificación o terminación del plan de asistencia del paciente.	Evaluación: establecer la consecución de las metas, revalorar a cliente, preparar el informe, conducir la investigación adicional.

Fuente: Elaboración propia con información de la revisión bibliográfica

2.5 Atención de salud que enfrenta México

Diez años después de la introducción del sistema de seguro universal de salud financiado públicamente, el Sistema de Salud de México se encuentra en una coyuntura crítica. Sin duda, algunos indicadores de salud y del desempeño del sistema de salud han mejorado: las personas que antes no estaban aseguradas ahora usan los servicios más seguido, mientras que los datos indican que el gasto empobrecedor en salud ha bajado de 3.3% a 0.8%.

La mortalidad infantil cayó a 13.0 muertes por 1, 000 nacidos vivos en 2013, una reducción de 38% desde el 2000. Otros indicadores, sin embargo, siguen siendo preocupantes. Las tasas de supervivencia después de un infarto cardíaco o un accidente cerebrovasculares son notablemente peores que en otros países de la OCDE.

Los daños a la salud en México. Muerte, enfermedad mortalidad o discapacidad predominan de manera creciente en la población de adultos mayores, ya que el 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones. El 53% se concentran en personas mayores de 65 años; dejando a un lado las causas de muerte por deficiencias nutricionales, los problemas reproductivos y los problemas infecciosos gastrointestinales y respiratorios, por lo que casi tres décadas se habla de una transición epidemiológica en el país.

La caída de la mortalidad se ha acompañado de una disminución en la fecundidad, siendo 2.2 hijos por mujer en el 2006. Estos fenómenos (el descenso de la mortalidad general, el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad) están dando origen al envejecimiento poblacional, por lo que las personas mayores de 65 años muestran una tasa de crecimiento superior al 4% anual y para el año 2030 representaran 12% total de la población mexicana.

Actualmente 13% de las muertes en el país se deben a enfermedades infecciosas, problemas reproductivos y padecimientos relacionados a la nutrición (llamada enfermedades del rezago epidemiológico), el 11% se deben a lesiones

accidentales e intencionales y 73% a padecimientos no transmisibles como la diabetes, problemas cardiovasculares y cáncer.

En 2005 más del 50% de las muertes se produjeron en personas de 65 años y más, las principales causas de muerte en la etapa reproductiva son: la diabetes, enfermedades crónicas del hígado, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro vasculares, los accidentes y lesiones, y ciertos tumores malignos (mama, cuello del útero, pulmón y estomago). Aquí se incluye como cuarta causa de muerte en hombres de 25 a 34 años el VIH/SIDA.

Dato importante de resaltar son las enfermedades Neuropsiquiátricas que producen discapacidad en personas de todo el mundo y México no es la excepción. Dentro de estas enfermedades esta la depresión. Según datos de la encuesta epidemiológica psiquiátrica en 2005 indica que el 8.8% de la población presento un cuadro alguna vez.

Este problema es 1.5 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Otro dato preocupante como la causa de muerte son los suicidios que han alcanzado una tasa elevada en el mundo entre 1998 y 2004, el suicidio en las mujeres aumento a ritmo anual de casi 5% entre las mujeres de 11 y 20 años.

Las fallas para modificar los estilos de vida que dañan la salud son una preocupación particular, ya que 32% de la población adulta es obesa; México se ubica como el segundo país con mayor sobrepeso de la OCDE y casi uno de cada seis adultos es diabético. Otros indicadores clave indican ineficiencias arraigadas en el sistema: el costo administrativo en 8.9% del gasto total en salud es el más alto de la OCDE y no se ha reducido en la última década.

Del mismo modo, el gasto de bolsillo se ubica alrededor de 45% del gasto total en salud, el más alto de la OCDE. En resumen, la inversión pública de México en su sistema de salud, aumentando de 2.4% a 3.2% del PIB entre 2003 y 2013, no ha logrado traducirse en una mejor salud ni en un mejor desempeño del sistema como se hubiera deseado.

Un programa de reforma continua y exhaustiva es necesario. México necesita un sistema de salud equitativa, eficiente, sustentable y de alta calidad. Esto no podrá lograrse con la fragmentación actual en la estructura de atención de salud, ya que existen diferentes niveles de atención para diferentes grupos, a diferentes precios y con resultados diferentes.

En su lugar, México requiere un sistema de salud funcional unificado donde el acceso esté determinado por la necesidad y no por la situación laboral. Los individuos deberían tener alguna opción sobre el asegurador y el prestador, para impulsar la eficiencia y la mejora continua de la calidad.

A pesar de que la población mexicana es joven, con alrededor de 9 personas en edad de trabajar por cada adulto mayor de 65 años (más del doble del promedio de la OCDE), enfrenta necesidades de salud complejas y retadoras.

México tiene ahora la esperanza de vida más baja de todos los países de la OCDE. Mientras que la esperanza de vida de los países de la OCDE se incrementó en promedio tres años entre 2000 y 2013 (aumentó de 77.1 años a 80.4 años), en México solo incrementó 1.3 años (de 73.8 a 74.6 años). Por lo tanto, la brecha de longevidad entre México y otros países de la OCDE se ha ampliado de cuatro a casi seis años.

Un asunto de particular preocupación son las altas tasas de obesidad y diabetes en México. Entre 2000 y 2012 las tasas de sobrepeso y de obesidad en la población adulta se incrementaron de 62.3% a 71.3%; uno de tres niños también tiene sobrepeso u obesidad. No es de sorprenderse que la diabetes, la enfermedad crónica más directamente ligada con la obesidad, se está extendiendo rápidamente y ahora afecta a muchos adultos. En México, más de 15.9% de los adultos tienen diabetes, más del doble del promedio de los países de la OCDE de 6.9.

2.6 Atención Domiciliaria

La atención domiciliaria, uno de los ejes del diagnóstico de salud de la cronicidad junto con el liderazgo de las enfermeras en el control y la supervisión

constituye una de las principales etapas en la planificación de los servicios de salud en una comunidad.

Es definida como el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio a aquellas personas y a su familia que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo no pueden desplazarse al centro de salud.

Una atención domiciliaria de calidad debe satisfacer las necesidades y expectativas de las personas que la precisan, su familia y comunidad para ello debería ser accesible a toda la población que la necesita equitativamente. En general, la organización de los servicios de atención domiciliaria se caracteriza por su heterogeneidad, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Desde el siglo XVI hasta el XIX, las órdenes religiosas se encargaron de las visitas domiciliarias. Incluso hoy, instituciones benéficas como caritas y la cruz roja, entre otras organizaciones complementan la labor del estado.

Entre 1955 y 1960 el primer nivel de atención (lo que hoy en día es la atención primaria) empezó a ofrecer cuidados a domicilio. A finales de los años setenta, con la promulgación de la constitución, se recoge la responsabilidad del estado para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos a través de un completo sistema social.

En 1979 los servicios domiciliarios pasan a formar parte del instituto Nacional de Servicio Sociales (INSERSO). En un primer momento solo los pensionistas podían beneficiarse de las ayudas, pero en 1985 esta se extiende a todos los ciudadanos.

La mala alimentación era otra causa de enfermedad, evidente como la tuberculosis y el raquitismo; se encontraba también la peste (aparecida en 1720), que siguió siendo endémica en el Mediterráneo occidental. Además, el crecimiento de las ciudades fomentó la acumulación de personas en espacios reducidos,

Desechos fecales, vísceras de animales, sangre y demás perecederos, que generaban basura, mal aspecto y malos olores, lo cual acrecentó el interés de

diversas personas en el tema. El invento de la cuestión urbana, el triunfo del concepto funcional de la ciudad-máquina, incitan al aseo topográfico, inseparable del aseo social que manifiestan la limpieza de la calle y el aseo de los sitios de relegación (Fierros Hernandez, 2014).

Diversos descubrimientos y reflexiones en torno a las distintas ramas del conocimiento científico, en especial la física y, al adelantado el siglo XVIII, la química, aportaron instrumentos y herramientas para aplicarlos en los diversos medios de desarrollo humano; es decir, se generaron fundamentos con bases científicas.

En este contexto, un ejemplo claro fueron los hospitales, que tenían que ver con la idea de bienestar y progreso: La joya de los hospitales fue el Allgemeine Krankenhaus (Hospital General) de Viena, que tenía dos mil camas, y fue reconstruido en 1784 por el emperador José II. Este hospital era la expresión manifiesta de la determinación de los dirigentes absolutistas ilustrados de centralizar la administración.

En otros países, como Inglaterra, los hospitales se instalaron por iniciativa privada, especialmente gracias a las donaciones de personas con recursos económicos bastante considerables, debido a tres factores: la caridad, que estaba ligada a la idea de la redención; el afán de derrochar para demostrar cierto poder, y la idea ilustrada del mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

El aumento del número de hospitales en las ciudades, acompañado de una lenta mejora de la ciencia médica y su enseñanza, contribuyó al desarrollo de la medicina. En aquella época los estudiantes tenían que recorrer los pasillos de los hospitales y estudiar las enfermedades no sólo en los libros, sino también en el cuerpo humano.

Se abría el camino a la clínica mediante la cual Xavier Bichat (1771-1802) había perfeccionado el método anatomopatológico.

Podemos identificar al menos tres factores que influyeron para que se formara un corpus que pudiera ser utilizado por los Estados para el bienestar de los

ciudadanos: los avances tecnológicos, los avances científicos y la idea de que el bienestar (la calidad de vida, la salud). Otro factor de clara importancia fue la revolución francesa, que tenía como uno de sus ideales el bienestar común; algunos de la Ilustración vendrían a componer las bases del Estado moderno.

Con la consolidación de algunos Estados-nación, las ideas que se habían formado respecto a la limpieza de las ciudades y los inventos para el cuidado y la prevención de enfermedades generaron el ambiente propicio para el nacimiento de la salubridad pública.

Por ejemplo, en la recién formada Alemania, Otto von Bismark, el astuto canciller austriaco, puso en práctica un seguro médico gestionado por el Estado en 1883. Esto da cuenta de las preocupaciones del aparato estatal por crear conciencia sobre el cuidado de la salud de los individuos y, como repercusión indirecta, del resto de las personas.

Por otro lado, se habían generado cambios en la estructura de las ciudades, como el drenaje, el alumbrado, etc., mejoras que coincidían, claro, con la idea de progreso y formaban parte de tal.

Estos nuevos elementos, prácticamente desconocidos hasta el momento, dieron una significación distinta a la vida de los seres humanos. Las personas ingresaron en un umbral poco conocido hasta entonces, proveído por los aparatos estatales, que se encargaron también de reglamentar e introducir en la vida de la gente tecnologías para propiciar el mantenimiento de la salud.

Nuestra actual concepción de la salud pública es algo distinta de la que se tenía a finales del siglo XVIII y principios del XIX. Como hemos observado, la idea era bastante amplia, y en ese momento se consideraban otros aspectos, como el hacinamiento, la mendicidad y la distribución de agua potable, es decir, no existían otras dependencias, y la de salubridad se encargaba directamente de estos asuntos, junto con los ayuntamientos.

J.H. Hanlon, ya no refiriéndose a los campos de aplicación de la salud pública, sino formulando una definición, afirma: “La salud pública se dedica al logro

común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y de su sociedad” (Hanlon, 1974).

Puede decirse que esta definición es muy semejante a la de Winslow. Sus objetivos son los mismos; es igual la forma de alcanzarlos, o sea mediante un esfuerzo común, acorde con los recursos disponibles; y semejante la consecución de sus propósitos, que solamente contribuyen al bienestar de los individuos.

“La salud pública es el arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de la población, mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Incluye aquellas medidas por medio de las cuales la comunidad provee servicios médicos para grupos especiales de personas. Se relaciona con la prevención y control de las enfermedades, con quienes requieren hospitalización para la protección de la comunidad y con los médicamente indigentes” (Hanlon, 1974).

2.7 Promoción a la salud

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. Según este concepto, que es más bien un ideal al que hay que tender y no una definición propiamente dicha, la promoción de la salud incluye todas las acciones tendientes a conseguir ese ideal: alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, ausencia de enfermedad, compete a las autoridades proporcionar las condiciones adecuadas de vida y de salud.

El personal de salud no puede influir básicamente en muchos de los factores de bienestar, pero sí está dentro de sus atribuciones instruir y educar, no solamente para evitar las enfermedades, sino para contribuir a que los individuos, las familias y la colectividad disfruten de una alimentación equilibrada, de una vivienda saludable, de buenas condiciones de trabajo, y del descanso y recreación necesarios, y aún más, para que ellos mismos participen activa y conscientemente

para elevar su nivel de vida. La actividad básica que médicos y enfermeras deben realizar para promover la salud es la educación.

2.8 Educación para la Salud.

Actualmente se le denomina educación para la salud, sustituyéndose los nombres de educación higiénica o de educación sanitaria, con los que se la designaba anteriormente.

Siendo una actividad de gran importancia tanto en medicina preventiva como en salud pública, existen obras que tratan de ella con toda extensión, señalando las bases técnicas y metodológicas para su correcta aplicación.

Se le considera de una manera general, como actividad del primer nivel de prevención para la promoción de la salud de individuos, de las familias y de la colectividad. Hay varias definiciones de educación para la salud. Se mencionarán solamente dos: 'La suma de experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria. (Wood, 1926)

Esta definición alude al contenido de la educación, pero no hace mención de cómo realizarla. Grout dice: La educación para la salud es un procedimiento que incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva, mediante el proceso educativo (Villaseñor, 1960).

2.9 Comunidad

Para identificar las variables es importante aclarar lo que quiere decir comunidad. Para nuestro propósito resulta adecuada la definición de la organización panamericana de la salud que considera a la comunidad como un grupo reunido o disperso, de morada fija o migratoria que presenta diversos grados y formas de organizaciones y cohesiones sociales.

Sus miembros comparten distintas características sociales, culturales, socioeconómicas y sociopolíticas, así como intereses, aspiraciones y problemas también comunes incluidos los de la salud, es la clave para guiar la orientación y la

práctica de los cuidados de enfermería comunitaria, ya que las comunidades pueden considerarse agrupaciones grandes o pequeñas localizadas en zonas urbanas o rurales.

La definición de comunidad desde el punto epidemiológico sería: conjunto de seres humanos, enfermos o no, que viven en un territorio definido por límites geográficos. Esta definición está de acuerdo con la preocupación de la epidemiología de comprender y describir los problemas de salud de la población.

En 1974, la organización mundial de la salud (OMS) propone la definición de comunidad: es un grupo social determinado por límites geográfico y/o intereses y valores comunes sus miembros se conocen e interrelacionan entre ellos. La comunidad funciona dentro de una estructura social particular en la que se crean y existen normas, valores e instituciones sociales.

la OMS recoge el punto de vista sociológico y la define como vínculos fuertes y estables ya sean históricos, culturales o económicos.

Thompson y Kinne reducen a la comunidad como un sistema basado en grados de cooperación, consenso en valores, normas y objetivos sociales. El sistema está compuesto de varios individuos, familias, subsistemas o sectores y sus interrelaciones. No es un agregado de esas partes, es una estructura única que incluye todas las partes, y las relaciones que la conectan.

La antropología ha identificado varios sectores importantes: sector político, sector económico, sector sanitario, sector educativo, sector comunicación, sector religioso, sector del ocio, y sector del bienestar. En esta definición, comunidad no está delimitada por límites geográficos, ni de intereses, ni de valor, esto se ajusta a mejorar las comunidades del presente donde los cambios migratorios no permiten a los individuos adquirir ese sentido de pertenencia a un lugar y a una cultura.

En esta visión de la comunidad, como algo global, permite a la vez no olvidarse del individuo y tener en cuenta que él forma parte de otros niveles que influyen y a los que él influye. De esta manera los cambios que ocurren en un sector, acorto o largo plazo, afectarán al resto de subsistemas e incluso al sistema total.

Esta idea de comunidad como un sistema se puede englobar dentro del paradigma enfermero de la transformación. En este paradigma la persona es considerada como un ser único con múltiples dimensiones que forman una unidad y que es indisociable de su universo, que por eso el término de comunidad ha sido escrito como un concepto que tiene un alto nivel de uso, pero bajo un objetivo de significado.

En la vida real las personas que viven en un mismo lugar no son iguales, no siempre comparten los mismos intereses y pueden no llevarse bien. La mayoría de las comunidades son homogéneas, son un pequeño reflejo local de la sociedad más grande del país en el que viven. En toda comunidad existen factores de armonía e intereses compartidos, pero también hay conflictos, ambos con efectos sobre la salud y el bienestar de la gente la comunidad es una fuerza social dinámica, con características geográficas, instituciones, condiciones ambientales y recursos bien definidos, que entre otras cosas promueven o impiden la salud y el bienestar de la población.

2.10 Comunidad y salud

Los conceptos de la salud y enfermedad están estrechamente ligados con la experiencia humana determinada por la interrelación entre la identidad biológica y la identidad cultural de los individuos y la vinculación de estas con la comunidad como contexto social y natural ambos conceptos se sitúan en el núcleo de los valores de las sociedades humanas, ya que son expresión de muchos de los supuestos fundamentales sobre el sentido de la vida y de la muerte.

Esto implica que las diferentes concepciones de salud y enfermedad tienden a estar basadas en visiones religiosas o morales sobre la existencia humana por lo que muestran diferencias estructurales y culturales que configuran las relaciones de poder de la comunidad.

Para conseguir los objetivos de la salud en la comunidad, los sistemas de salud adoptan diferentes formas de organización de acuerdo con los valores y las motivaciones de la comunidad que se desarrollan. Estas formas están relacionadas con los agentes que interactúan (ciudadanos, profesionales, pacientes); las

organizaciones que prestan los servicios sanitarios (hospitales, centros de atención primaria), y por último el contexto del sistema sanitario.

En contexto viene condicionado por el estado, la situación, económica y los valores y las motivaciones de los diferentes actores involucrados en el sector. Dada la estrecha interrelación entre la salud, individuo, y comunidad, los sistemas de salud como sistemas sociales, se enfrentan a los retos relacionados con los cambios tecnológicos, económicos, sociales, y culturales que se han producido en las últimas décadas como consecuencia de los movimientos sociales y culturales de orientación liberadora de finales de los sesenta, definidos, que entre otras cosas promueven o impiden la salud y el bienestar de la población.

2.11 Salud comunitaria

Hablar de salud comunitaria significa entenderla como el conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida. Este concepto de población definida hace referencia específicamente al ámbito de trabajo de los equipos de atención primaria. Es decir, las zonas o áreas básicas de salud, representa un avance más en la evolución de la salud pública, al introducirse el importante concepto de la responsabilidad y participación de la comunidad en todos los procesos de salud.

Sistematizaron conceptos como los de la atención primaria orientada a la comunidad, entendiendo por esto la práctica unificada en la atención primaria de la atención clínica individual y familiar con la atención a la salud comunitaria.

2.12 Análisis de los factores de riesgo.

Los siguientes factores de riesgo son tres variables, Demográfico, Hábitos de Vida y Medio Ambiente.

Desde el modelo epidemiológico provee un enfoque más equilibrado del desarrollo de las políticas de salud, con la búsqueda de las causas de la enfermedad, es decir, estimar los riesgos individuales con la posibilidad de desarrollar el estado de enfermedad concernientes al estilo de vida, que describen los problemas de salud de la comunidad.

2.13 Factores de riesgo

Las enfermedades dependen de los factores condicionantes relacionados con la comunidad, como la disponibilidad de atención en el carácter urbano o rural, que pertenecen al ambiente social y organizativo de las intervenciones de Enfermería.

Cuadro No 2 Muestra los factores de riesgo.

Factores de riesgo (variables)		
Demográficos	Hábitos de Vida	Medio Ambiente
<p>La variable demográfica estudia, la dimensión, composición de la población humana.</p> <p>Es instrumentos de correlación que caracterizan la distribución de salud y la enfermedad de esta población.</p> <p>El Métodos para cuantificar su magnitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total, de la población, distribución por grupo de edad, Sexo y Origen étnico, grado de dispersión de la población, población con seguro médico, institucional o privado. 	<p>Es un importante factor determinante de la salud y formar parte del marco epidemiológico.</p> <p>Los hábitos de vida, que pueden condicionar negativamente la salud, como son la inadecuada alimentación, consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, conductas de riesgo en la sexualidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo, Consumo de sustancias nocivas, Salud reproductiva. 	<p>El medio ambiente, es uno de los factores que causa un gran número de patologías y sus factores de insalubridad, son la contaminación ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biológicos • Físicos • Químicos <p>El control de su presencia y efectos elimina, como es obvio, una proporción de la morbimortalidad.</p>

Fuente: Elaboración propia con información de la revisión bibliográfica

Se debe evitar la confusión entre factor de riesgo, que es una posible causa o algún factor que se investiga como responsable de la enfermedad, y el riesgo de la enfermedad, que es la probabilidad de enfermar en un grupo dado.

El riesgo de enfermedad es, por ejemplo, una probabilidad de adquirirla, cuando se trabaja en incidencia, o de tenerla, cuando se trabaja con prevalencia.

Personas expuestas a un factor o a una causa reconocida tienen mayor riesgo o probabilidad de contraer dicha enfermedad que personas carentes de este

factor de exposición. El riesgo no solamente es de incidencia o de prevalencia, sino la probabilidad de un evento, como complicaciones, mortalidad u otros.

No sobra señalar que, en la mayoría de los casos, los problemas ambientales rurales no se dan de manera aislada, sino que interactúan.

Por ello, desde los inicios de la acción comunitaria se ha procurado que la toma de decisiones relacionadas con la mejora del medio ambiente rural sea fruto de una visión transectorial e incluyente entre los presupuestos ambientales y los factores sociales, económicos y culturales que influyen en el proceso salud enfermedad.

La contaminación atmosférica es un problema ambiental comunitario importante. Como se sabe, este tipo de contaminación constituye además la fuente principal de los más preocupantes problemas ambientales a escala global: el cambio climático y el agotamiento de la capa de ozono. A pesar del éxito obtenido en la reducción de determinados contaminantes en cantidades que resultan perjudiciales para la salud y la vida de los seres humanos sigue siendo un problema en la mayoría de las ciudades (Velásquez, 2013).

2.14 Intervenciones de Enfermería en Proceso Salud Enfermedad

Las intervenciones de enfermería han existido desde el inicio de las necesidades de cuidar a una persona enferma, es una profesión a la que no se le ha dado la importancia que le corresponde, pero que; sin embargo, no se sabe con exactitud cuál ha sido su evolución (Martínez, 2013).

Los expertos han acordado que los conceptos que integran al metaparadigma de la enfermería son las personas, salud, comunidad y los propios cuidados enfermeros.

El entorno puede afectar a la salud de las personas o puede ser afectado o modificado por las acciones de las personas. Así, el entorno es el contexto donde se desarrolla la práctica de enfermería comunitaria y de la salud pública. El centro del cuidado es la comunidad y el objetivo es la promoción de la enfermedad.

En cualquier caso, la enfermería comunitaria como contrapunto a la salud comunitaria es el conjunto de actividades que ambas disciplinas desarrollan en atención primaria y que suponen la prestación integrada de servicios preventivos y asistenciales a todas las personas sanas y enfermas de una comunidad, así como la investigación de los factores ambientales, sociales, y conductuales causantes de la enfermedad y la promoción de su corrección.

Desde la creación del primer Nivel de Atención en 1943, la enfermera en el primer nivel de atención ha tenido una participación trascendente en el cuidado de la salud de los derechohabientes.

La atención de enfermería se otorgaba de forma fragmentada para dar respuesta a más de 30 programas de salud pública, entre ellos el programa de vacunación, el programa de prevención de diarreas y enfermedades respiratorias, así como las detecciones de cáncer cervicouterino y mamario, entre otros.

Actualmente la transición epidemiológica y demográfica de México hace necesario replantear la atención en el primer nivel a través de un proceso de mejora que se estructure a partir del concepto de atención integral a la salud mediante la articulación de intervenciones con un equipo multidisciplinario de salud y con la participación activa del derechohabiente y su familia desde el autocuidado.

Autocuidado: El papel de la enfermería es elevar el nivel o compensar la deficiencia de autocuidado de los ciudadanos a través de: Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel y superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud.

Se entiende por autocuidado: “las actividades que realiza cada individuo para mantener su vida, su salud y su bienestar”. En el desarrollo del autocuidado, el papel de enfermería es fundamental, cuyo objetivo es que la persona asuma su autocuidado con la máxima independencia posible.

Los enfermeros de “familia y comunitarios”, deben capacitar a los individuos, las familias y la comunidad en el autocuidado de la salud, el fomento de hábitos de

vida saludables y la adaptación con calidad de vida a las diferentes etapas del ciclo vital en el continuo salud-enfermedad.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

El papel de la enfermería es elevar el nivel o compensar la deficiencia de autocuidado de los ciudadanos a través de:

Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de autocuidado posible, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud.

Ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado.

Completar los déficits del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

Proporcionar, a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Definición de las intervenciones de enfermería específicos y compartidos con otros profesionales del Equipo de Atención Primaria y Unidades de Apoyo en el seno de la Cartera de Servicios y de los Programas y Protocolos implantados en su ámbito de actuación, tanto en la consulta como en el domicilio.

Desde esta perspectiva, hay que entender el término de “autocuidado” como: todas las acciones que permiten al individuo mantener la vida, la salud y el bienestar, es decir, lo que la persona hace por y para sí misma.

Por tanto, la salud del individuo, la familia o comunidad, va a depender en gran parte de que éstos asuman sus responsabilidades, de forma consciente o inconsciente y “se cuiden” así mismos o cuiden a su núcleo familiar (cuidado a dependientes).

Cuadro No 3 Muestra las intervenciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		
Educación para la Salud	Atención integral	Mantenimiento a la Salud
<p>La educación para la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza– aprendizaje orientado a facilitar la adquisición, la elección y el mantenimiento de las prácticas saludables y dificultar las prácticas de riesgo.</p> <p>Estrategia fundamental para lograr cambiar a hábitos saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información • Motivación • Educación <p>El proceso para poder capacitar a los individuos, las familias, la comunidad y el equipo multidisciplinario debe iniciarse con la identificación de necesidades sentidas y problemas de salud reales y potenciales; se debe planear y organizar en tiempo, lugar y espacio.</p>	<p>La atención integral se orienta a las acciones por medio de los Programas Integrados de Salud a través de una serie de intervenciones dirigidas a grupos de edad y género para garantizar la cobertura de las acciones preventivas.</p> <p>Programa de Salud del Niño menor de 10 años.</p> <p>Programa de Salud del Adolescente de 10 a 19 años.</p> <p>Programa de Salud de la Mujer de 20 a 59 años.</p> <p>Programa de Salud del Hombre de 20 a 59 años.</p> <p>Programa de Salud de Adulto Mayores de 60 años y más</p>	<p>Concientizar al paciente, la familia y la comunidad que es su responsabilidad cuidarse, para lograr disminuir morbilidad Incrementar la calidad de vida y disminuir los costos de atención.</p> <p>Determinar intervenciones de enfermería confiables para promover y prevenir la disminución del impacto en los daños a la salud en los diferentes grupos de edad y género.</p> <p>En primer lugar: identificar las situaciones de déficit de autocuidado, en las que alguna limitación afecta las capacidades de las personas, así como aquellas en las que sea necesario potenciar las capacidades de autocuidado con el fin de prevenir posteriores problemas de salud.</p> <p>En segundo lugar: establecer el sistema de ayuda más apropiado en cada situación, compensando limitaciones o apoyando educativamente.</p>

Fuente: Elaboración propia con información de la revisión bibliográfica

2.15 Perspectiva de Salud Pública en México 2050

Para el año 2050 casi una tercera parte de la población estará compuesta por personas mayores de 65 años. Este fenómeno, junto con otros factores, se liga de manera directa con el cambio en el perfil epidemiológico que experimenta el país. La realidad actual muestra que 84% de las muertes en el país son causadas por enfermedades no transmisibles y lesiones; de ellas, 53% se concentran en los mayores de 65 años.

Tres son los tipos de padecimientos que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Además, constituyen las principales causas de hospitalización y consumen el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones de salud.

Dichas enfermedades comparten factores de riesgo: el sobrepeso y la obesidad, que afectan a 70% de la población adulta; el tabaquismo, que afecta a jóvenes en edad cada vez más temprana, y las enfermedades metabólicas, que se asocian con mayor frecuencia a los trastornos de hipertensión arterial y a daño cardiovascular y neurológico.

Actualmente se invierte alrededor de 6.5% del Producto Interno Bruto (PIB) en la salud de la población, cifra que se ha venido incrementando, pero que no alcanza todavía para atender los rezagos y las demandas relacionadas con la transición epidemiológica.

El Sistema de Salud de México de la OCDE, el cual se publica cuando se están discutiendo reformas a la Ley General de Salud. Desde el primer estudio realizado hace diez años, se han logrado avances importantes. La inversión pública en el sistema de salud ha aumentado de 2.4% del PIB a 3.2%; el esquema de aseguramiento público financiado por el Seguro Popular cubre actualmente alrededor de 50 millones de mexicanos y evidencia reciente muestra que el gasto empobrecedor en salud ha disminuido de 3.3% a 0.8% de la población.

Muchas de las innovaciones de las políticas públicas de México se estudian y se emulan en todo el mundo, especialmente en el campo de la prevención. Las tasas de mortalidad infantil y la materna han disminuido y la esperanza de vida es ahora de poco menos de 75 años. Sin embargo, persisten todavía grandes problemas.

El más importante es que el Sistema de Salud de México continúa como un conjunto de subsistemas distintos, cada uno con diferentes niveles de atención, dirigido a diferentes grupos, con precios diferentes y con resultados diferentes.

La afiliación a un subsistema no está determinada por la necesidad, sino por el empleo de la persona. Junto con esta inequidad, existen muchas ineficiencias en el sistema. Millones de mexicanos pertenecen a más de un esquema de aseguramiento y muchos millones más, parecían no saber si estaban protegidos por un seguro de salud público cuando fueron encuestados.

La proporción del presupuesto nacional de salud en gasto administrativo, cercana al 10%, es la más alta de la OCDE. También el gasto de bolsillo en salud de los individuos es uno de los más elevados de la OCDE, lo cual indica que todavía se está lejos de alcanzar una cobertura efectiva y servicios de alta calidad.

Todos los principales actores involucrados están de acuerdo en que México necesita construir un sistema de salud más equitativo, eficiente y sostenible sin una reforma de largo alcance, corre el riesgo de mantener un sistema de salud fragmentado, con inequidades marcadas en el acceso y la calidad ineficiente e indiferente a las necesidades de salud, impedirán que se logre la salud, la prosperidad y el progreso de los que sin duda es capaz en los próximos años.

Debido a que se están discutiendo cambios a la Ley General de Salud de México, ahora es el momento para una reforma ambiciosa de gran alcance, en sentido estandarizar la atención, los precios de los servicios de alto costo, como la diálisis renal o la atención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sin embargo, no se debe olvidar la atención primaria y la preventiva.

En particular, México debería seguir la experiencia internacional en la definición y fijación de precios de paquetes de atención para enfermedades crónicas como la diabetes, debe considerar la redefinición de los paquetes de beneficios que ofrecen los institutos de seguridad social e introducir una separación clara de las funciones del comprador y del prestador.

El comprador debe demandar una mejor información sobre las actividades, los costos y los resultados del prestador, para permitir compras transparentes e inteligentes, y asegurar que solo los servicios de alto valor se financien. Estas actividades sentarán las bases para un sistema de salud totalmente integrado, equitativo y sostenible a largo plazo.

La percepción de la salud es sobre todo individual y varía con la edad, el sexo y, en mayor o menor grado, de acuerdo con el grupo socioeconómico al que se adscribe (pertenece). Por otra parte, conviene no olvidar que cada época, histórica y cada grupo humano han ido elaborando sus propias percepciones de salud (Fierros Hernandez, 2014).

La interrelación salud-enfermedad a lo largo de la historia de la humanidad ha estado vinculada indisolublemente al grado alcanzado en el desarrollo del conocimiento científico y a las concepciones ideológicas propias de cada formación socioeconómica.

CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

En el presente apartado se muestra la metodología, el universo y el instrumento de estudio.

3.1 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de las diferentes fuentes primarias y secundaria de información: Fuentes primarias Libros, revistas científicas y de entretenimiento, periódicos, diarios, documentos oficiales de instituciones públicas, informes técnicos y de investigación de instituciones públicas o privadas, patentes, normas técnicas.

Fuentes secundarias, Enciclopedias, antologías, directorios, libros o artículos que interpretan otros trabajos o investigaciones.

En este apartado se muestran la metodología de investigación cuantitativa (observacional). Que habla de las variables o factores de riesgo que influyen en lo descriptivo, observacional y trasversal.

Descriptivo: el presente trabajo de investigación pretende generar conocimientos relacionados con las intervenciones de enfermería en la promoción de la salud, con base en la valoración de factores demográficos, hábitos de vida, medio ambiente con el fin de contribuir a la promoción.

Observacional: se trata de un tipo de estudio de observación directa e indirectamente de factores de riesgo que permiten una vinculación con la población de santa Úrsula, en especial hacer un énfasis en el personal de salud sobre las necesidades de la población y como realizar las intervenciones de enfermería para la prevención, así como la limitación de daños a la salud.

Trasversal: este estudio se realizó durante un solo corte de tiempo y en una situación dada, permitiendo que se le continuación y pueda ser retomado posteriormente para un mayor impacto.

3.2. Universo de estudio

La población de estudio fueron los habitantes del ejido de Santa Úrsula, San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca. El estudio se desarrolló en el periodo de agosto 2016 al 30 de septiembre 2017.

En la primera etapa se identifica la comunidad, se interactúa con las autoridades y la población, se realiza un recorrido por las calles para conocer la composición de las manzanas para ubicación y diseño de la cartografía e identificación de las familias.

En la segunda etapa se realiza una reunión extraordinaria para dar a conocer las actividades de enfermería en la salud comunitaria en la etapa de valoración se realiza una intervención relevante como la recolección de datos de manera secuencial, registro, organización, validación y registro de datos, así dar a conocer las medidas necesarias mediante los Programas Integrados de Salud a las 230 familias través de una serie de intervenciones dirigidas a grupos de edad y género para garantizar la cobertura de las acciones preventivas

La Cedula microdiagnostica fue el instrumento de estudio utilizado, en la entrevista de la población. Se identificaron las variables de estudio: factores Demográficos, hábitos de vida, Medio Ambiente.

- 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)..

3.3 Análisis y tratamiento de información

Tercera etapa, se realiza la planificación identificando las necesidades o problema y determinación de prioridades con la aplicación de la cédula Microdiagnostica de salud, se identificaron los factores demográficos, hábitos de vida y medio ambiente, para el desarrollo de este diagnóstico de salud fue un proceso sistemático centrado en la comunidad de Santa Ursula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca, en la que se identificaron problemas de salud, con el desarrollo de intervenciones de enfermería para conseguir resultados con la planeación, ejecución, evaluación y la integración del diagnóstico.

En la aplicación y evaluación de los resultados se realizó un estudio descriptivo, transversal, se estudiaron a 827 habitantes y 230 familias, periodo de agosto 2016 al 30 de septiembre 2017, se caracterizaron tres indicadores, Demográficos, Hábitos de vida, Medio ambiente.

En el Análisis de **Variable Demográfica** se muestra la distribución en porcentaje por grupo de edad, en donde se estima los cambios epidemiológicos y demográficos han determinado un incremento en la esperanza de vida en la población, especialmente de las mujeres de un 9.93%, en el grupo de edad 65 y más, con envejecimiento de la población, explicando un aumento en la esperanza de vida y una baja tasa de natalidad, encontrando un 26.71% a mujeres en edad fértil, de estas el 84% sin control en la natalidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En la Variable medio ambiente se identificó que un 86.45% de la población, queman los residuos para reducir su volumen, este es problema grave de salud pública ya que la quema de basura deposita tóxicos en los suelos y aguas subterráneas que contiene dos tipos de gases invernadero y dióxido de carbono.

3.4. Consideraciones éticas

- Debido a que en la presente investigación se trabajó con un grupo de seres humanos, fue necesario establecer lineamientos éticos.
- Se respeta la decisión de las personas que no quisieron participar en la aplicación de la cedula microdiagnostica familiar ni en dicha investigación.

- La información proporcionada por las personas será confidencial y se encuentra bajo la responsabilidad de los titulares de la investigación.
- El instrumento aplicado a la comunidad fue entregado a la responsable de la casa de salud de la comunidad para darle seguimiento.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de salud.

CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el Análisis e interpretación de la información recabada se obtuvo el origen de las variables de estudio en tres divisiones que permitieron identificar los resultados, que se presentan en este capítulo: se describen los resultados operacionales, distribuidos por cuadros y gráficas.

4.1 Aspectos generales

La población que se estudio fue de 230 familias, con un total de 827 habitantes en general, del Ejido de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca. En la cual se abarco en un 95 % de la población 5% restante de la población no fue estudiada por que trabajan en comunidades cercanas o han emigrado a otras ciudades o solo visitan la comunidad en temporadas de vacacionales.

La población es un conjunto de personas vinculada por nexos reproductivos que puede identificarse por particularidades culturales, sociales, geográficas, políticas o de otro tipo.

El Métodos para cuantificar su magnitud: Total de la población, distribución por grupo de edad, Sexo y Origen étnico, grado de dispersión de la población, población con seguro médico, institucional o privado.

4.2 Variable 1: Demográfica

La demografía es el análisis de las comunidades humana a partir de la estadística.

En el cuadro No 4, se muestra la operacionalización de la variable. Es un instrumento de correlación que caracterizan la distribución de salud y la enfermedad (mortalidad, natalidad) de la población.

Cuadro No 4 Definición operacional variable demográfica.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES					
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Sub - variable	Medición operacional		
DEMOGRÁFICAS	<p>La variable demográfica estudia, la dimensión, composición de la población humana.</p> <p>Es instrumentos de correlación que caracterizan la distribución de salud y la enfermedad de esta población.</p> <p>El Métodos para cuantificar su magnitud: Total de la población, distribución por grupo de edad, Sexo y Origen étnico, grado de dispersión de la población, población con seguro médico, institucional o privado.</p>	<p>La población de estudio es el conjunto de sujetos, quienes potencialmente podrían ser estudiados.</p> <p>Total, de población: 827Habitantes.</p>	Santa Úrsula		
		Distribución por grupo de edad.	<p>Edad: Es un factor que tiene mayor importancia en la ocurrencia de las enfermedades.</p>	Cuantitativa	Ordinal
			<p>Sexo: Los factores masculinos son patrones de mortalidad y morbilidad son distintos del sexo femenino.</p>		
			<p>Origen étnico o raza: Este factor existen diferencias definidas de mortalidad y morbilidad entre razas o genéticamente, como indicador de grupo.</p>		
		Grado de dispersión de la población.	Población rural		
		Población con seguro médico, institucional o privado	IMSS		
			ISSSTE		
SSO					

Cuadro No 5 Distribución de la población por grupo de edad y sexo.

POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO				
Mujeres		Grupo de edades	Hombres	
%	Total		Total	%
1.18	5	< 1 Año	6	1.49
0.95	4	1 año - 11 Meses	5	1.24
3.55	15	2 - 4 Años	19	4.70
8.51	36	5 - 9 Años	37	9.16
2.84	12	10 - 11 Años	16	3.96
6.38	27	12 - 14 Años	27	6.68
8.98	38	15 - 19 Años	45	11.14
4.96	21	20 - 24 Años	27	6.68
6.38	27	25 - 29 Años	21	5.20
7.09	30	30 - 34 Años	16	3.96
9.22	39	35 - 39 Años	35	8.66
8.75	37	40 - 44 Años	29	7.18
6.15	26	45 - 49 Años	29	7.18
5.91	25	50 - 54 Años	21	5.20
4.96	21	55 - 59 Años	17	4.21
4.26	18	60 - 64 Años	14	3.47
9.93	42	65 y + Años	40	9.90
100.00	423	Total	404	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En el cuadro No 5, se observa la distribución por grupo de edad y sexo, en donde se estima los cambios epidemiológicos y demográficos han determinado un incremento en la esperanza de vida en la población, especialmente de las mujeres de un 14.19%, en el grupo de edad de 15 a 19 años, grupo de edad 60 y más; y en hombre con un 27.56% en el de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca

En la actualidad se estima que las mujeres que llegan a los 50 años poseen una expectativa de vida de más de 30 años. Partiendo de esta base, los profesionales de la salud deben esforzarse para garantizar que la calidad de vida discorra en paralelo con el aumento de la duración de la vida.

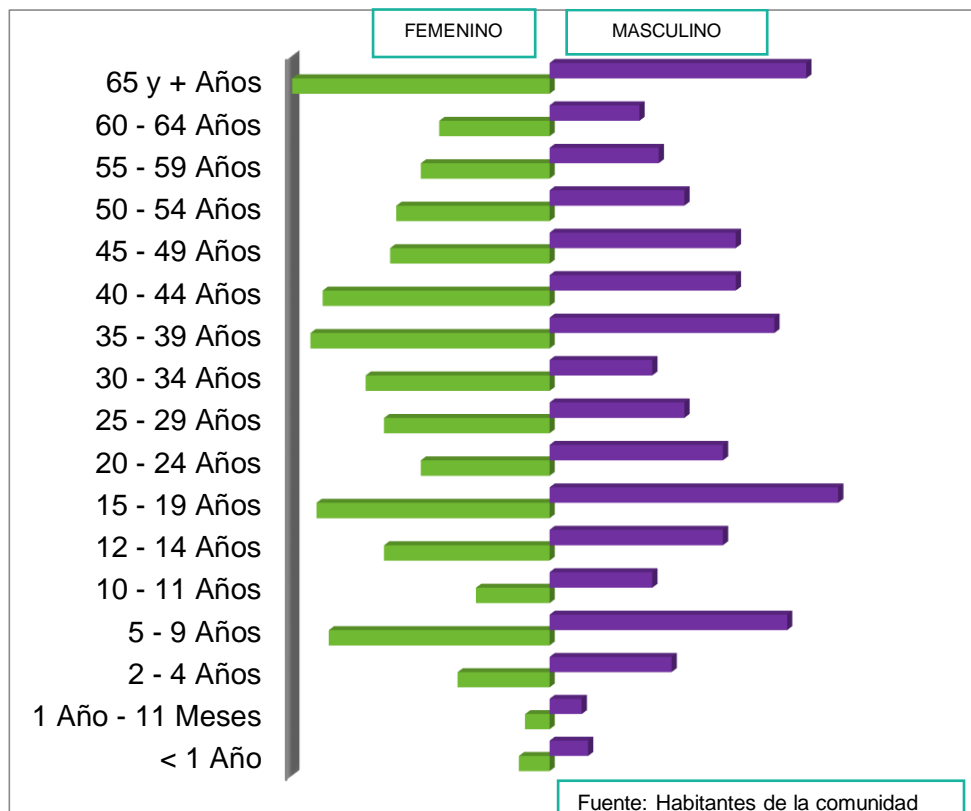


Figura Nº 7 Población por grupo de edad y sexo de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca

En la figura No 7, se muestran los grupos etarios 0-9 años, con un total de 127 niños donde el 14,19 % es del sexo femenino y 15.9% sexo masculino, con un total de 30.9% de población en riesgo de presentar enfermedades prevenibles por vacunación.

En el grupo de 10-19 años, con un total de 165 adolescentes, el 18.2% sexo femenino y el 11.78 % sexo masculino, lo que implica que es la población en riesgo en salud reproductiva. En el grupo de edad 20-59 años, existe un total de 421 adultos, donde el 51.15 % corresponde a mujeres y 48.25 % sexo masculino, esto muestra la situación migratoria del jefe de familia esto significa que sus tradiciones estilo de vida y cultura es propia de su lugar de origen, sin mucha diversidad de costumbres.

Siendo notorio el crecimiento de la población mayor de 60 años, con un total de 114, y prevalece el sexo femenino con 51.15% a diferencia del sexo masculino con 48.85%. El envejecimiento representa un proceso de involución biológica y

psicológico que agrava las situaciones patológicas preexistentes, la vejez es un período que se caracteriza por la acumulación de patología médica y discapacidades. Por ello, el envejecimiento genera grandes necesidades asistenciales, tanto médicas como sociales.

4.2.1 Servicios de Salud

Se muestra en la cuadro No 6, los tipos de seguridad social del Ejido Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca

Cuadro No 6 Servicios de Salud.

SERVICIOS DE SALUD		
	Total	%
SEPO	97	42.2
IMSS	87	37.8
ISSSTE	21	9.1
OTROS	25	11
TOTAL	230	100

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Se muestra que el seguro popular es el servicio médico más utilizado. Actualmente son más representativas las enfermedades de países avanzados, como cáncer, cardiopatías, obesidad y diabetes Mellitus.

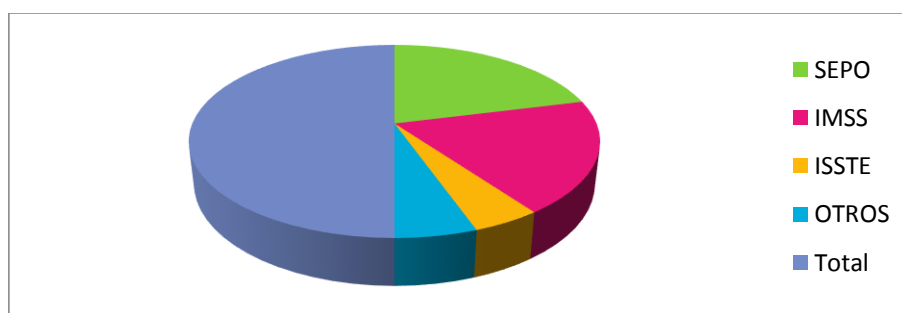


Figura N° 8 Servicios de salud familia.

Se ha estimado que alrededor de 1.5 millones de familias en México empobrecen anualmente a consecuencia de los gastos en que incurren para pagar servicios de salud en, Santa Úrsula san Juan Bautista Tuxtepec El Sistema de

Protección Social en Salud representa la transformación estructural más profunda de nuestro sistema de salud.

Cuadro No 7 Población vacunada < 5 años.

Edades	Completa	Incompleta	S/Datos	Total
< 1 Año		1	11	
1	2		9	
2	5			
3	4			
4	5			
5	6	1		
Total	22	2		

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En relación con la cuadro No 7, los niños del rango de 0-5 años con un total de 127 niños que habitan en la comunidad de santa Úrsula. Solo se obtuvieron 33 casos, representando con 22 niños con esquema de vacunación completa, 2 casos con esquema de vacunación incompleta, 9 casos de cartillas sin datos.

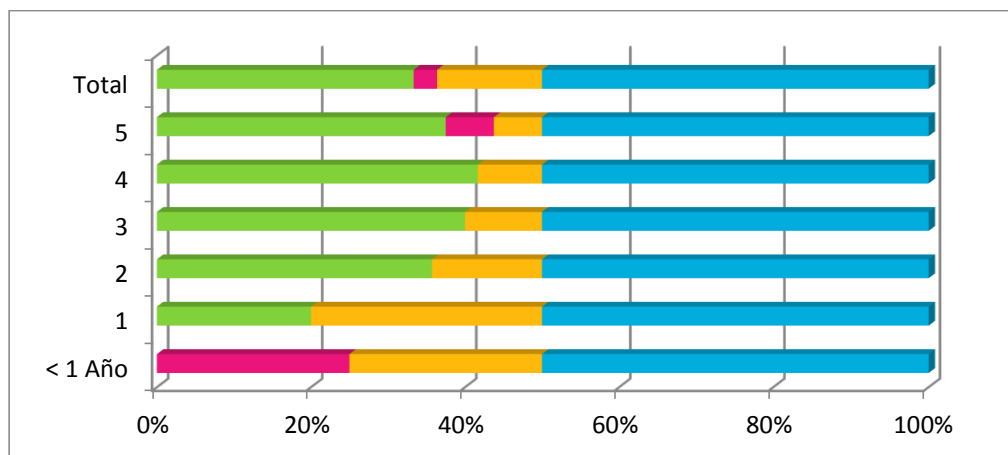


Figura Nº 9 Población vacunada <5 años.

En el Figura No 9, nos podemos dar cuenta el alto porcentaje de niños que no cuentan con cartillas de vacunación, esto representa un factor de riesgo muy alto en los niños de esta comunidad para desarrollar enfermedades endémicas y otras propias de la infancia.

Cuadro No 8 Primeras 10 causas de mortalidad.

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

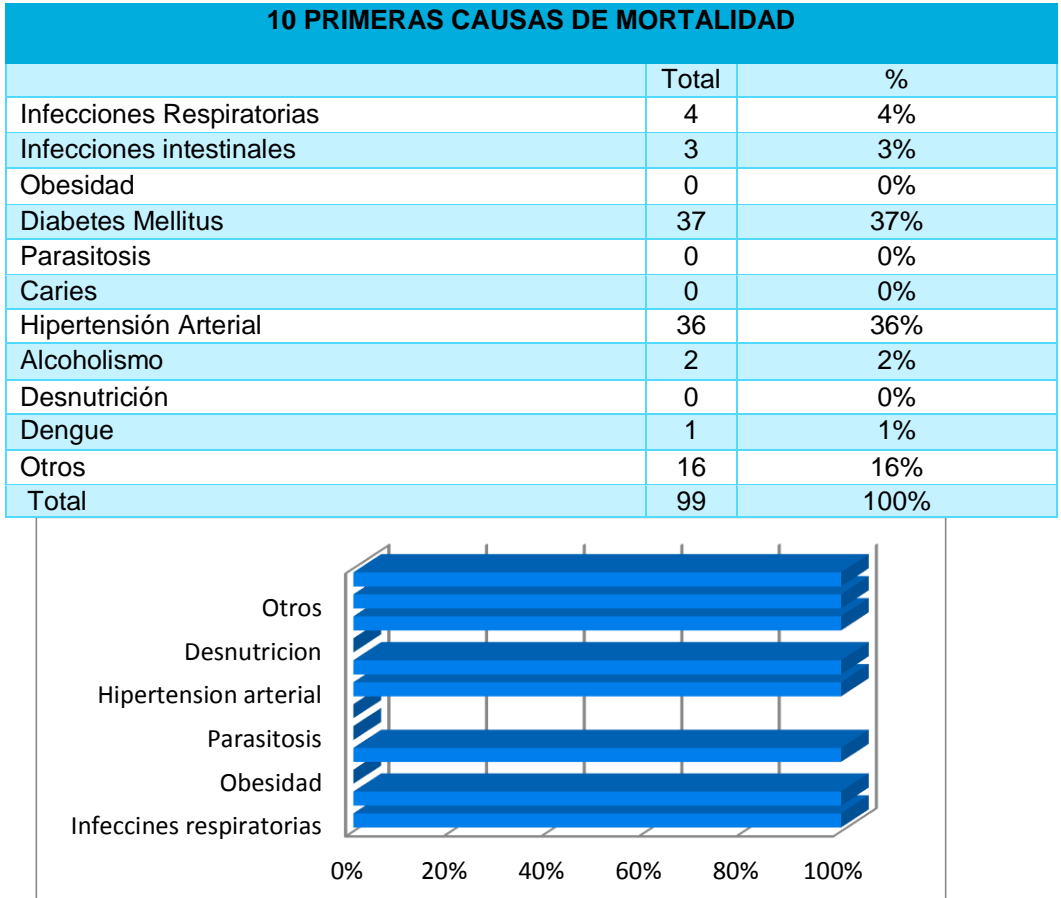


Figura N° 10 Principales causas de Morbilidad de población

En la cuadro No 8 y figura No 10, Se observa una población adulta que refiere padecer enfermedades crónico-degenerativas diabetes mellitus con un numero de 37.5%, hipertensión arterial con un 36%, y enfermedades respiratorias agudas (IRAS) con un 4% y Enfermedades diarreicas agudas (EDAS) con un 3%.

Esto es muestra de los hábitos alimenticios y factores hereditarios, aunado a la falta de educación para la salud lo que produce una mala calidad de vida, mayor discapacidad y un menor tiempo de esperanza de vida de la comunidad Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca

Cuadro No 9 Tipos de familia de la población.

Tipos de familia	Total	%
Nuclear	186	80.87
Extensa	38	16.52
Extensa Compuesta	6	2.61
Total	230	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Cuadro No 9, muestra los tipos de familias, entre las que destacan la nuclear con un 80.87%, extensa con un 16.52% y la extensa compuesta con 2.61%, con un total de 230 familias de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

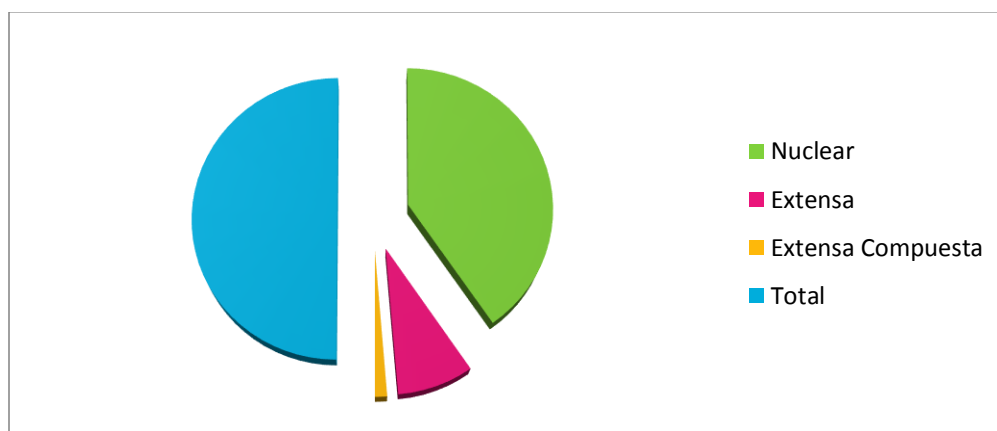


Figura N° 11 Tipo de familia de la población.

Como se pudo apreciar en la figura No11, las familias de la comunidad de santa Úrsula en su mayoría están compuesta por papa, mama e hijos conocida como una familia nuclear. En las comunidades pequeñas como la mencionada existen familias pequeñas a diferencia de las ciudades debido a la falta de espacios ya que su mayoría solo cuentan con vivienda pequeñas.

4.3 Variable 2: Hábitos de vida

Los "Hábitos de vida" es el conjunto de hábitos y pautas comportamentales de una persona.

En Cuadro No 10, se define las formas de comportamiento determinantes de salud, basadas en el estilo de vida afectada por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal

Cuadro No 10 Hábitos de vida.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES					
Variables	Definición conceptual	Sub - variable	Medición operacional		
HÁBITOS DE VIDA	Es un importante factor determinante de la salud y formar parte del marco epidemiológico. Los hábitos de vida, que pueden condicionar negativamente la salud, como son la inadecuada alimentación, consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, conductas de riesgo en la sexualidad.	Sedentarismo	Dieta	Cuantitativa	Ordinal
			Actividad física inadecuada		
		Escolaridad	Preescolar		
			Primaria		
		Estado civil	Casado		
			Soltero Viudo Divorciado Unión libre Separado		
		Ocupación	Hogar		
			Estudiante Campeño Empleado Profesional Obrero Artesano Comerciante Desempleado Otros Ninguno Total		
Consumo de sustancias nocivas.	Abuso de drogas: Alcohol Cannabis Tabaco Café				
	Otras Drogas: Psicofármacos (medicamentos sin recetas)				
Religión	Católicos Evangélicos Pentecostés Testigos de Jehová Otros				
Planificación Familiar	DIU Hormonales Preservativo Definitivos Otros				

Cuadro No 11 Dieta de la población.

	Diariamente	C/semana	C/3días	ocasionalmente	total	%
Frutas y verduras	131	26	68	4	230	100
Alimentos de origen animal	111	42	161	16	230	100
Cereales y granos	149	19	53	9	230	100

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En la cuadro No 11 se muestran los alimentos que consumen en la población como cereales y los granos 149 consumen diariamente, frutas y verduras 131, los alimentos de origen animal 111.

Esto representa un alto consumo de los alimentos como cereales y granos, frutas y verduras de cosecha de la comunidad y alimentos de origen animal de granjas de las familias que son productos de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

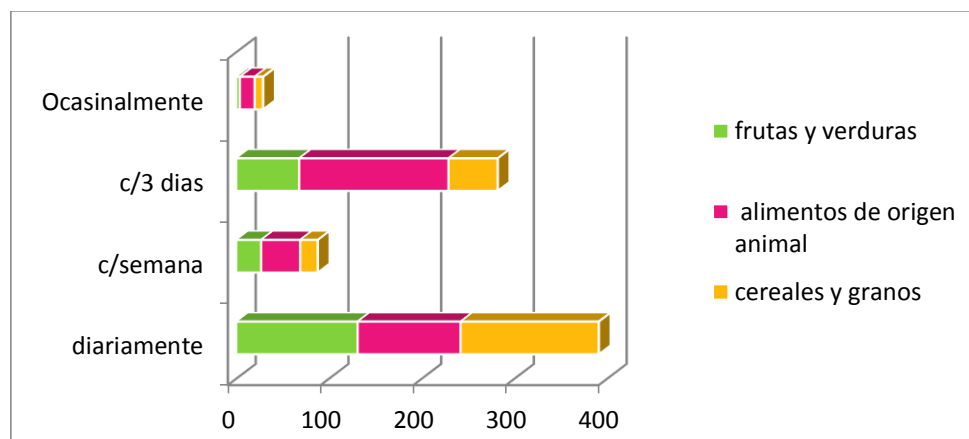


Figura No 12 Alimentación de la población.

Esta figura No 12, nos muestra que en la comunidad no existen datos de desnutrición de primero o segundo grado, debido a que los alimentos que se consumen están libres de productos químicos y aportan los suficientes nutrientes. A la población de Santa Úrsula san Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Cuadro No 12 Escolaridad de la población > 6 años.

Escolaridad de la población > 6 años				
%	Mujeres		Hombres	%
2.96	12	Preescolar	20	0.05
37.04	150	Primaria	128	0.34

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

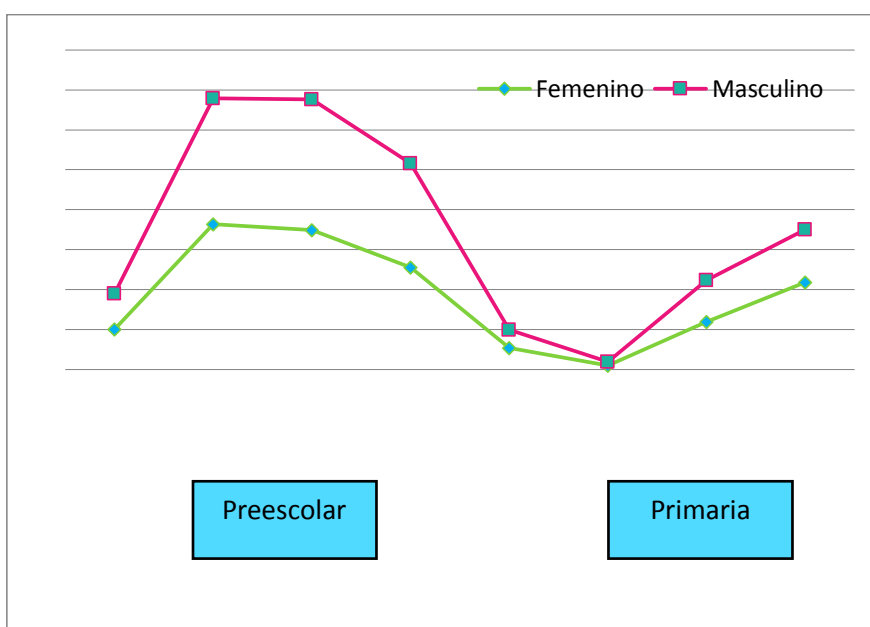


Figura N° 13 Escolaridad de la población > 6 años.

En la cuadro No 12 y Figura No 13, se identificaron a los niños en edad escolar, que el 40.39% asiste regularmente a la escuela, siendo este que es un derecho de los niños el tener acceso a la educación básica formal, sim embargo en la comunidad de Santa Úrsula existen niños que por diversas razones no tienen esa oportunidad.

Cuadro No 13 Estado civil > 12 años.

Estado civil: población > 12 años				
%	Mujeres	Estado Civil	Hombres	%
45.87	161	Casado	156	48.60
34.19	120	Soltero	124	38.63
8.83	31	Unión Libre	29	9.03
2.56	9	Divorciado	1	0.31
6.84	24	Viudo	7	2.18
1.71	6	Separado	3	0.93
0.00	0	No Contesto	1	0.31
100.00	351	Total	321	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

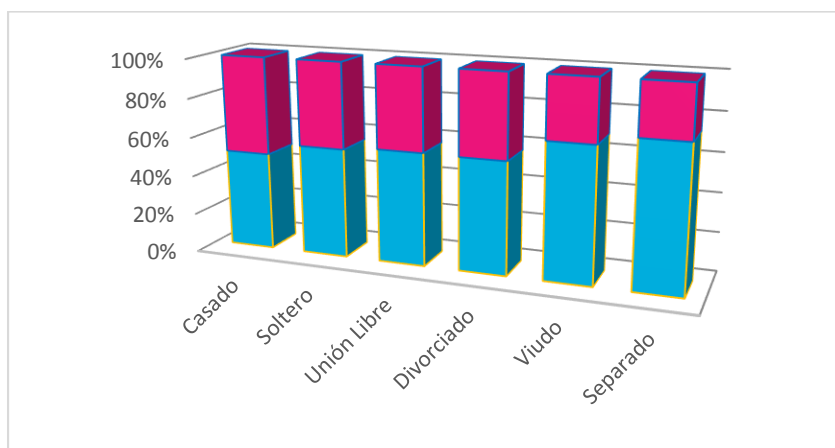


Figura N° 14 Estado civil de la población >12 años.

En la cuadro No 13 y figura No 14, la población tiene un estado civil > de 12 años son casados 45.87% y divorciados 2.56%, esto muestra que en esta comunidad se conserva la familia y el matrimonio.

Con un 34.19% es población soltera, con un 8.83% los que viven en unión libre, con un 6.84% son viudos y con un 1.71% viven separados.

Cuadro No 14 Ocupación de la población >15 años.

OCUPACION POBLACIÓN > 15 AÑOS				
Mujeres		Ocupación	Hombres	
%	Total		Total	%
63.82	224	Hogar	0	0.00
20.51	72	Estudiante	75	23.36
0.00	0	Campesino	148	46.11
4.84	17	Empleado	34	10.59
4.27	15	Profesional	25	7.79
0.28	1	Obrero	12	3.74
0.00	0	Artesano	0	0.00
2.28	8	Comerciante	11	3.43
1.14	4	Desempleado	9	2.80
2.28	8	Otros	7	2.18
0.57	2	Ninguno	0	0.00
100.00	351	Total	321	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En la cuadro No 14, la ocupación de la población >15 años, con un 63.82% se dedica al hogar, con un 46.11% son campesinos con un 43.81%estudiantes. El 45.62% entre, empleados, profesional, obrero, comerciante, desempleados, conforman la parte remunerativa, mientras que el 43.81% es la población estudiantil, conforma la no remunerativa.

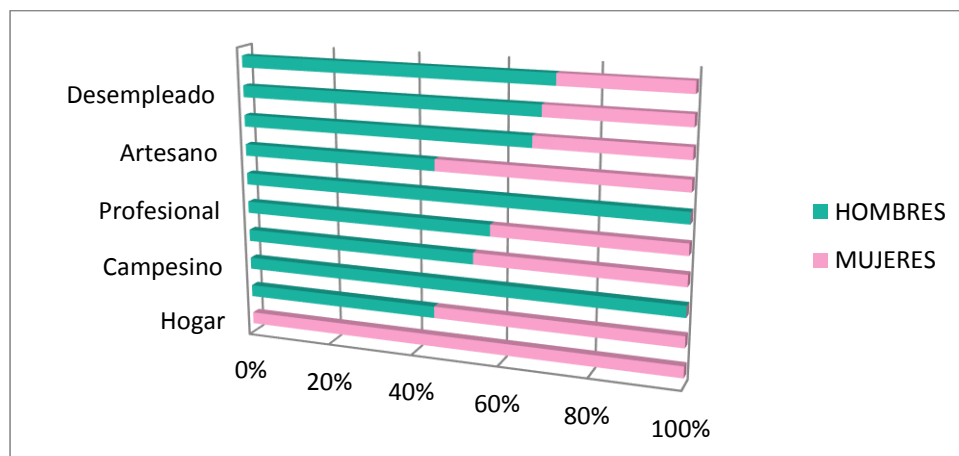


Figura Nº 15 Ocupación de la población > 15 años.

Podemos comentar que la mujer es la responsable de la dinámica del hogar y educación de sus hijos, a pesar de su baja escolaridad.

Cuadro No 15 Religión de la población.

Religión de la población	Total	Porcentaje
Católicos	137	59.57
Evangélicos	75	32.61
Pentecostés	7	3.04
Testigos de Jehová	1	0.43
Otros	10	4.35
Total	230	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En la cuadro No. 15 encontramos la religión de la población con un 59.57% católicos, con un 32.61% evangélicos, con un 3.04% pentecostés, con un 0.43% testigos de Jehová, y con un 4.35% manifiesta ser de alguna otra religión o no acuden a ninguna de estas iglesias.

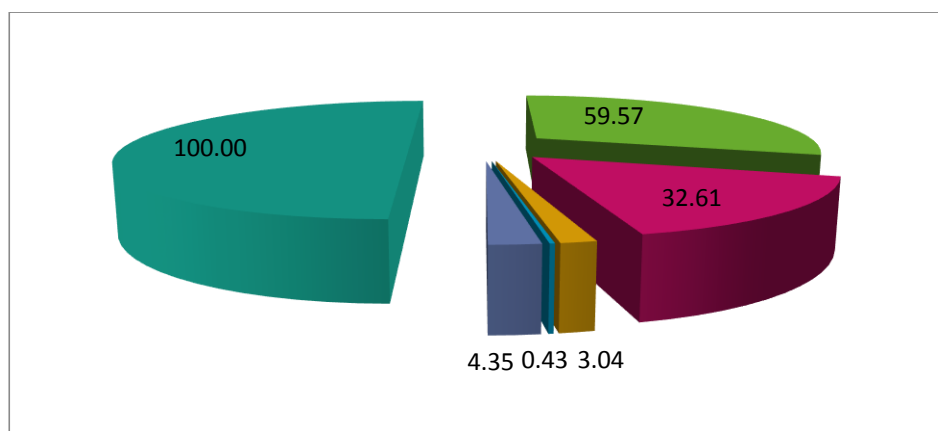


Figura N° 16 Religión de la población

La religión juega un papel importante como lo menciono dentro del marco teórico, porque se tiene la creencia que las enfermedades surgen por castigo divino, en esta comunidad se celebra a Santa Patrona predominando la religión católica.

Cuadro No 16 Planificación familiar.

Planificación familiar		
	Total	%
DIU	8	2
Hormonales	0	0
Preservativos	47	9
definitivos	26	5
Ninguno	421	84
Total	502	100

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En la cuadro No 16, la población estudiada en edad fértil fue, con un 84% no utiliza ningún método anticonceptivo, de esta el 2% utiliza el dispositivo intrauterino, con un 9% preservativos, con un 5 % métodos definitivos(OTB).

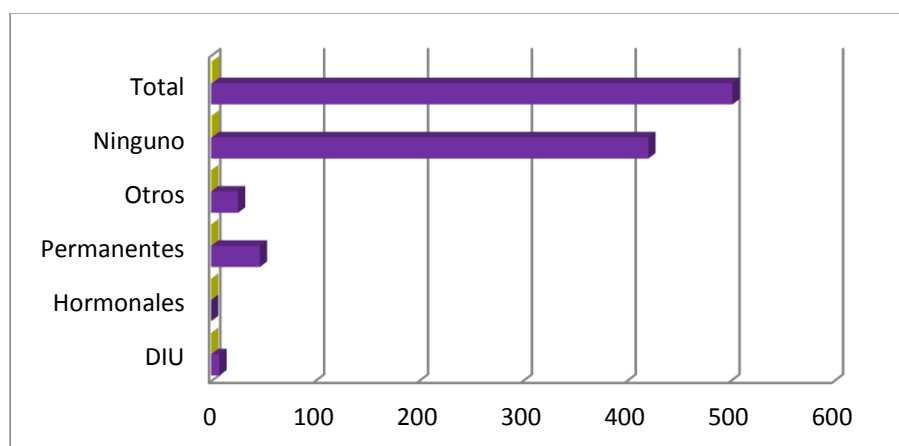


Figura N° 17 Planificación familiar

Es una comunidad joven que demanda programas sanitarios encaminados a la salud reproductiva, la planificación familiar y educación sexual, dirigidos a los jóvenes para abatir embarazos no deseados principalmente en adolescentes, aunque se reportaron en las encuestas realizadas.

Cuadro No 17 Toxicomanías de la población.

Toxicomanía	Total	%
Bebidas alcohólicas	8	24
Drogas	0	0
Tabaco	10	30
Medicamentó sin receta	15	45
Total	33	100

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En el cuadro No 17 las toxicomanías presentes, con un 24% consumen bebidas alcohólicas, 30% consume tabaco y 45% se automedica. El 45% de las personas consume medicamentos sin receta, la farmacodependencia provoca otras enfermedades. Las cuales provocan daños irreversibles en el cerebro y en diferentes órganos del cuerpo humano.

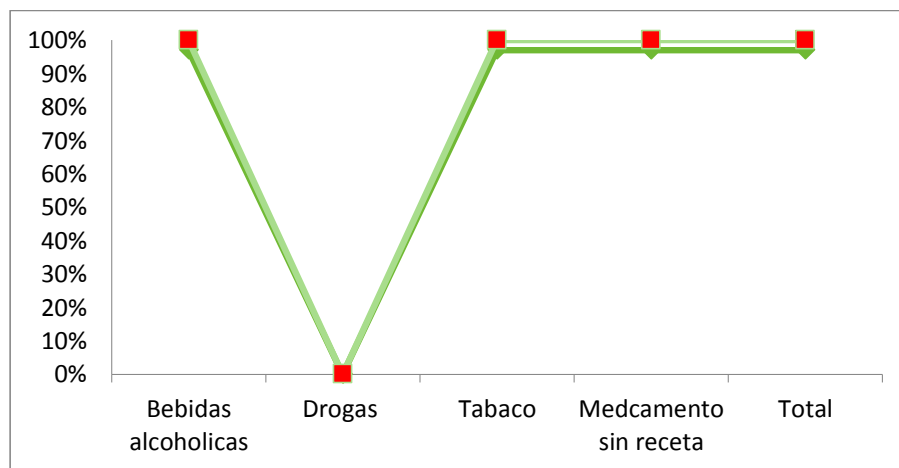


Figura Nº 18 Toxicomanías de la población.

Las toxicomanías como lo menciona el figura No 18, son provocadas, por factores que están presentes en la comunidad, como falta de empleos, bajos ingresos económicos, el estrés, el adquirir roles que no corresponden en los

integrantes de la familia, o bien el no responder al rol que se está viviendo dentro de la misma.

4.4. Variable 3: Medio ambiente

El medio ambiente, es uno de los factores que causa un gran número de patologías y sus factores de insalubridad, son la contaminación ambiental: Biológico, Físico y Químico.

Cuadro No 18 Medio ambiente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES					
Variables	Definición conceptual	Sub-variable		Medición operacional	
MEDIO AMBIENTE	<p>El medio ambiente, es uno de los factores que causa un gran número de patologías y sus factores de insalubridad, son la contaminación ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Factores biológicos ➤ Factores físicos ➤ Factores químicos ➤ Factores psicosociales <p>El control de su presencia y efectos elimina, como es obvio, una proporción de la morbimortalidad.</p>	Factores biológicos	Sustancia biológica	Cuantitativa	Ordinal
		Factores físicos	Radiaciones: las fuentes de radiación pueden ser naturales o artificiales el efecto de la radiación sobre la salud depende de la duración de la exposición.		
			Ruido: Debido a la urbanización, industrialización, mayor densidad demográfica y transporte, el ruido resulta un problema cada vez mayor y la contaminación ambiental puede ser considerada, como un riesgo ambiental para la salud		
		Factores químicos	Plaguicidas.		
		Factores psicosociales	<p>Condición de la vivienda: la vivienda puede ser uno de los elementos más complejos del medio ambiente en lo que respecta a su relación con la salud, intrincadamente está relacionado con la economía, condición social, educación, hábitos y tradiciones.</p> <p>Trabajo: Debido a que el trabajo ocupa una gran parte de la vida moderna, tiene una gran influencia sobre la salud de la población. Se puede definir a la salud ocupacional como la rama de la salud pública o comunitaria que se ocupa de los factores relacionados con las ocupaciones que potencialmente afecten a la salud de los trabajadores</p>		

Cuadro No 19 Combustible.

		Total	%
COMBUSTIBLE	Gas	89	41.59
	Leña	125	58.41
	Total	214	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Cuadro No 19, el combustible utilizado, con un 58.41 % leña y con un 41.59% gas. Son los dos combustibles más conocidos y utilizados por la población, para la preparación de los alimentos y otras actividades que se realizan en las viviendas.

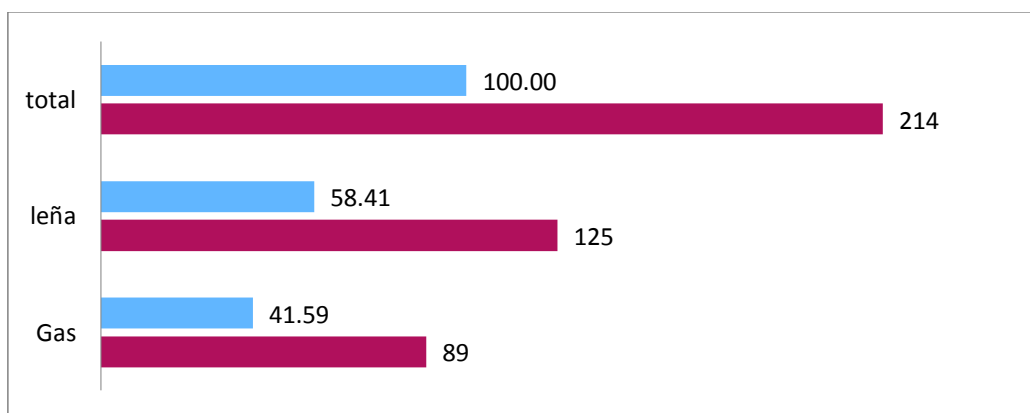


Figura N° 19 Combustible.

La utilización de grandes cantidades de leña en los hogares y el contacto directo a diario con el humo es un factor para desencadenar ciertas enfermedades especialmente en los pulmones, por otra parte, la población opta por utilizar leña debido al alto costo y muchas personas no cuentan con el ingreso necesario para adquirir cierto producto.

Cuadro No 20 Almacenamiento de basura.

		TOTAL	PORCENTAJE
BASURA	Red Municipal	2	0.93
	Cielo Abierto	20	9.35
	Incineración	185	86.45
	Enterramiento	7	3.27
	Total	214	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En la cuadro No 20, el abastecimiento de basura utilizado con un 86.45% utiliza el método de incineración, 9.35% cielo abierto y 3.7% la entierra, solo 0.9% utiliza la red municipal.

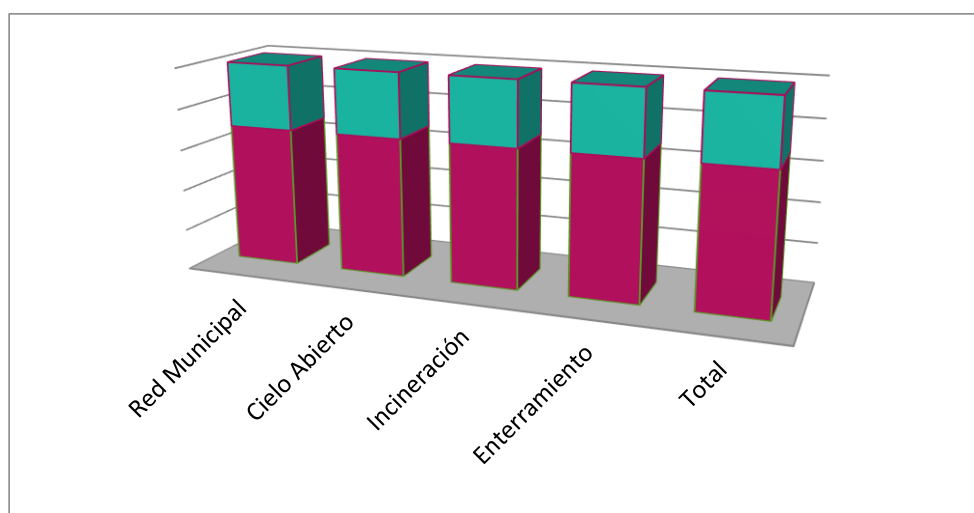


Figura N° 20 Almacenamiento de basura.

De acuerdo con los resultados en figura No 20, los problemas identificados, la comunidad, tienen mala disposición de la basura, su almacenamiento y su eliminación, por consiguiente, se produce fauna nociva y domestica sin control.

Cuadro No 21 Limpieza de la vivienda.

Limpieza de la vivienda		
	Total	%
Diariamente	170	74
C/3 día	35	15
C/semana	21	9
Ocasionalmente	4	2
Total	230	100

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Se observa en la cuadro No 21 limpieza de las viviendas, con un 74% realiza la limpia su vivienda diariamente, con un 15% lo realica cada tres días, con un 9% cada semana y solo el 2% realiza la limpieza en sus viviendas ocasionalmente en santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

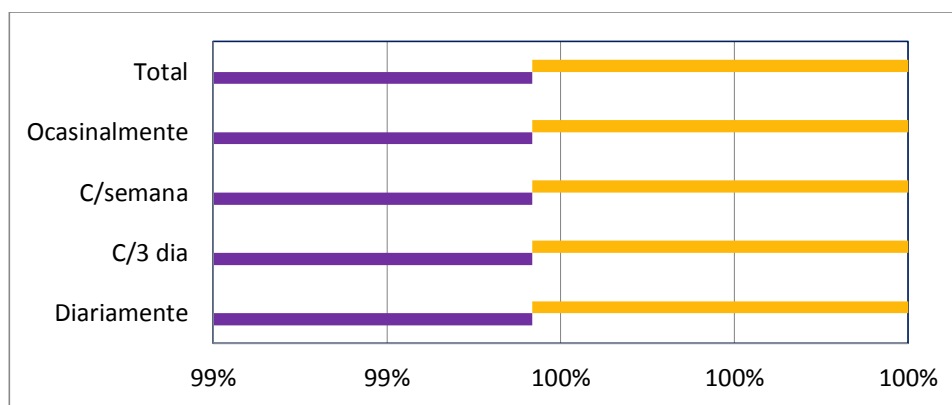


Figura N° 21 Limpieza de la vivienda.

El aseo diario de la vivienda constituye en una de las principales formas de evitar la contaminación de los diferentes espacios y de prevenir la presencia de plagas y prevención de enfermedades.

Cuadro No 22 Baño y cambio de ropa.

BAÑO Y CAMBIO DE ROPA		
	Total	%
Diariamente	186	81
C/3 día	40	17
C/semana	3	1
Ocasionalmente	1	0
Total	230	100

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

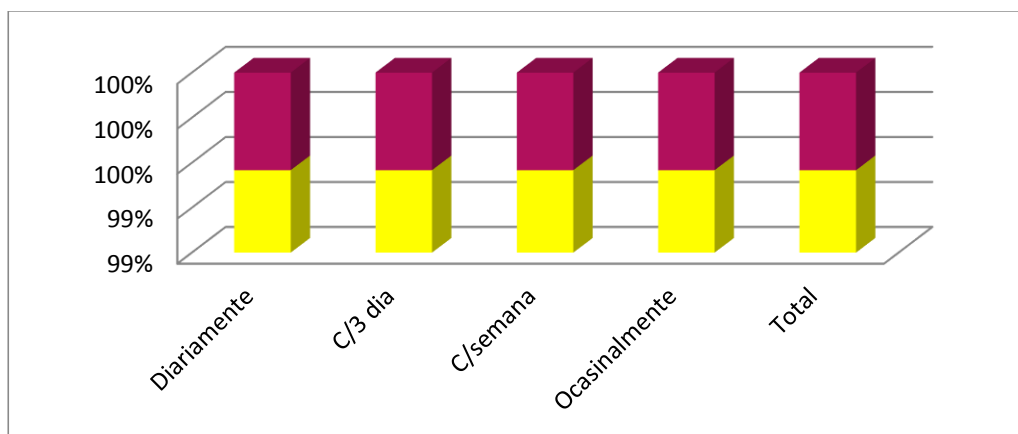


Figura N° 22 Baño y cambio de ropa.

Se observa en la cuadro No 22 y la figura No.22, que el baño y cambio de ropa se realiza con 81% diariamente, con un 17% cada tres días y solo con el 1 % lo realizan cada semana esto muestra que la población, está consciente de la importancia del aseo personal para la prevención de enfermedades y presencia de pediculosis en santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Cuadro No 23 Ingreso económico.

INGRESO ECONOMICO		
	Total	%
Salario mínimo	184	80
2 salarios mínimo	40	17
Más de dos salarios	6	3
Total	230	100

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.



Figura N° 23 Baño y cambio de ropa.

En la cuadro No 23 y figura No 23, ingreso económico encontramos, con 80% salario mínimo, con un, 17%, dos salarios mínimos, y solo el 3% percibe más de dos salarios. Observamos que el 97% de las personas que tienen vida laboral remunerada perciben menos de dos salarios mínimos por lo tanto existen un factor de riesgo para poder sustentar las necesidades básicas de los seres humanos.

Cuadro No 24 Abastecimiento de agua.

AGUA	TOTAL	%
Entubada	196	91.59
Pozo	8	3.74
Rio	2	0.93
Tambo	8	3.74
Total	214	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

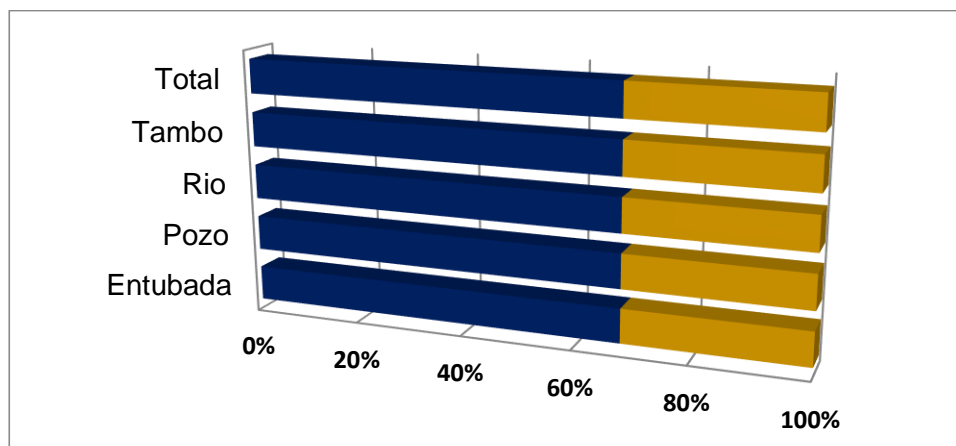


Figura N° 24 Abastecimientos de agua.

En la cuadro No 24 y figura No 24, los servicios de abastecimiento de agua en la comunidad encontramos, con 91.59% tienen agua entubada, con un 3.74% utiliza agua de pozo, con un 3.74% almacena el agua en tambos y solo un 0.93% utiliza agua de rio para las diferentes actividades que se realizan en hogar.

Cuadro No 25 Techo de las viviendas.

		TOTAL	%
TECHO	Concreto	37	17.29
	Lam. asbesto	35	16.36
	Lám. zinc	127	59.35
	Palma	15	7.01
	Total	214	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

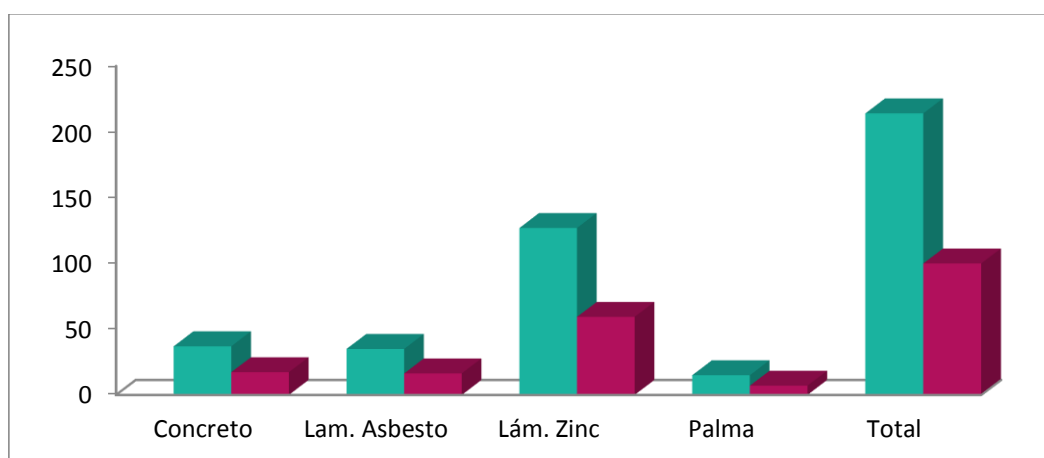


Figura N° 25 Techo de la vivienda.

En el cuadro No 25 y figura No 20, los techos de las viviendas son construidos con un 59.35% construye sus techos con láminas de zinc, con un 17.29% construye techos de concreto, con un 16.36% con láminas de asbesto y solo el 7.01% con palmas.

Cuadro No 26 Paredes de las viviendas.

		TOTAL	%
PAREDES	Tabique	27	12.62
	Block	160	74.77
	Madera	26	12.15
	Otros	1	0.47
	Total	214	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

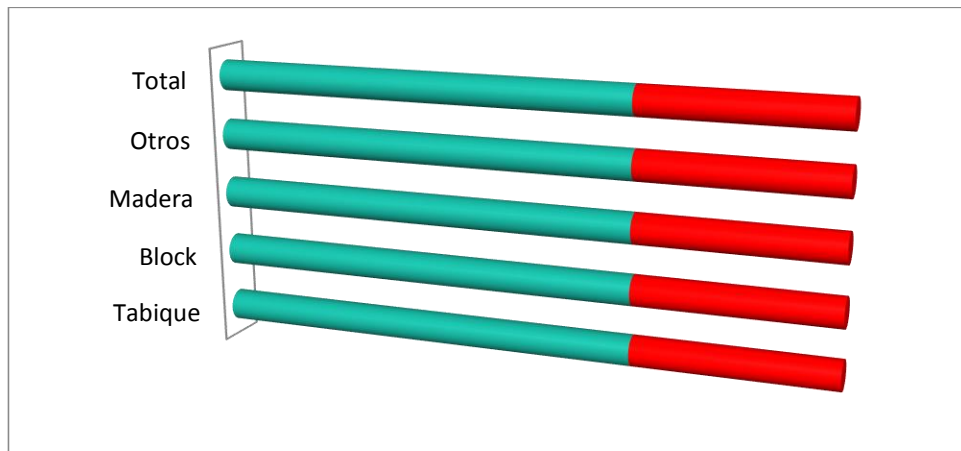


Figura N° 26 Paredes de la vivienda.

En la cuadro No 26 y figura No 21, el material más utilizado para la construcción de paredes en las viviendas, con un 74.77 % construye con block, con un 12.62% tabique, con un 12.15 madera y solo un 0.47% construye con otro tipo de material no especificado en Santa Úrsula San Juan bautista Tuxtepec Oaxaca.

Cuadro No 27 Pisos de las viviendas.

		Total	%
PISO	Cemento	189	88.32
	Tierra	9	4.21
	Mosaico	16	7.48
	Total	214	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

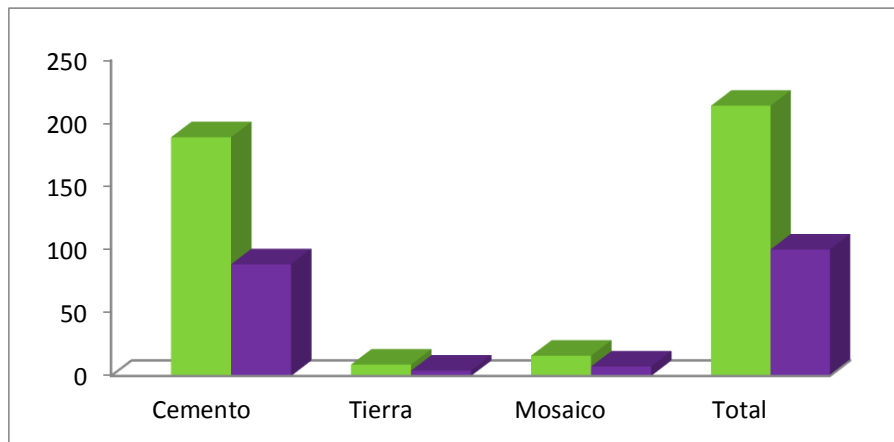


Figura N° 27 Pisos de las viviendas.

En la cuadro No 27 y figura No 27, muestra los materiales para la construcción de los pisos en las viviendas, con un 88.32% construye sus pisos con cemento, 7.48% pisos de mosaico, y solo 4.21 cuenta con pisos de tierra.

Solo el 4.21% de la población cuenta con pisos de tierra es una pequeña parte de la comunidad, pero es un factor de riesgo para las familias de esas viviendas por el contacto con el polvo diariamente.

Cuadro No 28 Cuartos de la vivienda.

Cuartos	Total	Porcentaje
1	53	24.77
2	80	37.38
3 ó +	70	32.71
Cocina	194	90.65
Estancia	137	64.02
Comedor	164	76.64
Baños	214	100.00
1 Sola Habitación	11	5.14
Total	214	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Se muestra en la cuadro No 28 los cuartos por domicilio, con un 27, 24.77% cuenta con 1 solo cuarto, con un 37.38% dos cuartos, con un 32.71% con más de tres cuartos, con un 90.65% con cocina, 64.02% con un 76.64% estancias, con un 76.64% con comedor, el 100% de las viviendas cuentan con baño, y solo 5.14% cuenta con una sola habitación.

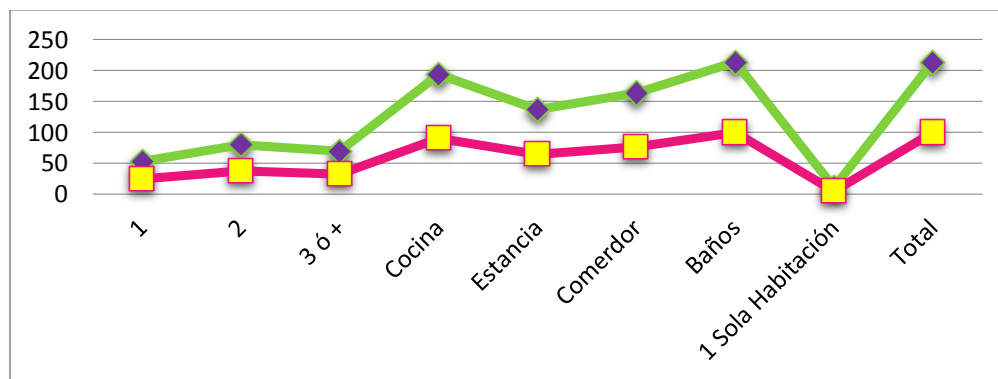


Figura N° 28 Cuartos de la población.

Con relación a la figura No 28 de las familias encuestadas considerando tanto las casas propias como rentadas se encontraron un total de 214 representando el 100% de las viviendas.

Cuadro No 29 Drenaje de la población.

		Total	%
EXCRETA	Fosa séptica	38	17.76
	Letrina	26	12.15
	Drenaje	148	69.16
	Ras de suelo	2	0.93
	Total	214	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En la cuadro No 29, los servicios con los que cuenta la comunidad se obtuvieron que un 69.16% cuenta drenaje, 17.76% fosa séptica, 12.15% letrina, y 0.93% realiza sus necesidades fisiológicas al ras del suelo.

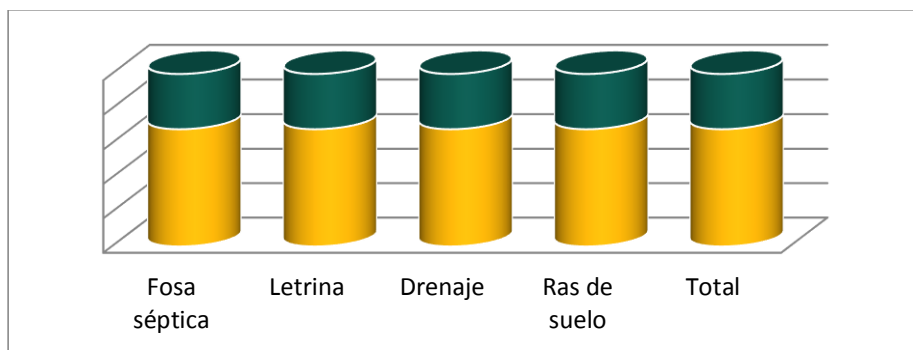


Figura N° 29 Drenaje.

El 0.93% de la población aun realiza sus necesidades fisiológicas al ras de suelo lo que genera fuentes de contaminación de ríos, arroyos y manantiales cercanos a la comunidad.

Cuadro No 30 Alumbrado

		TOTAL	%
ALUMBRADO	Energía Eléctrica	207	96.73
	Vela	3	1.40
	Candil	4	1.87
	Total	214	100

Fuente: Cédula Micro diagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

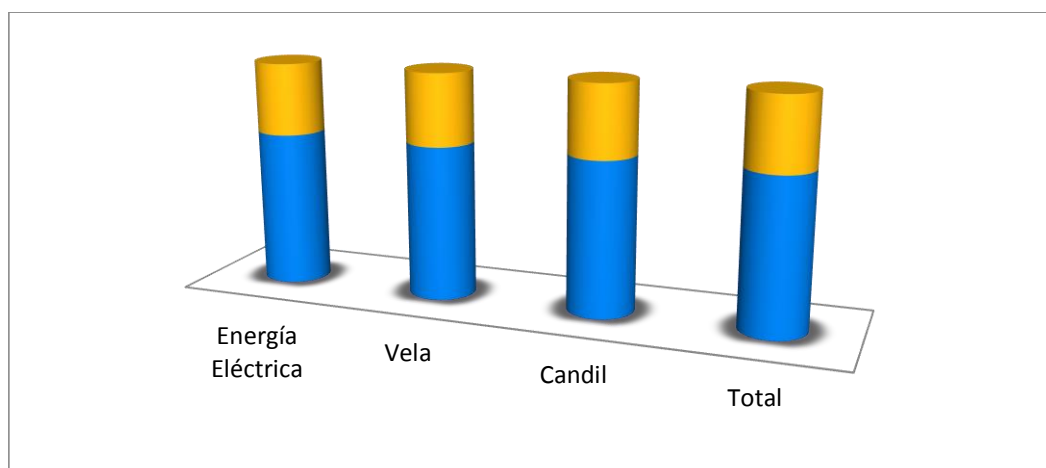


Figura N° 30 Alumbrado.

En la cuadro No 30 y figura No 30, el alumbrado en las viviendas encontramos, con un 96.73% utiliza energía eléctrica, con un 1.87% candil, con un 1.40% velas, en Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Cuadro No 31 Animales domésticos.

		Total	%
A. Domésticos	Perros Vacunados	136	57.63
	Perros no vacunados	56	23.73
	Gatos Vacunados	25	10.59
	Gatos no vacunados	19	8.05
	Total	236	100.00

Fuente: Cédula Microdiagnóstica de salud de la comunidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

En la cuadro No 31, se muestran un total de 236 animales domésticos, con un 57.63% perros vacunados, con un 23.73% no vacunados, con un 10.59% gatos vacunado y 8.05% no vacunados.

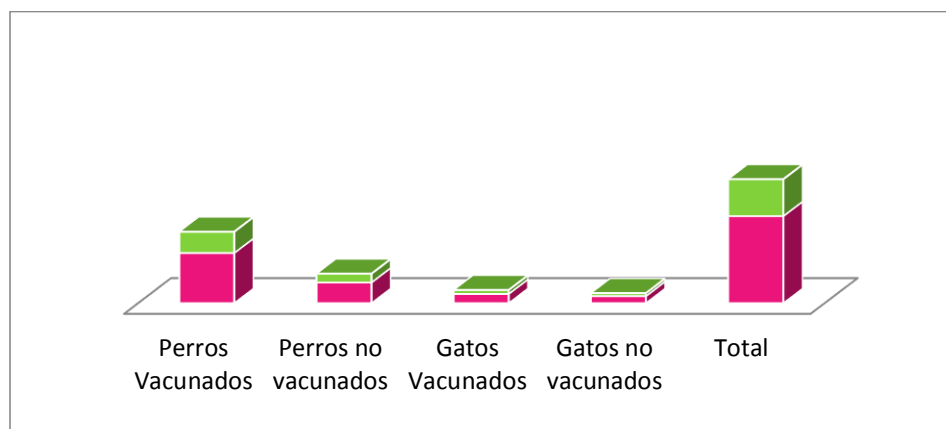


Figura N° 31 Animales domésticos.

La presencia de fauna doméstica en la comunidad es un eslabón importante en el ciclo infeccioso o cadena epidemiológica, de igual manera se pone en riesgo la integridad de la piel y en ocasiones la posibilidad de infecciones en órganos importantes el riesgo de enfermar se incrementa cuando existe una baja cultura en salud y hábitos higiénicos.

CONCLUSIONES

Al realizar la presente investigación para identificar factores que causan daños a la salud en la comunidad nos enfrentamos a los problemas reales de la población. Por lo tanto, se comprobó la hipótesis ya que se encontraron numerosos factores que ponen en riesgo la salud de la población de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Como uno de los más importantes: encontramos la automedicación por parte de la población, la mayoría de las personas adultas padecen enfermedades crónico-degenerativas, la población menor de cinco años no cuenta con las vacunas necesarias, bajos ingresos económicos, falta de preparación superior, falta de empleo, falta de servicio de carros recolectores de basura para que la población ya no incinere sus desechos, falta de drenaje.

Variable Demográfica: muestra que estima cambios epidemiológicos y demográficos han determinado un incremento en la esperanza de vida en la población, especialmente de las mujeres de un 9.93%, en el grupo de edad 65 y más, con envejecimiento de la población, explicando un aumento en la esperanza de vida y una baja tasa de natalidad, encontrando un 26.71% a mujeres en edad fértil, de estas el 84% sin control en la natalidad de Santa Úrsula San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca.

Variable Hábitos de vida: muestra que el 45% de la población consume medicamentos sin receta por médico con un expendio libre como la aspirina, los descongestivos y aun los laxantes, suelen consumirse en forma abusiva en especial en la población adulta, se estima que un 30% al consumo de tabaco incrementa el riesgo de contraer cáncer tres veces mayor que los no fumadores, y 24% el alcoholismo, siendo un problema socio médico más devastador que afecta a la humanidad y es la principal causa de enfermedad hepática, es importante señalar que los hábitos de vida personales afectan la salud en mayor medida la relación de salud y la enfermedad, prevalente en una población que debe modificarse para mejorar el estado físico y mental.

Variable medio ambiente. Se muestra que un 86.45% de la población, queman los residuos para reducir su volumen (por el exceso de basura presente en los hogares) evitar el mal olor e impedir la proliferación de plagas producidas por la descomposición, la falta de camiones recolectores de basura.

SUGERENCIAS

- El trabajo en equipo es una característica fundamental del modelo de atención primaria de nuestro Sistema de Salud.
- Que el profesional de Enfermería colabore en el análisis del contexto de la comunidad educativa aportando información sobre los determinantes de salud más importantes de la infancia y adolescencia, así como identificando los activos para la salud susceptibles de abordarse en medio escolar, la autoestima, apoyo familiar, grupo de iguales, convivencia.
- Contribuir a la formación de las familias en contenidos de salud, reforzando las actuaciones realizadas con los escolares y promoviendo la implicación de la comunidad.
- El centro de salud. La cooperación con los centros educativos forma parte del trabajo de salud comunitario del equipo. En los centros educativos, la Educación para la Salud (EpS) se incluya en la cartera de servicio del Sistema Nacional de Salud, en las actividades en materia de promoción de la salud y atención comunitaria de la atención primaria, y cada comunidad autónoma lo concrete de acuerdo con su contexto.
- Desarrollar programas de EpS, promoción de actividades físicas y alimentación saludable; seguridad y prevención de accidentes; educación sexual, prevención de adicciones.

BIBLIOGRAFÍAS

- Aguilar Idáñez, M. J. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?: evaluación de experiencias en atención primaria* (Vol. 1). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Alvarez Alva R., K. M. (2012). *Salud pública y medicina preventiva*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Bello Fernandez, N. (2000). *Investigacion sobre el desarrollo humano y equidad en cuba*. cuba: cagriayo.
- Borja Aburto, V. H. (2013). *Salud Publica*. México : Editorial Alfil, S. A. de C. V.
- castiCatillo Robles Maria Guadalupe, H. C. (2010). Intoroducion ala salud publica. En H. C. Catillo Robles Maria Guadalupe, *Intoroducion ala salud publica*. Mexico: instituto politecnico nacional.
- Chan, M. (2008). La atención primaria de salud Más necesaria que nunca. (O. M. Salud, Ed.) *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, 1, 46-50.
- Córdova, J. Á. (2009). *La salud de los mexicanos 2007–2012*. México : Editorial Alfil, S. A. de C. V.
- Dávila Torres, J. R. (2012). *El IMSS en el Sistema Nacional de Salud: situación actual, retos y propuestas de política* (Vol. 1). México , México: FCE - Fondo de Cultura Económica.
- Estany, A. A. (2016). filosofia de la epidemiologia social. En A. A. Estany, *filosofia de la epidemiologia social*. Madrid- Mexico: Csic consejo superior de investigaciones cientificas.
- Fierros Hernandez, A. (2014). Concepto e historia de la salud publica en mexico siglos XVIII a XX. Mexico.
- Forde, I. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud en mexico*. México.
- Frojan Parga, M. X. (2003). *Salud y hábitos de vida en los estudiantes de la U.A.M.* (Vol. 1). Madrid, España : Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid .
- Frutos Garcia Gacia, j. R. (2006). salud publica y epidemiologia. En j. R. Frutos Garcia Gacia, *salud publica y epidemiologia*. Madrid España: Diaz de santos.
- Giraldo Osorio , A., Toro Rosero, M., & Macias Ladino, A. (2010). *La promocion de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. Universidad de caldas.
- Gofin, J., & Gofin, R. (2007). *Atencion primaria orientada ala comunidad: un modelo de salud publica en atencion primaria*. Universidad de jerusalen: Salud publica.
- Gomez Dantes, O. (2011). El sistema de salud en mexico. mexico: salud publica.
- Hernandez, F. (2014). Concepto e historia de la salud publica en mexico siglo XVIII a XX. Mexico.
- Ignacio Arroyo Martinez, R. B. (2014). *Código de medio ambiente* (Vol. 1). Madrid, España: Difusora Larousse - Editorial Tecnos.
- Kozier, & Erb, .. (2013). *Fundamentos de Enfermeria*. Madrid (España): Pearson Edicación.
- Lemus, J. D. (2013). *Salud Publica y Atencion Primaria de la Salud*. Buenos Aires Argentina: Corpus Editorial.
- Manual de vacunacion. (2008-2009).

- Margaret Chan. (2010). *La financiación de los servicios de los sistemas de salud "El camino hacia la cobertura universal "*. Ginebra , Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Martin Zurro , A., & Jodar Sola, G. (2013). *Atencion primaria de la salud y atencion comunitaria*. Murcia España: Elsevier.
- Martínez, J. E. (2013). *Enfermería*. Mexico,D.F.: Editorial Alfil, S. A. de C. V.
- Millan, L., & Pinedo, K. (2010). *diagnostico comunitario*. Venezuela.
- Morón Marchena, J. A. (2015). *Investigar e intervenir en educacion para la salud*. Madrid,España: Narcea ediciones.
- Moyses, S. (2006). Epidemiologia intermedia conceptos y aplicaciones. En S. Moyses, *Epidemiologia intermedia conceptos y aplicaciones*. Madrid España: Dias de santos.
- Najera, R. M., & Castrillan Agudelo, M. c. (2015). *La enfermeria en america latina*. Mexico.
- Reyes Gomez, E. (2009). En *Fundamentos de enfermeria, ciencia, metodologia,y tecnologia*,. Mexico: Manual moderno.
- Reyes Gómez, E. (2015). *Fundamentos de enfermeria: ciencia,metodologia y tecnologia (2a.ed.)*. México : El Manual Moderno .
- Tafari, R. O. (2015). *Medicina privada y salud pública: la lógica del capital y el deterioro público en la atención médica*. Buenos Aires: Brujas.
- Tafania R, C. R. (2013). Factores de riesgo y determinantes de la salud. Revista de salud publica.
- Vázquez Conde, R. (2014). *Ecología y medio ambiente* (Vol. 2). México , México: Grupo Editorial Patria.
- Velásquez, C. J. (2013). *La protección del medio ambiente urbano: en la unión europea* (Vol. 1). Barranquilla, Colombia : Universidad del Norte.
- Villalobos, F. y. (2016). *Sistemas sanitarios de Latinoamérica y el Caribe*. Barcelona España: Editorial UOC.

