



Mi Universidad

LIBRO

SALUD PUBLICA

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

SEPTIMO CUATRIMESTRE

Período.....

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

SALUD PUBLICA

INDICE

OBJETIVO DE LA MATERIA:

Conocer el proceso de salud-enfermedad y los métodos de prevención y promoción de la salud en el abordaje fisioterapéutico en la atención sanitario.

UNIDAD I ANALIZAR EL MODELO (COMUNIDAD PARTICIPANTE)

- 1.1.- Marco conceptual.
- 1.2.- Valoración del modelo
- 1.3.- Diagnóstico de salud comunitaria.
- 1.4.- Necesidades y demandas de salud de las familias y comunidades.
- 1.5.- Estrategias del sector salud.

UNIDAD II DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

- 2.1.- Situación demográfica y epidemiológica
- 2.2.- Enfoque de riesgo
- 2.3.- Relaciones entre economía y salud
- 2.4.- Principios básicos de economía y su relación con la salud
- 2.5.- Principales recursos económicos para la salud
- 2.6.- Interacción entre personas y comunidad
- 2.7.- Factores que influyen impositivamente o negativamente en la comunidad

UNIDAD III BASES CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

3.1.- Diagnóstico de salud.

3.2.- Formas de evaluación de la intervención.

3.3.- Características demográficas y epidemiológicas de la población.

3.4.- Conceptos básicos de demografía.

3.5.- Conceptos básicos de epidemiología.

UNIDAD IV COMUNIDAD Y FAMILIA

4.1.- Conceptos y clasificación de las familias

MODELO DE ELIZABETH ANDERSON. COMUNIDAD PARTICIPANTE

Las etapas del Proceso de Enfermería descritas por Anderson y McFarlane (1988, 1996) en su modelo son cinco: Valoración; Análisis y Diagnósticos de Enfermería Comunitaria; Plan:

planificación de la intervención comunitaria según niveles de prevención primaria, secundaria y/o terciaria.

I. Valoración

La Comunidad está representada en el modelo por la Rueda de la Valoración, en la cual se encuentra el núcleo de la comunidad y los ocho subsistemas del ambiente (figura 2). El modelo se centra en el reconocimiento de todas las variables y factores que están influyendo en la respuesta de la comunidad a los estresores, tanto internos, es decir, propios de las personas y su ambiente, como externos presentes en el suprasistema, es decir, fuera de los límites de la comunidad. Si bien la comunidad funciona como un sistema abierto, el separar las distintas partes que lo componen ayuda a su comprensión (Klainberg, 2000). Se requiere de experiencia para lograr la identificación de la comunidad como un todo, por lo que, en términos de aprendizaje, para lograr ese objetivo, analizar los componentes de acuerdo a lo propuesto por el Modelo Comunidad Participante ha resultado de utilidad para la práctica de los estudiantes de enfermería. Por ello se describirá por separado la valoración del núcleo y de los ocho subsistemas del ambiente, que componen la comunidad.

Valoración del Núcleo: La valoración del núcleo de la comunidad incluye todos los atributos o características propias de las personas (Anderson y McFarlane, 1996). Entre ellas destacan: la historia de la comunidad; las características sociodemográficas de la población (estructura por edad y sexo), características económicas (ingreso, ocupación), características educacionales (escolaridad o nivel de instrucción, cursos de capacitación), etnia, tipos de hogares, estado civil, estadísticas vitales (nacimientos y muertes por edad y causa), religión; sus valores,

creencias y costumbres; las características de salud, morbimortalidad, estilos de vida y uso de los servicios de salud.

Para la valoración del núcleo en su aplicación a la familia, la experiencia desarrollada en la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile ha incluido, además de lo que se deriva directamente de este modelo, algunos elementos del Modelo de Valoración Familiar de Calgary (Wright y Leahey, 2000), de funciones de la familia (Covarrubias et al., 1986) y patrones de funcionamiento familiar (Klainberg et al., 2000). Entre los aspectos a valorar destacan: historia familiar (desde que la familia se formó); valores, creencias y costumbres que influyen en su organización como sistema; subsistemas que se forman como díadas o dupletas, tríadas o jerarquías generacionales; características sociodemográficas (edades, género, relación de parentesco, nivel educacional, actividad, ingreso); relación con las familias de origen y con otros subsistemas del ambiente. La valoración de la familia también incluye: etapa del ciclo de vida familiar actual; problemas de salud de sus miembros (actuales y antecedentes familiares), utilización de los servicios de salud (previsión y uso que hacen de ella); impacto de los problemas de salud individual en el proceso familiar; estilos de vida; características de los patrones de la vida diaria o aspecto instrumental del funcionamiento familiar; características del componente expresivo del funcionamiento familiar, referido al tipo de comunicación, solución de problemas, distribución y ejercicio de los roles y estilo normativo de la familia.

Valoración del Ambiente: La valoración de los 8 subsistemas incluye los mismos elementos para comunidades y familias (Anderson y McFarlane, 1996).

Ambiente físico: Entre los elementos a valorar se encuentran ubicación geográfica, densidad de población, características del clima, características del terreno, presencia de animales y vectores, señalizaciones y características de la iluminación, características de las viviendas, características de los transeúntes, áreas verdes, centros de abastecimiento, iglesias, organizaciones y otros.

Servicios sociales y de salud: Se valoran la cantidad, calidad, acceso y cobertura de recursos o servicios sociales y de salud disponibles, así como el tipo de servicios ofrecidos tanto por parte de organismos gubernamentales como no gubernamentales.

Economía: La valoración considera bienes y servicios y fuentes de trabajo disponibles para la comunidad o familia; ingreso per cápita; tasa de empleo y desempleo; tasa de actividad por edad y sexo y distribución porcentual según sector de ocupación.

Seguridad y transporte: La valoración de la seguridad del sector considera servicios de protección como bomberos, policía u otros; calidad del aire; disposición de residuos sólidos; disposición de residuos líquidos; disposición de agua potable y red de iluminación. La valoración del transporte considera principalmente el tipo de transporte disponible, tanto público como privado.

Política y gobierno: Considera la valoración de organizaciones políticas a nivel local. En nuestro medio, se considera la Municipalidad como representación de poder político, con los distintos departamentos y servicios ofrecidos a la comuna, incluyendo los programas de desarrollo comunitario. En Chile la organización vecinal está dada a través de unidades vecinales, quienes representan a los vecinos frente a la municipalidad.

Comunicación: Su valoración se realiza en el ámbito formal e informal. La comunicación formal incluye la presencia y uso por parte de la comunidad de medios como prensa, radio, TV, correo, teléfono, internet. La informal considera la forma en que la comunidad se comunica internamente, como puede ser a través de boletines, diarios comunales, radios locales, posters de la iglesia, de los establecimientos educacionales, entre otros.

Educación: Se valora el tipo y acceso a establecimientos educacionales y recursos de capacitación disponibles.

Recreación: La valoración considera recursos disponibles para la recreación y el uso que hace la comunidad y/o familia de ellos.

II. Análisis y diagnóstico

El análisis es el estudio de los datos obtenidos de la valoración con el objetivo de tener una imagen clara de los factores que producen tensión o estrés (estresores); de los problemas de salud ocasionados por los estresores identificados (grado de reacción); de las conductas que están realizando para prevenir los problemas de salud (líneas flexibles de defensa), y los recursos y fortalezas para tratar o solucionar los problemas cuando se presentan y lograr el nivel de funcionamiento perdido por el daño producido (líneas de resistencia). Un buen análisis permite formular los diagnósticos de salud y/o de Enfermería para planificar la intervención de forma coherente con la realidad, y en alguno de los niveles de prevención Anderson y McFarlane (1996) destacan la importancia de analizar los parámetros en conjunto con la comunidad para llegar a un diagnóstico de salud de la misma, así como la importancia del trabajo en equipo inter e interdisciplinario. Para realizar el análisis de los estresores, se consideran los estímulos que producen tensión y tienen el potencial para causar el desequilibrio del sistema. Estos pueden tener su origen dentro o fuera del sistema (Anderson y McFarlane, 1996). Existen estresores conocidos, desconocidos y universales. Estos pueden diferir en su potencial para alterar el nivel de estabilidad usual del sistema o su línea normal de defensa, dependiendo de la protección dada por la línea flexible de defensa (Neuman en Parker, 2000). Por lo tanto, para el análisis, se requiere identificar todos aquellos estresores (presentes en el núcleo y los ocho subsistemas) que representan un riesgo, amenaza y/o daño a la salud de la comunidad o de la familia. Un temporal de viento y lluvia o la cesantía a nivel nacional pueden considerarse como estresores extracomunitarios; en cambio, la mala disposición de basuras o la ausencia de escuelas pueden identificarse como estresores intracomunitarios. Aplicado a familias, los estresores tienen el potencial de alterar la salud o funcionamiento familiar (Jaimovich, 1992; Klainberg et al., 2000). Podrían considerarse estresores extrafamiliares, la delincuencia en el barrio, la contaminación del aire o la presencia de perros callejeros y estresores intrafamiliares un conflicto de roles familiares, conflicto de pareja o la cesantía del padre.

La Línea Flexible de Defensa (LFD) es la capacidad para mantener el equilibrio o la salud frente a cualquier estresor. Cualquier variación de la salud ocurre cuando los estresores penetran la línea flexible de defensa (Neuman en Marriner, 1999). Representa un nivel de salud dinámico resultante de la respuesta temporal a estresores, por ello se representa por una línea punteada (Figura 2) que actúa como "amortiguador" (Anderson y McFarlane, 1996). La línea flexible de defensa se considera la primera barrera que enfrenta un estresor al intentar impactar con el sistema, y de esta barrera depende que el estresor penetre o no la línea normal de defensa; es decir, altere o no el equilibrio del sistema. Las interrelaciones particulares, en un momento dado, de las características fisiológicas, psicológicas, socioculturales, evolutivas y espirituales que posee el sistema comunitario o familiar, pueden influir en el grado de protección que le brinda su línea flexible defensa frente a una posible reacción a un solo factor estresante o a una combinación de varios (Neuman en Parker, 2000). Esta respuesta está dada por las acciones que realiza la comunidad tendiente a evitar que un estresor les produzca daño, como ocurre, por ejemplo, cuando frente a la vagancia juvenil, la comunidad acude a la junta de vecinos para desarrollar actividades deportivas con los jóvenes, o frente a la amenaza de epidemia de influenza en los adultos mayores, la comunidad se vacuna en forma oportuna, con lo que se evita que dichos estresores penetren las líneas de defensa. Aplicado a familias, ejemplos de líneas flexibles de defensa podrían ser que, ante el aumento de la delincuencia del barrio, la familia coloque protecciones en las ventanas; por hospitalización de un miembro de la familia compartan entre todos las tareas que habitualmente ejecutaba esa persona; o frente a la pérdida de empleo del jefe de hogar, los hijos tomen conciencia de la importancia del ahorro en actividades de la vida diaria (cuidar la luz, el gas, el agua y el teléfono) e implementan un negocio familiar artesanal. En este último caso, esta respuesta temporal al estresor intrafamiliar ha permitido desarrollar fortalezas como es la creatividad en los hijos y ha contribuido a que cada uno se sienta capaz de salir adelante por sus propios esfuerzos.

El Grado de Reacción (GR) es el desequilibrio que resulta de la acción de los estresores sobre las líneas de defensa de la comunidad. El grado de reacción puede

reflejarse en las tasas de morbilidad o desempleo (Anderson y McFarlane, 1996). Otros ejemplos de daño sufrido por la comunidad pueden ser la delincuencia o la drogadicción. Aplicado a familias, el grado de reacción es el daño a la salud o funcionamiento familiar que se produce por la acción de estresores. Ejemplos de ello pueden ser las crisis situacionales, ruptura conyugal y drogadicción del hijo adolescente (Jaimovich, 1994).

Para el análisis de las Líneas de Resistencia (LR), se considera que dentro de cada sistema existen de forma implícita factores que lo defienden de los estresores cuando estos han penetrado la línea normal de defensa alterando la estabilidad del sistema. Estos factores internos se denominan líneas de resistencia y su función es intentar recuperar el equilibrio e impedir que el estresor siga penetrando y llegue a la estructura básica del sistema (Neuman en Parker, 2000). Son mecanismos internos que actúan para defenderse de los estresores y del daño producido por ellos; representan las fortalezas de la comunidad presentes tanto en las personas como en cada uno de los ocho subsistemas (Anderson y McFarlane, 1996). Ejemplo de línea de resistencia frente al grado de reacción de la delincuencia en el sector sería la capacidad de los vecinos de organizarse para que la junta de vecinos solicite mayor vigilancia policial, o a nivel nacional la organización de la policía con un plan cuadrante de vigilancia permanente. Aplicado a familias, las líneas de resistencia son las fortalezas que le permiten a la familia resolver los problemas de salud familiar. Por ejemplo, si el grado de reacción fuera "alteración de la organización familiar por hospitalización de la madre" se podrían identificar las siguientes líneas de resistencia: poseen adecuada disposición para reorganizar el ejercicio de los roles, valoran y estimulan los esfuerzos de cada uno, cuentan con red de apoyo de familia de origen materno. Los datos necesarios para analizar las líneas de resistencia se obtienen de la identificación de aquellas fortalezas y recursos propios del núcleo y del ambiente (ocho subsistemas) que le permitirán minimizar el grado de reacción y sus consecuencias y volver al funcionamiento o nivel de salud perdido.

La Línea Normal de Defensa (LND) corresponde al estado de salud que ha alcanzado el sistema o la comunidad con el tiempo. Puede incluir características como alto porcentaje de inmunización o baja mortalidad infantil (Anderson y McFarlane, 1996). El nivel usual de bienestar del sistema corresponde a un punto del continuum salud-enfermedad y equivale al nivel de estabilidad alcanzado en un tiempo dado (Neuman en Marriner, 1999). Neuman considera que la línea normal de defensa es dinámica, pudiendo aumentar o disminuir el nivel de estabilidad o bienestar como resultado de un tratamiento a una reacción producida por un estresor (Neuman en Parker, 2000). La línea normal de defensa se evidencia al nivel de la comunidad a través de sus indicadores de salud y de calidad de vida (nivel de inmunidad, tasas de mortalidad, tasas de morbilidad, nivel de ingresos, grado de organización, entre otros). Un ejemplo de línea normal de defensa podría ser: la comunidad posee un nivel de escolaridad bajo el promedio nacional, que le impide acceder a trabajos mejor remunerados para satisfacer sus necesidades básicas, como vivienda adecuada, alimentación saludable y cuidados de salud apropiados. La esperanza de vida es baja en relación con el país y la causa principal de muerte son las enfermedades cardiovasculares asociadas a estilos de vida desfavorables. Aplicado a familias, el nivel de salud o funcionamiento familiar se evidencia por la forma de distribuir las tareas de la familia o capacidad para organizarse, por el grado de apoyo emocional y solidaridad entre sus miembros, y también por la estabilidad o vulnerabilidad económica. Como ejemplo, la línea normal de defensa podría expresarse cómo la distribución de tareas permite una adecuada organización familiar. La familia percibe patrones de comunicación entre padres e hijos adolescentes efectivos. Las características de la vivienda satisfacen las necesidades fisiológicas, psicológicas y de protección del peligro. La familia ha alcanzado un nivel económico con adecuada distribución de los ingresos que le permite satisfacer las necesidades básicas.

Diagnóstico: El diagnóstico de Enfermería les da la dirección a las intervenciones de Enfermería y a las metas. La meta deriva de los estresores identificados, pudiendo referirse a la eliminación o disminución de un estresor, o al fortalecimiento de las

fortalezas de la comunidad, actuando sobre las líneas de defensa (Anderson y McFarlane, 1996).

La formulación de diagnósticos de Enfermería considera el grado de reacción producido por uno o más estresores. Si no se presenta grado de reacción, pero el estresor está presente, se plantea como riesgo de daño. De la experiencia obtenida en la aplicación de este modelo durante los últimos diez años se citan los siguientes ejemplos de diagnósticos:

Al nivel de comunidad: "aumento de la incidencia de diarreas relacionada con la contaminación del agua de noria por cercanía a letrina"; "alta incidencia de accidentes en la vía pública relacionada con ausencia de señalizaciones y tránsito vehicular a exceso de velocidad". Al nivel de familia: "riesgo de asfixia relacionado con la instalación del calefón dentro del baño con mala ventilación"; "drogadicción por marihuana del hijo mayor relacionado con influencia de pares adictos y facilidad de acceso a la droga".

III. Planificación de la intervención

El validar los diagnósticos de Enfermería comunitaria con los miembros de la comunidad es un paso importante para mantener la participación de la comunidad en el proceso dirigido a planear las intervenciones en salud. Las comunidades tienen el derecho a identificar sus propias necesidades y negociar con la enfermera comunitaria las intervenciones o programas específicos de salud. A su vez, la enfermera es responsable de proporcionar la información requerida para llevar a cabo el proceso (Anderson y McFarlane, 1996).

Una vez validados los diagnósticos, se fijan las metas orientadas hacia la salud de la comunidad y/o familias y las propuestas concretas de acción. De acuerdo a las metas fijadas, se propone un programa con actividades dirigidas al cumplimiento de las metas con el cronograma correspondiente. El programa incluye actividades y objetivos operacionales derivados de las metas, establecidos en forma colaborativa entre los diferentes grupos involucrados (profesionales y miembros de la comunidad).

El siguiente paso es identificar la factibilidad de llevar a cabo lo programado, considerando recursos disponibles y requeridos, y obstáculos que puedan interferir con lo planeado. Considerando estos factores, se propone el plan, se registra y asume (Anderson y McFarlane, 1996).

IV. Implementación

Es la fase de acción del proceso de Enfermería, donde se lleva a cabo el plan con foco en la comunidad. En esta fase es fundamental la participación activa de la comunidad para lograr los resultados esperados.

Los miembros de la comunidad necesitan sentirse "dueños" del programa o actividad que se llevarán a cabo con ellos, por lo cual deben asumir alguna responsabilidad no sólo al planearla, sino también en su implementación (Anderson y McFarlane, 1996). En su aplicación a familias, el plan propuesto debe ser consensuado con los miembros de la familia y trabajado cooperativamente con ellos.

Intervención comunitaria según niveles de prevención primaria, secundaria y/o terciaria: La intervención de Enfermería planteada por el Modelo Comunidad Participante, así como lo está también en el modelo de Betty Neuman, se enfoca hacia la prevención (primaria, secundaria o terciaria) y, por lo tanto, se basa en el continuum salud-enfermedad. De esta manera, al actuar sobre los estresores o sobre las líneas de defensa se está previniendo la enfermedad o contribuyendo a su recuperación. Al planear la intervención con familia, esta dependerá de la severidad y complejidad de los problemas familiares y de sus fortalezas.

Prevención primaria: La prevención primaria mejora la salud y el bienestar de la comunidad, permitiendo que ésta sea menos vulnerable a los estresores (Anderson y McFarlane, 1996). La prevención primaria se relaciona con la intervención para identificar y reducir los factores de riesgo posibles o reales asociados con los factores estresantes del entorno y con la prevención de una posible reacción. Si la línea normal de defensa está en un buen nivel, se valoran los riesgos y se interviene para proteger

la estabilidad del sistema fortaleciendo su línea flexible de defensa (antes que el estresor impacte con el sistema).

Las intervenciones pueden estar dirigidas a prevenir los problemas o fortalecer la salud de la familia, en cuyo caso se actúa al nivel de prevención primaria fortaleciendo las líneas de defensa (flexible y normal) o eliminando los estresores. Entre las acciones de prevención primaria se puede mencionar la educación para la eliminación de los factores estresantes, el ofrecer información de recursos presentes en los ocho subsistemas, el apoyo para afrontar los problemas de forma positiva y mantener el nivel funcional, la educación relacionada con estilos de vida saludable, entre otros (Neuman en Marriner, 1999).

El modelo Comunidad Participante (Anderson y McFarlane, 1996) describe la promoción de la salud dentro de las alternativas de prevención primaria, con programas destinados a prevenir problemas específicos, aunque reconoce que los programas de promoción de salud están dirigidos a elevar la salud general de la población. En nuestra experiencia, y considerando que la postura actual de la Salud Pública es la orientación hacia la salud, se incorpora la promoción de la salud como alternativa de intervención centrada en la "salud" y no en el "continuum salud enfermedad", especialmente en el trabajo realizado por alumnos de segundo año de la carrera con familias, en que se pretende promover estilos de vida saludables cuando no se han identificado estresores de importancia sobre los que se requiera actuar.

Prevención Secundaria: La prevención secundaria se realiza cuando el estresor penetró la línea normal de defensa y se relaciona con la sintomatología que aparece tras la reacción a los factores estresantes y con la adecuada jerarquización de las acciones, y con el tratamiento destinado a reducir sus efectos nocivos (Neuman en Marriner, 1999). Si el estresor ha producido grado de reacción, la enfermera plantea intervenciones de prevención secundaria para fortalecer las líneas de resistencia y alcanzar el equilibrio. Las intervenciones dirigidas a pesquisar, a tratar o a solucionar un problema de salud familiar o a evitar un daño mayor, corresponden a acciones de prevención secundaria. Entre ellas se identifican, entre otros, la movilización y máximo rendimiento de los recursos internos y externos para alcanzar la estabilidad, facilitar la

manipulación intencionada de los estresores y las reacciones a ellos, facilitar un diagnóstico oportuno, tratamiento apropiado y medidas de intervención, apoyar los factores positivos dirigidos hacia la recuperación (Neuman en Marriner, 1999).

Prevención Terciaria: Tiene su foco en devolver a la comunidad a un nivel de óptimo funcionamiento (Anderson y McFarlane, 1996). Se refiere a los procesos de adaptación o rehabilitación para lograr la estabilidad óptima posible después del tratamiento o intervención de un problema, previniendo un desequilibrio adicional (Neuman en Marriner, 1999). Las intervenciones dirigidas a mantener la estabilidad del sistema en un proceso de rehabilitación corresponden a acciones del nivel terciario de prevención. Entre ellas se puede mencionar educar, reeducar y/o reorientar y apoyar al paciente (comunidad o familia) hacia los objetivos de la terapia de rehabilitación, coordinar e integrar los recursos de salud necesarios (Neuman en Marriner, 1999); o programas de terapia dirigidos a niños abusados sexualmente (Anderson y McFarlane, 1996).

V. Evaluación:

La enfermera (o), evalúa las respuestas de la comunidad a un programa de salud, con el fin de medir el progreso hacia el logro de las metas y objetivos propuestos. Los datos obtenidos en la evaluación también son de gran importancia para la revisión de los diagnósticos derivados del análisis de la información obtenida en la valoración (Anderson y McFarlane, 1996). Es así como tanto en comunidades como en familias indica los cambios producidos en ellos y proporciona información para una nueva valoración iniciando un nuevo proceso de Enfermería. Existen diferentes métodos que se pueden utilizar para evaluar la relevancia, progreso, costo-eficacia e impacto de un programa de salud, los cuales tienen que haber sido discutidos con la comunidad, considerando sus beneficios y limitaciones (Anderson y McFarlane, 1996).

Algunos indicadores utilizados con mayor frecuencia en la aplicación hecha al trabajar con familia son la comprensión de la educación dada, cambios de conductas,

adherencia a tratamientos y controles de salud, eliminación de los factores estresantes, uso adecuado y oportuno de los recursos del ambiente.

Modelo Comunidad participante (Community-as-Partner)

Elizabeth Anderson. Judith McFarlane. 1988. 1996

Valoración

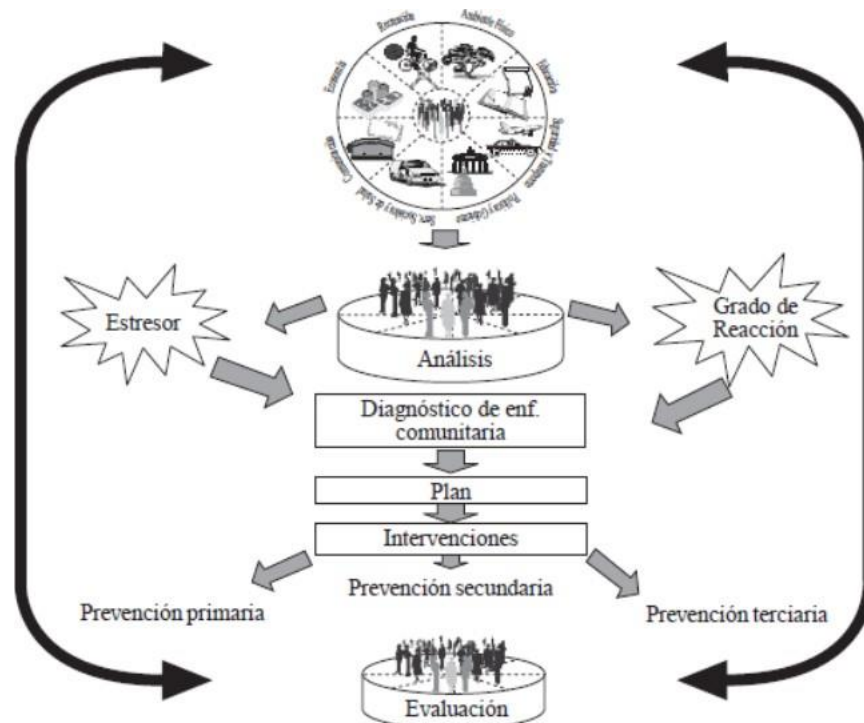


Figura Traducido de Anderson, E. y McFarlane, J. (1996) Community-as-partner model p. 170. Autorizada su publicidad.

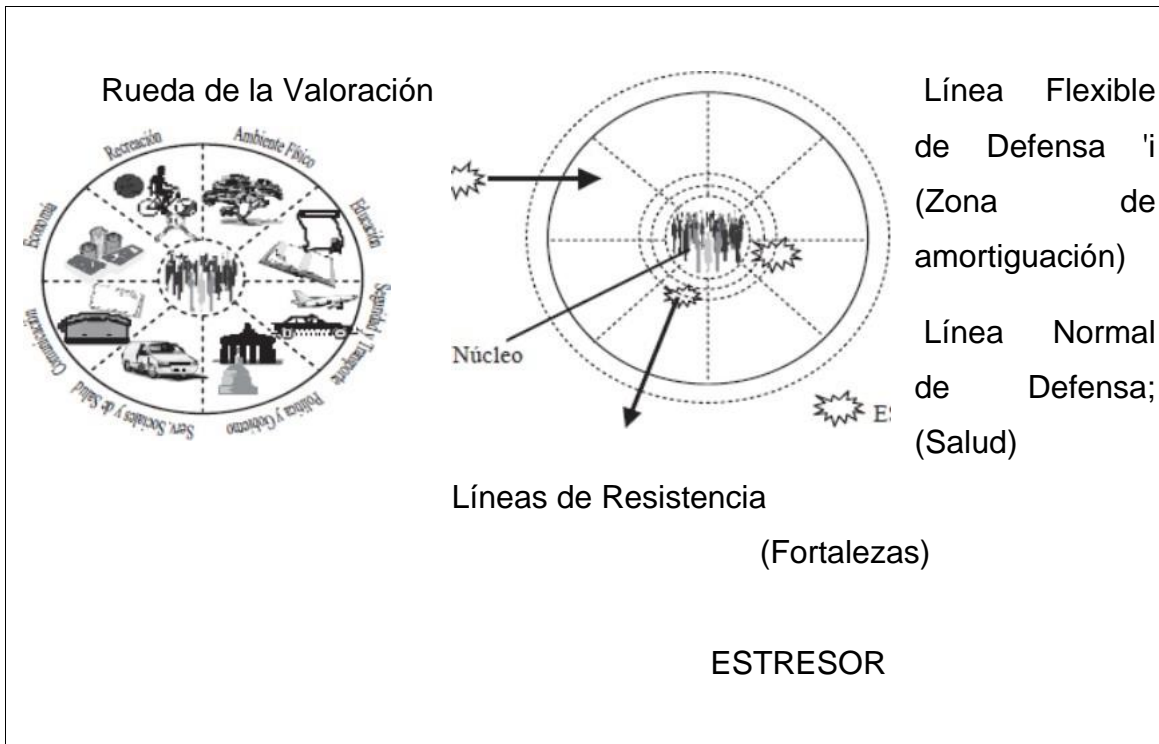


Figura 2: Traducción de Anderson, E. y McFarlane, J. (1996) The community assesment wheel p. 171. Autorizada su publicación.

DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

Salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”

-OMS Lalonde, 1974, enuncia un modelo en el que establece que la salud está condicionada por la interacción de cuatro factores:

Estilo de vida: puede condicionar de manera negativa la salud por medio de una inadecuada alimentación, consumo de sustancias nocivas, sedentarismo, conductas de riesgo en sexualidad.

Medio ambiente: y sus factores de insalubridad como la contaminación ambiental por factores biológicos (bacterias), físicos (radiaciones), químicos (plaguicidas) y psicosociales (estrés)

Sistema sanitario: recursos humanos, medios económicos y materiales, tecnologías, prestaciones y servicios; viene condicionado por variables como accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos

El término salud pública designa las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud tanto en el nivel individual como en el colectivo. Para la salud pública el objetivo central es la promoción de la salud y la disminución de la morbilidad de las poblaciones. La administración en salud pública se rige por los mismos principios generales que orientan el funcionamiento de cualquier actividad creada para realizar una tarea determinada. El administrador de la salud pública necesita conocer los problemas de salud que afectan una comunidad y los medios para atacarlos; conocer así mismo los principios básicos de la ciencia administrativa; y aprender a actuar con inteligencia, flexibilidad, comprensión y sensibilidad humana, para dirigir, organizar, coordinar y evaluar las funciones y actividades del personal.

Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es un proceso intencionado y organizado de identificar, describir, analizar y evaluar un conjunto de indicadores que permitan ponderar, determinar o inferir características propias del nivel de salud de una comunidad y de los componentes del nivel de vida que la están condicionando

El diagnóstico es el punto de partida del proceso de la planificación y se lleva a cabo con el propósito de conocer la realidad de un sector definido, en todos o en cualquiera de sus ámbitos: político, social, demográfico, económico o cultural.

En el sistema de atención primaria surge el diagnóstico de salud con el propósito de hacer un estudio más detallado del estado de salud de la población analizando las características de la misma, los indicadores de salud y los principales factores de riesgo que favorecen la aparición de enfermedades.

Es por esta razón que el equipo de salud como máximo responsable del estado de salud de la población tiene entre sus deberes fundamentales realizar el diagnóstico de su población con el objetivo de conocer los principales problemas de salud que inciden en su comunidad, priorizándolos y tomando medidas encaminadas a erradicarlos o de no ser posible, paliarlos.

A partir del conocimiento obtenido, se busca tener información básica y actualizada para adoptar decisiones sobre las acciones dirigidas a suprimir o disminuir los riesgos que afectan a las personas. Los problemas de salud no ocurren aisladamente, sino que se presentan en estrecha relación con el contexto en el cual aparecen, por lo cual, para encontrar explicaciones al por qué ocurren, tenemos que situarlos en la realidad y tiempo en que se producen.

Lo anterior implica una medición del nivel de salud de la comunidad y el análisis de los factores que lo condicionan. El análisis de todos estos factores se logra con la ayuda de otras disciplinas como la estadística y la demografía (que aportan la metodología), y la historia, la sociología, la psicología, la antropología (que aportan los marcos teóricos), por lo que es indispensable, en este campo, desarrollar un trabajo coordinado - interdisciplinario e intersectorial - que, además, considere la participación de los actores involucrados (equipo de salud y usuarios).

Propósito

El propósito de un diagnóstico situacional es conocer la realidad definido en todos o en cualquiera de sus ámbitos: políticos, social, demográficos, económico o cultural.

Para ello es necesario saber cada uno de los siguientes conceptos:

- Naturaleza: enfermedades o problemas de diversa índole (bacteriano, viral, parasitario, micótico, etc.).
- Magnitud: prevalencia, incidencia, mortalidad, letalidad o porcentajes según variables de población, espacio y tiempo.
- Trascendencia: impacto social o económico. Pérdidas por enfermedad, incapacidad o muerte, disminución en la producción y/o productividad.
- Vulnerabilidad: recursos disponibles para prevenir, controlar o erradicar el problema: inmunización, tratamiento, diagnóstico, etc.

Estructura del diagnóstico.

Para que nosotros podamos estructurar un diagnóstico es necesario también tener en cuenta cada una de sus definiciones.

- Nombre: Identificar de manera precisa la población objetivo (universo de trabajo), el lugar y la fecha de realización.
- Resumen (población de referencia, objetivos del diagnóstico y periodo de ejecución).
- Diagnóstico general (descripción de la situación): Identificar los problemas que afectan al objeto de estudio.

Resulta evidente la necesidad de fundamentar las acciones que se toman en base a un conocimiento completo y objetivo de la realidad, especialmente cuando los recursos son escasos e insuficientes para dar satisfacción a todas las demandas y necesidades relacionadas con la salud; lo anterior, permite orientar la inversión de estos recursos donde resulten ser más eficientes y eficaces.

Un buen diagnóstico es la clave para orientar las políticas, planes y programas en cuanto a acciones de fomento, protección, prevención e intervención en salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población.

El diagnóstico debe ser preciso, breve, práctico y estar motivado por un afán de cambiar una situación problemática. Por ello, debe contener datos, cifras e información práctica relevante, que respalden los análisis efectuados para dar cuenta de los problemas y sus vías de solución.

El diagnóstico epidemiológico, como instrumento de análisis, posibilita la toma de decisiones y debe cumplir con algunos requisitos que lo hagan funcional o útil:

- 1º Tener claro el objetivo, para qué se hace, para qué se necesita la información.
- 2º Tener clara la utilidad del conocimiento que se obtenga para el desarrollo de acciones de salud.

La información que se debe recoger dependerá del objetivo del diagnóstico. Para tener una idea completa de la situación de salud de la comunidad es recomendable contar con toda la información necesaria.

Tipos de Diagnósticos

Según sean realizados con la concurrencia de quienes son afectados por los problemas o prescindiendo de ellos, identificamos:

- a) Diagnóstico tradicional o técnico: el estudio es efectuado por técnicos que realizan su tarea distanciados de los objetos de la investigación. Sus resultados, la mayoría de las veces de tipo cuantitativo, se refieren a la colección de información "dura", es decir de estadísticas de la comuna ya existentes o disponibles en diferentes fuentes de información (censo, encuestas como CASEN, ficha CAS), o en el análisis de la realidad realizado por pequeños grupos de expertos o técnicos. La ventaja de este

diagnóstico es que el trabajo puede resultar más ágil y rápido y permite una reflexión más acabada de personas especializadas

- b) Diagnóstico participativo o autodiagnóstico. Dice relación con la participación activa de la comunidad en la identificación de problemas al interior de su localidad. Tienen la ventaja de contar con información de primera mano para delimitar los problemas y, de paso, mostrar la disposición de las personas para solucionar sus problemas y asumir responsabilidades en relación a su salud. Los investigadores, que son los sujetos de la investigación, son a la vez objetos. Se orienta a dar respuestas cualitativas y cuantitativas al tema de investigación,

Para reflejar adecuadamente la realidad, el diagnóstico debe ser capaz de integrar de forma complementaria la información obtenida de la participación activa de la comunidad, los datos duros o estadísticos y la asesoría o colaboración de expertos, porque si bien existen problemas que afectan a toda la comunidad, la percepción que se tenga de ellos y el impacto que produce varía de una persona a otra y de un grupo a otro.

Etapas en la elaboración del diagnóstico

Definición del objetivo

Precisar con claridad cuál es el tema del diagnóstico y por qué se investigará. Se busca conocer los problemas de salud de la población y los factores condicionantes y/o causales de estos problemas.

Problema.

Es un estado de insatisfacción, carencia, necesidad que provoca malestar o frustración en las personas o grupos ante hechos reales, presentes o anticipados ya que afecta sus condiciones de vida.

Esta etapa comprende:

- a) La identificación de las fuentes para buscar la información. La obtención de datos para el diagnóstico se puede obtener de fuentes directas, es decir de observación propia del investigador (observación, entrevistas, encuestas), o de fuentes indirectas, utilizando datos de estudios realizados con otras finalidades (consulta de documentos, mapas, registros). Los datos más específicos, por lo general, se obtienen de fuentes directas y los genéricos de fuentes indirectas.
- b) La selección de la información útil para elaborar el diagnóstico. Para tener un perfil de salud que sea útil es necesario tener un buen conocimiento del sistema local de salud, de la comunidad y toda la información de salud disponible:
 - Datos de la población
 - Sobre el nivel de salud
 - Sobre los servicios y programas de salud
 - Sobre los recursos de salud y de otros servicios
- c) El procesamiento de la información. Una vez recogida la información se ordena utilizando tablas, gráficos para facilitar su comprensión.

Análisis e interpretación de la información. La información obtenida debe ser analizada en general o en forma parcializada. Se busca determinar si hay asociación entre el estado de salud o enfermedad y los factores condicionantes. Una vez que se han identificados los problemas, la epidemiología puede contribuir a la determinación de las prioridades; las mediciones epidemiológicas permiten determinar la magnitud de los problemas, contribuyen a Preguntas del diagnóstico:

- ¿Cuáles son los problemas más importantes a enfrentar?
- ¿Cuáles son las causas de que estos problemas aparezcan o se mantengan?
- ¿Cómo influyen los factores condicionantes del medio (fuentes de contaminación, estilos de vida o conductas), del sistema de atención de salud

(cobertura, complejidad, recursos humanos) en la calidad de vida y desarrollo de la población?

- Qué soluciones se proponen (qué soluciones se han propuesto o intentado antes, cuáles son posibles de realizar ahora).
- Qué recursos (económicos, técnicos y humanos) existen para llevar a cabo las soluciones
- Cuál o cuáles problemas se enfrentarán (se prioriza de acuerdo a urgencia, consecuencias, complejidad o cadena de resultados positivos).

La información es el primer insumo para iniciar un trabajo en materia de planificación y la más importante. En la gestión de cualquier organización la información tiene un valor estratégico para conocer, planificar, manejar y evaluar

Los sistemas de información son instrumentos de apoyo a los diversos procesos de gestión y son una herramienta estratégica para tomar decisiones adecuadas, efectivas y oportunas. Además, permiten hacer predicciones basadas en antecedentes históricos y tendencias actuales, para programar a mediano plazo

Para ser útil, la información debe: adecuarse a las necesidades (utilidad), ser de calidad, completa, oportuna, actualizada, estar disponible

La información permite mejorar el control y la evaluación de la gestión y acometer acciones con más eficiencia y efectividad. La gestión de recursos humanos, físicos y equipamiento precisan de una planificación basada en criterios de costo-beneficio y eficiencia en la gestión de su uso.

El disponer de información permite controlar la incertidumbre y subjetividad que son consustanciales a la toma de decisiones.

Detección de problemas y alternativas de solución: El diagnóstico de salud permite la detección de problemas y potencialidades con cierta precisión, facilitando la elaboración de alternativas o propuestas de solución, iniciándose a la etapa de diseño del plan de acción.

Plan de acción o Plan de trabajo

Es un conjunto de actividades y tareas que un equipo, organización o comunidad se propone realizar para solucionar uno o más problemas elegidos. Se trata de ordenar actividades, medios y recursos para lograr una meta u objetivo en un plazo determinado. Las políticas nacionales o regionales que se expresan definen las grandes líneas de acción. Los programas definen objetivos, metas, estrategias y recursos de un modo más preciso y ajustado a la realidad local. Los proyectos son componentes parciales de programas más amplios.

Pasos del Plan de Acción

Conocer bien el problema o situación.

Esto implica conocer también a quienes afecta y sus principales causas. Esta información se obtendrá a partir del diagnóstico previamente realizado y de la priorización de problemas establecida.

Definir los objetivos.

Definir bien lo que se quiere obtener, el cambio que se desea producir, es decir, los objetivos o metas a alcanzar. Es conveniente distinguir entre Objetivo General y Objetivos Específicos.

El objetivo general expresa el logro deseado y posible a largo plazo de obtener frente al problema como un todo. Es el intento de responder a la situación y a las causas que generan el problema. Para formular el Objetivo General conviene responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué queremos hacer?
- ¿Qué cambios deseamos lograr frente a la situación-problema?

Objetivo General: "Contribuir en la disminución de la obesidad de la mujer embarazada"

Una vez definido el Objetivo General, es posible concretarlo en acciones parciales que lleven a conseguir la meta u objetivo general, estos son los objetivos específicos.

Resulta sumamente útil formular objetivos específicos bien concretos y ojalá medibles, de tal modo que cuando corresponda evaluar, se pueda determinar con toda facilidad si lo que se planteó como objetivo se cumplió o no.

Los objetivos específicos también se denominan parciales y describen los logros que se desean alcanzar en plazos relativamente cortos. Pueden estar encadenados entre sí (hay que lograr uno después del otro), o formar parte de una acción total mayor (se busca lograrlos simultáneamente).

Los objetivos deben ser siempre posibles y viables; es decir, ser factibles de llevar a cabo: no deben ser tan ambiciosos de manera que no se puedan alcanzar. Además, deben apuntar realmente a la solución deseada con los recursos disponibles.

Cómo los problemas son muchos y siempre las necesidades son mayores a los recursos, es necesario hacer opciones: ¿a qué grupos de la población, a qué enfermedades o problemas condicionantes de la salud se debe priorizar? ¿Qué programas de salud deben tener más atención y mayores recursos?

No hay una sola forma correcta para determinar las prioridades. Frente a un problema hay necesarios para decidir cuál de las diferentes opciones es la más adecuada. Para tomar estas decisiones es necesario considerar factores políticos, sociales, económicos, las prioridades del plan nacional de salud, así como las prioridades locales.

Para asignar prioridades a los problemas es conveniente establecer algunos criterios (Ej.: gravedad del hecho, frecuencia con que se presenta, posibilidad de prevención, logros de cambios a corto plazo, impacto social, interés de la comunidad). Los factores que más influyen en la producción de los problemas serán los factores de riesgo.

Pronóstico. Una vez descritos los problemas, los factores que los condicionan y las causas que los producen, es necesario tener una idea de su comportamiento a futuro, prever su evolución para adoptar medidas destinadas a evitar las consecuencias no

deseadas y tratar de adaptar el sistema a los cambios. Se busca predecir tanto los problemas (predecir tendencias del comportamiento de una enfermedad) como las necesidades de recursos.

Evaluación de las acciones realizadas. El concepto de evaluación puede ser entendido, como la preocupación por cumplir de modo eficaz los objetivos propuestos, en los plazos programados, con los insumos y costos previstos. Se trata de establecer, en base a criterios definidos con anterioridad, si las acciones emprendidas fueron beneficiosas para la comunidad o si su impacto fue el esperado

Su objetivo es producir información útil para efectos de tomar decisiones sobre cambio, continuidad o interrupción del plan de acción. La evaluación es un proceso constante, que acompaña a la planificación antes, durante y después que ésta se lleva a cabo.

La obtención de datos para el diagnóstico se puede realizar mediante una investigación preliminar que comprenda la observación, lectura de mapas, consulta de documentos, registros, entrevistas y una investigación general sobre diversos aspectos del medio, características demográficas, culturales y sociales de la población y de los recursos físicos, la organización social.

Como el diagnóstico es dinámico, los valores van variando con el tiempo y con las acciones del sistema de salud, la información se debe ir actualizando periódicamente y su búsqueda debe orientarse hacia problemas específicos de la comunidad.

Metodología de la investigación

La Planificación en la atención de salud impide que se tomen decisiones bajo presión de necesidades inmediatas o de modo improvisado,

Su objetivo fundamental es conocer y comprender el entorno en que se sitúa y desarrollar aquello que es necesario, y conocer lo que no se debe realizar.

NECESIDADES Y DEMANDAS DE SALUD DE LAS FAMILIAS Y COMUNIDAD

El análisis de datos secundarios generó una lista preliminar de necesidades de salud significativas, las cuales informaron la recopilación de datos primarios. El proceso de recopilación de datos primarios ayudó a validar los hallazgos de los datos secundarios, identificar problemas adicionales de la comunidad, solicitar información sobre disparidades entre subgrupos de población y determinar los activos de la comunidad para atender las necesidades.

Se utilizaron los siguientes criterios para identificar necesidades de salud significativas:

1. Tamaño del problema (parte relativa de la población afligida por el problema)
2. Gravedad del problema (impacto sobre personas, familias y comunidades)

Para determinar el tamaño y la gravedad, los indicadores de salud identificados en la recopilación de datos secundarios se midieron contra datos de referencia, en específico índices de California y objetivos de Healthy People 2020, cuando estuvieran disponibles. Se consideró que los indicadores de salud que tuvieron mal desempeño contra una o más de estas referencias cumplieron con los criterios de tamaño o de gravedad. Además, se les pidió a las fuentes de datos primarios (entrevista, grupo de enfoque y participantes de la encuesta) que identificaran y validaran problemas de la comunidad y de salud. La información recopilada de estas fuentes ayudó a determinar necesidades de salud significativas.

Necesidades de salud significativas

Se determinaron las siguientes necesidades de salud significativas:

- Acceso a la atención médica
- Cáncer
- Cardiopatía

- Salud mental
- Sobrepeso y obesidad
- Abuso en el consumo de sustancias (alcohol, drogas, consumo de tabaco)

Las opiniones de la comunidad sobre estas necesidades de salud se detallan a lo largo del informe de evaluación de necesidades de salud de la comunidad.

Recursos para abordar necesidades significativas

A través de los grupos de enfoque, encuestas y entrevistas, las partes interesadas de la comunidad y los residentes identificaron recursos de la comunidad que pueden ayudar a abordar las necesidades de salud significativas. Estos recursos se presentan en el apéndice.

Asignación de prioridades a las necesidades

Se asignó prioridad a las necesidades de salud significativas identificadas en el proceso con opiniones de la comunidad, utilizando el siguiente criterio:

- Gravedad percibida de un problema de salud o factor/impulsor de salud según afecte la salud y las vidas de los residentes de la comunidad
- Nivel de importancia que debe otorgar City of Hope para abordar el problema

Con anticipación a la entrevista, a cada parte interesada entrevistada se le envió un enlace a una encuesta electrónica en Survey Monkey. Se les pidió que clasificaran por orden de importancia cada necesidad de salud identificada. Se tomó nota del porcentaje de respuestas para aquellas necesidades de salud identificadas por tener un impacto grave o muy grave en la comunidad, por haber empeorado con el tiempo y tener una merma o una ausencia de recursos locales disponibles para abordar el problema. No todos los encuestados respondieron

todas las preguntas; por lo tanto, se calcularon los porcentajes con base en el número de personas que respondieron más que en el tamaño de la muestra. La salud mental y el sobrepeso/obesidad recibieron las mayores calificaciones, lo cual indica un impacto grave en la comunidad, un empeoramiento con el tiempo y una merma o ausencia de recursos disponibles para atender estos problemas. El acceso a la atención médica también recibió altas calificaciones en los recursos insuficientes disponibles. Los resultados se enumeran en la Tabla 1:

Necesidad de salud significativa	Impacto grave y muy grave en la comunidad	Empeoró con el tiempo	Recursos insuficientes o ausentes
Acceso a la atención médica	63.7%	0%	72.7%
Cáncer	63.7%	0%	36.4%
Cardiopatía	45.5%	0%	36.4%
Salud mental	63.7%	36.4%	72.7%
Sobrepeso y obesidad	81.9%	45.5%	63.6%
Abuso en consumo de sustancias	54.6%	9.1%	54.6%

Tabla 1. Respuestas de la comunidad a las necesidades de salud significativas

Se les pidió a quienes respondieron la encuesta, a los asistentes al grupo de enfoque y a los entrevistados que clasificaran las necesidades de salud de acuerdo con el nivel más alto de importancia en la comunidad. La calificación total para cada necesidad de salud significativa (una calificación posible de 4) se dividió entre el número total de respuestas para las que se suministraron datos, generando una

calificación promedio para cada necesidad de salud. La manera como se clasificó la prioridad de las necesidades de salud significativas se encuentra en la Tabla 2:

Necesidades de salud significativas	Orden de clasificación (Calificación posible de 4) total
Acceso a la atención médica	3.85
Salud mental	3.72
Cáncer	3.65
Cardiopatía	3.56
Sobrepeso y obesidad	3.54
Abuso en consumo de sustancias	3.34

Tabla 2. Necesidades de salud significativas clasificadas por prioridad

Validación de necesidades priorizadas por las partes interesadas

En una reunión del Consejo asesor sobre beneficios de la comunidad (CBAC) de City of Hope se proporcionaron a los miembros los resultados de la CHNA. Después de escuchar un informe de los hallazgos (tanto los datos de salud como las opiniones de la comunidad) se les pidió que priorizaran los hallazgos siguiendo las instrucciones de la Figura 2.

Proceso de evaluación de necesidades de salud de la comunidad en 2016

Cómo funcionará el proceso de asignación de prioridades:

1. Tome el tema/problemas y pregunte: ¿Hasta qué grado se relaciona este asunto con cada uno de los siguientes criterios?

Tamaño: Número de personas afectadas	Factibilidad: Capacidad de City of Hope para tener un efecto
Gravedad: Grado al cual el problema conduce a la muerte,	Valor: Importancia del problema para la comunidad
Tendencias: Si el problema de salud mejora o empeora en la	Consecuencia de no actuar: Riesgos relacionados con provocar
Equidad: Grado al que grupos específicos están afectados por	Determinantes sociales/causas raíz: Si el problema es o no una
Intervención: Cualesquiera estrategias existentes	

2. Decida cómo le gustaría que City of Hope asignara prioridades a este problema.

Rojo = #1

Azul = #2

Verde = #3

Amarillo #4

Acceso a la atención médica	Enfermedad cardiaca
Salud mental	Obesidad/sobrepeso
Cáncer	Abuso en el consumo de sustancias

3. Posteriormente llegamos a un acuerdo sobre todo.

Figura 2. Instrucciones para asignar prioridad del Consejo asesor sobre beneficios de la comunidad

Se escribió cada problema de salud en un cartel grande y se pegó a la pared de la sala de reuniones, en orden aleatorio. A cada participante se le entregaron etiquetas adhesivas redondas de colores. Se usaron diferentes colores para representar diferentes niveles de importancia, donde el rojo es el más alto y va descendiendo por el azul, el verde y el amarillo. Antes de colocar sus puntos, los miembros del CBAC eligieron combinar categorías que habían compartido territorio. Por ejemplo, se agregaron la cardiopatía y la obesidad/sobrepeso a una nueva categoría llamada “enfermedad crónica”. El abuso en el consumo de sustancias se agregó a la categoría de salud mental.

Al final del ejercicio, las necesidades identificadas se organizaron de la siguiente manera:

1. Acceso a la atención
2. Enfermedad crónica
3. Salud mental
4. Cáncer

Al preguntar por qué colocaban al cáncer en la última categoría, los miembros de CBAC respondieron que creían que abordar el acceso a la atención, prevención de enfermedades crónicas y salud mental reduciría de manera sistemática el riesgo general de cáncer. Además, los miembros de CBAC reconocieron el hecho de que estas categorías tienen un amplio alcance. En nuestros grupos de enfoque, encuestas y entrevistas, los miembros de CBAC agregaron profundidad a estas categorías, lo cual nos ayudó a entender las necesidades de cada una. Cada gráfico de palabras de la Figura 3-6 ilustra los problemas más apremiantes en cada categoría que nuestra comunidad desea que aborde City of Hope.

Acceso a la atención - Asociaciones culturalmente pertinentes



Figura 3. Voces de la comunidad sobre el acceso a la atención

Aunque muchas personas tienen seguro médico, diversas cuestiones podrían impedir que lo usen. Estas barreras incluyen: idioma, entender cómo usar el seguro médico, no usar atención médica para la prevención e ignorancia de los recursos disponibles. Si trabajan, ¿cómo pueden tomar tiempo libre para acceder a la atención médica sin afectar su ingreso de manera negativa?

Como hospital sin fines de lucro, necesitamos pensar sobre cómo es que estas cuestiones crean barreras para atender a pacientes con enfermedades graves y cómo podemos intervenir para ayudar a derrumbar estas barreras.

Prevención de enfermedades crónicas - Vivir de manera saludable



Figura 4. Voces de la comunidad sobre las enfermedades crónicas

Los residentes locales tienen un reto para mantener un peso saludable y para controlar problemas crónicos como la diabetes y la cardiopatía, no porque no quieran estar sanos, sino principalmente debido al estilo de vida y a cuestiones en el entorno construido (escuelas, restaurantes de comida rápida, vecindarios inseguros, etc.).

Estos factores les impiden cambiar su comportamiento, así como mantener mejores hábitos una vez que han comenzado. Muchos residentes ya están conscientes del efecto que tiene la obesidad sobre su riesgo de cardiopatía, cáncer y diabetes. Ellos no quieren enfermarse porque, si lo hacen, la pérdida del ingreso les impedirá que se mantengan a sí mismos o a los familiares que dependen de ellos. La prevención de enfermedades crónicas no es un asunto fácil de resolver. Como institución, necesitamos pensar de manera pragmática sobre este reto y explorar maneras creativas para involucrar a múltiples sectores en nuestra comunidad que puedan trabajar juntos para reducir la carga que imponen los problemas crónicos sobre nuestra sociedad.

Salud mental

Este año, la salud mental subió a la parte superior de nuestra lista de prioridades. Esto podría indicar que la enfermedad mental llegó finalmente a un nivel donde afecta a casi todos en nuestra comunidad.

Cáncer

Después de que el CBAC asignara prioridades a los problemas de la comunidad, colocaron al cáncer en la parte inferior de la lista, en lugar de en la parte superior. Los miembros de CBAC dijeron que creían que, si se abordaban las otras cuestiones, el riesgo de cáncer disminuiría. Dicho esto, los miembros de nuestra comunidad identificaron las cuestiones que aumentaban el riesgo de cáncer y comentaron el efecto sobre sus vidas. El cáncer de próstata fue el cáncer más identificado. Los miembros de la comunidad creían necesitar acceso a más educación sobre cáncer, en valoraciones y detección temprana. Dentro de esto, expresaron un deseo de ayudar a navegar el sistema de salud con el fin de obtener atención para el cáncer cuando la necesitaran. Más que expresar desánimo, los miembros de nuestra comunidad identificaron sus miedos y expresaron un deseo general de prevenir que el cáncer afectara a sus seres queridos, sus empleos y su ingreso. Nadie quiere enfermarse de cáncer. Como institución de investigación de cáncer de renombre mundial, podemos ayudar a suministrar educación sobre cáncer, programas de valoración y de tratamiento que a final de cuentas salven vidas.



Figura 6. Voces de la comunidad - cáncer

Plan para abordar las necesidades

No sería razonable pensar que City of Hope puede resolver todas las cuestiones identificadas en la evaluación de necesidades. Dada nuestra experiencia y recursos como institución de cáncer, necesitamos encontrar maneras pragmáticas de trabajar con nuestra comunidad para abordar las necesidades identificadas. En primer lugar, necesitamos reconocer que las categorías priorizadas son todavía más complejas que las presentadas anteriormente.

A continuación, necesitamos ver los problemas a través de la lente de los “Cinco principios básicos” del Public Health Institute (Figura 7). Mientras planificamos programas, debemos preguntarnos: “¿Cómo afectará nuestro trabajo la vida de la gente vulnerable de tal manera que apoye la prevención, desarrolle un continuo de atención y habilite a la comunidad para asumir un sentido de propiedad de sus problemas de salud? ¿Cómo podemos ser líderes en la creación de un entorno sanador?” A partir de ahí, podemos enfrentar las cuatro necesidades categóricas identificadas diseñando un programa/servicios y desarrollando colaboraciones que funcionarán para aminorar el impacto sobre los residentes locales.

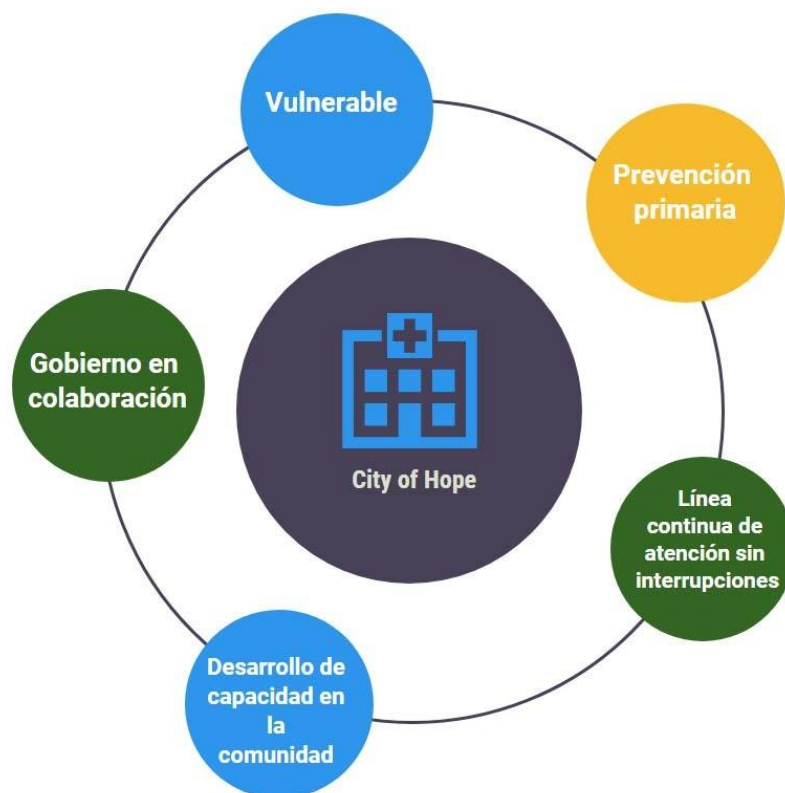


Figura 7. Cinco principios básicos

Colaboraciones

City of Hope es una institución desbordante de personas compasivas. Con el fin de abordar las necesidades de nuestra comunidad, fortaleceremos esta riqueza de recursos para diseñar intervenciones dirigidas específicamente a los problemas identificados dentro de nuestras áreas de servicio.

Los equipos internos ya están capacitados para cambiar la manera como ven su trabajo, desde una punta de vista de mercadotecnia hasta una punta de vista de beneficios para la comunidad que se centre en la manera como el programa afectará la salud de un grupo específico.

Externamente, City of Hope hará un llamado a las diversas relaciones que ha desarrollado con organizaciones locales, escuelas/universidades, gobiernos, otros hospitales sin fines de lucro y la multitud de almas apasionadas que dan servicio a los vulnerables. Al colaborar con nuestras comunidades locales, podemos trabajar juntos

para satisfacer las necesidades de nuestras poblaciones más vulnerables de maneras adecuadas culturalmente. Además, al incluir a las partes interesadas de la comunidad en la planificación de nuestros programas y servicios de beneficios para la comunidad, nos aseguramos de que estos programas se construyan sobre confianza y una visión compartida. Esto proporciona un cimiento sólido para los programas que sobrevivirán y prosperarán dentro de la comunidad que servimos.

Supervisión

Para garantizar que los programas y servicios de beneficios para la comunidad que informa City of Hope se dirijan a necesidades identificadas y se vean a través de la lente de los Cinco principios básicos, nuestro CBAC se reunirá por lo menos cuatro veces al año.

Para asegurar que los miembros del consejo representen poblaciones locales vulnerables o que sean expertos en asuntos importantes para las comunidades vulnerables, buscamos a personas con las siguientes áreas de experiencia:

- Residencia en una comunidad local con un porcentaje desproporcionado de necesidades no atendidas, relacionadas con la salud
- Conocimiento y experiencia en prevención de enfermedades primarias
- Experiencia trabajando con organizaciones de la comunidad local sin fines de lucro
- Conocimiento y experiencia en epidemiología
- Experiencia en el análisis de utilización de servicios y datos de salud de la población

El Departamento de beneficios de la comunidad estableció también un centro interno formado por miembros del personal de City of Hope que son responsables de aportar a los programas y servicios de beneficios de la comunidad. Se reúnen cada trimestre para comentar sobre requisitos federales de informes, para recibir asistencia técnica y para aprender acerca de los procesos de City of Hope para asegurar que el programa

aborde prioridades definidas en la estrategia de implementación. Además, este grupo tiene un sitio web interno que cuenta con enlaces a recursos, mejores prácticas de beneficios para la comunidad y herramientas internas para compartir y desarrollar colaboraciones que refuercen la calidad de las contribuciones del personal.



Patricia Duff-Tucker y Viki Goto
 Copresidentes 2015-2017 del concejo asesor
 de beneficios de la comunidad

Impactos anticipados sobre las necesidades de salud

Cuando vemos las cuatro áreas de prioridad identificadas por nuestra comunidad, necesitamos pensar en ellas a través de la estructura ya disponible para nosotros, como los indicadores líderes de salud de Healthy People 2020. Cada prioridad tiene un indicador de resultados medibles. Aunque podría no ser realista creer que City of Hope puede tener un impacto significativo sobre la meta nacional, una programación consciente y un impacto colectivo nos permitirán realizar cambios a las comunidades

Código clave

AHS	Acceso a servicios de salud
COH	City of Hope
PA	Actividad física
NWS	Estado de peso en la nutrición
D	Diabetes
MHMD	Salud mental y trastornos
C	Cáncer

que atendemos. Como institución, dirigimos nuestros programas y servicios hacia nuestros residentes, centrándonos en los objetivos recomendados a continuación:

1. Acceso a la atención: Asociaciones con pertinencia cultural que reduzcan las barreras para la atención

- a. **AHS-5.1** Aumentar la proporción de personas de todas las edades que tengan una fuente específica de atención continua.
- b. **AHS-2** Aumentar la proporción de personas aseguradas con cobertura para servicios preventivos clínicos.
- c. **COH** – Aumentar el número de esfuerzos de colaboración con organizaciones que provean programas/servicios a comunidades con necesidades de salud no atendidas de manera desproporcionada.
- d. **COH** – Aumentar el porcentaje de la fuerza de atención médica que tenga diversidad cultural y lingüística.

2. Prevención de enfermedades crónicas: Vida saludable, relacionada específicamente con la manera como la nutrición y la actividad física afectan al cáncer y a la diabetes

- a. **PA-1** Reducir la proporción de adultos que se involucran con actividad física en un tiempo que no es de esparcimiento.
- b. **PA-3.3** Aumentar la proporción de adolescentes que cumplen con las directrices federales actuales de actividad física para actividades aeróbicas y de fortalecimiento muscular.
- c. **PA-15** Aumentar las políticas legislativas para el entorno construido que mejoren el acceso y la disponibilidad de oportunidades de actividad física.
- d. **NWS-8** Aumentar la proporción de adultos que tengan un peso saludable.
- e. **NWS-9** Reducir la proporción de adultos que sean obesos.

- f. **NWS-10** Reducir la proporción de niños y adolescentes que son considerados obesos.
- g. **NWS-12** Eliminar la muy baja seguridad de alimentos entre los niños.
- h. **NWS-14** Aumentar el consumo de frutas entre los residentes de 2 años de edad en adelante.
- i. **NWS-15** Aumentar el consumo y la variedad de verduras en la dieta de los residentes de 2 años de edad en adelante.
- j. **D-1** Reducir el número de casos nuevos de diabetes diagnosticados anualmente.
- k. **D-14** Aumentar la proporción de personas con diabetes que reciben educación formal sobre diabetes.

3. Salud mental: Asociaciones de apoyo que aumenten el acceso a la atención/servicios de salud mental

- a. **MHMD-6** Aumentar la proporción de niños con problemas de salud mental que reciben tratamiento.
- b. **MHMD-9** Aumentar la proporción de adultos con trastornos de salud mental que reciben tratamiento.
- c. **MHMD-11** Aumentar las valoraciones de depresión por parte de proveedores de atención primaria.
- d. **MHMD-12** Aumentar la proporción de adultos desamparados con problemas de salud mental que reciben servicios de salud mental.

4. Prevención y detección temprana del cáncer, específicamente lo relacionado con cáncer de pulmón, colorrectal, de próstata y de la mujer

- a. **C-15** Aumentar la proporción de mujeres que reciben valoraciones de cáncer uterino con base en las directrices más recientes.

- b. **C-16** Aumentar la proporción de adultos que reciben una valoración de cáncer colorrectal con base en las directrices más recientes.
- c. **C-17** Aumentar la proporción de mujeres que reciben una valoración de cáncer de seno con base en las directrices más recientes.
- d. **C-19** Aumentar la proporción de hombres que han comentado las ventajas y desventajas de la prueba PSA (antígeno específico de la próstata) para valorar el cáncer de próstata con su proveedor de atención médica.
- e. **COH** Aumentar la proporción de hombres que reciben una valoración de cáncer de próstata con base en las directrices más recientes.
- f. **C-14** (En desarrollo) Aumentar la calidad de vida relacionada con la salud mental y física para sobrevivientes de cáncer.

En su avance, City of Hope alineará sus esfuerzos para abordar los indicadores mencionados anteriormente. Se publicará un informe anual describiendo los esfuerzos que hemos hecho para abordar estas cuestiones. Se aceptarán los comentarios de nuestra comunidad local a lo largo del año y se usarán para fortalecer la resolución de City of Hope de disminuir las disparidades que impiden que nuestros residentes locales experimenten una buena calidad de vida.

Necesidades no atendidas

A diferencia de muchos hospitales que no son especializados, City of Hope no investigará a fondo las causas raíz de las desigualdades de salud y los determinantes sociales de salud, como pobreza y falta de vivienda. Sin embargo, como los determinantes sociales de salud y las causas raíz de las disparidades de salud están entrelazadas con los factores de riesgo para cáncer y diabetes, haremos nuestro mejor esfuerzo por incluir lenguaje y programación que asegurará que nos centremos en las inversiones de beneficios para la comunidad sobre los más vulnerables. Se usarán los Cinco principios básicos para definir el tono para todos los programas y servicios y

garantizar que el enfoque se mantenga en las comunidades que tienen necesidades de salud no atendidas de manera desproporcionada.

ESTRATEGIAS DEL SECTOR SALUD.

En abril del año 2016 la OMS, en su asamblea general, presentó un documento sobre como orientar los servicios de salud, para que sean integrados y centrados en la persona. Se trata de un documento muy interesante, que refleja los conflictos con los que se enfrentan en la actualidad los servicios de salud y los retos a afrontar. A continuación, un breve análisis del citado documento, con su fundamento, conceptualización, estructura y líneas estratégicas propuestas.

Fundamento. El acceso a los servicios de salud presenta muchas desigualdades inter e intra países. Ejemplo de ello es la variabilidad en la respuesta contra los recientes brotes de Ébola en África Occidental. Además, en diferentes países se presentan problemas generalizados asociados al enfoque predominante del tratamiento de procesos agudos, y sin continuidad asistencial.

Por otra parte, con el fin de alcanzar el tercer Objetivo de Naciones Unidas: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas las edades”, se quieren potenciar estrategias asociadas con la integración de servicios de salud y centrados en la persona.

Conceptualización. Los servicios de salud integrados, enlazan de forma coordinada: promoción de la salud, atención primaria, paliativa, terciaria, y rehabilitación dando cobertura a las necesidades de todo el ciclo vital. La atención centrada en las personas, trasciende a la centrada en el paciente; y le da una perspectiva más global y comunitaria donde la población es la que juega un papel esencial. Además, para la construcción de este marco se han tenido en cuenta diferentes situaciones nacionales: países de ingresos altos, medio y bajos; y con estructuras de tipo muy heterogéneo (pequeñas, insulares o federales).

El marco: los servicios integrados y centrados en la persona, se podrán desarrollar si los sistemas de salud aportan disponibilidad, accesibilidad y calidad del personal de salud.

Elementos para la reflexión: Las estrategias para el desarrollo de este marco son cinco: responsabilizar personas y comunidades, fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas, reorientar el modelo asistencial, coordinar servicios entre sectores y dentro de ellos, y finalmente crear condiciones propicias de desarrollo.

1. La responsabilización de personas y comunidades, pasa por activar su participación, así como por poder alcanzar aquellas comunidades más aisladas, marginadas o más desatendidas. Para ello, es necesario potenciar la educación sanitaria, y fortalecer las sociedades civiles entre otros.
2. El fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas necesitan de una participación activa y comunitaria, dentro de un modelo de planificación global y descentralizada, con una financiación en función del desempeño.
3. El modelo asistencial reorientado debe de permitir definir los servicios prioritarios según el ciclo vital, reevaluar las funciones de promoción y prevención, así como potenciar la atención primaria. Todo ello, mediante el desarrollo de una evaluación de necesidades poblacionales y la posterior estratificación de riesgos.
4. La coordinación de servicios debe tener como base estar al servicio del individuo, mediante circuitos asistenciales, sistemas de derivación, y gestión de casos como más relevantes. Se debe de articular la coordinación entre programas y proveedores sanitarios, así como entre sectores entre sí (servicios sociales, educación).
5. El desarrollo de condiciones propicias necesita de un refuerzo en el liderazgo, apoyándose en políticas de seguridad y calidad, sin perder de vista la importancia de los sistemas de información y las funciones de pago.

La implementación de estas estrategias, para ser exitosa, necesita de un enfoque que favorezca su desarrollo donde el enfoque sea por país, y esté centrado en: equidad, participación, potenciación del sistema, praxis basada en la evidencia y orientada a resultados, donde la ética y la sostenibilidad sean claves.

Además, todos los agentes deben de jugar su papel, entre ellos, como significativos: individuos, comunidades, sociedad civil, asociaciones profesionales, universidades, proveedores, aseguradoras.

Por último, es necesaria la definición de indicadores donde se establezcan objetivos de forma que se pueda desarrollar una monitorización eficaz de todo el despliegue de dicho marco.

UNIDAD II

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA

Como parte de las investigaciones epidemiológicas y en las ciencias médicas en general, la demografía ha venido ganando espacio; no obstante, aún se encuentran insuficiencias en su reconocimiento como herramienta metodológica y procedimental de valía. Estos elementos se encuentran en la utilización de otras variantes matemáticas, bioestadísticas e informáticas que llevan a detrimento la sistematización de utilizar la demografía con enfoque epidemiológico en todos los contextos científico-médicos. Es por ello que al consultar las fuentes más actualizadas en materia de epidemiológica y demográfica se aprecian los esfuerzos por fortalecer dicha relación, por la importancia estratégica, preventiva y hasta proyectiva que reviste para el Sistema Nacional de Salud Pública. Elementos iniciales que exponen que el problema no radica en demostrar la existencia de la utilidad en la utilización de la demografía en las ciencias médicas o la epidemiología; sino, el de sintetizar los elementos más recurrentes que favorecen la existencia de la relación misma entre ambas disciplinas científicas. Por lo que el objetivo general de la presente revisión bibliográfica radica

en: resumir los elementos más relevantes que evidencian la relación demografía-epidemiología y su utilidad en la caracterización del estado de salud de la población.

Demografía: la definición de un concepto

La demografía etimológicamente proviene de la unión de dos palabras griegas: demos que significa pueblo y grapho de escribir. Constituye a nivel general la parte de la estadística que estudia las colectividades humanas dentro de una región determinada.¹ Constituye un estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas, trata sus características sociales y de su desarrollo a través del tiempo. Los datos demográficos se refieren, entre otros, al análisis de la población por edades, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil; las modificaciones de la población, nacimientos, matrimonios y fallecimientos; esperanza de vida, estadísticas sobre migraciones, sus efectos sociales y económicos; grado de delincuencia; niveles de educación y otras estadísticas económicas y sociales.

Los principales autores citan que la demografía como disciplina específica se encarga de estudiar las poblaciones humanas; es decir, las características más importantes y la forma de medir y realizar las diferentes variables demográficas: población, natalidad, mortalidad, fecundidad, migración, entre otras.

La demografía analiza el tamaño, composición, estructura y distribución de la población en el territorio. Sus investigaciones y análisis principales se centran en dos aspectos: los movimientos naturales de población, es decir, los cambios que se producen en función de los nacimientos y defunciones, y los movimientos espaciales o migraciones. Gracias a estas investigaciones la demografía también puede estudiar la evolución de la población en el tiempo. Se considera un área interdisciplinar que complementa y, a la vez, se vale de otras disciplinas como las siguientes: Matemáticas, Estadística, Biología, Medicina, Sociología, Economía, Historia, Geografía (la geografía de la población surgió en la década de 1950 con las investigaciones de Pierre George, Zelinski y Trewartha) y Antropología.

La ONU en su Diccionario demográfico multilingüe (2014), presenta la demografía como la ciencia que tiene la finalidad del estudio de la población humana y que se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados fundamentalmente desde el punto de vista cuantitativo.

Entre las principales áreas de estudio de la demografía se encuentran: la demografía general, la cualitativa y la cuantitativa, la económica, la histórica, la potencial, la pura, la social, la estática, la dinámica y la sanitaria o médica; esta última que se encarga de la descripción de la salud y la enfermedad de las poblaciones humanas.

Historia de la demografía

A partir de asumir la definición de Valero Juan (2010), se concibe finalmente que la Demografía es la ciencia que estudia estadísticamente la estructura y dinámica de las poblaciones, así como las leyes que rigen estos fenómenos. Su objetivo son las poblaciones humanas, que podemos definir como el conjunto de personas que habitualmente residen en una zona geográfica, en un momento determinado.

La revisión bibliográfica que coincide con los criterios de: Chackiel (2009), Valera (2010), CESDEM (2012), OMS (2012), ONU (2014), revela que la demografía tiene una historia relativamente corta y se considera a John Graunt (1620-1674) como el primero en realizar un estudio demográfico cuando analizó la mortalidad en el Londres de su época, las causas que la provocaban y las diferencias que había entre hombres y mujeres. Sin embargo, el primer gran referente para la demografía moderna fue la publicación, en 1798, del Ensayo sobre el principio de la población, del economista británico Thomas Robert Malthus.

En su obra, Malthus advertía de la tendencia constante que tenía la población humana a crecer a un ritmo más elevado que el de la producción de alimentos (incremento geométrico frente al aritmético), y de los problemas que se iban a originar si no se asumía un control de dicho crecimiento. Asimismo, indicaba las diferentes formas en que se podría disminuir el aumento de población, diferenciando entre los llamados

frenos preventivos (abstinencia y anticoncepción) y los frenos positivos (trabajos duros, guerra, hambre y enfermedad).

El verdadero desarrollo de la demografía llegó a partir del siglo XIX con el uso cada vez más generalizado de fuentes como los registros parroquiales y civiles, que contenían casi únicamente datos relativos a nacimientos, matrimonios y defunciones. Posteriormente la utilización de censos más completos que mostraban la composición socioeconómica de la población. Hasta el siglo XIX, las fuentes apenas tenían datos fiables y regulares sobre población y ofrecían muchas dificultades para hacer estudios demográficos precisos y de forma periódica. El avance de las ciencias del comportamiento, de la estadística y de la informática en el siglo XX estimuló la investigación demográfica.

A lo largo del siglo XX, los gobiernos y las organizaciones internacionales tomaron gran interés en saber cuál era la población exacta en cada país y en el mundo. Esta preocupación hizo que se crearan organismos especializados que se encargaban de elaborar con rigor y periodicidad documentos oficiales que aportaran datos fiables sobre el número de habitantes y sus características. De esta manera, hoy día se puede describir la población actual y predecir el futuro demográfico, es decir, realizar proyecciones y estimaciones, con una exactitud razonable.

En 1928 se fundó la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), que agrupa a numerosos científicos de países diferentes. Dentro del propio sistema de las Naciones Unidas existen diferentes entidades y departamentos encargados de esta materia, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), o la división demográfica en el seno del Consejo Económico y Social europeo, con su red de información sobre población (POPIN). Además, en muchos países se han creado organismos oficiales para el estudio de la población e institutos de estadística que trabajan regularmente los datos demográficos, y son cada vez más numerosos los tratados y conferencias que tratan la evolución de la población y sus problemas asociados y relacionados con el desarrollo económico.

Las principales fuentes demográficas son los censos nacionales, los registros civiles y los padrones. Estas fuentes proporcionan el material de base para investigar las causas y las consecuencias de los cambios de población.

La fuente más habitual y completa e lo que va siglo son los censos de población, un documento oficial que contabiliza en un momento concreto todas las personas que viven en un área determinada, con sus datos personales y características demográficas, sociales, culturales y económicas específicas (estadísticas vitales): género o sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, nivel de estudios, tipo de vivienda, etc... La ONU recomienda que los censos se hagan a escala estatal y con una periodicidad de diez años, mejor en los años terminados en uno o cero. Sin embargo, elaborar un censo correctamente es un proceso muy caro por lo que muchos países en vías de desarrollo necesitan apoyo para poder realizarlo; en estos, a veces se realizan muestreos a escala nacional utilizando una selección estadística lo más representativa posible de la población total.

En nuestro país la fuente fundamental de información procede del Sistema Estadístico Nacional, a través del cual la Oficina Nacional de Estadísticas e Información con sus Oficinas Provinciales, las que captan información de los centros informantes directamente y otras informaciones que se reciben de forma directa de los Organismos de la Administración Central del Estado. La publicación periódica de los datos demográficos se estuvo editando anualmente hasta su versión No 18, correspondiente al año 1988. La edición de esta serie se vio interrumpida desde entonces hasta 1995 producto a las limitaciones económicas por las que atravesó el país en esos años.⁹ No obstante, los requerimientos informativos de los diferentes usuarios se pudieron satisfacer brindando el servicio en soporte magnético, y además, en los Anuarios Demográficos editados en ese período se incluyó información lo mas detallada posible sobre la población por sexo, edad y territorios.

A partir del año 1996 comienza la reedición de esta publicación como rescate de la tradición informativa. La metodología utilizada para el cálculo de las cifras de población es la ecuación compensadora, que a partir del año 2003 tuvo un novedoso sistema de

procesamiento, con mayor apertura dada la elevada cobertura de los sistemas de estadísticas continuas de nacimientos, defunciones y migraciones, así como de la calidad de las variables sexo y edad captada en los mismos y la base de datos del Censo del 2002. La conformación de esta base de datos permitió efectuar dicho cálculo a nivel de cada edad simple, de cada sexo, de cada zona para cada municipio. De modo que el procedimiento se aplicó a nivel del detalle mínimo posible y por agregación se obtuvieron los niveles superiores de la División Político Administrativa, es decir, Provincias y Nación.

Como parte del perfeccionamiento del Sistema de Información Estadístico Nacional (SIEN) de Demografía, en el año 2006 se concibió un nuevo sistema de procesamiento denominado SIDEMO, con un diseño computacional de enfoque sistémico para el tratamiento automatizado de todas las variables demográficas, y que incluye el cálculo de la población, realizándose la correspondiente prueba y puesta a punto.

La edición No. 40 (año 2010) elaborada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE), de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), contiene las cifras oficiales calculadas de la población del país con apertura por provincias, municipios y zona urbana y rural, con desglose por sexo y edades simples y quinquenales hasta 85 años y más, todo ello referido al 31 de diciembre del 2010.

Funciones de la demografía

Esta síntesis histórica de la demografía nos demuestra que entre sus funciones fundamentales, aunque son variados los criterios a partir de los autores citados con anterioridad, están:

- **Estadística (Analítica-caracterizadora):** Define las variables de análisis y caracterización de los grupos humanos. Se inscribe en la demografía general y cuali-cuantitativa, se considera la base del resto de los campos de actuación de dicha ciencia. Estructura según una serie de variables y criterios predeterminados el inventario de los grupos humanos que se componen desde una perspectiva social, económica y/o geográfica.

- Estratégica (Proyectiva-preventiva y de toma de decisiones): Aporta resultados que permiten la planificación de la economía y la política, revela los datos a considerar para proyectar acciones de prevención y gestión de resultados favorables en los diferentes ámbitos de las sociedades. Deviene en la toma de decisiones que definen el rumbo de progreso de los países.

Vinculación de la demografía con la epidemiología: ejemplos específicos.

El propósito de la relación demografía-epidemiología se ubica en la necesidad de la inclusión en los censos demográficos de los temas relacionados con la salud de las personas. Esta vinculación de dichas áreas científicas intenta identificar los datos demográficos y aquellos atingentes al sector de la salud para satisfacer sus necesidades de funcionamiento administrativo y la demanda de la población, así como para el seguimiento y la evaluación de políticas y programas médicos.

Varios indicadores y variables del sector de la salud y de los estudios demográficos interactúan permanentemente, por lo que, además de tener componentes comunes (el más notorio de ellos, la mortalidad), determinan mutuamente sus tendencias en el tiempo. La población es sujeto y objeto de atención de la salud, por lo que es necesario considerar elementos como el volumen, el crecimiento y la distribución de la población en el territorio. En ese sentido, los componentes del cambio demográfico necesarios para prever las demandas de salud son la fecundidad, la mortalidad, las migraciones y la estructura por edades de la población. La transición demográfica es contemporánea de la transición epidemiológica y se inicia, principalmente, con el descenso de la mortalidad en la niñez debido a los avances de la medicina y la atención primaria de la salud.

Por otra parte, los factores próximos que determinan la tendencia de la fecundidad, que expresa la capacidad reproductiva de la población, son acciones que se desarrollan en el sector de la salud tales como los programas de planificación familiar y de salud reproductiva. De esta manera, la transición demográfica, que se inicia fundamentalmente por una mayor sobrevivencia de los niños y continúa con la disminución de la fecundidad, se traduce en la transformación de la estructura por

edades de la población, cada vez más envejecida, que, a su vez, repercute en los perfiles epidemiológicos.

Además, el censo, como fuente alternativa y subsidiaria de información sobre salud y otros temas, tiene limitaciones fundamentales, como la falta de espacio para examinar asuntos complejos y la carencia de empadronadores e informantes especializados o calificados en los temas del sector en cuestión, en este caso el de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco de su sistema de información, reconoce que la inclusión de temas adicionales de salud en los censos solo es posible si se hace mediante un pequeño número de preguntas.

No cabe duda de que las fuentes más apropiadas son los registros de estadísticas vitales y hospitalarias, así como las encuestas y mega encuestas especializadas en ciertas áreas de la salud. De todas maneras, debido a las insuficiencias de los registros administrativos, podría ser atendible la incorporación de algunas preguntas en el censo que se formulen de una manera sencilla.

En Naciones Unidas (2008) se hicieron recomendaciones acerca de la confección del cuestionario y se señaló la importancia del censo para la obtención de estadísticas de áreas pequeñas, sobre todo para la gestión de los gobiernos locales. El manejo de datos desagregados, facilitado por las nuevas tecnologías de almacenamiento y procesamiento de grandes bases de datos, como REDATAM (software desarrollado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL) genera una demanda adicional para el censo en cuanto a incluir la recolección de información requerida por nuevos usuarios.

En ese sentido, considerando la situación de países con registros administrativos deficientes, los responsables del levantamiento censal han estado abiertos a introducir temas emergentes. Para ello, en las recomendaciones se plantean al menos dos requisitos:

- Evitar preguntas ofensivas o de naturaleza confidencial, que sean éticamente reprobables o que pongan en riesgo el llenado del resto del cuestionario.

- Que se realicen pruebas en terreno de las nuevas propuestas, mediante censos experimentales y las llamadas encuestas piloto.

Tomando como variable para ejemplificar la longevidad de una población, esta es causa y consecuencia de los cambios en los patrones de la enfermedad. La enfermedad infecciosa, la más prevalente de forma tradicional en la historia de la humanidad, de origen exógeno, transmisible y de curso agudo, es reemplazada por la enfermedad edad - dependiente, de origen endógeno, no transmisible, de curso crónico y frecuentemente incapacitante. Este cambio debe condicionar un giro radical del panorama médico - asistencial en la población donde se produce.

Por lo que los estudios demográficos con enfoque epidemiológico revelan que las personas mayores presentan problemas de salud diferente de las de los jóvenes. La morbilidad en los ancianos puede clasificarse en tres categorías:

- Morbilidad asociada a procesos crónicos frecuentemente mortales: derivados de problemas de arterioesclerosis, cáncer o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Pueden ser tratados o prevenidos con éxito y prolongar la vida del sujeto.
- Morbilidad asociada a enfermedades raramente mortales: ejemplo de éstas serían la artrosis, hernias, estreñimiento, depresión. Si en un futuro se logra posponer la morbilidad debida al grupo anterior, será el grupo que contabilizará la mayor parte de la morbilidad. Su prevención no prolonga la vida del sujeto, por lo que supone una reducción neta de la morbilidad.
- Morbilidad asociada a la senescencia: problemas derivados de la pérdida de homeostasis y a la dependencia. Algunos de ellos son osteoporosis, déficit visual y auditivo, pérdida de memoria, incontinencia... Su prevención no aumenta la supervivencia, pero sí aumenta el periodo libre de morbilidad. Al aumentar la esperanza de vida, la morbilidad por estos procesos subirá de forma importante.

Todas estas circunstancias conocidas hacen necesaria la implantación de programas de promoción de la salud y medicina preventiva. El control de los procesos crónicos graves de alta mortalidad llevará a un crecimiento de las patologías degenerativas de la senescencia. Esto implica que la edad media de inicio de la morbilidad aumentará en un número de años mayor que lo hace la esperanza de vida, con lo que se producirá de forma teórica un aumento en el número de años libres de enfermedad de incapacidad, llegando a la realidad del concepto expresado por Fries de “compresión de la morbilidad” en los tramos finales de la vida. A este idílico teórico marco se deben dirigir las investigaciones en envejecimiento, y mientras se alcanza asistimos con cierta impotencia a la “expansión de la morbilidad”, ganando años de longevidad a expensas de enfermedades crónicas y, lo que es peor, incapacitantes.

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha sido de marcado interés en las últimas décadas, entre otras razones porque el envejecimiento poblacional iniciado en Europa en países con transición temprana - se ha extendido a otras regiones del mundo. Cuba, país en desarrollo, no queda excluida de la problemática planteada. Los autores realizan un análisis de los procesos de transición demográfica y epidemiológica y la categoría calidad de vida, dada la relación de ésta con los procesos anteriormente considerados.

Políticas específicas de seguridad, higiene y ambiente.

Como elemento complementario a tener en cuenta en los aspectos relacionados con la demografía y la epidemiología, se debe tener en cuenta las Políticas específicas de seguridad, higiene y ambiente. Estas determinan las acciones generales a tener en cuenta en función de la aplicabilidad de las relaciones que se establecen entre estas disciplinas científicas. Las políticas más importantes y aplicables al Sistema de Salud son:

- Cumplir con las Leyes, reglamentos aplicables y con los requisitos acordados por el Sistema de Salud Pública

- Identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de nuestras operaciones con el propósito de prevenir accidentes que puedan originar lesiones, enfermedades profesionales y daños al ambiente en ciertos sectores poblacionales
- Proveer los recursos necesarios para el cumplimiento de estas políticas y de los objetivos establecidos en la mismas según las particularidades de la población determinada
- Mantener las condiciones de Seguridad, Higiene y Ambiente que permitan garantizar la salud y la calidad de vida, a partir de los censos demográficos y epidemiológicos
- Evaluar los impactos ambientales y los riesgos para la Seguridad y la Salud en la población
- Asegurar que todos los especialistas reciban la capacitación adecuada y sean competentes para cumplir con sus obligaciones y responsabilidades relacionadas con estas políticas.

Estas políticas no son suficientes si no se entiende la lógica a tener en cuenta para su implementación, por lo que en la revisión se asumen como referente para dicho fin el esquema que aporta el Ministerio de Salud de Perú sobre las condiciones determinantes para la higiene y ambiente saludable.

Higiene de ambientes específicos Se designa con el nombre de ambiente a “todo aquello que exista fuera del organismo vivo, todo lo que lo rodea en el universo externo, incluyendo los factores o circunstancias ante los cuales el hombre reacciona o puede reaccionar”.

Estos factores ambientales son de dos tipos:

- Los naturales
- Los del medio social Los factores naturales pueden a su vez subdividirse en:
 1. Factores biológicos: plantas y animales, incluidos los microorganismos.

2. Factores físicos: agua, aire, suelo, ruido, radiaciones, microclima, luz solar y otros. Todos estos factores conforman el entorno en que se desenvuelve el hombre, y sin dudas ejercen una marcada influencia sobre el mismo. Es por ello que es necesario que dichos factores se mantengan en condiciones higiénicas, a fin de que su acción sobre el hombre sea positiva en el sentido de que contribuyan a preservar su salud y bienestar.

Podemos definir la higiene como “la rama de las ciencias médicas que tiene como objetivo crear y mantener las condiciones óptimas de vida para el hombre”.

El objetivo fundamental de la higiene del ambiente es “la promoción del completo estado de bienestar físico, mental y social del hombre, en la medida en que ello pueda lograrse mediante la acción sobre el ambiente que lo rodea.

Relación entre la higiene del ambiente y la salud

Existe una relación claramente definida entre la existencia de una higiene ambiental apropiada y el estado de bienestar y salud de la población. Esta afirmación puede confirmarse con los siguientes hechos.

1. Una higiene ambiental adecuada se traduce en una disminución de las enfermedades que generalmente se adquieren o transmiten por las heces fecales, o son transmitidas al hombre por las aguas contaminadas o por insectos y roedores.
2. Una mayor evidencia de la relación entre higiene y salud puede observarse en los índices de mortalidad, especialmente en los niños de países subdesarrollados.
3. El mejoramiento de las condiciones higiénicas produce un estado de bienestar en la población, lo cual contribuye a su desarrollo social.

Medidas básicas de higiene del ambiente para la conservación de la salud.

La higiene del ambiente comprende una serie de actividades diversas que trataremos de resumir a continuación:

1. Control sanitario del agua de consumo: Garantizando que la población reciba un abastecimiento de agua en cantidad suficiente para sus necesidades y de buena calidad. El agua debe llegar al interior de la vivienda o se fácilmente accesible, y ser apta para el consumo humano, además se debe hacer la vigilancia sanitaria de los acueductos o cualquier otro sistema que suministre agua para el consumo.
2. Control sanitario de excretas y albañales, y lucha contra la contaminación de las aguas subterráneas y superficiales, incluidas el agua de mar. Para ello se velará porque en las poblaciones existan alcantarillados para la eliminación de estos desechos, y de no existir, se exigirá que las viviendas tengan instalaciones donde ellos puedan ser evacuados sin contaminar el ambiente.
3. Control sanitario del almacenamiento, recolección y eliminación de desechos sólidos (basuras), utilizando latones con tapas para el almacenamiento en las viviendas y locales, camiones cerrados para su recolección periódica y eliminándolos en vertederos con buenas condiciones higiénicas para evitar la procreación de moscas, cucarachas, ratas y otros artrópodos y roedores transmisores de enfermedades.
4. Control sanitario de vectores que intervienen en la transmisión de microorganismos patógenos. Para esto es necesario mantener las poblaciones limpias y sin estancamientos de agua, almacenar correctamente los alimentos, recoger sanitariamente las basuras etc.
5. Prevención y control de la contaminación del suelo por excretas y residuales líquidos, desechos sólidos, sustancias químicas tóxicas u otras capaces de causar daño al hombre, los animales y las plantas.
6. Prevención y control de la contaminación atmosférica con humos y gases de origen industrial o producidos por los vehículos automotores.
7. Lucha contra el ruido y otros factores físicos adversos a la salud del hombre, incluidas las radiaciones.

8. Mantenimiento de las viviendas y otros locales en condiciones higiénicas incluyendo sus alrededores.

9. Garantizar condiciones higiénicas en los lugares públicos de turismo y recreación.

10. Medidas de higiene aplicable a transportes aéreos, marítimos y terrestres.

11. Medidas sanitarias en caso de situaciones de emergencia, epidemias, huracanes, terremotos, guerras, otros.

12. Control sanitario de los alimentos: Incluye las actividades sanitarias que se realizan sobre el alimento mismo, el personal manipulador y las instalaciones, para garantizar la inocuidad, salubridad.

13. Higiene del trabajo: con especial atención a los riesgos físicos, biológicos y mecánicos. Comprenden las actividades necesarias para garantizar buenas condiciones de trabajo en cada una de las profesiones u oficios, controlando los factores que puedan dañar la salud del trabajador.

14. Higiene de las instituciones infantiles y escolares, incluido el proceso de enseñanza. Comprende todas las actividades tendentes a promover y fomentar la salud del escolar y de los trabajadores de la enseñanza, así como el control del estado sanitario de los locales escolares y la higiene de los materiales empleados en la enseñanza.

Enfoque de riesgo

En la actualidad esa conducta se ha hecho más eficiente, refinada y va mucho más allá, pues defiende la vida, desde la esencia misma de la prevención, no solo de la muerte sino de sus causas, que son las enfermedades, los accidentes, los desastres naturales, las guerras.

Esto lo ha logrado con el estudio e identificación de los factores que en determinadas circunstancias, pueden afectar a individuos aislados o a comunidades de ellos y originarles daños a su integridad física o psicológica y producir

enfermedades o muerte. Se pretende compilar los conceptos principales relacionados con los factores de riesgo desde un enfoque integrador y salubrista.

Riesgo:

Para conocer que es un factor de riesgo se debe partir del concepto de riesgo, cuya definición más simple es:

Riesgo: proximidad de un daño o un peligro.

Desde el punto de vista salubrista es un concepto más amplio:

Es la probabilidad de sufrir un daño, enfermedad o muerte en presencia de determinadas circunstancias que inciden en una persona, grupos de personas, comunidad o ambiente.

También se define al riesgo como la medida de que se produzca un hecho o daño a la salud ya sea enfermedad o muerte.

Metodología para evaluar riesgo.

La valoración del riesgo es una herramienta de la seguridad y salud en todos los escenarios donde se desenvuelve el ser humano.

La metodología para evaluar riesgo es también conocida como determinación de riesgo y consta de los siguientes pasos:

- Identificación del agente que puede producir daño.
- Estimación de la probabilidad de la ocurrencia del daño.
- Medición del impacto cuantificable de ese riesgo en la salud.
- Evaluación y manejo de los resultados obtenidos en la cuantificación de

Identificación del agente que puede producir daño.

- Estimación de la probabilidad de la ocurrencia del daño.
- Medición del impacto cuantificable de ese riesgo en la salud.
- Evaluación y manejo de los resultados obtenidos en la cuantificación de

- Determinación del impacto que estos daños hacen al individuo.

De la valoración del riesgo surge la necesidad de implementar cambios y tomar decisiones que impliquen la asignación de recursos suficientes para ello.

Factor de riesgo:

Partiendo de los conceptos, se ve qué es un factor de riesgo.

Factor de riesgo: es una característica, condición o circunstancia detectada en un individuo o grupo de personas y el ambiente, que se asocia con una probabilidad incrementada de desarrollar o experimentar una enfermedad o desviación de la salud.

Otros conceptos interesantes de factor de riesgo son los siguientes:

Factor de riesgo: es un atributo o característica que confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer una enfermedad o alteración de la salud. Es la susceptibilidad individual en términos probabilísticos.

Es el factor endógeno o exógeno, que puede ser controlado, precede al comienzo de la enfermedad, está asociado a un incremento de la probabilidad de incidencia de una afección determinada y tiene responsabilidad en su producción.

Estos conceptos permiten contar con una visión integradora, que evidencia el protagonismo, que sin lugar a dudas gozan los factores de riesgo debido a que son los que más interés tienen en salud pública, ya que con su posible modificación, se puede interrumpir el desarrollo de la enfermedad.

Un factor de riesgo es cualquier fenómeno físico, químico, biológico o psico-social o alguna enfermedad previa al efecto que se esté estudiando, que por su presencia o ausencia, esté relacionado con la enfermedad investigada.

Algunos definen los factores de riesgo como agentes causales. Es importante tener en cuenta la causalidad de un factor de riesgo, para determinada enfermedad.

Condiciones necesarias para establecer una probable relación de causalidad entre el factor de riesgo y el daño provocado:

1. Asociarse con una frecuencia significativa a determinada enfermedad o problema de salud. El aumento o disminución del factor de riesgo se acompaña de un aumento o disminución de la enfermedad.
2. Preceder a la enfermedad durante un período de tiempo determinado. Guarda relación de precedencia temporal.
3. Poseer un carácter patogénico evidente, es decir, un respaldo teórico bien fundamentado que explique la aparición del daño. Es tener plausibilidad biológica.
4. Predecir la ulterior aparición de la enfermedad a la cual predisponen, cuando estén presentes.

Un factor de riesgo causal de un daño a la salud reúne los siguientes criterios:

- **Fuerza de asociación:** A través del riesgo relativo cuando al aumentar la exposición al factor de riesgo debe esperarse un mayor daño a la Salud.
- **Especificidad de la asociación:** es la relación específica entre el factor de riesgo y el daño, si se observa que ese factor de riesgo está presente específicamente para ese daño, se puede pensar en una relación causal entre ambos.
- **Consistencia de la asociación con el conocimiento existente:** se comprueba si en otros estudios independiente mente del lugar y de los métodos empleados, evidencia la relación entre el factor de riesgo y el daño.
- **Asociación temporal y credibilidad biológica:** explica los mecanismos de asociación de acuerdo a los conocimientos científicos actuales.

Existen variables conocidas como marcadores de riesgo que se definen a continuación:

Marcadores de riesgo: son variables de persona, por tanto, endógenas, que no son controlables y definen a los individuos particularmente vulnerables. Señalan un aumento del riesgo de padecer la enfermedad, aunque no tienen influencia directa en su producción (edad, sexo). Se vinculan indirectamente con un efecto o daño a la salud, no existen relaciones evidentes de causalidad y solo hay asociaciones estadísticas.

Clasificación de los factores de riesgo.

Los factores de riesgo se pueden clasificar en:

Conceptos relacionados con el enfoque de riesgo.

1. **Individuales:** inherentes al individuo, relacionados con su estilo de vida que le otorga un grado variable de susceptibilidad para adquirir enfermedad, daño o muerte. Un riesgo individual indica la probabilidad de un individuo, de desarrollar la enfermedad.

2. **Colectivos o ambientales:** son los que afectan comunidades, grupos sociales o ambientes. Un riesgo colectivo mide la proporción de las personas que han desarrollado una enfermedad determinada.

Estos pueden ser según:

a) Naturaleza: físicos, químicos, biológicos o psicosociales. En relación con fenómenos de esos tipos que puedan ser factores de riesgo en la comunidad.

b) Componentes ecológicos que intervienen en el proceso como agua, suelo, aire, alimentos y agentes biológicos.

c) Ambiente especial en que se encuentran escuelas, jardines de infancia, industrias, oficinas, etc.

A continuación, se atiende a los riesgos según su naturaleza:

Riesgos Físicos: son los factores que dependen de las propiedades físicas de los cuerpos.

1. Microclima: Dado por:

- a) Temperatura del aire.
- b) Velocidad del aire.
- c) Humedad.
- d) Presión del aire.

2. Radiaciones:

- No ionizantes.
- Ionizantes.

3. Ruido.

4. Vibraciones.

5. Iluminación.

Riesgos Químicos: son aquellos que actúan a través de una reacción química. Se clasifican en:

a) Sólidos:

- Metales y metaloides: Plomo, manganeso, mercurio.

Polvos: son partículas dispersas, de tamaño entre 1 y 150 entre 1 micrómetros. Los polvos pueden ser:

- Polvos en partículas inorgánicas: Sílice, asbesto

- Polvos en partículas orgánicos: Café, tabaco, bagazo.

Humos: son producto de condensación de gases resultantes de volatilización de metales y combustiones incompletas. Miden entre 0,10 a 1 micrómetros

b) Líquidos:

- Disolventes orgánicos:
 - Hidrocarburos aromáticos.
 - Hidrocarburos clorados.
 - Cetonas.
 - Alcoholes, etc.

- Plaguicidas:

Organofosforados.

Organoclorados.

Parafínicos, etc.

- Nieblas o neblinas: se crean cuando los líquidos son atomizados o rociados, son dispersiones de líquido en el aire producidas por un efecto mecánico.
- Rocíos: es la dispersión de líquidos en el aire producidas por un fenómeno de condensación al disminuir la temperatura.

c) Gases:

- Monóxido de carbono

d) Aerosoles.

e) Vapores.

Riesgos Biológicos: es la presencia de un organismo o sustancia deriva de un organismo que plantea una amenaza a la salud humana.

- Bacterias.
- Virus.

- Hongos.
- Protozoos.
- Parásitos.
- Plantas.
- Animales.
- Plantas.
- Manipulación de sangre u otras muestras biológicas, etc.

Riesgos Psico-sociales: son aquellos que producen reacciones psicológicas, de comportamiento y físicas que pueden influir en la salud humana.

- Estrés.
- Fatiga.
- Monotonía.
- Hastío psíquico.
- Acoso.
- Violencia, etc.

Otras clasificaciones de los factores de riesgo son:

1. Mayores o menores: de acuerdo a su utilidad en la prevención de enfermedades. Los mayores son los que son útiles para la prevención de la enfermedad, demostrando una contribución importante e independiente para padecerla.

2. Modificables y no modificables: según la posibilidad de actuar sobre ellos y modificarlos.

a) Modificables:

- Hábito de fumar.
- Sedentarismo.
- Obesidad.
- Hipertensión arterial (para lograr su control).

- Diabetes mellitus (lograr su control), etc.

b) No modificables:

- Edad.
- Sexo.
- Antecedentes patológicos personales.
- Antecedentes patológicos familiares, etc.

3. Atendiendo su origen pueden ser:

- a) Biológico: afecciones presentes, grupos de edades, estado nutricional, etc.
- b) Ambientales: condiciones higiénicas del ambiente, disposición de residuales, abastos de agua, contaminación ambiental.
- c) De comportamiento: hábitos tóxicos, estilos de vida.
- d) Relacionados con la atención de salud: cobertura de salud, poca accesibilidad, calidad deficiente de la atención médica.
- e) Socio-culturales: nivel educacional, tradiciones.
- f) Económicos: Ingresos, vivienda.

4. Atendiendo al tiempo de actuación y la posibilidad de daño:

- a) Permanente.
- b) Acumulativo.
- c) Ocasional.

Por lo general un individuo no está expuesto a un solo factor de riesgo, sino a varios de ellos. También existen afecciones de salud establecidas, que son enfermedades en unos casos y constituyen factores de riesgo en otros. Un ejemplo es la obesidad que es una enfermedad para el que la presenta y constituye un factor de riesgo, para

padecer otras afecciones tales como: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, enfermedad coronaria, cáncer, entre otras.

Es importante para la medicina preventiva la identificación de determinados factores de riesgo y su grado de asociación con el daño a la salud, la frecuencia con que se manifiesta en la sociedad y la posibilidad de prevenirlo.

Conocer los factores de riesgo es de gran utilidad para realizar previsiones sobre las tendencias de las enfermedades y adaptar las estrategias de prevención.

Evaluación del riesgo:

La evaluación del riesgo:

- Valora lo que va a ocurrir.
- La probabilidad de que ocurra.
- Las consecuencias, si ocurre.

La evaluación hace:

- Identificación.
- Evaluación de la exposición.
- Caracterización del riesgo.

Para la evaluación de los riesgos se realizan análisis:

- Cualitativo: Identificación de los riesgos.
- Cuantitativo: Valores numéricos de frecuencia o probabilidad de las consecuencias de los hechos que se desean prevenir.

Evaluar los riesgos es un pilar de la medicina preventiva. La intensidad de la intervención ha de ser proporcional a la magnitud del riesgo.

Medición del riesgo:

Elementos básicos de medición del riesgo en la práctica médica:

Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad que se produce en una colectividad durante un período definido, expresa el riesgo de enfermar o sufrir un daño en una colectividad determinada.

Prevalencia: número de casos existentes de una enfermedad o condición en un período determinado en una colectividad.

Riesgo global: es el riesgo derivado de la medida expresada por la posibilidad de ocurrencia de un evento.

Riesgo relativo: es la frecuencia con que padece la enfermedad o condición el grupo de individuos expuestos al factor de riesgo en relación con el grupo de personas no expuestas.

Riesgo atribuible: es la disminución que se produciría en el riesgo de enfermar en aquellos individuos expuestos a un factor de riesgo, cuando se le suprime la exposición.

En la medida en que se profundice en el conocimiento de los factores de riesgo se gana eficiencia en las labores de prevención encaminadas a disminuir ese riesgo. Es necesario cuantificarlo, para establecer la prioridad del plan de acción, para su control y la asignación de los recursos necesarios, tanto materiales como humanos, para la ejecución de ese plan.

Estrategia de alto riesgo:

Estrategia de alto riesgo es la identificación de grupos poblacionales con mayor susceptibilidad de sufrir enfermedades no transmisibles.

Grupos de alto riesgo: conjunto de personas en las que confluyen varios factores de riesgo o que muestran niveles de estos, que están muy por encima de la media poblacional, con valores extremos por exceso; o grupos poblacionales con un conjunto de factores de riesgo, que presentan niveles extremos por exceso.

Método de enfoque de riesgo:

Ya se analizó los conceptos de riesgo y de factores de riesgo. Ahora se verá en qué consiste el enfoque de riesgo.

De forma sencilla enfocar se define como dirigir un haz de luz o una cámara hacia un punto, orientar un asunto o aspecto de una manera determinada y el enfoque es la acción o efecto de enfocar o dirigir el foco, la forma de considerar o tratar un asunto. Entonces al combinar esos conceptos, tenemos uno que implica dirección, orientación, especificidad y que habla de un salto cualitativo en la gestión de salud.

Enfoque de riesgo: método que se emplea para medir la necesidad de atención, por parte de grupos específicos.

No se trata de evaluar fríamente un riesgo, sino de identificar quién o quiénes son los más vulnerables a sufrir daños por ese motivo, teniendo como objetivo trazar una estrategia certera para su control, que resulte en la minimización o en la eliminación del riesgo.

El enfoque de riesgo va dirigido a los individuos o grupos más susceptibles de enfermarse y toma acciones de planificación, dirección y asignación de recursos encaminados a lograr ganancia de salud para ellos.

Determina un orden de prioridad según aquellos que tienen mayor necesidad de salud, no enfoca de modo homogéneo, ayuda a determinar prioridades de salud. Es una

herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención a aquellos que más lo requieren. Es no igualitario, discrimina a favor de los que tienen más necesidad de atención.

En la medida en que se profundiza en el conocimiento de los factores de riesgo se gana en eficiencia en las labores de prevención encaminadas a disminuir ese riesgo.

Se hace necesario cuantificar el riesgo para establecer la prioridad del plan de acción para su control y la asignación de los recursos materiales y humanos para su ejecución. Mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención a la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones.

Para la prevención es muy importante la identificación de un determinado factor de riesgo en dependencia de su grado de asociación con el daño a la salud, la frecuencia en que se manifiesta en la comunidad y la posibilidad de su prevención.

El enfoque de riesgo considera todas las causas. Es la identificación y la medición de la probabilidad de que se produzca un daño, y se emplea para estimar la necesidad de atención para la salud y sus diferentes servicios.

Estrategias del enfoque de riesgo.

Etapas por las que transita la estrategia del enfoque de riesgo:

1. Identificar el riesgo.
2. Definir personas o grupos expuestos.
3. Determinar la magnitud y distribución del riesgo, medición del riesgo.
4. Reconocer los factores asociados.
5. Evaluar la disponibilidad de recursos para enfrentar el problema.
6. Plantear las medidas a tomar para abordar la situación.
7. Elaborar el plan de acción y establecer las prioridades según las necesidades.

Usos del enfoque de riesgo.

Se usa como estrategia para establecer acciones en función de las prioridades de salud, programas de educación sanitaria de mayor impacto, aumentando la concientización comunitaria en cuanto a sus necesidades de salud y promoviendo una acción por parte de la comunidad más eficiente. Constituye la base de la estrategia fundamental de intervención sanitaria en muchos países. Permite tomar decisiones a los distintos niveles, desde el enfoque individual hasta el general.

En el campo de la salud pública tiene los siguientes usos:

1. Estimación de las necesidades de atención.
2. Selección y planificación de las intervenciones.
3. Planificación y dirección sanitaria: asignación de recursos, ampliación de la cobertura de acciones sanitarias.
4. Determinar prioridades.
5. Eleva la calidad de los patrones de referencia a diferentes niveles de atención.
6. Modifica cuantitativa y cualitativamente la incidencia de los factores de riesgo en la comunidad.
7. Permite tomar medidas de reorientación de la estructura organizativa del sistema de salud en los diferentes niveles.
8. Eleva la eficiencia económica y la calidad de las acciones de prevención.
9. Eleva el grado de capacitación del personal de salud al ser integrado el sistema, al entrenamiento del personal.

En el campo general de la sociedad:

1. Constituye un poderoso instrumento para elevar la educación de la población sobre la salud y fomentar cambios de los estilos de vida no saludables a saludables, al estimular el autocuidado de la salud por los individuos.

2. Es un poderoso instrumento para el desarrollo de la cultura sanitaria de la comunidad e indirectamente para el desarrollo social.
3. Permite al estado y a sectores empresariales privados y organizaciones no gubernamentales, establecer políticas sanitarias intersectoriales y de cooperación; y ayuda en la ejecución de medidas de control de la salud comunitaria.

Aplicación del método de enfoque de riesgo.

Pasos para aplicar el método de enfoque de riesgo, propuesto por Toledo Curbelo:

1. Revisar y observar sistemáticamente la información existente acerca del daño o el riesgo objeto de estudio.
2. Aplicar el método epidemiológico.
3. Analizar y revisar la infraestructura del sistema de salud en que se efectúa el estudio.
4. Establecer los problemas identificados, las prioridades y la nueva estrategia a seguir.
6. Evaluar el plan que se deriva de la nueva estrategia de su aplicación.

Una vez realizada la valoración del riesgo, teniendo en cuenta todos los elementos y pasos estudiados, es de gran importancia la comunicación de los resultados a todos los interesados, ya sea, a los individuos o comunidades objetos de estudio, como a los decisores. Es necesario hacerlo de forma objetiva y clara, para que se tenga una percepción real de la magnitud del problema, sin minimizarse o magnificarse el posible daño. Esto permitirá definir una conducta adecuada y responsable en la toma de decisiones y en la ejecución del plan de acción, en que estén colectivamente involucrados todos los ejecutores, en un objetivo común: enfrentar el riesgo y modificar favorablemente su curso, para que se genere una ganancia en salud para todos.

El objetivo de la salud pública y los elementos involucrados de la sociedad, es contribuir a mejorar el estado de salud de la población. El enfoque de riesgo permite acercarse cada vez más a ese objetivo y desempeña una función fundamental en la prevención y modificación de las noxas que pueden dañar a los seres humanos.

RELACIONES ENTRE ECONOMÍA Y SALUD

En la Encuesta del Milenio (Naciones Unidas, 2000), el bien preferido y expresado como la principal aspiración y riqueza de las personas en el ámbito mundial resultó ser la “buena salud”. De manera correspondiente, el temor y la aversión al riesgo de las distintas enfermedades y de la muerte prematura, induce a los hacedores de políticas públicas y sociales a priorizar la promoción, prevención y atención de la salud:

La salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad de las personas para desarrollar su potencial a lo largo de toda la vida. Es un acervo de que se dispone y que tiene un valor intrínseco (estar sano es una fuente de bienestar) y un valor instrumental que consiste en el impacto de la salud sobre el desarrollo económico, por un conjunto de canales: *i.* Reduce las pérdidas de producción y el pago de incapacidades ocasionadas por la enfermedad de los trabajadores. Incrementa la productividad del adulto por mejoras en la nutrición; *iii.* Aumenta la matrícula escolar de los niños y les permite aprender mejor; *iv.* Permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran total o prácticamente inaccesibles y *v.* Libera para diferentes usos, recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades (Lustig, 2005, p.8).

Desde el enfoque económico, la salud y la educación son las dos variables cardinales del *capital humano*; según Schultz y Becker (citados por Sachs, 2001, p.23), la salud es la piedra angular de la productividad económica del individuo. “Como ocurre con el bienestar económico de cada familia, la buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y el desarrollo económico a largo plazo a la escala de sociedades completas”.

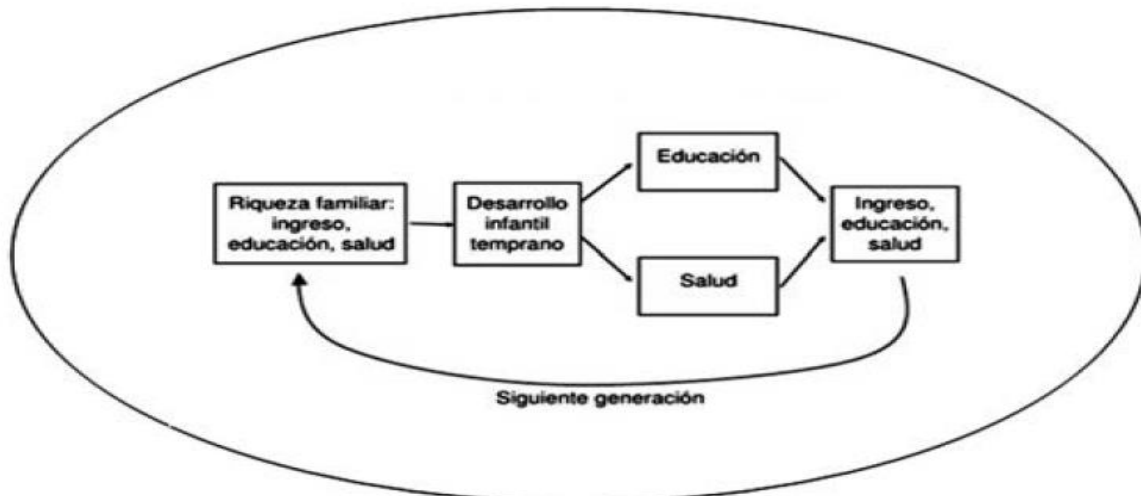


Figura 1. Salud y Desarrollo Económico.
(Lustig, 2005, p.10).



Figura 2. Ciclo intergeneracional. Formación Capital humano. (Comisión mexicana sobre macroeconomía y salud, 2006, en Córdova, 2010, 8).

La salud personal o poblacional solía verse como un producto final del proceso ingreso per cápita o de crecimiento económico. En el caso personal, por ejemplo, un individuo con un nivel alto de ingresos es más sano, teniendo en consideración que posee mayores bienes y servicios que contribuyen a su buen estado de salud. Su reconocimiento como factor determinante del crecimiento económico y medio para aumentar la riqueza -que sin duda conduce a una mejor salud-, hace que se perciba

como una forma y componente de capital humano. En este orden de ideas, la salud deviene en insumo y producto del proceso de crecimiento (Figuras 1 y 2): “Los países con una población sana y con mejor educación tienen mayores posibilidades de prosperar, en especial en un contexto de políticas favorables” (Flores, 2006, p.3).

Al igual que la educación, la salud conforma la infraestructura social necesaria para el desarrollo y genera una relación expresada en mejoramiento de la salud y aumento de la productividad económica, y ambos incrementan el acervo del capital humano. En coherencia con esta relación dinámica, en los países desarrollados el nivel de la producción per cápita se ha incrementado a partir de los años sesenta a un ritmo más acelerado de lo esperado; vale decir, aumentos de productividad medida por *stock* de capital material y fuerza de trabajo: “La explicación estriba en una mayor capacidad de producción de una fuerza de trabajo a cuyo crecimiento cuantitativo ha contribuido el mejoramiento de la salud, y cuya calidad se ha perfeccionado gracias a ésta y a la educación” (Wolf, 1967, p.289).

Fogel (1991) presentó los resultados de algunos de sus trabajos en los que esclareció la relación entre el tamaño corporal y la alimentación, y demostró que ésta es esencial para la productividad laboral a largo plazo. Afirma que “el aumento, a lo largo de los últimos 200 años, de la cantidad de calorías disponibles para el trabajo ha debido contribuir en grado nada desdeñable a la tasa de crecimiento de los ingresos por habitante de países como Francia y Gran Bretaña” (citado en: Sachs, 2001, p.24).

Economía de la salud: campo de investigación económica

La economía y la salud, como campos de investigación, establecen cada vez nuevos y mejores vínculos metodológicos y teóricos, debido no sólo a la importancia que ha alcanzado la salud dentro del bienestar y la calidad de vida, sino también al desarrollo tecnológico y su impacto sobre el sistema de prestación de servicios de salud. Dicha bidireccionalidad, que cuenta con sustento teórico y suficiente evidencia empírica, se

clarifica a través de relaciones como las que señala Gallego (2001): (1) El efecto de la salud en la economía se refiere al mejoramiento de la población y su incidencia en niveles más altos de productividad, los cuales promueven el crecimiento y el desarrollo; (2) Los avances tecnológicos propician nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como procedimientos investigativos orientados a prevenir y promocionar una buena salud.

Es así como estos adelantos enriquecen la formación y la producción de capital salud. La salud, tanto personal como poblacional, representa uno de los objetivos del desarrollo, una probabilidad para avanzar en el principio de la “igualdad de oportunidades”, un medio para potenciar capacidades laborales y obtener niveles más altos de salario y, en general, una condición esencial para disfrutar el tipo de vida que se considera valioso. En este sentido, la salud trasciende el interés técnico de una política administrativa de recursos, hacia una política pública y social que promueve el desarrollo y la calidad de vida de la gente.

En este contexto, la economía de la salud, concebida como una disciplina derivada de la ciencia económica, comparte su objeto y métodos de estudio, así como sus propósitos de explicación y predicción. En coherencia con lo anterior, integra conceptos, teorías y modelos económicos y médicos para abordar como objeto de análisis el estudio del financiamiento, la producción, la distribución y el consumo de los servicios de salud. De este modo, se priorizan las necesidades y condiciones de salud y asignan los recursos bajo los criterios de eficiencia, efectividad, calidad y equidad, es decir, desde una visión diferente a aquella de las disciplinas clásicas de la salud pública (énfasis en la enfermedad y en la curación, con predominio de los criterios de caridad y asistencialismo).

Arrow (1963) señala como factores importantes que rigen el comportamiento del mercado de la salud, entre otros, la aversión al riesgo, la información asimétrica, el riesgo moral y las externalidades filantrópicas. Con esta contribución, la incertidumbre

empieza a perfilarse como una pieza clave para explicar el comportamiento tanto de la demanda como de la oferta en salud.

Por los mismos años, un grupo de economistas entre los que se destacan Schultz (1961), Becker (1964) y Mincer (1974), aportaron los fundamentos teóricos y empíricos del capital humano. El énfasis de los trabajos pioneros se centró en la educación; sin embargo, en los años setenta se empezaron a conocer nuevos aportes que incluían la salud como uno de sus componentes esenciales: “Entre las ideas centrales sobresale el reconocimiento de la salud como un bien de inversión para el individuo y para el desarrollo económico de un país. Grossman (1972) generó un modelo de demanda para la salud que extiende la teoría del capital humano a la salud” (Frenk, 2002).

Las siguientes generaciones de economistas se encargaron de hacer de la teoría del capital humano y de la economía de la salud una de las áreas más innovadoras y dinámicas de la ciencia económica, habida cuenta que han incorporado, de manera específica, los desarrollos de la econometría, la regulación y la organización industrial, la economía laboral, las finanzas, la economía pública y el concurso de otras disciplinas -especialmente, las ciencias de la salud-, para medir y evaluar el impacto de la salud en la productividad laboral del individuo y en el crecimiento económico.

Fuchs (2000) sostiene que la importancia de esta área se explica por los progresos intelectuales, la mayor disponibilidad de información y, posiblemente lo más importante, al constante aumento del gasto en servicios de salud. Además, afirma que los avances teórico conceptuales y empíricos en la Economía de la Salud son el producto de los distintos trabajos que ha elaborado un amplio grupo de economistas, entre quienes se destacan: Arrow, Becker, Akerlof Stiglitz, Fogel, Mcfadden y Sen .

En la actualidad, la Economía de la Salud ha desarrollado herramientas metodológicas y cuantitativas que permiten analizar problemas, diseñar políticas y apoyar la toma de

decisiones en tópicos relevantes como la demanda poblacional de salud y los cambios demográfico epidemiológicos de la sociedad, los cuales generan nuevas complejidades en el proceso de distribución de las necesidades de salud, tanto personal como colectiva (OPS, 2006). De esta manera, la economía de la salud se viene consolidando como disciplina y campo específico de la investigación económica, hecho que le confiere cada vez mejores créditos académicos y relevancia en materia de política pública en el ámbito mundial

La Economía de la Salud, además de ofrecer aplicaciones teóricas en el campo de la salud, centradas especialmente en aspectos de capital humano y problemas de información e incertidumbre, se enriquece con los aportes de los economistas de la salud que han incrementado su liderazgo y participación en investigaciones que buscan mejorar la comprensión sobre los mercados de salud y orientar las políticas en esta materia (Espinosa, Restrepo y Rodríguez, 2003, p.8).

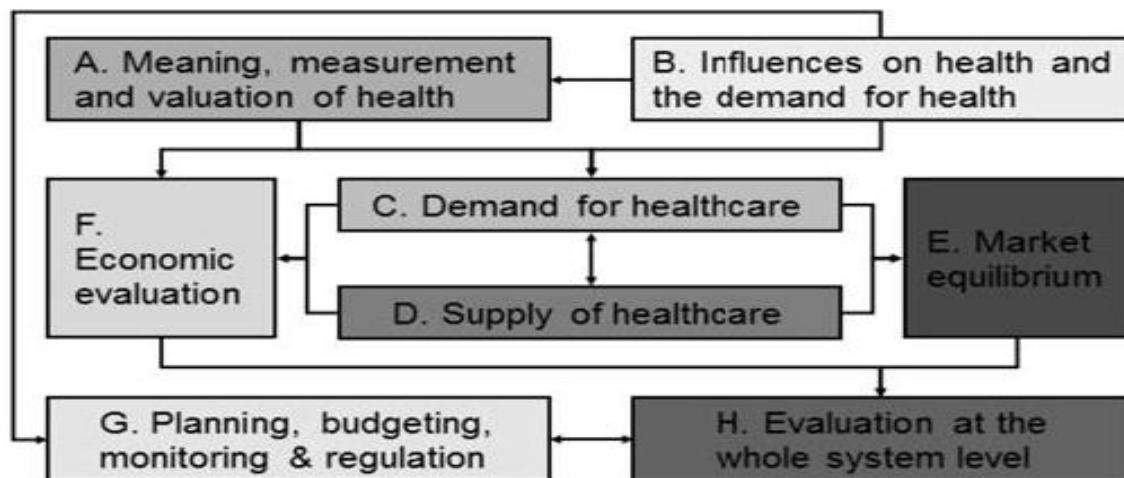


Figura 3. Economía de la Salud. Estructura de la disciplina.
(Williams, 1987; Citado en: Morris, 2011, p.11).

Williams (1987) define la economía de la salud como el campo de análisis y estudio de los determinantes que inciden sobre la oferta y la demanda de los servicios de atención a la salud, así como las condiciones del equilibrio de mercado (Figura 3). Esta disciplina también trata de lo que es la salud, de cómo se valora -estado de salud, auto percepción-, y de cómo esta valoración determina el comportamiento de los individuos y la sociedad a nivel microeconómico. Los determinantes de la salud, a su vez, afectan la planeación y la presupuestación del sistema (desempeño global) a nivel macroeconómico.

La valoración del estado de salud responde a la pregunta ¿qué es la salud y cuál es su valor?, ello implica identificar sus atributos, elaborar distintos índices del estado de salud, cuantificar el valor de la vida y diseñar escalas para establecer la intensidad de un determinado atributo.

Los determinantes de la salud se deben diferenciar de aquellos relacionados con los servicios de salud. En este sentido, la pregunta se refiere a los factores que afectan la salud; por ejemplo, riesgo ocupacional, patrones de consumo, incidencias de los niveles de educación y remuneración salarial, entre otros.

En cuanto a la demanda por los servicios de salud, estos tienen influencias tanto de la valoración del estado de salud como de los determinantes de la salud. Además, se refiere a la cobertura y el acceso al sistema de seguridad social en salud, el tipo de enfermedad, las necesidades de atención médica y, específicamente, las relaciones de agencia (demanda inducida: médico-paciente).

De manera complementaria, la oferta de servicios de salud se refiere a los costos de producción, las técnicas y los niveles tecnológicos utilizados en la producción de bienes y servicios, grado de sustituibilidad de insumos, mercado de factores productivos, sistema de incentivos y escalas remunerativas en el sector de la salud:

“El sector salud se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son proteger y promover la salud de individuos y grupos de población. Las actividades que estas instituciones y actores desarrollan están orientadas a promover, prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos, investigar y capacitar en salud” (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2006).

En relación con el equilibrio de mercado, se hace pertinente conocer los mecanismos que determinan los distintos tipos de precios, tanto efectivos como no efectivos; por ejemplo, monetarios, sociales y de tiempo -listas de espera-, acciones de racionamiento, mecanismos de ajuste de los efectos diferenciales hacia la eficiencia y la equidad.

Respecto al enfoque microeconómico para la evaluación económica de tratamientos, se aplican diferentes métodos, como análisis costo-beneficio; costo-efectividad; costoenfermedad y costo-utilidad. En esta evaluación microeconómica, se consideran las distintas condiciones y situaciones en que se realizan los servicios de salud, incluso, los tratamientos *ex post*.

Y desde el enfoque macroeconómico, se planifican además del presupuesto, los mecanismos de monitoreo para tal efecto (observatorio del sistema general de seguridad social en salud). En este ámbito agregado, se focaliza el proceso de evaluación de la efectividad de los instrumentos e indicadores generados (*ex profeso*) de tal forma que la asignación de recursos esté sobre la senda del funcionamiento óptimo del Sistema. En este aspecto, la evaluación del Sistema propiamente dicho, implica analizar los niveles de equidad y eficiencia, efectividad asignativa y similares, a partir de indicadores e índices que permitan la comparación diacrónica del desempeño, a nivel nacional e internacional.

Como aportaciones relevantes de la economía al ámbito de la salud, se puntualizan las siguientes áreas de trabajo (Ortún y Meneu, 2006):

- Determinantes de la salud
- Comprensión de la incertidumbre en la práctica médica
- Conocimiento empírico: relaciones tipos de aseguramiento/uso de servicios de salud
- Instrumentos de comparabilidad: producto asistencial y sus resultados
- Formalización de estrategias de priorización
- Evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias
- Preocupación por las desigualdades en salud y utilización de servicios
- Evaluación global de las intervenciones en salud
- Análisis coste-beneficio generalizado
- Desarrollos sobre economía de la información
- Aseguramiento y demanda inducida
- Teoría del principal-agente y el diseño de copagos óptimos
- Regulación de la industria farmacéutica
- Desarrollo de importante acervo de métodos econométricos

En este último aporte, cabe subrayar que las relaciones entre la economía de la salud y la econometría, más allá de las vicisitudes propias de sus desarrollos e interdependencias, se han fortalecido a raíz del reconocimiento que Newhouse (1987) hiciera en *la American Economic Review*.

En la actualidad, la aplicación econométrica es casi una condición necesaria en los estudios de la economía de la salud. Desarrollos importantes de la econometría incrementan el conocimiento en el ámbito económico-sanitario; es así como métodos econométricos -cada vez más sofisticados- y bases de datos más depuradas, propician importantes resultados empíricos, relativos a la microeconomía de la demanda, de la oferta, de los mercados y de la regulación. La econometría más reciente ha permitido descubrir sesgos en algunos estudios anteriores y comparar aplicaciones, que

referidas a distintos ámbitos temporales y/o espaciales, emplean una metodología econométrica común. Además, a través de la econometría se depuran las propias bases de datos que facilitan, con el apoyo de la estadística económica, el análisis de fiabilidad y de errores, entre otros (González y Murillo, 2000).

La Economía de la salud ha impulsado el desarrollo de técnicas, pruebas, métodos y modelos a partir de problemas técnicos y restricciones naturales del sector de la salud. Un ejemplo de ello se da a través de los modelos para datos de recuento, que han encontrado en la economía de la salud importantes posibilidades de aplicación y modelización del número de prescripciones y de visitas médicas. También los modelos duales y los de duración, han encontrado distintas aplicaciones: tiempo entre dos visitas médicas; de estancia en el hospital; de reincidencia en fumar; de supervivencia tras un episodio de enfermedad, entre otros. Incluso, la econometría ofrece soluciones a la estadística biomédica, para la cual los modelos de supervivencia son una tradición (González y Murillo, 2000).

Avances econométricos a nivel microeconómico

Cada vez se dispone de mejoras cualitativas y cuantitativas de la información estadística a nivel microeconómico. En este contexto, las bases de datos son casi siempre observacionales, lo que implica diseñar métodos especiales de especificación y estimación, para corregir los sesgos de la heterogeneidad no observada.

En microeconometría de la salud se halla una serie de bases con datos de panel cada vez más amplia; por ejemplo, datos de actividad hospitalaria, bases de datos poblacionales, ingresos hospitalarios, entre otros. Utilizando los fundamentos econométricos, cuando se estudia toda la población, se deben resignificar los resultados de los modelos y la propia inferencia a partir de los coeficientes estimados.

Sin embargo, los avances y la disponibilidad de información estadística de nivel macroeconómico con el sector salud es mucho más precaria en contraste con los microdatos. Las bases de datos internacionales disponibles - OCDE, OMS- adolecen de limitaciones e inconvenientes, retrasos en la publicación, poca fiabilidad de las cifras, falta de comparabilidad internacional e intertemporal, entre otros. Estos hechos han impedido la elaboración de índices de precios del sector salud válidos, fiables y comparables internacionalmente. -el avance de los modelos econométricos sectoriales es limitado por la precariedad de la información estadística- (González y Murillo, 2000).

Avances econométricos a nivel macroeconómico

González y Murillo (2000) indican algunas tendencias en este campo, así:

- Uso creciente de modelos de panel para controlar, en estudios observacionales, la heterogeneidad no observada en los individuos y poder estimar así determinados efectos causales. Los modelos de panel se aplican tanto a microdatos como a datos agregados, abarcando prácticamente la totalidad de las llamadas “cajas de Williams”.
- Dificultades para elegir una forma funcional de los modelos, de ahí que se empleen cada vez más frecuentemente los métodos no paramétricos y semiparamétricos en microeconometría de la salud. Abundan variables “latentes”, que dan lugar a modelos no lineales. La propia salud de los individuos es un ejemplo de variable latente genuina, pero se pueden encontrar muchos casos de no linealidades que surgen en los modelos como constructos teóricos.
- Los modelos de variable dependiente cualitativa, limitada en rango, de recuento o de duración son grandes conjuntos de herramientas econométricas de amplia aplicabilidad en el área de la economía de la salud.
- La problemática que aporta la economía de la salud es como un prisma con muchas caras econométricas. Por ejemplo, la estimación de la demanda de visitas de medicina general puede ser enfocado con una variedad de modelos, dependiendo de los

objetivos del estudio, o de la pregunta de investigación que se propone: ¿Ir o no al médico? (modelo de respuesta dicotómica); ¿A qué médico? (modelo de respuesta multinomial); ¿Cuánto gastar en consultas de medicina general? (modelo de regresión censurada); ¿Cuántas visitas al médico en el último mes? (modelo de recuento); ¿Tiempo transcurrido entre visitas? (modelo de duración).

- Uso de modelos multinivel o de jerarquías, similares a los modelos de panel, en este caso, los efectos se agrupan en ramas siguiendo una estructura jerárquica y los modelos se aplican a muestras de individuos pertenecientes a distintos grupos. Por ejemplo, el tratamiento que sigue un enfermo depende de sus propias características, del “efecto médico” (pacientes tratados por el mismo médico), del entorno (se comparten las mismas condiciones de mercado, precios, entre otros) y así sucesivamente.
- Finalmente, la tendencia más promisoría en modelación econométrica aplicada en la economía de la salud se refiere a la corriente econométrica bayesiana.

Relación entre economía y salud

Desde el enfoque macroeconómico e institucional, existe una relación positiva entre los sistemas económicos y de salud:

...si el sistema económico de un país se encuentra en una época de auge, es probable que su sistema de salud pueda disponer de mayor cantidad de recursos, pero si el sistema económico pasa por un momento de austeridad, lo mismo sucederá con su sistema de salud... Se ha observado que hay una cierta correlación entre el gasto en salud y la base fiscal. Es decir, cuando el ingreso fiscal aumenta, aumentará también el gasto que se destina a la atención de la salud -evidencia hallada en algunos países de OCDE y de Latinoamérica-...de la misma forma, la evidencia internacional demuestra que hay una relación directa entre el gasto público que los países destinan a la salud y el tamaño de la economía o Producto Interno Bruto per cápita -PIBpc- (Arreola, Knaul, Méndez, Borja y Vega, 2001, p.18).

La salud está articulando cada vez intereses propios con aquellos de la economía, en dos campos: académico y económico. En el primero, la economía de la salud se ha convertido en un espacio relativamente innovador y promisorio para su consolidación como disciplina fuerte. En la actualidad se reconoce como uno de los campos con más desarrollos y dinamismo de la investigación económica, fenómeno que se puede explicar por su papel relevante como un enfoque complementario que orienta las estrategias y la toma de decisiones de políticas públicas y sociales.

En el segundo, tanto la incidencia bidireccional de la salud en la economía, y del desarrollo económico sobre la salud, se están profundizando. En este sentido, los vínculos entre el sistema económico y el funcionamiento del sector de la salud - incluyendo la complejidad que implican sus reformas- sugieren el importante papel que puede desempeñar la economía de la salud en el contexto de la política económica.

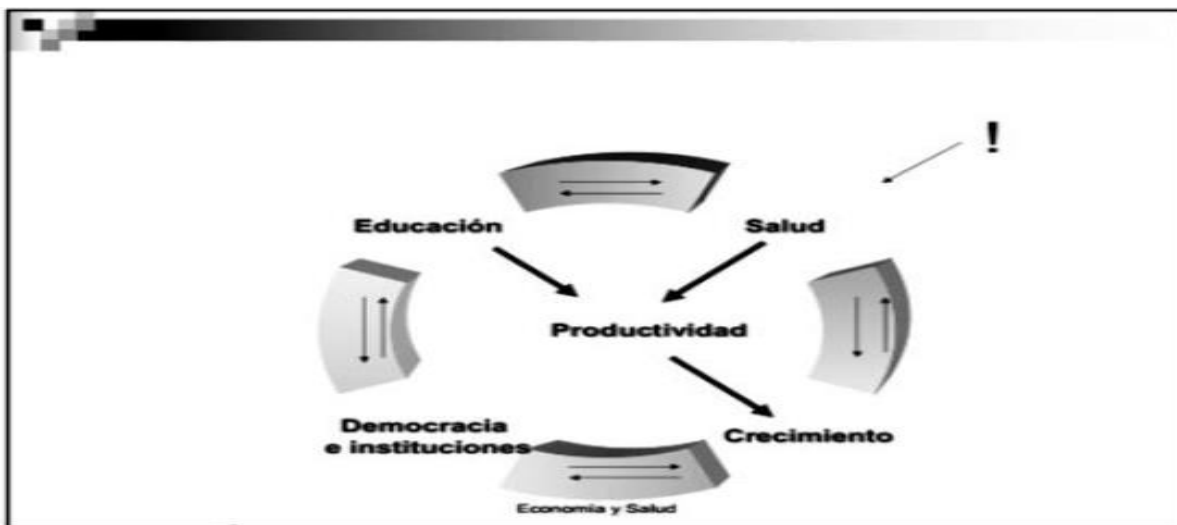


Figura 4. Esquema relacional de desarrollo económico (Yáñez, 2006, p.7).

La teoría económica ha realizado amplios desarrollos conceptuales alrededor de los tópicos eficiencia y optimalidad, aspectos que son resultado de los procesos productivos en los que se genera la productividad de los factores o insumos (capital

físico, trabajo, capital humano). La figura 4 permite observar con claridad las relaciones y aportes de los componentes del capital humano (educación y salud) sobre la productividad y su efecto en el crecimiento económico, en el marco institucional y político conveniente para el propósito de desarrollo bienestar y calidad de vida.

Ahora bien, más allá del debate en torno a los resultados empíricos, son numerosos los trabajos que dan buena cuenta de la doble relación entre economía y salud.

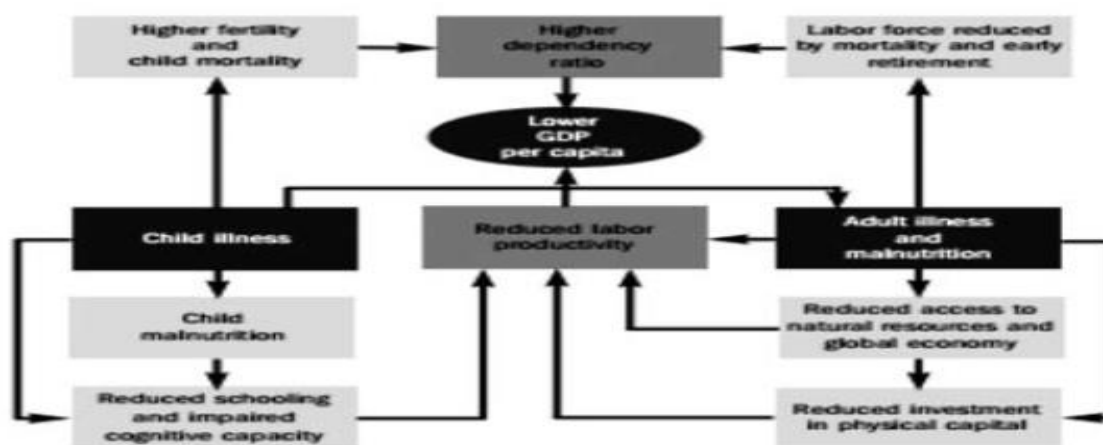


Figura 5. Vínculos entre la salud y el PIB.
(Fondo Monetario Internacional, 2004, 11).

Desde una visión de ineficiencia económica (alto costo social), como se aprecia en la figura 5, se puede afirmar que la precariedad en salud afecta de manera directa la fuerza de trabajo y consecuentemente, el nivel del producto y el funcionamiento del sistema económico. Este encadenamiento de procesos, genera, además, impacto negativo en las unidades económicas - factor trabajo-, ya sea debido a la disminución del tiempo de labor y de competencia productiva, o por muerte prematura e incapacidad prolongada del trabajador:

La salud es necesaria para mantener y mejorar la productividad de la fuerza de trabajo y para permitir que los niños utilicen eficazmente las inversiones en educación, necesarias para el desempeño de sus funciones futuras, pero no se presta al mismo análisis estadístico que emplean los economistas para demostrar una relación

cuantitativa entre la educación y la productividad económica, ni tampoco se puede pretender que sea el único factor causal en la capacidad de absorber la educación y de hacerse más productiva. Es evidente y lógico, sin embargo, que la salud constituye un elemento esencial del desarrollo económico a largo plazo (Wolf, 1967, p.290).

Círculos virtuosos

El buen estado de la salud juega un papel muy importante en la disminución de la pobreza, habida cuenta del círculo virtuoso que se configura con mejores condiciones de salud. Así: una persona más sana tiene la probabilidad de ser más productiva, y este hecho influye en niveles superiores de salarios. Del mismo modo, una persona más sana puede competir mejor con otros; por tanto, lo que hace la salud es permitir a los individuos situaciones de igualdad de oportunidades, lo que mejora su ingreso, pero también a su vez mejora el crecimiento de la economía (Frenk, et al, 1994).

Las mejoras en la salud pueden impulsar el desempeño económico, pero la causalidad también funciona en sentido contrario. Por lo tanto, es difícil estimar el efecto causal de la salud en la economía, y los estudios en esta materia suelen identificar el efecto a través del tiempo; la causalidad bidireccional puede ser de carácter acumulativo: las mejoras en la salud conducen al crecimiento económico, que a su vez permite mejorar aún más la salud (Bloom et al, 2004). Si bien esta “causación circular acumulativa” podría seguir por un tiempo considerable, finalmente decrece debido al proceso natural de envejecimiento.

No obstante, y como argumento a favor de este círculo virtuoso, los trabajadores saludables tienden a ser más productivos. Esta afirmación está sustentada en estudios que vinculan las inversiones en nutrición, salud y educación de los jóvenes con el salario de los adultos, el nivel de riqueza, la productividad laboral, la participación en el mercado de trabajo, las tasas de ahorro e inversión, los factores demográficos y otros componentes de capital humano.

En efecto, el buen estado de salud de una persona probablemente le permita aumentar su ingreso per cápita. En este caso, ocurre de varias maneras:

- Los agentes toman decisiones de gasto y ahorro diferentes durante el ciclo de vida. En la medida en que aumenta realmente la esperanza de vida y las tasas de mortalidad disminuyen, se proyectan planes de jubilación y disfrute de más años saludables.
- En razón de la mayor longevidad, las tasas internas de ahorro pueden aumentar -en países en desarrollo, al menos en una generación- y ello puede impulsar de forma ostensible las inversiones y las tasas de crecimiento económico (además de las externalidades positivas que un ambiente sano plantea para aumentar el comercio, el turismo y otras actividades económicas).
- El buen estado poblacional de una región determinada se convierte, potencialmente, en una zona geográfica con mayor flujo de inversión extranjera directa.
- Los niños más saludables asisten a la escuela y tienen un mayor desarrollo cognoscitivo, y al prolongarse la vida resulta más atractivo invertir en educación (London, Temporelli y Monterubblanesi, 2009).

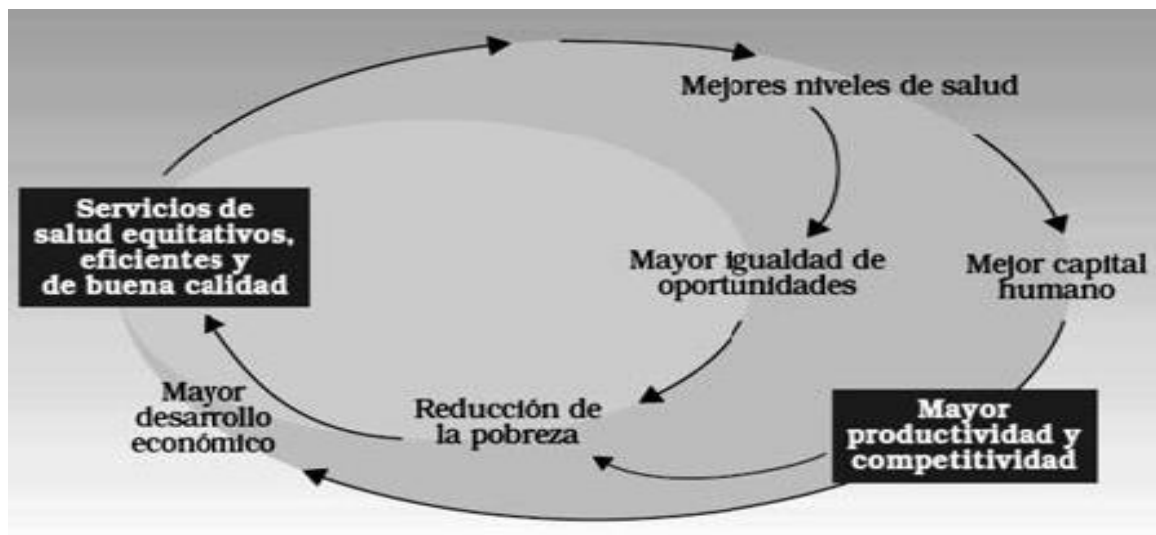


Figura 6. Inversión productiva en salud.
(Frenk, et al, 1995, p.5).

La figura 5 sintetiza la complejidad de la contribución de la salud a la economía. No obstante, para fines comprensivos, se puede linealizar en los siguientes términos de extrema sencillez:

Un individuo más sano es también más productivo; a su vez, un individuo más productivo es generador de niveles más altos de salarios; estas circunstancias mejoran su ingreso e impactan de manera positiva el crecimiento de la economía.

Círculos viciosos

La mala salud y la subnutrición reducen la capacidad física y las facultades mentales del trabajador. Ello genera menores niveles de productividad y reduce la capacidad de negociación que resulta en bajos salarios. Además, las enfermedades crónicas impiden a las personas que las padecen, conseguir trabajo a precios de mercado; este encadenamiento de hechos produce “trampa de pobreza basada en la salud”.

El deterioro de la salud desencadena un impacto multiplicador de circunstancias adversas que afectan los estados de bienestar de la población y de la economía de un país determinado. Es así como la precariedad en la salud poblacional agudiza el empobrecimiento y empeora los niveles de productividad laboral; además, la incidencia puede ser más grave cuando se evidencia que el desperdicio de capital humano podría acelerar la muerte temprana de individuos en edad plenamente productiva.



Figura 7. Gasto improductivo en salud.
(Frenk et al, 1995, p.5)

Un resultado derivado de la anterior situación, principalmente en los países en desarrollo, es el mayor nivel de mortalidad, y por extensión, el aumento en la tasa de niños y jóvenes privados de oportunidades de servicios de nutrición, educación y salud.

Los círculos viciosos que se perciben en la figura 7 permiten identificar la ineficiencia del funcionamiento del sector salud como la dimensión de una pérdida potencial por ineficiencia del sector. En el sistema de salud de los EE.UU., una pérdida de 7,5% de la inversión equivale al 1% del PIB. En el caso de un país en desarrollo, la ineficiencia se suma a la insuficiente inversión y menoscabo del potencial competitivo al reducir su capacidad de atender las necesidades de salud de la población (Knaul, Arreola y Escandón, 2007, p.96).

Enfoque macroeconómico



Figura 8. Flujo circular dinámico salud-crecimiento económico-desarrollo humano. (Vásquez, 2012, p.10).

La relación entre salud y crecimiento-desarrollo ha sido objeto de muchas investigaciones desde los enfoques microeconómico y macroeconómico, tanto teórico como econométrico, y ha sido medida y comprobada cuantitativamente en distintos grupos de países y a nivel mundial.

Las grandes líneas de trabajo se han focalizado en el impacto de la salud sobre el crecimiento económico (Figura 8), la eficiencia del gasto público en salud y la equidad del sistema de seguridad social, la reducción de la pobreza, la evaluación de los sistemas de salud, las inversiones en otros sectores como la educación, la productividad de la mano de obra (recursos humanos) y los salarios de las personas. Estos estudios han comprobado, en buena medida, los impactos positivos y la significancia en cada uno de los ámbitos de estudio.

El crecimiento económico expresado a través del ingreso per cápita, es reconocido como factor importante para explicar el estado de salud poblacional. Preston (1975b) -pionero en el análisis empírico de la relación entre ingreso y salud- encontró una fuerte y positiva asociación entre los niveles de ingreso nacionales y la esperanza de vida en los países más pobres (Figura 9). También demostró diferentes significancias en esta

relación de acuerdo con el conjunto de países estudiados -grados de sensibilidad distintos de acuerdo a niveles de ingresos-. Analizando la asociación entre esperanza de vida y el ingreso en el período 1900-1930 y durante el decenio de los sesenta, el autor halló una relación positiva, significativa y cóncava entre ambos, con una trayectoria creciente y a ritmos diferentes.

Preston estudió la relación entre salud e ingreso por medio del análisis de las siguientes variables: mejoras en nutrición, acceso al agua potable y saneamiento y acceso a la atención en los servicios de salud. Además, tuvo en consideración otro grupo de variables, entre las que se destacan las siguientes: ambiente epidemiológico, entorno natural, contexto social, relaciones proximales y distales de las personas, sistemas de seguridad social, educación formal y no formal, capital social, disciplina de la vida urbana.

En relación con esas dos condiciones (externas e internas), Sen y Kliksberg (2007) reconocieron la fuerte correlación entre crecimiento económico y esperanza de vida al nacer; no obstante, destacan la importancia de los factores intermedios, sin los cuales la conexión entre ambas "se desvanece por completo" .

Sen exalta la abundante evidencia acerca de que los aumentos en la expectativa de vida están asociados con el crecimiento económico, pero "dados otros supuestos", o sea, determinadas variables intermedias que la hacen posible, significativa y bidireccional. Por ejemplo, redistribución equitativa de los frutos del crecimiento económico, mecanismos institucionales, seguridad laboral y potenciación de los distintos componentes del capital humano (Salud y Educación, principalmente). En este sentido, cuando las variables esperanza de vida al nacer y PIBpc se articulan en el análisis estadístico, se desvanece por completo su conexión; ello no implica que la primera no se incremente con el crecimiento de la segunda, y viceversa; más bien, implica que la conexión ocurre a través del gasto público en los servicios de salud y la reducción de la pobreza.

Anand y Ravallion (1993, citados por Perazzo, 2011) encontraron una evidencia de la relación positiva entre esperanza de vida e ingreso per cápita a través de la comparación entre países. Sin embargo, la relación funciona primordialmente a través del impacto del PIB sobre el ingreso de los pobres y por vía del gasto público en salud pública, principalmente.

Por su parte, Bhargava, Jamison, Lau y Murray (2000) demostraron que el incremento en el estado de salud mejora el nivel de ingreso y este incide, a su vez, en las mejoras en la salud de acuerdo con los distintos niveles de ingreso. Utilizando la relación entre esperanza de vida e ingreso, analizada por Preston (1975) en los modelos especificados por Barro y Sala-i-Martin (1995) para el crecimiento económico, encontraron un efecto mayor del mejor estado de salud sobre el crecimiento en los países de ingresos más bajos.

El cálculo comparativo realizado para varios países muestra que el buen estado de salud contribuye en gran medida al crecimiento. De hecho, se ha determinado que los niveles iniciales de salud, educación e ingreso, la ubicación geográfica, el entorno institucional, la política económica y las inversiones en educación, inciden significativamente sobre el crecimiento económico.

Por ejemplo, Bloom, Canning y Sevilla (2001) observaron que un año adicional de esperanza de vida aumenta el PIB per cápita en estado estable, en un 4%. Barro (1997) mostró que la esperanza de vida está significativamente correlacionada con el posterior crecimiento económico. Basándose en datos de los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, Barro estimó que el 10% de aumento en la esperanza de vida fue capaz de aumentar el crecimiento económico en un 0,4% por año (Flórez, 2006, p.3).

PRINCIPIOS BÁSICOS DE ECONOMÍA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Como se ha planteado en numerosas ocasiones, la economía y la salud constituyen un binomio inseparable. La economía es un determinante dentro de la salud de la población, ya que toda decisión económica la afecta directa o indirectamente. De la misma forma, las disposiciones que se adoptan relativas a la salud tienen sus implicaciones dentro de la economía. La economía cubana se ha venido recuperando luego de las afectaciones sufridas en los años de período especial. Como consecuencia se cuenta con una mayor disponibilidad de recursos materiales y financieros. El sector de la salud, que ha recibido directamente los beneficios de esa mejora, asume el reto de alcanzar la excelencia de los servicios, estrategia priorizada por la Dirección de la Revolución. Se impone, por lo tanto, la meta de hacer un uso eficiente de los recursos y de perfeccionar sus mecanismos de control. Esta es una tarea que recae no solo sobre las personas vinculadas tradicionalmente con la actividad económica, sino sobre todos los trabajadores y cuadros del Sistema Nacional de Salud. De ahí la necesidad de ampliar sus conocimientos sobre economía y su relación con la salud. La Economía de la Salud se erige como un marco lógico y explícito para ayudar a decidir la mejor forma de utilizar los recursos disponibles para la salud. Esta disciplina, de aparición relativamente reciente, aborda temas muy variados. Entre ellos, el análisis del financiamiento público en la asignación de los recursos, las comparaciones internacionales del comportamiento del gasto en salud, el estudio de la oferta y la demanda dentro del sector, la identificación de las barreras de acceso a los servicios, la valoración de la salud como bien económico, como inversión y como consumo y la evaluación económica como instrumento para la toma de decisiones, por citar algunos ejemplos. En Cuba, la formación de recursos humanos y la investigación en Economía de la Salud se viene desarrollando desde hace más de treinta años. Numerosos profesionales de diferentes disciplinas se han graduado en cursos cortos, diplomados y maestrías. Ya comienzan a formarse los primeros doctores en ciencias dedicados a esta área del conocimiento. A lo largo de todos estos años son numerosos los foros científicos de carácter nacional e internacional que han

tenido lugar en el país, donde se ha establecido un amplio debate sobre el tema. La Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), el Área de Economía del MINSAP, el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología y el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí", son algunas de las instituciones que han priorizado la investigación y la docencia en estos temas con resultados tangibles. Al mismo tiempo, cada vez son más los equipos de trabajo, en otras áreas, que se motivan y realizan estudios sobre temas que abordan la relación entre economía y salud. Sin embargo, aún existen retos en este sentido. Es preciso extender el pensamiento económico a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Algunos compañeros se nos han acercado y nos hacen las siguientes preguntas: ¿Qué es necesario conocer para trabajar en el mundo de la Economía de la Salud? ¿Cómo puede aportar un trabajador no economista al desarrollo de esta ciencia? ¿Por donde comenzar? Revista Cubana de Salud Pública.2010; 36(1)1-2 <http://scielo.sld.cu>

2 La Economía de la Salud tiene un enfoque multidisciplinario. En un grupo de consenso que recientemente se realizó en la ENSAP, se obtuvo como resultado que las personas que investigan, toman decisiones e imparten docencia en esta ciencia, deben hacer una integración de los principios básicos de las ciencias de la salud con las ciencias económicas. Determinados contenidos de la Economía de la Salud se desprenden paulatinamente del cuerpo conceptual de las ciencias económicas para desarrollar sus propios métodos en el campo de la salud. Por ejemplo, el enfoque costo-beneficio que surgió como un instrumento de estricto uso económico, adquiere una connotación especial en la toma de decisiones en salud. La epidemiología, las estadísticas sanitarias y la salud pública en general, han aportado valiosos instrumentos de trabajo para la Economía de la Salud. Es preciso, además, profundizar en las interpretaciones de categorías de la economía, como son eficiencia, equidad, planificación, costos, contabilidad y evaluación económica, desde la perspectiva de las ciencias de la salud. Tanto los no economistas, como los economistas son importantes en los equipos que trabajan Economía de la Salud. Sin su participación está demostrado que no se pueden adoptar decisiones correctas. Por ejemplo, toda evaluación económica debe

realizarse por un equipo multidisciplinario, quienes deben trabajar de forma integrada, según el tema que se analice y las opciones que se evalúen. Las vías para fomentar la cultura económica de los trabajadores y cuadros de la salud son variadas. Una recomendación para comenzar es el dominio de los elementos básicos para el control sistemático en sus propias instituciones de salud. Es preciso que, entre otras cuestiones, estén al tanto de cuales son los costos, que tengan conocimientos sobre la eficiencia de los medicamentos y su integración al cuadro básico y que manejen las herramientas esenciales para la planificación y para la fundamentación de las inversiones necesarias. Es muy importante, además, que los trabajadores tengan dominio de la situación energética de su centro, del reglamento de la disciplina laboral y los convenios colectivos de trabajo, de los principios básicos de la seguridad y la protección, así como del análisis de los servicios básicos generales. Un largo camino comienza por un solo paso, este "echar a andar" en el contexto de la salud pública cubana debe ser la preocupación de cada trabajador por eliminar los costos innecesarios y maximizar los resultados, en estrecha relación con la calidad del servicio brindado. La situación actual de la Economía de la Salud en el país, es un preludeo que anuncia el fuerte crecimiento que en el futuro va a experimentar esta ciencia, que ya constituye un interesante campo de especialización profesional. Su valor será evaluado en la medida en que hayamos contribuido a una mejora en la toma de decisiones dirigidas a mejorar la salud de la población.

PRINCIPALES RECURSOS ECONÓMICOS PARA LA SALUD

La Secretaría de Salud (SSA) tiene como objetivo, entre otros, brindar atención en salud a la población que carece de seguridad social; cuenta para ello con recursos humanos, materiales y físicos que permiten otorgar un adecuado servicio a la comunidad que así lo demanda.

El Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) de la SSA, proporciona información que contribuye a formar parte de las cifras del sector salud,

se encuentra integrado por cuatro subsistemas: Población, Prestación de Servicios, Daños a la Salud y Recursos, este último, como su nombre lo indica capta información referente a los recursos disponibles en la SSA para brindar atención a la población que solicita el servicio.

El subsistema de Recursos, cuenta con el Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS), del cual se obtiene la información por medio del llenado de cédulas específicas para cada tipo de establecimiento, que han sido diseñadas para captar las características de los diferentes recursos que tiene la unidad; este formato incluye información acerca de recursos humanos, materiales y físicos para proporcionar atención preventiva, curativa y, en su caso, de rehabilitación; permite conocer la ubicación física de la unidad, así como su tipo y el personal que se encuentra en cada una de ellas.

La información es recolectada con una periodicidad anual, y el requisitado de este formato se encuentra a cargo del responsable de cada unidad aplicativa; el nivel estatal, además de coordinar esta actividad, lleva a cabo el procesamiento para hacer la entrega a la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño durante los primeros meses del año siguiente al levantamiento, de acuerdo al calendario previamente enviado por la Dirección General.

Es así como la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, dispone de información al 31 de diciembre de cada año, referente a los recursos existentes en ella.

Se presentan cuadros de los recursos de las unidades médicas de la Secretaría de Salud durante el año 2000. En éstos se han elegido algunas variables de los diferentes recursos dada su importancia para la prestación de los servicios de salud. Los datos son por entidad federativa y tipo de unidad, y éstos se encuentran en números absolutos y relativos.

Cabe señalar que el total de unidades médicas reportadas a nivel nacional para este año fue de 11 551 de las cuales 96.4 % corresponden al primer nivel de atención, el resto (3.6 %) al segundo nivel, constituido por hospitales integrales, generales, de especialidad y psiquiátricos.

Los médicos para el año 2000 fueron 54 293 y las enfermeras 73 502 lo que da como resultado un indicador de 129.63 y de 175.50, por 100 000 habitantes de población potencial respectivamente.

Los médicos en contacto con el paciente fueron 49 700, de los cuales 14 694 (29.6%) están en las categorías de general y familiar; los pediatras, ginecoobstetras, cirujanos e internistas representaron 4.7 %, 4.3%, 4.0 % y 2.3 %, respectivamente.

El total de enfermeras en contacto con el paciente para el año de referencia fue de 67 938, 47.9 % generales y 6.3 % especialistas.

Un conocimiento más amplio sobre esta información se encuentra disponible en el Web de la SSA y en los documentos generados por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, (sita en Leibnitz 20, 3er. Piso, Col. Nueva Anzures, 11590 México, D.F.) entre los cuales destacan el Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud, el Boletín de Información Estadística Sectorial, y el inventario de Recursos Humanos y Materiales.

INTERACCIÓN ENTRE PERSONAS Y COMUNIDAD

Ante todo, revisemos los conceptos actuales de comunidad, salud, participación de la comunidad y participación social.

Definición de Comunidad

La comunidad es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria, por eso es muy importante clarificar qué se entiende por comunidad. Siendo una comunidad un conjunto de personas que tienen algo en común que las identifica y las define,

entenderemos que, según el significado que le demos al término «**comunidad**», ésta será una u otra e incluirá a unos u otros sujetos. Así, una misma persona pertenece a varias comunidades, por ejemplo, según su lugar de residencia, profesión, hobbies, etc. Todo lo anterior justifica la consideración de que no es sencillo simplificar el concepto de comunidad, ya que implica pensar en homogeneidad («la comunidad» como un ente único) que viene dada por la característica común de los sujetos que la conforman, pero que al mismo tiempo ésta puede tener diversos grados de heterogeneidad precisamente por las características que Diferencian entre ellos a los individuos que la componen.

El Glosario de Promoción de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define la comunidad como un *«grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas»*.

Comunidad: La profesora de epidemiología *Silvia Martínez Calvo*, Jefa del Departamento de Salud de la Facultad de Medicina "Finlay-Albarrán", del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, en su conferencia "Consideraciones sobre la Participación de la Comunidad" en agosto de 1989, define que la comunidad no debe considerarse solamente como un espacio geográfico con una población determinada con los mismos ideales, hábitos y costumbres, sino además un espacio social en el cual se incorporará el concepto de satisfacción de sus necesidades, y de poder interno de ese grupo para tomar decisiones en la solución de sus problemas.

Salud: La salud es creada, producida por las personas en el marco de su vida cotidiana; es un concepto positivo que destaca los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas y mentales. Los determinantes de la salud dependen fundamentalmente de la educación, la alimentación, la vivienda, los ingresos, los servicios básicos, el ambiente, la equidad, la paz y la democracia.

Participación comunitaria: Constituyen las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance.

Participación social: Se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos: comunidad, organizaciones, sectores e instituciones (actores sociales de todas las cuestiones de salud u otros problemas afines) se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

Estamos ahora en condiciones de continuar profundizando en algunos elementos básicos relativos a la participación de la comunidad, como es su organización, requisito indispensable para desarrollarla, determinada por la forma socioeconómica predominante, donde la base de la estructura comunitaria de vida social y psicológica la constituye la familia (unidad social), y donde la idea de que la participación comunitaria es un proceso susceptible de estimularse desde afuera, y que la mayor o menor movilización de la población puede ser manipulada por agentes externos. Se han establecido 3 grados de participación:

1. Utilización: Uso de los servicios institucionales de salud por parte de la comunidad, sin que sus miembros proporcionen un insumo directo o realimenten su diseño o aplicación. No entraña participación auténtica, pero es requisito esencial para que se produzca la participación.
2. Cooperación: Cooperación de la comunidad con iniciativas de salud planteadas por algún organismo o institución "externa". La cooperación comunitaria puede incluir no sólo trabajo, fondos o materiales aprobados, sino también asistencia para llevar a cabo planes y programas que hayan sido desarrollados por dicho organismo o institución.

3. Intervención en la adopción de decisiones: Participación comunitaria en la planificación, administración y ejecución de actividades y programas de salud. Aparece cierto grado de compromiso de la comunidad en cuanto a la aceptación de su responsabilidad en la determinación de problemas vinculados con la salud y en el desarrollo y aplicación de soluciones.

En este caso, la función de los organismos e instituciones "externas" consiste en cooperar con las iniciativas de la comunidad. Por su parte, los tipos de participación de la comunidad comprenden,^{13,14} en primer lugar la planificación, donde entran la definición de necesidades, los objetivos y estrategias, la adopción de decisiones con respecto a servicios, la determinación de los medios de obtener y el empleo de recursos. En segundo lugar podemos citar la ejecución, que significa tanto la administración de fondos y personal, como la obtención de recursos y la asistencia para llevar a cabo las actividades. Finalmente está la evaluación de las actividades, que puede incluir formas estructurales o no de averiguar las opiniones de los miembros de la comunidad en materia de actividades de salud.

La mayoría de los países concuerdan en que la comunidad debe desempeñar una función activa en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud. Sin embargo, la mayor parte del personal de salud considera que la participación comunitaria es un medio de conseguir cooperación y recursos adicionales.

En la conferencia de la profesora *Martí-nez Calvo*, a la que hicimos referencia anteriormente, se señala que la participación de la comunidad debe verse como un proceso en el cual es posible identificar en un momento determinado, las etapas o fases siguientes:

1. Conciencia social del trabajo por realizar.
2. Participación en la ejecución de acciones relacionadas con determinados sectores.
3. Reconocimiento social de la labor realizada por la comunidad.

4. Supervisión de estas acciones y ejecución de otras de complejidad creciente, si existe realización correcta de las anteriores.
5. Control popular de recursos, medios y formas de prestación de servicios en la comunidad.
6. Participación en la toma de decisiones y la planificación.

Los programas de salud emplean 3 tipos principales de mecanismos para alcanzar la participación comunitaria, que son los grupos que crea la comunidad, los grupos que existen en la comunidad y los que se crean a iniciativa del sistema de salud.

Los contextos organizacionales, comunitarios y sociales en general constituyen hoy día, fuerzas poderosas que contribuyen a que la gente desarrolle comportamientos nocivos para su salud: fumar, beber alcohol en exceso, desarrollar dietas inadecuadas, etcétera.

La participación social en atención primaria de salud se interrelaciona con los siguientes elementos: reorganización del nivel central, descentralización, fortalecimiento de la capacidad administrativa (planificación, programación, coordinación, supervisión, observación y evaluación), ajuste de los mecanismos de financiación, desarrollo de un nuevo modelo de atención, la capacitación en salud, así como las investigaciones (las de acción participatoria resultan muy eficaces).

Es válido señalar que las áreas en que más participación comunitaria se alcanzan son aquellas donde hay una determinación de necesidades y prioridades, donde se precisa ayuda para encontrar soluciones, donde es importante el rol de la administración en las actividades y los recursos (planificación y administración) y cuando existe la implementación de actividades de salud.

No obstante, aparecen obstáculos para la participación social como son, la centralización excesiva, las políticas de salud desfavorables, el paternalismo, la carencia de un concepto claro de participación social, los niveles mínimos de organización comunitaria, la falta de mecanismos para la participación, la falta de

conocimientos del personal de salud, el inadecuado establecimiento de prioridades, la falta de recursos humanos y financieros, las incomprensiones del personal de salud con la comunidad, la resistencia al cambio, así como también la ausencia de incentivos para mantener la participación comunitaria.

En cambio, la democracia, la voluntad política, la planificación participativa, la descentralización y la racionalización de los servicios, son factores muy favorables para la obtención de buenos resultados.

El movimiento de ciudades y municipios saludables aparece como un medio que permite la implementación de la estrategia de promoción de la salud en forma concreta porque otorga el espacio, los mecanismos y los recursos para ello. Facilita también el proceso de entregar poder a las comunidades, y la inclusión de la salud como un derecho y un recurso que se construye conjuntamente. Sus líneas de acción para alcanzar la participación comunitaria, que se corresponden con el marco de referencia que define los requisitos mínimos para considerarlo como tal, son:

1. Compromiso político.

- Decisión política.
- Formulación de políticas (salud, educación, economía, ambiente, transporte, trabajo y agricultura).
- Equipos exitosos.

2. Creación de ambientes favorables.

3. Participación social/comunicación social.

4. Estilos de vida y desarrollo de habilidades personales.

5. Reorientación de los servicios.

Un municipio por la salud es aquel donde las autoridades, las instituciones, las organizaciones, los individuos y familias, dedican esfuerzos permanentes para mejorar sus condiciones de vida, de trabajo y de cultura, donde se establece una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural, y donde se expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia y la congestión social, haciendo uso óptimo de los recursos locales tanto del sector salud como de sectores afines en pro de la salud.

Es interesante rescatar en la definición de municipio saludable el aspecto de "proceso de mejora", más que de resultado final e impacto. La definición con la cual ha trabajado la OPS apunta más al proceso que a sus últimos resultados. Un municipio es "ya" saludable con independencia de su situación de partida, si establece mecanismos que generan ganancias progresivas en su nivel de salud. Lejos de buscar la utopía lejana, esta definición pretende operacionalizar la "idea-fuerza" de municipio saludable en función de la realidad cercana a la mayoría de los municipios que aún distan mucho de tener unos indicadores óptimos de salud.

En nuestro país se inició la articulación de estos procesos de forma conceptual en el marco de estrategias municipales que fueron cristalizando en los Consejos Populares de forma natural como espacio socio-geográfico aún más local.^{6,7} La metodología para el trabajo en la atención primaria de salud del Ministerio de Salud Pública, para el primer semestre de 1996 conocida como "Carpeta Metodológica", en su capítulo dedicado a la participación social y comunitaria, Estrategia de los Municipios de Salud, plantea: "Existen dificultades en los grupos (incluyendo los de la comunidad), las organizaciones, instituciones y los sectores en trabajar de forma integral en la identificación y establecimiento de prioridades y elaboración de un plan de acción conjunto, dadas por la falta de capacitación y motivación, lo que constituye una barrera para el trabajo transecto-rial". Entre los objetivos fundamentales se propone incrementar los conocimientos del personal de atención primaria de salud con énfasis en médicos y Enfermeras de Familia sobre la metodología de participación social y comunitaria.

Las acciones y metodología recomendadas para su instrumentación son:

1. Capacitación.

2. Incremento de la participación social.

- Incrementar la participación del sector salud en el Consejo Popular con énfasis en el Médico y Enfermera de Familia.

- Acompañar el proceso de implementación del movimiento de comunidades saludables.

- Desarrollar el trabajo intersectorial e interdisciplinario, fortaleciendo el trabajo con los Consejos de Salud, Centros de Higiene y Epidemiología y Promoción de Salud.

3. Lograr un incremento de la participación comunitaria.

- Creación de grupos de ayuda mutua y redes de apoyo.

- Participar en la capacitación de líderes formales e informales.

4. Realizar mayor número de investigaciones.

Salud comunitaria

Jaime Gofi y Rosa Gofi, en su libro sobre *salud comunitaria* (2010), la define como la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales.

El concepto implica que la salud del grupo es, en primer lugar, algo más que la suma de la salud de las personas que lo componen y, además, que la comunidad puede ser generadora de salud y de enfermedad. Pero también se utiliza el concepto de «*salud*

comunitaria» para referirse al conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida (De Peray, 2000).

Cuando nos referimos a «**atención comunitaria**» se entiende aquella que tiene como objetivo la atención al conjunto de una comunidad definida y que busca obtener determinados resultados en salud. La mejora de la salud implica muchas más acciones que la intervención sobre los problemas de salud; es necesario actuar sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad, e identificar las necesidades en salud de la población objeto de atención y los factores que las determinan.

Siendo conocido que la gran mayoría de los problemas de salud (desde las clásicas enfermedades cardiovasculares, pasando por los problemas de salud mental y muchísimos más, por no decir la mayoría) tienen un origen multicausal, una de las características imprescindibles de la atención comunitaria es la necesaria intervención multisectorial y no sólo desde los servicios sanitarios (Soler, 2003).

Asimismo, el Glosario de Promoción de la OMS también define la acción comunitaria para la salud como «*el conjunto de esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, para mejorar la salud*».

FACTORES QUE INFLUYEN IMPOSITIVAMENTE O NEGATIVAMENTE EN LA COMUNIDAD

En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente, cómo preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Sin embargo, los hábitos y prácticas alimentarias son rara vez la causa principal, o importante de la malnutrición. Por el contrario, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes, densos en energía, durante los primeros meses después del parto. Es verdad también, que

algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir a deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población. Los nutricionistas deben conocer los hábitos y prácticas de alimentación de las comunidades donde trabajan, de manera que puedan ayudar a reforzar los elementos positivos y luchar para cambiar los negativos.

LOS HáBITOS ALIMENTARIOS Y SUS ORÍGENES

Las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos, y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios. Se tiene la tendencia a aceptar lo que las madres preparaban, los alimentos que se servían en ocasiones festivas o los que consumían lejos de casa con amigos y familiares durante la infancia. Los alimentos que los adultos comieron durante la infancia raramente no son aceptados posteriormente.

Sin embargo, lo que una sociedad considera como normal o inclusive muy deseable, otra lo puede considerar como repulsivo o inaceptable. Muchas personas en Asia, África, Europa y el continente americano generalmente consumen y aprecian la leche animal, pero en China, rara vez se consume. Las langostas, los cangrejos y los camarones se consideran alimentos valiosos y delicados por muchas personas en Europa y América del Norte, pero son repulsivos para otras tantas en África y en Asia, sobre todo para quienes viven lejos del mar. Los franceses comen carne de caballo y los ingleses generalmente no. Muchas personas se deleitan con carne de monos, serpientes, perros y ratas o comen ciertos tipos de insectos, muchas otras encuentran que estos alimentos son muy desagradables. La religión puede tener una importante función en prohibir el consumo de ciertos platos. Por ejemplo, ni los musulmanes ni los judíos consumen cerdo, mientras los hindúes no comen carne y con frecuencia son vegetarianos.

Los hábitos alimentarios difieren mucho con respecto a cuáles son los alimentos de origen animal que se prefieren, gustan y consumen. Los alimentos en cuestión, comprenden muchos que son ricos en proteína de buena calidad y que contienen

hierro hemínico, los cuales son nutrientes importantes. Las personas que no consumen tales alimentos carecen de la oportunidad de obtener con facilidad estos nutrientes. Por otra parte, quienes consumen en exceso carne animal, algunos alimentos marinos, huevos y otros alimentos de origen animal tendrán cantidades indeseables de grasa saturada y de colesterol en la dieta. El consumo equilibrado es la clave.

Relativamente pocas personas o sociedades se oponen al consumo de cereales, raíces, legumbres, hortalizas o fruta. Pueden tener fuertes preferencias y gustos, pero la mayoría de quienes comen maíz también comen arroz, y casi todos lo que comen arroz, comerán productos a base de trigo.

Se dice con frecuencia que los hábitos alimentarios rara vez o nunca cambian y que son difíciles de modificar. Esto no es cierto; en muchos países los alimentos básicos actuales no son los mismos que se consumieron inclusive hace un siglo. Los hábitos y las costumbres alimentarias cambian y pueden ser influenciadas en formas diferentes. El maíz y la yuca no son nativos de África, aunque ahora son importantes alimentos básicos en muchos países africanos. Las patatas se originaron en el continente americano y más adelante se convirtieron en un importante alimento en Irlanda.

Las preferencias alimentarias no se establecen ni se eliminan por caprichos y aficiones. Frecuentemente los ajustes se originan en cambios sociales y económicos que se llevan a cabo en toda la comunidad o sociedad. El asunto importante no es qué tipo de alimentos se consume sino más bien, cuanto de cada alimento se come y cómo se distribuye el consumo dentro de la sociedad o de la familia.

La tendencia de muchos asalariados es gastar la mayoría de su sueldo en pocos días después de haberlo recibido, casi siempre resulta en una dieta familiar de valor nutritivo variable. La familia come mucho mejor justo después de un día de pago que antes del siguiente. Los salarios muchas veces se reciben mensualmente y, por lo tanto, parece indudable que un cambio a pagos semanales mejoraría la dieta del asalariado y de su familia.

La persona que controla las finanzas familiares influye (deliberadamente o sin intención) en la dieta de la familia y los alimentos que se dan a los niños. En general, si las madres tuviesen algún control sobre las finanzas, la dieta familiar sería mejor. Cuando la madre tiene poco control sobre los ingresos de la familia, los arreglos alimentarios pueden volverse casuales o inclusive peligrosos.

La educación nutricional ha tenido una importante influencia en los hábitos alimentarios, pero no siempre ha sido positiva. Felizmente, ya pasó el momento en que los nutricionistas promovían costosos alimentos ricos en proteínas a personas que no los podían comprar. Desgraciadamente, la tendencia de escoger alimentos o nutrientes sea para promoverlos o para prohibirlos, no ha desaparecido, como tampoco la tendencia a tratar de enseñar mediante el temor y quitando el placer de comer. Sin embargo, el cambio siempre surge en forma lenta y los antiguos hábitos difícilmente terminan; las personas a que aprendieron estas antiguas lecciones son aún responsables de alimentarse a sí mismas y a sus familias, y pueden encontrar que es problemático cambiar de nuevo.

VENTAJAS NUTRICIONALES DE LOS HáBITOS ALIMENTARIOS TRADICIONALES

Las dietas tradicionales en la mayoría de las sociedades en los países en desarrollo son buenas. Generalmente se requieren solamente cambios menores para permitir satisfacer las necesidades de nutrientes de todos los miembros de la familia. Aunque la cantidad de alimento consumido es un problema más común que la calidad, este capítulo enfoca los tipos de alimentos y hábitos alimentarios.

Comer ciertos alimentos ricos en proteína, como insectos, serpientes, monos, mangostas, perros, gatos, alimentos marinos poco comunes y caracoles, es definitivamente benéfico. Otro hábito nutricionalmente bueno es el consumo de sangre animal. Algunas tribus africanas punzan la vena de una res, sacan un recipiente lleno de sangre, paran el sangrado y consumen la sangre, por lo general después de mezclarla con leche. La sangre es un alimento rico y mezclado con leche muy nutritivo.

Una costumbre que se encuentra con frecuencia entre los pastores y otras personas es tomar leche agria o cuajada, en vez de fresca. La leche agria no pierde su valor nutritivo, pero a menudo reduce de modo sustancial el número de organismos patógenos presentes. En comunidades donde el ordeño no se realiza con buena higiene y donde los recipientes en los que se recibe la leche quizá están contaminados, es más seguro tomar leche agria y no leche fresca. La leche hervida es más segura.

En muchas sociedades, por ejemplo en Indonesia y en partes de África, fermentan de manera parcial los alimentos antes de consumirlos. La fermentación puede mejorar la calidad nutritiva y reducir la contaminación bacteriana de los alimentos.

El uso tradicional de ciertas hojas de color verde oscuro entre comunidades rurales es otra práctica benéfica que se debe estimular. Estas hojas son fuentes ricas de caroteno, ácido ascórbico, hierro y calcio; además, contienen cantidades útiles de proteína. Las hojas verde oscuro no cultivadas o silvestres, como las hojas de amaranto, lo mismo que las de alimentos cultivados, por ejemplo calabaza, batata y yuca, son mucho más ricas en vitaminas que las hortalizas de hojas pálidas de origen europeo, como el repollo y la lechuga. Muchos horticultores expatriados en África han intentado, a menudo, que los lugareños cultiven hortalizas europeas en vez de sus hortalizas tradicionales.

Muchas frutas silvestres son ricas en vitamina C; un ejemplo es la pulpa de las vainas del baobab, que se consume con frecuencia en África. Los métodos de preparación tradicional de granos suministran un producto más nutritivo que la molienda a máquina. Algunas comunidades hacen germinar semillas de legumbres antes de la cocción, lo cual mejora su valor nutritivo, como el humedecer los granos de cereal enteros antes de procesarlos para fabricar las cervezas locales y algunas bebidas no alcohólicas. Estas semillas y granos por lo general tienen un alto contenido de vitaminas del complejo B. Por último, no se puede dejar de enfatizar el método de alimentación tradicional para recién nacidos - amamantarlos al pecho - es nutricionalmente superior a la alimentación con biberón (véase el Capítulo 7).

TABÚES ALIMENTARIOS

Numerosos hábitos y costumbres alimentarias son inadecuadas desde el punto de vista nutricional. Algunas prácticas son el resultado de percepciones tradicionales sobre los alimentos que son susceptibles de cambiar por la influencia de pueblos cercanos, viajes, educación, etc. Otras prácticas alimentarias están ligadas a la existencia de tabúes.

Un tabú puede existir en un país, en una tribu, en parte de ésta, o en ciertos grupos de la población. Dentro de una sociedad puede haber costumbres alimentarias definidas en grupos de mujeres y niños, o mujeres embarazadas y niñas. En algunos casos las costumbres alimentarias tradicionales tienen que ver con un grupo de edad en particular, y en otras ocasiones un tabú puede estar relacionado con una determinada ocupación, como la caza. Otras veces, para algunos individuos, el tabú puede haber sido causado por algún suceso particular, como una enfermedad o una ceremonia de iniciación religiosa.

Aunque estos temas corresponden al campo de la antropología, es importante para un nutricionista estar familiarizado con las costumbres alimentarias de las personas con el fin de estar capacitado para mejorar su estado nutricional a través de la educación en nutrición u otros medios. Es evidente que la antropología y la sociología son importantes para el trabajador de la nutrición que está investigando o tratando de mejorar el estado nutricional de cualquier comunidad.

Algunas costumbres y tabúes tienen orígenes conocidos y bastante comprensibles, aunque los motivos originales quizá no se conozcan en la actualidad. Una costumbre se puede haber convertido en parte de la religión de una persona. Por ejemplo, el tabú judío contra el cerdo es probable que se introdujera para eliminar la tenia, prevalente en el cerdo, y que se consideraba mermaba la fuerza del pueblo judío. Aunque 2000 años después es posible comer cerdo sin peligro, los judíos no consumen esta carne. Los musulmanes comparten estas ideas sobre el cerdo. En ninguno de los casos éste es un tabú nutricionalmente dañino.

Muchos tabúes se relacionan con el consumo de alimentos ricos en proteína animal, sobre todo en grupos de comunidades que los necesitan. En África, hay un tabú sobre el consumo de huevo, que está desapareciendo rápidamente. Este tabú afecta en general a las mujeres, al creer que si comen huevos se vuelven estériles. La conexión psicológica entre la fertilidad humana y el huevo es obvia. En otros lugares, la costumbre tiene que ver con los niños, quizá para desanimar el robo de huevos de gallinas ponedoras, lo cual pondría en peligro la supervivencia de estas aves. Otras costumbres también afectan, a menudo, a mujeres y niños en relación con el pescado. Estas costumbres pueden ser un tabú, pues las personas que no están acostumbradas al pescado no le gusta simplemente porque encuentran que su olor es desagradable o por su apariencia que es «semejante a una serpiente». Muchas culturas se resisten al consumo de leche o productos lácteos.

Las costumbres que prohíben el consumo de ciertos alimentos que son nutricionalmente valiosos pueden no tener un importante impacto nutricional global, en particular si sólo uno o dos productos alimentarios son los afectados. Algunas sociedades, sin embargo, prohíben una amplia gama de alimentos a las mujeres durante el embarazo, por lo tanto se hace difícil seguir una dieta balanceada.

Muchos de los tabúes que existieron hace un cuarto de siglo y que son nutricionalmente indeseables, se han debilitado o han desaparecido como resultado de la educación, la mezcla de personas de diferentes sociedades y los viajes. Algunos de los tabúes que permanecen pueden parecer ilógicos y de origen oscuro, pero no es aconsejable que individuos foráneos traten de alterar los hábitos alimentarios establecidos, sin analizar sus orígenes. Aún más, no tiene sentido tratar de alterar un hábito que no afecta en forma negativa el estado nutricional.

Los hábitos nutricionalmente negativos, como cualquier otro hábito, pueden ser cambiados por las personas que los tienen. En este aspecto, los individuos locales influyentes se pueden unir a los nutricionistas y convertirse en una alianza importante dedicada a erradicar la malnutrición. Una conferencia por parte del presidente o un

ministro del gabinete, la observación de un líder respetado de la tribu que coma algún alimento prohibido sin que sufra peligro alguno, o el retorno a la ciudad de personas locales educadas e ilustradas, será más efectiva que la prédica o estímulo de un forastero.

CAMBIO DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

En algunas partes del mundo los alimentos básicos han cambiado o están cambiando. El maíz, la yuca y las patatas, que se cultivan ahora en África en gran cantidad, se originaron fuera del continente. Como ninguno de estos alimentos se consumía en África hace unos cientos de años, es claro que los hábitos alimentarios de millones de personas han cambiado. Una inmensa mayoría de africanos ha abandonado el ñame y el mijo por el maíz y la yuca, al igual que muchos en Europa cambiaron la avena, la cebada y el centeno por el trigo y las patatas. Los hábitos alimentarios cambian con rapidez. La dificultad, por supuesto, radica en tratar de promover y orientar cambios adecuados y detener los indeseables.

Con frecuencia es difícil descubrir qué factores han sido los más importantes en estimular o influir los cambios en los hábitos alimentarios. El rápido aumento en el consumo de pan en muchos países africanos, latinoamericanos y asiáticos donde el trigo no es un alimento básico, es comprensible. Es por lo menos en parte un fenómeno que ahorra mano de obra; el pan es uno de los primeros alimentos «de conveniencia» que han estado disponibles. Antes de salir de casa para ir al trabajo uno puede comer algunas rebanadas de pan en vez del desayuno tradicional del plato de avena con leche, que requiere tiempo de preparación y es desagradable cuando está frío. El pan puede ser llevado en el bolsillo y consumirse durante un descanso de la jornada laboral o cuando se está de viaje.

En la mayor parte del mundo, el primer alimento básico tradicional ha permanecido constante, sin tener en cuenta la urbanización, modernización o inclusive la occidentalización. Por lo tanto, en gran parte de Asia el arroz es el alimento básico preferido en áreas rurales y urbanas. Algunas poblaciones en África, tales como los

Buganda en Uganda y los Wachagga en la República Unida de Tanzania, continúan prefiriendo los plátanos como alimento básico. Los productos basados en maíz, como las tortillas siguen siendo importantes en las dietas de la mayoría de los mexicanos y de muchos países de América Central.

Es evidente que, los cambios en los hábitos alimentarios no son sólo accidentales y se pueden iniciar deliberadamente. A nivel comunitario y familiar, los niños de edad escolar pueden ser importantes agentes de cambio, dado que sus gustos y preferencias están en formación, por lo que si prueban un nuevo alimento tal vez les guste y lo acepten con mayor facilidad. Las comidas escolares pueden servir para introducir nuevos alimentos a los niños y por lo tanto influir en sus hábitos alimentarios. Esta ampliación de la experiencia alimentaria en la infancia es sumamente importante. Los niños pueden influir a la familia inmediata y más adelante a sus propios niños para comer alimentos nuevos altamente nutritivos.

NUEVOS HÁBITOS PERJUDICIALES

No todo cambio es deseable y no todo nuevo hábito alimentario es bueno. El Capítulo 7 describe en detalle los efectos nocivos de la rápida extensión del uso de fórmulas lácteas infantiles o de leche animal para los biberones, en vez de amamantar a los bebés. Ésta es una tendencia alimentaria relativamente nueva e indeseable. Menos atención se ha prestado al tema de otros alimentos para bebés, muy promovidos y publicitados en los países en desarrollo. Los alimentos complementarios disponibles localmente o aquellos para el destete, preparados y producidos en el hogar y consumidos tradicionalmente, son con frecuencia tan nutritivos o más que los alimentos manufacturados para bebés, y son siempre más económicos. En general, se introducen de modo gradual mientras se amamanta y se continúa hasta el segundo año de vida y aún más. Los alimentos manufacturados para bebés se deben promover únicamente para quienes están en incapacidad o no están dispuestos a continuar amamantando. Son seguros y nutricionalmente adecuados cuando se preparan higiénicamente y en la dilución correcta. Y son convenientes para quienes los pueden

pagar. Sin embargo, los alimentos manufacturados son costosos si se comparan con los alimentos locales, y para la mayoría de las familias en los países en desarrollo, exceptuando a los ricos, pueden ser una pérdida de dinero. Para las familias que ya tienen poco dinero para gastar en alimentos y otras necesidades básicas, estos alimentos son una forma muy costosa de adquirir los nutrientes que anuncian tener.

Otro tipo, particularmente engañoso de publicidad, se relaciona con productos de glucosa de los que se dice suministran «energía instantánea». La energía está presente en casi todos los alimentos más económicos en gran cantidad. De modo semejante, las bebidas anunciadas como «ricas en vitamina C» por lo general son innecesarias, pues pocos niños sufren de carencia de vitamina C. La vitamina C se puede obtener igualmente de frutas como guayabas, mangos y cítricos, o de una vasta gama de hortalizas.

Los alimentos para el destete denominados ricos en proteína también son muy promocionados. Estos son productos nutricionalmente buenos, pero cuestan mucho más que los alimentos ricos en proteína disponibles en el mercado como frijoles, maní, pescado seco, carne, huevos o leche. Por lo general, cuesta mucho más suministrar 100 gramos de proteína de estos productos comercialmente promovidos que, por ejemplo, frijoles comprados en el mercado local. La pregunta esencial es cómo una madre podría mejorar la dieta de su hijo si tuviese un poco de dinero extra para gastar. La respuesta rara vez sería en alimentos manufacturados para bebés.

En algunos países los alimentos básicos han permanecido constantes, pero la preferencia puede haber cambiado a través de los años. Como se describe en el Capítulo 16, la rápida difusión y popularidad del arroz refinado en Asia tuvo desastrosas consecuencias y llevó a una alta prevalencia de beriberi, con alta morbilidad y muertes. En muchas partes del mundo, los cereales muy refinados como la harina de trigo, de arroz y de maíz, han reemplazado a los tradicionales que son menos refinados y más nutritivos. En el Reino Unido y la Federación Rusa, el pan blanco ha reemplazado al pan negro o los panes de granos enteros y, en África

oriental, la harina de maíz refinada se compra con frecuencia y ha reemplazado a la harina de maíz menos refinada. La urbanización, la modernización y la sofisticación frecuentemente han llevado a dietas en las que un gran porcentaje del consumo de energía viene de azúcares y grasas, y conduce a un mayor consumo de sal. Todos estos son cambios generalmente negativos desde el punto de vista nutricional.

CÓMO INFLUIR PARA OBTENER CAMBIOS POSITIVOS

¿Qué pueden hacer los trabajadores de la salud o los nutricionistas sobre los hábitos alimentarios, tradicionales y nuevos en una comunidad? Pueden:

- proteger, apoyar y ayudar a conservar los numerosos y excelentes hábitos alimentarios que existen y son nutricionalmente valiosos;
- respetar el conocimiento y las costumbres de la gente en la comunidad donde trabajan;
- dar buen ejemplo en sus propios hogares, adoptando buenos hábitos alimentarios;
- influir a líderes locales respetados para que públicamente afirmen que ellos mismos han dejado los tabúes alimentarios negativos, y apoyarlos para que cuando se presente la oportunidad, consuman en público alimentos «prohibidos»;
- persuadir a la gente para que no abandone sus buenos hábitos alimentarios o se dejen influir por los «sofisticados» que regresan de la ciudad, que tratan de desanimar a los pobladores rurales a comer alimentos nutritivos tradicionales, como mangostas o moscas de lago, y los alientan a consumir y producir hortalizas de tipo europeo en lugar de los buenos alimentos tradicionales;
- explicar las desventajas de las harinas de cereales altamente refinadas si éstas se han vuelto populares en el área, y abogar por el consumo de varios cereales en la dieta local;
- promover el amamantamiento de los niños y eliminar toda promoción de sustitutos de la leche materna;

- disuadir a las familias más pobres a comprar productos manufacturados para bebés y estimularlos a usar los alimentos complementarios disponibles localmente;
- producir material informativo que ayude a detener el avance de la alimentación con biberón y la compra innecesaria de alimentos costosos para bebés;
- luchar, a través del servicio civil u organizaciones oficiales locales, para que se introduzca el pago semanal de salarios a los empleados en vez del sistema mensual, e influir a los trabajadores y líderes de los sindicatos de trabajadores a hacer lo mismo;
- dar los pasos necesarios para introducir buenas prácticas de alimentación en las escuelas locales y otras instituciones.

UNIDAD III BASES CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

DIAGNÓSTICO DE SALUD.

Generalidades del diagnóstico de salud

En salud, el método científico es aplicado para la elaboración del diagnóstico de salud, sus etapas o fases y sus nombres, pueden variar de acuerdo al autor en el que se base la información.

- **Observación** Es la primera acción que se realiza. Se refiere al análisis y la examinación de los hechos, actividad que puede realizarse a través de los sentidos. La información se registra a través de instrumentos como las guías de observación
Ejemplo: Si se quiere conocer el estado de salud de una comunidad determinada se deben observar sus hábitos, las enfermedades que les atañen y demás determinantes de la salud.
- **Formulación de hipótesis** En esta etapa se presuponen las posibles causas de las enfermedades o las carencias en materia de salud que tiene la población analizada.

Ejemplo: Las personas de la comunidad tienen tendencia a enfermedades de las vías respiratorias debido a la contaminación que generan las fábricas que se encuentran a los alrededores y el poco servicio médico al que tienen acceso.

- **Experimentación** Para comprobar o rechazar la hipótesis planteada es necesario realizar la experimentación para dar validez a lo planteado. Para ello, se necesita una actividad en la que se pueden realizar mediciones y elaborar pruebas en laboratorios entre otras diligencias que contribuyan a generar información que proporcione cuentas del estado de salud de la población. Ejemplo: Se puede hacer una evaluación a través de pruebas de laboratorio y /o encuestas.
- **Emisión de conclusiones** Consiste en el análisis de la información y los datos recabados que pueden ratificar o rechazar la hipótesis planteada, pero denotan la realidad en materia de salud de la comunidad estudiada u observada. En esta etapa quedan en evidencia los indicadores y los determinantes de salud que afectan a la comunidad considerando el ambiente en donde viven y todos los demás factores que intervienen en ella.

El diagnóstico de salud es una herramienta de mucha utilidad para diferentes disciplinas, lo cual reafirma la interdisciplinariedad de la salud pública, a partir de identificar las características socio-económicas, culturales y del proceso salud-enfermedad de una población en particular. Esto permitiría identificar áreas de oportunidad para poder implementar acciones que favorezcan una mejora de la calidad de vida de dicha población, así como las estrategias pertinentes de manera conjunta con la población para atender los elementos sustanciales y factibles que mejoren el crecimiento y desarrollo de la población. El diagnóstico de salud puede abarcar desde un área parcial de una colonia, delegación, municipio, entidad federativa e incluso un país o continente, hasta llegar al mundo entero.

El diagnóstico de salud consiste en recabar, estudiar y analizar el estado de salud de una población, considerando sus determinantes y los indicadores de salud y/o de las necesidades en cuanto a materia de salud (servicios, acceso a atención médica etc.) para hacer propuestas de solución para sus problemas o necesidades.

El diagnóstico de salud forma parte de la primera etapa del proceso administrativo: la planeación; es una labor imprescindible dentro de las actividades de programación en salud pública. (Barragán (2008:4)

Principios que rigen al diagnóstico de salud:

- Objetividad
- Integralidad
- Heterogeneidad
- Sistemática
- Interdisciplinaria
- Participación social

El objetivo del diagnóstico de salud es conocer el proceso de salud enfermedad que se sufre en un grupo o población determinada, en relación a:

- Daños a la salud
- Servicios de salud
- Factores condicionantes y riesgos

Toda la información que se plasme en el diagnóstico de salud debe ser expresada por gráficas, tablas o el medio que sea útil, contando con datos sustentados por la bibliografía utilizada. La Secretaría de la Función Pública informa que para la realización de un diagnóstico son necesarios fundamentos legales los cuales se mencionan ahora:

1. Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012.
2. Manual de operación del módulo institucional del PMG.
3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
4. Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública (Artículo 80, Fracción II, Inciso b) numerales 5, 6, 12 y 13).

5. Lineamientos Generales para la Formulación de los Programas de Trabajo de los Órganos Internos de Control.

La utilidad del diagnóstico

- Identificar las necesidades o debilidades en el campo de salud como las enfermedades que afectan a una comunidad o la carencia de los servicios de salud.
- Reconocer los factores determinantes de salud de una población.
- Planificar las acciones para atender las necesidades o carencias detectadas.
- Organizar en orden de prioridad las demás en materia de salud.

Una vez que revisaste qué es un diagnóstico de salud y cuáles sus generalidades, puedes revisar los tipos de diagnóstico de salud y la utilidad de cada uno de ellos.

Tipos de diagnósticos de salud

El diagnóstico de salud de una población es la primera etapa de planificación en el campo de la salud; es la investigación en Salud Pública que tiene, como ya mencionamos evalúa la salud de una población, y busca proponer alternativas viables y factibles para la resolución de los problemas detectados.

Según Mario Testa, existen tres tipos de diagnóstico: el administrativo, el estratégico y el ideológico (como se observa en la siguiente figura). Existen tres tipos de diagnóstico de salud, cada uno enfocado a una tarea específica:

- **Diagnóstico administrativo:** Analiza y evalúa la eficiencia de los recursos destinados a la atención de la salud como: el índice de marginación de la población, la calidad del servicio en cuanto a atención, los insumos con lo que cuentan las instituciones reproductoras de servicios de salud y los resultados que se obtienen de ellos. En resumen: - Analiza los servicios de salud y sus factores condicionantes considerando sus insumos y resultados. - En epidemiología se utiliza para reconocer las causas inmediatas de las enfermedades.

- **Diagnóstico estratégico** Contribuye a identificar las áreas de oportunidad y organizarlas de acuerdo a las necesidades en cuanto al proceso salud enfermedad. En resumen:
 - Analiza el proceso de salud enfermedad de una población.
 - En epidemiología se utiliza para medir los riesgos de infección o adquisición de una enfermedad en una población.
- **Diagnóstico ideológico** Se refiere al análisis en cuanto a la ideología relacionada a los sistemas de salud como: la igualdad de la atención entre los usuarios. En conclusión:
 - Analiza la problemática en cuanto a los servicios de salud, accesibilidad, atención, igualdad, entre otros aspectos cualitativos y sociales de los servicios de salud.
 - En epidemiología se utiliza para validar las opiniones de los usuarios de los servicios de salud.

Figura 3. Tipos de diagnóstico.



Fuente: UnADM.

Por ello, a partir de los tipos de diagnóstico de salud, la recomendación para esta unidad temática es utilizar el diagnóstico administrativo para poder identificar las condiciones generales socio-demográfico y culturales, y del estatus que guarda el proceso salud-enfermedad, a partir de identificar los determinantes e indicadores de la salud que los circundan, así como la accesibilidad a los servicios de salud y la capacidad instalada para entender y atender las necesidades de la población de estudio, para culminar con el análisis de los resultados, y la propuestas de estrategias y medidas conducentes a reducir factores de riesgo y coadyuvar en una mejora en la calidad de vida de la población de estudio. Para lo cual se requiere de la respuesta social organizada en salud, misma que está dada por los recursos que existen en la región y que responden en la medida de su asequibilidad a las necesidades de la población; tales recursos comprenden desde la infraestructura instalada en los diferentes sectores, tanto público como privado, y los tipos de servicios que ellos otorgan, así como el número y características del capital humano relacionado con los servicios de salud.

Con dichos antecedentes, el diagnóstico de salud incrementa la posibilidad de identificar las relaciones existentes entre los factores antes mencionados, recordando que su metodología permitirá conocer y analizar las situaciones en salud, teniendo como resultado, la transformación de la realidad estudiada en beneficio de la calidad de vida de la población.

Etapas de elaboración del diagnóstico de salud

Las etapas de elaboración de un diagnóstico se refieren los diversos momentos en el que se procesa cada elemento que lo compone y se divide como sigue:

1. Delimitación del problema.

En esta etapa se caracteriza por:

- La delimitación del campo de estudio (se elige la comunidad a estudiar y la problemática específica por la que se estudiará)

- Hay que justificar el por qué se hará un diagnóstico

2. Recolección de la información.

Para realizar una investigación es necesario definir una metodología en la que se planteen las actividades a realizar para alcanzar el o los objetivos planteados.

Se delimitan las acciones para recaudar la información sobre:

- Marco Teórico (incluyen la redacción de los indicadores y determinantes): Factores demográficos Factores socioeconómicos Factores del medio ambiente
- Problema de salud o daños a la salud (justificación epidemiológica)

3. Análisis e interpretación de información.

Una vez que se ha recabado la información, se organiza y se jerarquizan las necesidades, para lo que pueden utilizar los siguientes cuestionamientos:

¿Cuáles son los problemas o necesidades?

¿Cuáles con sus causas?

¿Cuáles son los factores que determinan la salud, enfermedad o necesidades de salud de una población?

¿Cuáles con las necesidades más inmediatas?

- ## 4. Conclusión
- Una vez que se han identificados los problemas a través del análisis de la información se elabora un cierre del proceso.

Los elementos del diagnóstico se ven realizados en las cuatro etapas antes mencionadas, son momentos que no están propiamente declarados a la hora de elaborar un diagnóstico de salud, pero forman parte de su proceso de elaboración, como se muestra a continuación.

Figura 4. Etapas de un diagnóstico de salud.



Diseño del diagnóstico de salud

Los elementos para elaborar un diagnóstico pueden variar, la cual consideran los siguientes elementos para el diseño de un diagnóstico.

Datos de la población estudio:

- a) Antecedentes históricos de la comunidad estudiada
- b) Nombre de la localidad
- c) Nombre del Municipio y Entidad Federativa a la que pertenece
- d) Otras localidades que forman el Municipio
- e) Localización, ubicación dentro del municipio y dentro del Estado (Croquis o mapa de ubicación)
- f) Hechos históricos relevantes de la localidad, fecha de fundación, primeros pobladores, etc.

Factores demográficos:

En estos factores se incluyen los siguientes elementos:

- Pirámide de población

Es la representación gráfica de la composición de la población por edades y sexo, y proporciona una impresión global de la estructura de la población. Por lo que debe describirse por sexo, es decir masculino y femenino. Para ello puede utilizarse la siguiente tabla:

Tabla 1. Ejemplo de tabla para representar la distribución de la población de estudio.

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
Menores de 1 año						
1 a 4 años						
5 a 9 años						
10 a 14 años						
15 a 19 años						
20 a 24 años						
25 a 29 años						
30 a 34 años						
35 a 39 años						
40 a 44 años						
45 a 49 años						
50 a 54 años						
55 a 59 años						
60 a 64 años						
65 a 69 años						
70 a 74 años						
75 a 79 años						
80 años y más						
Total						

Fuente: http://fm.uach.mx/servicios/2011/09/06/guia_dx.pdf.

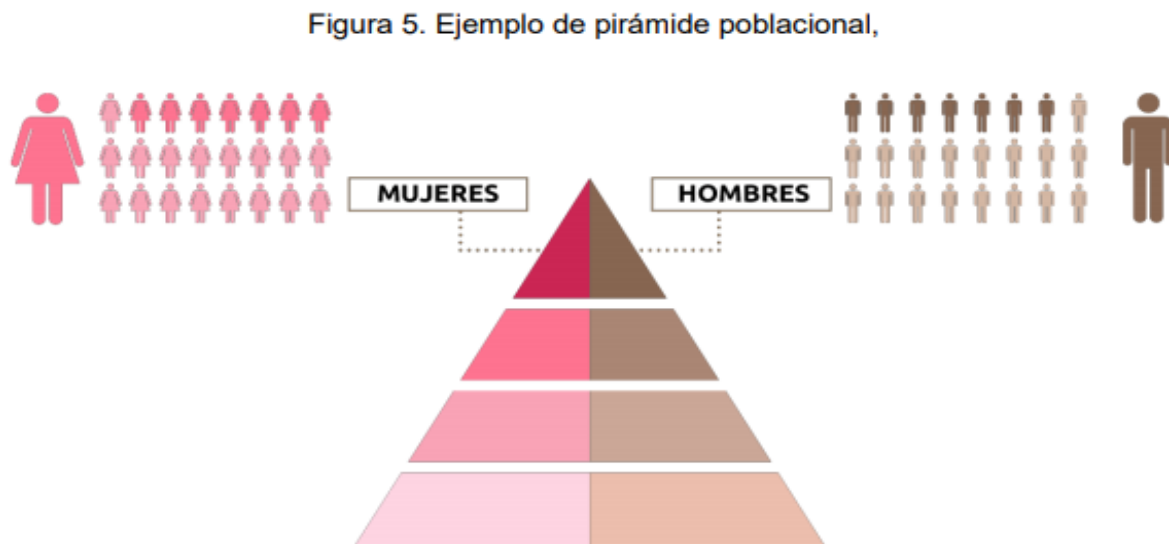
Dónde:

- “n” Se refiere al número absoluto de cada género, ya sea masculino o femenino.

El porcentaje se refiere a:

La parte proporcional del total de la población de acuerdo al género.

Posteriormente, deben graficarse los valores para elaborar una pirámide poblacional de este tipo:



Fuente: DOF: 30/04/2014. Programa Nacional de Juventud 2014-2018. <http://www.dof.gob.mx>
http://fm.uach.mx/servicios/2011/09/06/guia_dx.pdf

- Tasa de crecimiento de la población (cinco años previos)

Es la medida del crecimiento de la población con la que observamos cómo aumenta. En esta gráfica se consideran los nacimientos y fallecimientos en un año, y se obtiene de la siguiente manera:

Tasa de crecimiento de la población = $\frac{\text{Nacidos vivos} - \text{fallecidos durante el año}}{\text{Población}} \times 100$

Se expresa en %

- Tasa de natalidad

Basada en el número de recién nacidos vivos en la población durante un año.

Tasa de natalidad = Número de recién nacidos vivos en la población en el año X 1000

- Tasa de fecundidad o de fertilidad

Está basada en el número de mujeres en edad fértil de 15 a 44 años de edad.

Tasa de fecundidad = Número de recién nacidos vivos en la población en el año X
1000 mujeres

Factores socioeconómicos

Para desarrollar este apartado del diagnóstico de salud habrá que incluir los siguientes elementos:

- Población económicamente activa:

Es la población que trabaja y recibe una remuneración económica, en relación a la totalidad de la población, y se expresa en % (Son mayores de 12 años que trabajan algún momento del año, tiene un trabajo, negocio o empleo con cierta regularidad, con promedio de 15 horas por semana, que recibe un pago a cambio).

- Ocupación de la población económicamente activa:

Clasificación por número absoluto y porcentaje de la actividad de la población económicamente activa considerando el tipo de actividad:

♣ Actividad primaria: agricultura, ganadería, caza, pesca

♣ Actividad secundaria: industria extractiva e industria de la transformación.

♣ Actividad terciaria: servicio y comercio.

Como datos complementarios se debe investigar:

- Salario: Anotar el salario de la población económicamente activa, puede hacerse por rangos, pero en ocasiones es difícil acceder a esa información.

- Tenencia de la tierra: Señalar las modalidades de tenencia de la tierra en la localidad (ejido, propiedad privada, cooperativa).
- Movimientos migratorios: Movimientos migratorios (inmigración y/o emigración) de la población (internas y externas) de la población económicamente activa en busca de fuentes de trabajo.
- Alimentación: Se debe describir dieta básica de la población en relación a calidad y cantidad. Se investigará el consumo de aminoácidos esenciales, que deberá de ser mayor que de origen animal.

A fin de identificar las condiciones de educación de la población en estudio, es recomendable utilizar la siguiente información:

- Educación. Donde se investigará el nivel educativo, es decir los años escolares que han cursado los integrantes de la población en estudio. Donde podemos encontrar las siguientes opciones:
- Analfabetismo: Porcentaje de analfabetas en relación a la totalidad de la población de 6 y más años de edad.
- Grado de Escolaridad: Realizar la clasificación de la población conforme a el último grado de estudios realizados (primaria completa, primaria incompleta, secundaria, preparatorio o equivalente, licenciatura, posgrado).

Los factores económicos a considerar para elaborar un diagnóstico de salud de una comunidad pueden esquematizarse de la siguiente forma:

Figura 6. Factores socioeconómicos.



Fuente: UnADM

FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE

En donde incluiremos los siguientes elementos:

- Geográficos:
 - ✓ Superficie: extensión territorial de la comunidad (m²).
 - ✓ Altura: medición sobre el nivel del mar (metros) de la comunidad
 - ✓ Orografía: se asienta en o rodeada por valles, montañas, planicie, otros
 - ✓ Hidrografía: recursos con los que cuenta como: arroyos, ríos, lagos, fuentes, ojos de agua, mar, etc.

- ✓ Clima: frío, templado, tropical, extremoso
 - Humedad: seco, semi-seco, húmedo, sub húmedo
 - Temperatura: cálido, semi-cálido, frío, semi-frío
- ✓ Tipo de suelo: características geológicas y su composición.
- ✓ Flora: vegetación silvestre propia de la región.
- ✓ Fauna: Animales propios de la región.

- Comunicaciones
 - ✓ Caminos de comunicación: carreteras, terracería, brecha y otras con que las localidades se comunican, con qué localidad y cuándo son transitables y cuál es su distancia en km² y tiempo.
 - ✓ Transportes: aéreo, terrestre, otros y las rutas y frecuencia de corridas.
 - ✓ Medios de comunicación: teléfono, televisión, telégrafo, periódico, correo, radio, equipo de sonido, etc.

- Saneamiento básico
 - ✓ Agua: existencia, potable, no potable, cantidad aproximada, fuentes de contaminación. Principales fuentes de abastecimiento; bomba municipal, tanque de abastecimiento, presa, pozo, arroyo, laguna, rio, pipa o vehículo, otros. Conducción de agua; entubada, toma pública, toma intradomiciliaria, vehículos, bestias, humanos, otros. Tratamiento del agua.
 - ✓ Manejo de basura: tirada a cielo abierto, se quema, se procesa, se entierra, recolección por servicio público, etc.
 - ✓ Otros contaminantes del medio (físicos o químicos): pesticidas, fertilizantes, gases tóxicos, radiaciones, ruido, etc.
 - ✓ Fauna nociva y transmisora en el medio ambiente y en las viviendas: silvestre o domestica como, roedores, insectos, arácnidos, alacranes, perros, etc., capaces de transmitir o producir enfermedades al hombre.
 - ✓ Riesgos de catástrofes naturales: sequias, inundaciones, incendio, etc.

- Vivienda
 - ✓ Disponibilidad de agua en la vivienda: agua entubada, forma de transporte, almacenamiento, tratamiento para potabilizarla y para su eliminación.
 - ✓ Disposición de excretas en la vivienda: registrar los procedimientos en el domicilio para la eliminación de excreta (drenaje, fosa séptica, letrina sanitaria, pozo negro, enterramiento o al ras del suelo).
 - ✓ Disposición de basuras en la vivienda: registrar los procedimientos en el domicilio para la eliminación de basuras (camión recolector, entierran o incineran).
 - ✓ Electricidad: se deberá de señalar el porcentaje de viviendas que cuentan con energía eléctrica.
 - ✓ Construcción de viviendas: materiales de construcción predominantes en la vivienda (adobe, ladrillo, madera, lámina, cartón, entre otros).
 - ✓ Promedio de habitantes por vivienda: se obtiene al dividir número de habitantes de la localidad entre la totalidad de viviendas existentes.

Los elementos que conforman el marco teórico pueden esquematizarse de la siguiente forma:

Figura 7. Factores de medio ambiente.



Fuente: UnADM

Daños a la salud

Estos daños serán el reflejo de los factores demográficos, socioeconómicos y del medio donde vive el individuo. Se deberá concentrar información de daños a la salud de los últimos cinco años, concerniente a los habitantes de la localidad de estudio y no de la correspondiente a la totalidad de la demanda otorgada de la unidad médica.

Estos indicadores comprenden medidas de frecuencia, los cuales se deberán de explicar con datos absolutos y relativos, así como por curvas de tendencia, según corresponda.

Tasa de morbilidad

Este indicador permite conocer la situación de salud de una población, identificando aquellas que son un problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

Se estima mediante una medida estadística que registra el número de enfermedades en un tiempo y lugar determinados en relación a una población susceptible.

Se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Tasa de morbilidad} = \frac{\# \text{ de casos de enfermedad}}{\text{Número de personas sanas susceptibles}} \times 100$$

Ejemplo:

Tasa de morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA), en el estado X en junio 2015.

$$\text{Tasa de morbilidad} = \frac{2500}{\text{Poblacion susceptible del Estado X}} \times 100$$

Así tenemos que:

$$\text{Tasa de morbilidad} = \frac{2500}{1\ 000\ 000} \times 100$$

$$\text{Tasa de morbilidad} = 0.0025 \times 100 = 250$$

Es importante saber que no se trata solo de obtener valores numéricos de las tasas estadísticas, lo importante es su interpretación, de tal forma que este ejemplo se puede interpretar de las siguientes maneras:

- La tasa de morbilidad por IRA en el estado X, en junio de 2015, indica que hubo 250 casos de IRA por cada 100 mil habitantes
- En junio 2015, la morbilidad por IRA en el Estado X, era de 2500 casos por cada millón de habitantes del Estado X.

Tasa de mortalidad general

Es un indicador que señala la proporción de población que fallece durante un año, también se le conoce como tasa de mortalidad bruta. Nos señala la tendencia ascendente, descendente o estacionaria de fallecimientos en la población.

La calculamos a través de la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de mortalidad general} = \frac{\# \text{ fallecidos durante el año}}{\text{población estimada a junio del mismo año}} \times 1000$$

Ejemplo: Tasa de morbilidad por Diabetes Mellitus (DM), en el estado X en junio 2014

$$\text{Tasa de mortalidad general 2014} = \frac{158500}{232\ 226 \text{ habitantes}} \times 1000$$

Así, se puede ver que en 2014, por cada 1000 habitantes fallecieron un poco más de 6 personas por diabetes mellitus.

Recursos para la salud

Comprenden todos los elementos que pueden ser utilizados para desarrollar acciones, con la finalidad de mejorar para realizar actividades médicas, de promoción, de fomento de la salud, de educación, de prevención, de protección específica, de curación y de rehabilitación. Se clasifican en recursos humano, materiales y financieros.

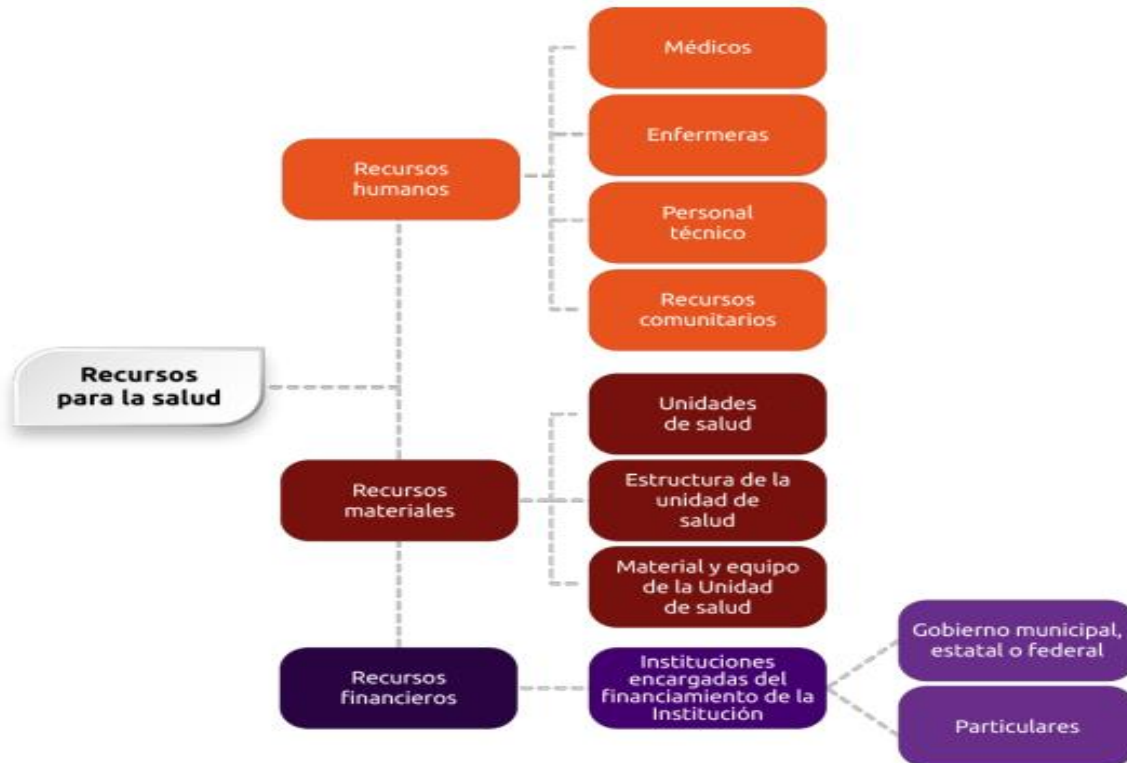
- Recursos Humanos
 - ✓ Médicos
 - ✓ Enfermeras
 - ✓ Personal Técnico: (promotores de salud, promotores de saneamiento, promotores de nutrición)
 - ✓ Recursos comunitarios: (parteras empíricas, promotoras sociales voluntarias, asistentes rurales de salud, curanderos, hierberos, hueseros, sobadores y brujos)

- Recursos Materiales
 - Unidades de Salud: número y el tipo de unidades de salud que hay en la comunidad (SSA, IMSS, ISSSTE, etc.),

- Recursos Financieros
 - Instituciones encargadas del financiamiento de la Institución
 - Gobierno municipal, Estatal o Federal: registrar la forma de este recurso

Los elementos que conforman los recursos para la salud pueden esquematizarse de la siguiente forma:

Figura 8. Recursos para la salud



Análisis de daños a la salud

Al recabar todos estos los datos que ya has revisado en las secciones anteriores, ahora hay que hacer el análisis de los mismos, lo cual permitirá identificar áreas en la que hay que tomar acciones de prevención y promoción de la salud para la comunidad de estudio. En resumen, los puntos a analizar resultan ser:

- Variaciones en las características de la población
- Comparación de incidencias con otras unidades a zona, del estado e indicadores nacionales e institucionales

- Comparación de prevalencias de patologías comparándolas con el comportamiento nacional o, incluso, internacional

Los daños a la salud deberán incluir el contexto de la población estudiada y de los factores condicionantes o que determinan este perfil epidemiológico de la aparición, desarrollo y distribución de la morbilidad o la mortalidad presentes en la localidad de estudio.

Este análisis permitirá identificar las patologías en la comunidad, que pueden ser un grave problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Una vez que hemos recolectado estos datos del diagnóstico de salud y hecho el análisis de los daños de salud, podrás empezar a jerarquizar los problemas de salud en la población:

Figura 9. Integración del diagnóstico de salud



Fuente: UnaDM.

Jerarquización de los problemas de salud pública

Para establecer las prioridades a los problemas de salud pública nos basaremos en tres puntos fundamentales.

♣ Magnitud

Consiste en identificar la morbilidad y la mortalidad de mayor frecuencia en la localidad motivo de estudio.

♣ Trascendencia

Representa las consecuencias o repercusiones sociales para el individuo, para la familia, para el sector salud de los daños a la salud, por la patología identificada como problema de salud pública.

♣ Vulnerabilidad

Se refiere a la factibilidad de afrontar el problema identificado como problema de salud pública conforme a los tres niveles de prevención, conforme a la historia natural de la enfermedad. Adicionalmente se deben de realizar los siguientes cuestionamientos en relación a una problemática de salud pública.

¿Cuál es el alcance del problema, su frecuencia y distribución? ¿Cuáles son las áreas geográficas afectadas? ¿Cuáles son las características de los grupos afectados? ¿Cuáles son las causas probables del problema? ¿Cuáles son las soluciones posibles? ¿Qué tipo de soluciones se han propuesto? ¿Qué tan exitosas resultaron?

Figura 10. Jerarquización de los problemas de salud.



Fuente:UnADM.

Es importante identificar que en una intervención en salud, el diagnóstico de salud es solo una primera fase, una vez que hemos hecho la jerarquización de los problemas de salud, se deberá realizar el programa de trabajo, lo cual revisaremos a continuación:

Programa de trabajo

Este consta de las siguientes fases:

1. Metodología Son las actividades que realizarán para alcanzar el objetivo, en este caso pueden ser entrevistas, estudio de campo y todas aquellas actividades necesarias para alcanzar el objetivo planteado.
 - **Objetivos** Se plantea lo que se desea implementar en el programa de trabajo. Puede ser con base en la reducción de la morbilidad por una causa específica. Estos objetivos pueden ser general y/o específicos; mediatos o inmediatos; de corto, mediano o largo plazo; primario o secundarios.
 - **Metas** Se establecen compromisos a realizar de forma cuantitativa para cumplir con los objetivos. Se realizan en relación de actividades a desarrollar para

afrontar los problemas de salud identificados en la comunidad y que sean medibles y evaluables, para esto pueden ser:

- o Actividades de promoción y fomento a la salud
- o Actividades de prevención
- o Actividades de protección específica
- o Actividades de curación
- o Actividades de rehabilitación

De esta forma, se deben incluir las actividades planeadas, así como una descripción de los procedimientos y reglas o normas a seguir. Se refiere a técnicas y procedimientos, manuales técnicos, que permitirán establecer una actividad programada con procedimientos establecidos y recomendados institucionalmente para la mejorar la salud de una comunidad.

FORMAS DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

La evaluación en el conjunto de la intervención comunitaria Las intervenciones comunitarias son intervenciones multicomponentes que combinan estrategias de cambio individual y de entorno, incidiendo en diferentes niveles o escenarios, para prevenir problemas o disfunciones o promover la salud de grupos de población en una comunidad definida (Wandersman y Florin, 2003).

Siguiendo el modelo lógico, que enlaza las necesidades o problemas con las acciones, las intervenciones comunitarias se suelen estructurar, según los principios de la prevención científica (Wandersman, 2003) en un ciclo de 4 fases de desarrollo que va desde la detección de las necesidades y problemas ("needs assessment") para el diagnóstico de aquello sobre lo que se quiere intervenir hasta la evaluación de la intervención que se ha elegido (si ya existía previamente) o diseñado (Chinman et al, 2004).

Por este motivo, desde la perspectiva de la evaluación, es capital planificarla a la vez que se diseña y desarrolla la propia intervención. En la figura 1 se delimitan 4 momentos importantes para la evaluación a lo largo de este proceso:

- A. La medida del problema o necesidad sobre la que se quiere intervenir.
- B. La revisión bibliográfica de la evidencia sobre intervenciones preexistentes para hacer frente al problema detectado. En caso de que no exista una intervención previa y se decida diseñar una nueva, el primer paso clave para la evaluación es la formulación de objetivos evaluables.
- C. Cuando a partir de los objetivos se diseñan las principales acciones o estrategias, hay que definir los indicadores del proceso que permitirán medir diversos aspectos de cómo se ha desarrollado la intervención. Sin embargo, en este momento hay que pensar ya en cómo se medirán los resultados.
- D. Finalmente, el último paso (aunque habrá empezado antes de la implementación de la intervención) es completar la medida de cómo ha funcionado la intervención, a través de la evaluación de los resultados o de la efectividad.

Esta fase incluiría tres pasos principales:

1. Identificar el procedimiento de recogida de datos, que puede ser cuantitativo y/o cualitativo.
2. Planificar la recogida de datos. Muy a menudo esta recogida ya ha formado parte de un diagnóstico más amplio de la comunidad, que ya se ha realizado y no se ha de planificar específicamente.
3. Llevar a cabo la recogida de datos y la priorización de los problemas de salud y determinantes de la salud sobre los que se intervendrá.

Revisión de intervenciones efectivas y definición de objetivos

En el caso de diseñar una nueva intervención, es muy importante seguir los pasos siguientes:

1. Hacer una revisión de las intervenciones efectivas preexistentes. Actualmente existen numerosas bases de datos donde podemos encontrar información sobre intervenciones previamente evaluadas (algunas de estas bases son: Medline, Cochrane Library, PsycInfo, OMS, NICE, CDC o The Community Guide).
2. Tener un marco conceptual claro del problema de salud que pretendemos abordar, y a partir de éste, desarrollar nuestra intervención definiendo claramente los objetivos y actividades de esta.
3. Establecer los objetivos del programa (lo que queremos conseguir con el programa). Habitualmente, se plantean uno o dos objetivos generales, a partir de los cuales se definirán unos objetivos específicos (donde concretaremos lo que pretendemos alcanzar). Finalmente, para cada uno de estos objetivos específicos tendremos que definir una serie de objetivos operativos, es decir, una serie de actividades o servicios que formarán parte del programa, y mediante la realización de las cuales podremos conseguir los objetivos planteados.
4. Se recomienda definir los objetivos teniendo en cuenta la nomenclatura SMART. Es decir, los objetivos deberían ser específicos (Specific), medibles (Measurable), alcanzables (Achievable), realistas teniendo en cuenta los recursos de los que disponemos (Realistic) y que sea posible alcanzarlos en el plazo de tiempo del que disponemos (time-bound).

Es importante tener en cuenta que cuanto mejor estén definidos los objetivos específicos del programa, más fácil será plantear los indicadores de resultado. Asimismo, cuanto más claros sean los objetivos operativos, más fácil será definir los indicadores de la evaluación de proceso

La evaluación de proceso: valoración de la implementación de una intervención

La evaluación de proceso consiste en la valoración de la implementación de la intervención. En la recogida de datos sobre la evaluación de proceso es importante

tener en cuenta parámetros como la cobertura, la calidad de la implementación y la satisfacción de usuarios y profesionales (Dusenbury, 2005; Ariza, 2011).

La cobertura es la información sobre el número de personas que han recibido la intervención. Sin embargo, es importante tener datos sobre el perfil de estas personas (sexo, edad, nivel socioeconómico, país de origen, etc.). Estos datos nos serán muy útiles para abordar la evaluación con perspectiva de equidad, ya que es importante tener en cuenta que las intervenciones pueden tener efectos diferentes dependiendo de los colectivos sociales que las reciben (Signal, 2008).

La calidad se puede medir con dos parámetros fundamentales: el cumplimiento y la fidelidad de implementación. El cumplimiento o dosis de la intervención (completeness) se refiere a la medida de la cantidad de la intervención que ha sido realizada y habitualmente se expresa como proporción del total del contenido previsto que ha sido implementado (número de sesiones o de actividades realizadas sobre el total previsto). Se suele valorar con registros autoadministrados o entrevistas en profundidad. La fidelidad de implementación es el grado en que los/las profesionales aplican la intervención de acuerdo con el protocolo previsto. Se suele valorar a través de actividades de observación no participante.

La satisfacción con la intervención se mide tanto por parte de las personas que la reciben como por parte de los propios profesionales o intermediarios que llevan a cabo la intervención. Se suele explorar a través de breves encuestas donde se califican los procedimientos y recursos empleados. Por tanto, en la evaluación de proceso de una intervención, se recomienda:

1. Establecer indicadores cuantitativos que permitan conocer la cobertura y cumplimiento o dosis de la intervención realizada.
2. Valorar la fidelidad de la implementación al protocolo de la intervención. En este caso se recomienda identificar los aspectos más relevantes que no deben obviarse para posibilitar que la intervención sea efectiva e incorporar una medida de esta aplicación del protocolo (ej.: haber realizado necesariamente las sesiones x, y y z de la intervención).

3. Determinar los principales aspectos de las actividades y recursos de la intervención sobre los que se quiere pedir la satisfacción.

La evaluación de resultados: valoración del cumplimiento de los objetivos de una intervención

La evaluación de resultados consiste en verificar si se han cumplido los objetivos establecidos en el programa. Para la evaluación de resultados, se pueden utilizar diferentes diseños evaluativos (López et al, 2011), si bien los más utilizados en el ámbito de la salud pública son los diseños no experimentales (sin grupo de comparación) y diseños cuasi- experimentales (con grupo de comparación seleccionado en base a criterios de conveniencia). En ambos casos, siempre que sea posible, queremos tener como mínimo una medida pre-intervención, que volveremos a examinar una vez finalizado el programa (medida post-intervención).

Poder disponer de un grupo de comparación (población no intervenida similar a la población que ha recibido el programa), en el que medir los mismos indicadores, nos permitirá comparar el cambio observado entre el grupo intervención y el grupo comparación, y atribuir esta diferencia a nuestro programa.

La medida de resultados, la haremos mediante indicadores, que son variables que nos sirven para medir el cambio. Si los indicadores que medimos provienen de cuestionarios, es importante que siempre que sea posible utilicemos cuestionarios validados, ya que esto permitirá por un lado aumentar la validez del estudio, y por otro, compararnos con otros estudios que hayan utilizado los mismos indicadores. En general, querríamos que el indicador que utilizamos sea:

- Específico: es decir, que refleje aspectos concretos del objetivo de la intervención, ya que un indicador demasiado general no permitirá observar cambios. Por ejemplo, no podemos evaluar un programa que sólo incide sobre un factor de riesgo muy concreto utilizando un indicador tan general como la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular de la población.

- Operativo: definido con la claridad y precisión suficientes como para que cualquier persona lo pudiera replicar si fuera necesario. Es muy importante que el indicador esté bien definido, explicitando cómo se calcula y también a partir de qué datos.
- Sensible: capaz de detectar cambios en la variable que representa el efecto de la intervención. Como ejemplo, si queremos medir cambios en el peso de una persona y utilizamos como indicador "toneladas", no veremos cambios a pesar de que la intervención funcione.
- Factible: Que se base en datos que o bien ya están disponibles o bien seremos capaces de conseguirlos.
- Temporalmente apropiado: Que el plazo previsto para la evaluación sea suficiente para observar cambios en aquel indicador. Por ejemplo, en un programa relacionado con el consumo de tabaco no podríamos ver cambios en un año en el indicador de la tasa de cáncer de pulmón, porque éste tiene un período de latencia mucho más largo.

Por tanto, en la evaluación de resultados de una intervención se recomienda:

1. Definir, antes de implementar la intervención, indicadores para cada uno de los objetivos específicos de la intervención.
2. Valorar la posibilidad de tener un grupo de comparación (población no intervenida similar a la población que ha recibido el programa).
3. Buscar herramientas validadas para medir los indicadores definidos.
4. Medir estos indicadores antes y después de la intervención en el grupo de población que recibe la intervención (y en el grupo de comparación en caso de que tengamos).
5. Analizar si existen diferencias significativas entre los indicadores pre y post (y entre el grupo de intervención y el grupo de comparación en caso de que tengamos).

UNIDAD 4 CONCEPTOS Y CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

Antecedentes

Los seres humanos en su conformación como entes sociales han estructurado ligas de relaciones que han permitido no sólo su supervivencia, sino también la posibilidad de conformar y desarrollar las sociedades como existen en la actualidad. En estas sociedades los individuos desarrollan sus vidas en grupos familiares, compuestos a partir de sistemas de parentesco, culturales, políticos y económicos, entre otros.

El parentesco y la familia han sido estudiados desde diversas perspectivas científicas y en diferentes momentos de la historia humana para el entendimiento del comportamiento de la sociedad, y de los cambios y transformaciones que se hacen presentes en su cotidianidad. Por ejemplo, se han abordado temáticas como la integración de la mujer al mercado laboral, el derecho al voto de la mujer, crisis económicas en México, delincuencia organizada, los roles familiares, la migración y el matrimonio entre parejas del mismo sexo. Analizar entonces el parentesco y la familia es fundamental, ya que los fenómenos sociales, tanto globales como locales, que se desarrollaron en el periodo de 1950 a 2010, han provocado cambios estructurales en las familias y generado una obligada reformulación del concepto con el fin de captar la realidad familiar y darle un significado.

La observación y análisis de las familias, en la actualidad, comprende múltiples aspectos intrínsecos y extrínsecos que derivan de la complejidad de su organización y conformación.

El concepto análisis de la familia debe incluir variables cualitativas y cuantitativas que hagan referencia a los contextos sociocultural, histórico, político y económico en que se inserta dicha institución, así como aspectos que aludan a cuestiones como su estructuración, sus componentes y sus formas de organización. Entonces, la institución de familiar debe definirse según el contexto en el que se desarrolle.

Es innegable reconocer que, desde hace ya algún tiempo, las familias se han reestructurado. Han cambiado sus modelos, sus tipos y composición e integración interna. Por lo tanto, es necesario que también se modifiquen los conceptos empleados para definirlos, y así dar cuenta de la nueva diversidad de esta institución fundamental de la sociedad.

En este contexto es que consideramos válido y necesario discutir la evolución y los cambios que ha sufrido la conceptualización de la familia como unidad de análisis, y la forma en cómo ha ido respondiendo a las propias transformaciones sociales.

Percepciones conceptuales de la familia

El acercamiento al estudio de la familia, desde una visión antropológica, se hace desde el parentesco; “el hecho es que, a partir de la antropología (la familia) [...] ha sido objeto de estudio al servicio de otros intereses. La estructura y la dinámica de la familia se han analizado como elementos insustituibles para llegar a obtener explicaciones de cambios sociales y de fenómenos de adaptación y de resistencia cultural” (Gonzalbo, 1993: 8). El parentesco es indispensable para el estudio y análisis de la familia con el fin de visualizar sus cambios y transformaciones como adaptaciones a través del tiempo, al igual que el matrimonio, que es una variable estudiada a la par que la familia, dentro del parentesco.

La demografía, por su parte, hace referencia a los tipos de familia, su tamaño (número de integrantes) y el curso de vida familiar, desde la construcción conceptual de la unidad doméstica y de hogar. Los estudios demográficos tienen la finalidad de articular los fenómenos y movimientos sociales que repercuten de manera directa e indirecta en la familia.

Al seleccionar como objeto de análisis el concepto de familia desde las aproximaciones antropológica y demográfica, se debe hacer una distinción entre los siguientes conceptos: unidad doméstica, familia y hogar, pues con frecuencia pueden ser o son utilizados de forma arbitraria. Con la idea de evitar el empleo incorrecto de tales conceptos, a continuación, se citan algunos autores para ver sus características esenciales.

Para Benería y Roldán (1987) la unidad doméstica es entendida como un lugar geométrico o esfera social compuesta de una serie de personas que comparten un lugar común donde vivir y un presupuesto. La unidad doméstica es el espacio donde los individuos generan redes de relaciones que brindan una infraestructura en el plano de lo social y lo familiar.

De acuerdo con su definición etimológica: El término familia procede del latín *famīlia*, “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la *gens*”, a su vez derivado de *famŭlus*, “siervo, esclavo”. El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a *gens* (*Enciclopedia Británica*, 2009: 2).

En su definición etimológica, el término *familia* hace referencia a un jefe y a sus esclavos, y se trata de una unidad donde sólo el patriarca decide y dicta las órdenes. Tal concepto, en su origen no aceptaba a la mujer como jefa de esa unidad ni tampoco concebía la idea del matriarcado. Además, se infiere en esta definición que la familia genera un aparato regulador que prohíbe el matrimonio entre parientes próximos (entre hermanos, primos hermanos, o tíos con sobrinos, tanto del sexo femenino como masculino). Se hace evidente la división de los roles de género con base en sus actividades de sustento, así como una jerarquización en la familia.

Desde la perspectiva demográfica las familias y, por lo tanto, los hogares que las albergan, constituyen ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima, donde

conviven e interactúan personas emparentadas, de género y generaciones distintas. En su seno se construyen fuertes lazos de solidaridad; se entretajan relaciones de poder y autoridad; se reúnen y distribuyen los recursos para satisfacer las necesidades básicas de los miembros [...]; se definen obligaciones, responsabilidades y derechos de acuerdo con las normas culturales, la edad, el sexo y la posición en la relación de parentesco de sus integrantes. Las modalidades que adoptan las diferentes facetas de la vida familiar que dependen del tipo de inserción de los hogares en el contexto social en que se desenvuelven, así como su capacidad de respuesta y adaptación a los cambios de carácter socioeconómico, cultural y demográfico que tiene lugar en ese entorno de la familia (Tuirán y Salles, 1997).

Según Tuirán y Salles (1997), la familia es la institución base de cualquier sociedad humana, la cual da sentido a sus integrantes y, a su vez, los prepara para afrontar situaciones que se presenten.

Desde una mirada antropológica:

La familia es el determinante primario del destino de una persona. Proporciona el tono psicológico, el primer entorno cultural; es el criterio primario para establecer la posición social de una persona joven. La familia, construida como está sobre genes compartidos, es también la depositaria de los detalles culturales compartidos, y de la confianza mutua (Bohannan, 1996: 72).

Esta definición se complementa con una de las primeras propuestas de Castellán (1982), quien menciona que la familia es una reunión de individuos, unidos por los vínculos de la sangre, que viven bajo el mismo techo o en un mismo conjunto de habitaciones con una comunidad de servicios. La familia, desde esta propuesta, es considerada como un grupo unido por lazos de parentesco, transmisora de tradición, por ende, de las distintas formas de memoria familiar, donde se dará la aceptación de ciertas actitudes y el rechazo de otras.

Desde el punto de vista antropológico y sociológico, la familia ha sido considerada como la principal institución y la base de las sociedades humanas. Esta idea podría cuestionarse debido a que en la época actual se puede hablar de otras instituciones que cumplen con la función que en algún momento era únicamente asignada a la familia; sin embargo, debido a los cambios que ha presentado la sociedad en las últimas décadas, esta percepción se ha modificado. Velasco Campos y Sinibaldi Gómez (2001), citan a Levis- Strauss (1981), y mencionan que “la familia es una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad” por el hecho de ser la institución o grupo donde los individuos crean, recrean, aprenden y transmiten símbolos, tradiciones, valores y formas de comportamiento. La familia, entonces, tiene la virtud de endoculturizar y cuidar a sus miembros, mediante los lazos de parentesco (consanguíneos, afines, o ficticios).

En esta definición se aprecia que la familia tiene el objetivo primario de guiar a los miembros que la componen, para enfrentarse al entorno en el cual se desenvolverán social y culturalmente, ante aspectos políticos, económicos, religiosos, entre otros. De ahí que a medida que transcurre el tiempo, la familia pasa de manera progresiva por las diversas etapas del ciclo de vida (noviazgo, primeros años de matrimonio, paternidad, madurez y ancianidad), ante lo cual surge la necesidad de modificar, del mismo modo, la configuración de las relaciones familiares (Velasco Campos y Sinibaldi Gómez *et al.*, 2001).

Al hablar de la familia y de las modificaciones de esta institución, Esteinou (2004: 100) cita a Barbagli (2004), quien menciona tres dimensiones para captar la realidad de la vida familiar mediante el estudio de su composición y relaciones internas, entre otros aspectos.

La primera comprende al grupo de personas que viven bajo el mismo techo, la amplitud y composición de este agregado de corresidentes, las reglas con las cuales éste se forma, se transforma y se divide. La segunda dimensión incluye las relaciones de

autoridad y de afecto al interior de este grupo de corresidentes, los modos a través de los cuales éstos interactúan y se tratan las emociones y los sentimientos que prueban el uno con el otro. La tercera se refiere a las relaciones existentes entre grupos distintos de corresidentes que tengan lazos de parentesco, la frecuencia con la cual éstos se ven, se ayudan, elaboran y persiguen estrategias comunes para acrecentar, o al menos para conservar, sus recursos económicos, su poder, su prestigio.

Por lo tanto, desde este punto de vista se observan las múltiples dinámicas sociales que impactan en las relaciones y la simbolización de la familia ante la sociedad, las cuales se modifican, tanto interna como externamente, lo cual le permite actuar ante la sociedad de diferente forma, y alude que la familia ya no sólo puede ser considerada como aquella compuesta por el matrimonio entre un hombre y una mujer, quienes tienen hijos, sino de otro tipo. Por ello, la familia contemporánea puede ser considerada como una forma de organización para la gestión de la cotidianidad (Esteinou, 1996), así que se pueden comprender las estructuras internas que conforman a la familia para su interacción social y su calidad de vida, a partir de las estrategias que el mismo grupo familiar ha venido representando. Entonces, la familia es un ámbito de interacción que, como tal, genera sentido y socializa interpretaciones disponibles dentro de ese ámbito (Esteinou, 1996).

El marco legal mexicano dedica el artículo 4º constitucional de los derechos humanos y garantías individuales, del título primero-capítulo I a la protección de la institución familiar, declarando que (la ley) protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Por su parte, la secretaría general del Consejo Nacional de Población (conapo, 2012), menciona que: la familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (inegi, 2013a) afirma que la familia es “el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización”.

Al respecto, las Naciones Unidas definen a la familia “como una unidad en los estudios demográficos que representa todo un hogar o una parte de éste; una familia estadística o una familia censal generalmente se compone de todos los miembros de un hogar emparentados por consanguinidad, adopción o matrimonio” (Barahona, 2012: 59). Esta conceptualización muestra a la familia, ya no como aquella unidad meramente biológica o vinculada por un contrato social, sino como una institución que acepta a otros miembros, aunque no sean parte de esa consanguinidad.

Con la clasificación de la familia y de los hogares, se pueden analizar los cambios en su estructura al ser éstos los indicadores del proceso de transformación que se ha dado hasta la actualidad. De acuerdo con el inegi (2013b), existen tres clases de hogar. Por orden de importancia relativa, los nucleares ocupan el primer lugar (70.9%), después los ampliados (hogar en el que convive un núcleo y algún otro familiar como abuelos, sobrinos, tíos, etc.) (26.5%) y le siguen los compuestos (hogar en el que, además del núcleo familiar y algún otro familiar, conviven personas que no guardan ningún parentesco con el jefe del hogar) (1.5%).

La mayoría de los hogares nucleares corresponde a los que se componen por la pareja conyugal con hijos (70.4%), o bien, uno solo de los padres con sus hijos (15.4%). Por tal motivo, la familia es una entidad que ha demostrado sus capacidades de resistencia y flexibilidad; ha resistido los embates e impactos de las enormes transformaciones sociales manteniendo su presencia como célula básica de la sociedad y, para hacerlo, se ha transformado, diversificando su composición y estructura y cambiando los roles y modelos de género (Román Reyes, 2013: 33).

En México, a pesar del tiempo, de los cambios sociales, tecnológicos y demográficos, la familia sigue siendo referente vital, pues los lazos de parentesco siguen vigentes y los integrantes de esta institución acuden a ella para la solución de problemas y la búsqueda de apoyo. Por otra parte, el hogar es definido como “la persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas, con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas” (candane, 2007: 4).

Familia y hogar son términos que con frecuencia se utilizan de manera arbitraria y confusa, pero éstos tienen interrelación por el parentesco que se pueda dar en el hogar y por satisfacer las necesidades de quienes los conforman. En México, hablar de familia es sumamente complejo, que no sólo incluye cambios y fenómenos sociales, sino una enorme diversidad de arreglos y costumbres que afectan su composición y estructura.

3. Cambios estructurales en las familias de 1950-2010

Los cambios de la familia en México se han dado en un contexto de complejas transformaciones y fenómenos sociopolíticos y económicos, entre otros, que han dejado huella en la estructura y conformación de las familias. Desde la migración de los jefes de familia a la frontera norte (tanto hombres como mujeres), la incorporación de la mujer al mercado laboral, los movimientos sociales de índole laboral y educativo que dieron hincapié a la formulación de políticas de género instaladas poco a poco en los senos familiares y, por último, la aprobación de la unión de parejas del mismo sexo.

Es así que se generan cambios en las familias, en su estructura y conformación, como también en la forma de pensar y actuar, lo cual se refleja en la población e incide o repercute en factores como la economía, servicios de salud, desarrollo social y en las

redes de comunicación personales con sus efectos directos en la población y en las familias mexicanas.

En principio, aunque aquí se aborda la estructura familiar de las familias mexicanas, parte de estas transformaciones fueron el resultado de la denominada revolución de 1910, y sus efectos en esta sociedad y la crisis económica de 1929, que impactó en México, lo cual generó un escenario migratorio por el déficit económico existente en el país, a pesar de que estaba en desarrollo su industrialización (Rendón, 2004: 49-87).

Durante 1910 a 1930 se desarrolló una onda de industrialización en el país que marcó el curso cambiando la producción de una base artesanal a otro tipo industrial. Los hombres se involucraron más en la fuerza de trabajo. Por lo tanto la producción industrial favoreció el empleo masculino. Como consecuencia de ello, las mujeres se retiraron de la fuerza de trabajo y se concentraron más en la familia.

Como tal, la industria y la migración en México fueron una puerta abierta para enfrentar los problemas económicos que traería consigo la revolución mexicana. La idea aquí, compartida con Rendón, es que estos hechos sociales dieron la pauta a que la familia de provincia, de carácter extensa, tuviera cambios en su estructura, como el establecimiento de los roles familiares debido a la ausencia del padre, quien tenía que trasladarse a su trabajo para ser el sustento económico de su familia. Esta situación obligó a la mujer o madre a hacerse cargo del trabajo doméstico y del campo si es que se tenían tierras de cultivo.

También, las enfermedades fueron otro factor más para que se cambiara la estructura familiar. Por ello, “la muerte de un hijo, de un hermano pequeño, de un padre o de la pareja era una experiencia común entre las familias de este periodo”(Tuirán y Salles, 1997: 52), lo cual causó una modificación en la estructura familiar, pero también

emocional y de la vida familiar. Es así que la alta tasa de mortalidad dificultó la configuración, por así decirlo, de una familia completa.

Estos sucesos se pueden apreciar y constatar dentro de la llamada transición demográfica, donde la primera fase se ubica a partir de los treinta con el inicio del descenso de la mortalidad, que junto con la persistencia de elevados niveles de natalidad trajo consigo un periodo caracterizado por un crecimiento demográfico. Antes de los treinta se mostraba un alto índice de mortalidad infantil, a esto hay que agregarle las múltiples transiciones en la esfera de lo político y lo económico que repercuten a nivel individual, familiar y social que dan como pauta la reformulación y creación de planes de desarrollo mediante organismos gubernamentales encargados de aplicar las políticas públicas.

El impacto de la primera transición demográfica que ha vivido México desde esos años aún tiene presencia y relevancia en su población. Si bien ésta es una estimación cuantitativa, también tiene relación con el plano de lo cualitativo, donde están los factores socioeconómicos, culturales y movimientos revolucionarios y posrevolucionarios. La base ideológica de este momento histórico-político fue la frase: *tener menos hijos para vivir mejor y darles una calidad de vida en relación con lo económico y educativo.*

México ingresó tardíamente, en comparación con países europeos y algunos sudamericanos como Argentina, Chile y Uruguay a la primera transición demográfica que aún continúa transitando. García y Ordorica (2010), incluso, sostienen que México necesita, en todos sus estratos poblacionales, cumplir con la primera transición para comenzar a atravesar la segunda transición demográfica,⁷ que en algunos eventos ya comienza, aunque tímidamente, a visualizarse.

Entre los cambios sociales que impactaron a la familia, en los años de 1940 a 1950, está el llamado milagro mexicano, aunado con la segunda guerra mundial, donde

México logró un supuesto desarrollo económico que estabilizó por poco tiempo a la sociedad mexicana y, por consecuencia, a las familias (Hansen, 1974: 320-340).

Es así que el campo laboral abre poco a poco las puertas a la mujer y, al mismo tiempo, a otra modificación del seno familiar. Las mujeres adquieren, después de la revolución y la migración del hombre en busca de trabajo, un papel muy importante dentro de las familias, y logran ser respaldadas constitucionalmente en México. Lavalle Urbina (1998: 14) cita a Vereza y Graciela Hierro (1998) y menciona que por lo cual “la mujer desde 1916 a 1953 se consolidó con el sufragio.

El triunfo del sufragio femenino en México ha permitido no sólo adquirir el carácter de ciudadana sino también ha dado la oportunidad de que sea escuchada manifestando demandas y exigiendo derechos. Esto hizo que ideas feministas modificaran la estructura ideológica y, a su vez, poco a poco introdujeran ideas que modificarían la vida en familia, y a las familias en su estructura y comportamiento.

Otro aspecto importante que influyó en la estructura familiar es el conocido movimiento estudiantil de 1968, que “tiene una faceta simbólica, ya que entre muchas lecturas, se le ha señalado como una expresión de un momento histórico en el que también se cuestionaba el autoritarismo en las propias relaciones familiares y no sólo gubernamental” (Pacheco y Blanco, 2010: 51), pues hacía hincapié en las prohibiciones de las familias y el régimen familiar que se tenía en la época, donde los hijos obedecían sin poder opinar, donde la mujer aunque poco a poco era reconocida socialmente y políticamente, a su vez era subordinada, donde en contextos rurales no se les permitía en su mayoría estudiar, donde el hombre, siendo el sustento del hogar, exigía al gobierno bienestar para su familia, donde los estudiantes ponían en claro que la educación era decadente y se quería una expresión social libre y no un gobierno autoritario, y también proclamaban líderes democráticos.

Tal hecho motivó a la población mexicana a pensar en ideales, a cambiar su manera de ver las cosas. Por otra parte, y al mismo tiempo, había movimientos feministas que exigían la igualdad laboral y educativa. Esto provocó cambios en la familia, por ejemplo, que la mujer tomara un lugar en la política y en la educación, pero también en la familia, de manera gradual, pues se proponía que el hombre ayudara en los quehaceres del hogar y que no hubiese machismo ni discriminación hacia ella por el simple hecho de ser mujer.

Esto también ha cambiado en la ideología de las familias, tanto extensas como nucleares, a través del tiempo. A partir de dichos cuestionamientos se ha iniciado una evolución conceptual que paradójicamente desarrolló conceptos nuevos o relativizó otros como los del género, reproducción de las unidades o grupos domésticos, reproducción de la fuerza de trabajo, dinámica comunicativa, doble vínculo, y otros, los cuales tenían como centro de ataque a la familia nuclear, pero al mismo tiempo seguían manteniéndola como unidad de análisis (Esteinou, 2010: 66).

A causa de la inclusión y apertura de la mujer al mercado laboral, hubo un cambio en la dinámica de las familias nucleares y también en las extensas, pues los hijos eran dejados con los abuelos, lo cual provocó que los lazos familiares y vínculos personales se modificaran, que las relaciones de padre a hijos y de madre a hijos carecieran de comunicación y se tuviera mejor relación con los abuelos o tíos, quienes también se encargaban del cuidado de los menores.

Por lo tanto, en la sociedad mexicana, el cambio social y las nuevas formas de convivencia se han venido produciendo lentamente como un proceso de transformación. Solamente comparando el año de 1990 con el 2000, el porcentaje de la población casada en México decrece de 45.8 % a 44.5%, en cambio las uniones libres (la cohabitación) pasan de 7.4% a 10.3%. También se han registrado incremento en los divorcios, conformándose así familias monoparentales, reconstruidas y los hogares unipersonales (Ramírez Serrano, 2007: 19).

Como producto de estas transformaciones, se generan los divorcios y la desintegración familiar, además de que se da pauta a la integración de una nueva unión constituida entre parejas del mismo sexo. En el periodo de 1950 al 2000, este tipo de unión aún era un tema de controversia en los planos legales, sociales, políticos, económicos y, por supuesto, en las ideologías y categorización, pues la idiosincrasia familiar y cultural que se tenía en México no permitía ese tipo de familias. Los cambios demográficos, hechos y fenómenos sociales han modificado aspectos y variables familiares, como la edad en que el hombre y la mujer deciden contraer matrimonio y, a la vez, procrear hijos y formar una familia.

En este tema, la fertilidad es un punto relevante, pues “26 años es el promedio de edad de las mujeres al momento del casamiento y 29, el de los hombres” (inegi, 2012: 25). Por lo tanto, la mujer tiende a tener sus hijos en una edad mayor, y con ello se acorta su periodo fértil para embarazarse y disminuye el número de hijos que pueda tener. También, la dinámica laboral y los fenómenos sociales mencionados han modificado las relaciones en el matrimonio provocando discusiones, lo cual hace que las relaciones matrimoniales sean cada vez más cortas y conlleven al divorcio.

Según el inegi (2012: 25), en los datos obtenidos en el censo de población 2010, “hay 16 divorcios por cada 100 matrimonios civiles, donde las edades promedio de los cónyuges al momento de la separación para el caso de las mujeres es de 36 años y 38 en el caso de los hombres”. Si se comparan los datos del matrimonio y del divorcio, se ve que la mujer cuenta con 10 años para tener hijos antes del divorcio, si es que llega a ese punto de separación. Esto hace que la representación de los hogares familiares decline de un modelo de familia nuclear (en matrimonio o en unión libre) a uno monoparental, en donde por lo menos hay uno o dos hijos.

La familia en México ha pasado por la modificación de sus modelos familiares y, en el ámbito demográfico, ha influido en que el país esté dando o empiece a dar sus

primeros pasos hacia una segunda transición demográfica tomando en cuenta los siguientes hechos que han influido en la reestructuración de la familia: la unión de parejas del mismo sexo y el aborto. “The concept of the ‘Second Demographic Transition’ (2dt), introduced by Ron Lesthaeghe and Dirk van de Kaa in 1986, has profoundly influenced research on family and fertility behavior” (Billari y Liefbroer, 2004: 1).

La segunda transición demográfica se basa fuertemente en elementos de orden sociocultural, así como en estructuras ideológicas y de identidad. Algunas evidencias de la existencia en México de esta transición demográfica, son los siguientes datos. De acuerdo con los registros administrativos, en 2011 se registraron 570 mil 954 matrimonios, es decir, se celebraron 4.9 matrimonios por cada mil habitantes. Cabe señalar que en diciembre de 2009 la Asamblea del Distrito Federal aprobó las reformas al Código Civil que legaliza el matrimonio entre parejas del mismo sexo: durante 2010 se registraron en el Distrito Federal 380 matrimonios en los cuales los contrayentes son hombres y 309 en los que son mujeres; en 2011 estos eventos fueron de 457 y 345 respectivamente.

El cambio demográfico de un país hace referencia al cambio que se produce en el crecimiento de la población con base en las transformaciones y en los componentes del crecimiento poblacional. Por ende, al visualizar datos demográficos, aspectos socioculturales y políticos, es necesario clasificar las familias y los hogares mexicanos en sus contextos y situaciones para la búsqueda y acercamiento de un concepto de la unidad familiar que visualice las necesidades y transformaciones de esta institución.

Propuestas para la reconstrucción del concepto *familia*.

Debido a lo anterior, es importante pensar en un concepto de familia que considere los siguientes aspectos:

- a) No visualizar a la familia como uniforme y unilineal.
- b) Que incluya equidad de género, y no sólo el discurso de género inclinado a la percepción feminista.
- c) Que tome en cuenta el contexto geográfico donde se desarrollan las familias, pues está íntegramente ligado con las actividades económicas laborales de éstas.
- d) Analizar los procesos migratorios que traen consigo la migración (a México) de personas de otros países, con sus costumbres e ideologías nuevas, con respecto al matrimonio y la familia.
- e) Otro aspecto importante es la religión que profesa cada familia, pues de esta variable dependerá cómo entender y significar a la familia.
- f) Integrar dentro de la clasificación familiar en México, a las uniones de parejas del mismo sexo teniendo en claro que ellos también tienen el derecho a ser reconocidos como una unidad familiar.
- g) Aunado a estas variables, que deben ser integradas a un concepto y clasificación de la unidad familiar, será la satisfacción de las necesidades de la misma y presentación de elementos para la formulación de las políticas públicas en torno a la institución familiar.

Prospectiva en el estudio de la familia

La familia es la unidad básica que rige el comportamiento de los individuos como espacio primario de socialización y, por ende, de formación de ciudadanos; por ende, son de sumo interés en el ámbito de las políticas públicas. Los estudios relacionados con la aplicación de las políticas públicas vinculadas con las familias mexicanas tuvieron su mayor auge durante la década de 1980. Primero fue debido al interés de los científicos sociales, por los cambios que se visualizaban en la realidad familiar; después, por las exigencias por parte de los actores sociales y, por último, por los gobiernos para dar solución a las exigencias de la sociedad.

Pérez Moreno y Téllez Agrisofía (2012), durante la xi reunión nacional de investigación demográfica en México, señalaron que en la década de los ochenta se presentó una disminución en los apoyos que brindaba el gobierno para el desarrollo social y también hubo alzas en la inflación, lo que produjo un aumento en el número de trabajadores por familia.

Es importante señalar que, durante esta época, el trabajo realizado fuera de casa por las mujeres fue de suma importancia e influyó en la necesidad de redoblar esfuerzos en el hogar, tanto por ellas como por los hombres para cubrir los costos sociales de la crisis sin el apoyo del gobierno.

A raíz de esta transformación en los hogares, para finales de la década de los ochenta se observan los estragos que la crisis económica trajo para los miembros menos favorecidos en la sociedad. Es a partir de ello que se comienzan a generar proyectos y políticas públicas para grupos en específico, grupos a los cuales se pretende llegar a partir de la institución familiar.

“En palabras del actual Sub-Secretario de Evaluación, Planeación y Prospectiva de Sedesol: dado que la familia desempeña, de manera natural, un papel fundamental en las relaciones sociales de los mexicanos, tomar esta institución como pilar en la operación de programas sociales mejorará su grado de éxito” (Székely, 2003: 26).

Para finales del siglo xx (década de los noventa), las políticas públicas en torno al desarrollo social a partir de la familia se aplicaron en relación con el modelo de familia nuclear o tradicional, sin tomar en cuenta que el modelo de familia nuclear (padre, madre e hijos) no es el único que predomina en la sociedad mexicana. El concepto de familia ha sufrido transformaciones radicales durante las últimas décadas, es decir, que el concepto de la década de los sesenta ya no encaja dentro de la familia del siglo xxi, donde la idea de que el hombre es quien da el sustento al hogar y la mujer es sólo

ama de casa, se queda en el pasado, esto se puede constatar en el Plan Nacional de Desarrollo 2008 (segob, 2008).

Por tal motivo, para el siglo xxi se requieren políticas públicas familiares en las cuales se exprese claramente la idea de que hoy las personas forman sus familias de acuerdo con sus deseos y opciones individuales, donde se tome en cuenta la participación laboral de las mujeres y los hombres, de manera equitativa. En la actualidad, la familia es la institución básica donde se desarrollan las nuevas generaciones, que en décadas posteriores serán la base de la sociedad y la economía mexicana.

Acercándonos a una definición se puede decir que la familia es algo arbitrario, una forma más, como otras tantas que tenemos en la sociedad, de agrupar a una serie de personas con vínculos afectivos y emocionales. Pero la palabra que en la actualidad mejor define a la familia es la de Diversidad ya que la Familia, hoy día, no tiene un significado único, esencial y verdadero. Las personas somos plurales y diversas y las familias que nos agrupan, a la fuerza, tienen que ser plurales y diversas. Desde esta perspectiva lo lógico es que la familia se adapte a los deseos y a las necesidades cambiantes de las mujeres y hombres que constituimos las estructuras familiares.

Así pues hablar de familia en la actualidad implica mucho más que padres heterosexuales con hijas e hijos biológicos fruto de la concepción “natural”. La estructura familiar no tiene ya un color si no que tiene muchos más:

- La familia nuclear clásica.
- La familia homoparental
- La familia adoptiva
- La familia con padres y madres de diferentes etnias y culturas.
- La familia con padres y madres divorciadas o separadas.

- La familia reconstituida a partir de anteriores matrimonios.
- La familia de acogida.
- La familia monoparental.
- La familia sin hijos.
- La familia de hecho.

Como vemos las posibilidades familiares son inmensas.

La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera.

Por tanto, **hay una gran variedad de ellas**; la prevalencia de los distintos tipos de familias, sus características sociodemográficas y las formas de organización hogareña y familiar varían con el tiempo y según las transformaciones económicas, demográficas y culturales del contexto social.

El estudio de la **tipología familiar** implica hacer e identificar con que elementos está integrada (nuclear, extensa, etc). Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contacto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural), identificar su comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía, roles y tipo de liderazgo: familia apartada y familia enredada), y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria, familia disfuncional satisfactoria y familia disfuncional insatisfactoria)

La composición familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia como

con la etapa del ciclo de vida en que se encuentra o con determinados acontecimientos importantes a los que se ve sometida.

Las diferencias entre las familias de una sociedad se explican e intentarán clasificar para poder comprender mejor la dinámica familiar, al considerar que hay varios hechos macroestructurales e históricos que dan lugar a una diversidad amplia de tipos familiares.

Es posible encontrar diversas **clasificaciones de la familia**, las cuales principalmente se fundamentan en el tipo de cultura, el número de sus componentes, la dinámica familiar y de algunos otros elementos que pueden ser susceptibles de tomar en cuenta para su clasificación.

Podemos mencionar que cualquier estudioso de la familia puede crear "su propia clasificación", siempre y cuando quede claro el motivo de estudio y el carácter específico de la clasificación, así como el objeto de investigación.

Según el desarrollo de la familia:

- **Familia Moderna:** Tiene elementos de desarrollo que, de una y otra manera, nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y que la podemos encontrar con frecuencia en niveles socioeconómicos altos. Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.
- **Familia Tradicional:** Representada por las familias de clase media y que son, las más numerosas. Tienen como rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuevas familias. Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.
- **Familia Arcaica o Primitiva:** También está predeterminada por factores socioculturales y demográficos, además de los elementos de identificación

cultural; este tipo de familias cuenta con menos oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales (familias indígenas). Su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

Según la demografía de la familia:

- **Familia Rural:** Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc).
- **Suburbana:** Tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.
- **Urbana:** Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

Según la integración de la familia:

- **Integrada:** Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
- **Semi integrada:** ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- **Desintegrada:** Los conyugues se encuentran separados.

Según la composición de la familia:

- **Nuclear:** cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.
- **Extensa:** conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.
- **Extensa compuesta:** los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc).

Según la ocupación de la familia:

- Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

Según sus complicaciones:

- **Interrumpida:** Aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.
- **Contraída:** Cuando fallece uno de los padres.
- **Reconstruida:** Se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa.

Según su funcionalidad:

- **Familias Funcionales:** Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.
- **Familia Disfuncional:** Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas.

Como un elemento integrador de estas clasificaciones y con el propósito de facilitar la clasificación de las familias, surge la 1ª Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, efectuada en junio 2005. En dicho consenso se hizo la clasificación con base a **cinco ejes fundamentales que son:**

1. El parentesco
2. La presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo
3. Los medios de subsistencia
4. El nivel económico

5. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios familiares.

CON PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con uno a tres hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con cuatro hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, mas otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, mas otras personas con o sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos mas otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, mas otras personas con o sin parentesco
No parental	Familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ej. tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc)

SIN PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, mas otra persona sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares

TIPO	CARACTERÍSTICAS
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo evolutivo
Matrimonio o pareja de homosexuales	Parejas del mismo género con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Parejas del mismo género con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente y comparte todo excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye poliandria y poliginia

PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR	CARACTERISTICAS
Nucleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay personas físicas de alguno de los padres
Extensa ascendente	Hijos casados o en union libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padre que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales

Bibliografías

- Diagnósticos de Servicios de Salud
- Álvarez Alva, Rafael (1998), Salud Publica y Medicina Preventiva, México. Ed. Manual Moderno.
- Caja López, Carmen (2003) Enfermería Comunitaria III. España Ed. Masson.
- Iyer Patricia W.(2000), Proceso y Diagnostico de Enfermería. México: Ed. Interamericana.
- http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf
- Diagnóstico de Salud
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/docs%20nut/diagnostico%20de%20salud.pdf>
- Proceso general de acción de la salud pública
- <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/20.pdf>
- Planificación en Salud Pública

- <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11625/8/Planificacion%20y%20evaluacion%20en%20salud%20publica.pdf>
- Determinación en prioridades en Salud con participación social
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000300003
- Larousse. Gran Diccionario de la Lengua Española. Editorial Interamericana. España, 2010.
- Microsoft Encarta Premiun. Demografía. España, 2009.
- HERRERA LEÓN L, y Barroso Utra IM. Breve Introducción al Análisis Demográfico. Ministerio de Salud Pública. Escuela de Salud Pública: “Carlos Juan Finlay”. Ciudad de la Habana, 1997.
- Universidad de Antioquía. Manual de epidemiología. 2010.
- ONU. Diccionario demográfico multilingüe. 2014.
- Universidad de Granada. Epidemiología General y Demografía Sanitaria. Departamento de estadística e investigación operativa. 2009.
- VALERO J. Epidemiología general y demografía sanitaria. Universidad Autónoma de México. 2010.
- ONU. Diccionario demográfico multilingüe. 2014.
- ONEI. Estudios y datos de la población cubana y sus territorios. 2010.
- Population Reference Bureau (PRB). Datos demográficos por países. Population Data Sheet. 2012.
- ONEI. Estudios y datos de la población cubana y sus territorios. 2010.
- ONEI. Estudios y datos de la población cubana y sus territorios. 2010.
- ONEI. Estudios y datos de la población cubana y sus territorios. 2010.
- ONEI. Estudios y datos de la población cubana y sus territorios. 2010.
- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Esperanza de vida. Cuba y provincias. 2005 - 2007. Cálculo por sexo y edades. La Habana. 2009.
- MINSAP. Dirección Nacional De Registros Médicos Y Estadísticas De Salud. 2011.

- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Esperanza de vida. Cuba y provincias. 2005 - 2007. Cálculo por sexo y edades. La Habana. 2009.
- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Esperanza de vida. Cuba y provincias. 2005 - 2007. Cálculo por sexo y edades. La Habana. 2009.
- MINSAP. Dirección Nacional De Registros Médicos Y Estadísticas De Salud. 2011.
- RODRÍGUEZ CABRERA A, y otros. Las tendencias de la población cubana y la situación económica y social actual. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1211/infid031211.htm>
- [FSPU U3 Contenido.pdf \(unadmexico.mx\)](#)