

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ENFERMERIA



"PARTICIPACION EN SALUD EN POMERREY 34.
UNIDAD PUEBLO NUEVO,
APODACA NUEVO LEON 1987"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA, CON ESPECIALIDAD
EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

Lic. Enf. Teresa Luzeldy Avila Rojas

POMERREY N. L.

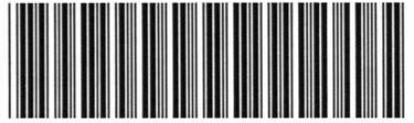
ABRIL-89

TM

RA425

A9

C.1



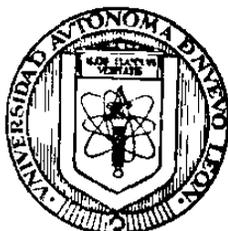
1080070853



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ENFERMERIA



**"PARTICIPACION EN SALUD, EN FOMERREY 54,
UNIDAD PUEBLO NUEVO,
APODACA NUEVO LEON 1987"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MAESTRIA EN ENFERMERIA, CON ESPECIALIDAD
EN SALUD COMUNITARIA**

PRESENTA:

Lic. Enf. Teresa Luzeldy Avila Rojas

MONTERREY, N. L.

ABRIL, 89

TM
RM 425
A9



(70853)

TEGAS MAESTRIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

"PARTICIPACION EN SALUD, EN FOMERREY 54, UNIDAD PUEBLO NUEVO,
APODACA NUEVO LEON 1987".

TESIS QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRO EN ENFERMERIA, CON -
ENFASIS EN LA ESPECIALIDAD DE SALUD COMUNITARIA, PRESENTA:
LIC. ENF. TERESA LUZELDY AVILA ROJAS.

MONTERREY N.L., ENERO DE 1989.

"PARTICIPACION EN SALUD, EN FOMERREY 54 UNIDAD PUEBLO NUEVO,
APODACA NUEVO LEON 1987".

NOMBRE DEL ALUMNO:

LIC. ENF. TERESA LUZELDY AVILA ROJAS.

ASESOR DE TESIS:

DR. SANTIAGO ROBERTO ALMEIDA ARGUMEDO.

MONTERREY N.L., ENERO DE 1989.

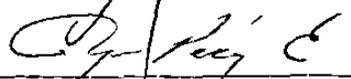
NOTA DE APROBACION

Aprobado-

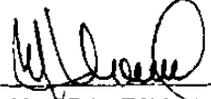
COMISION DE TESIS:



DR. SANTIAGO R. ALMEIDA A



LIC. AMPARO PEREZ ELIZONDO



LIC. MA. MAGDALENA ALONSO C.

DEDICATORIA:

A mis padres:

Jesús Avila Vazquez y Ma. de la Luz Rojas
de Avila; por el cariño y apoyo que me --
brindaron.

A José Lauro, Mizraím y Hazael; con todo -
mi amor.

INDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCION	1
II.- DEFINICION DEL PROBLEMA	8
III.- OBJETIVOS	10
IV.- HIPOTESIS	11
V.- MARCO TEORICO	12
VI.- MARCO CONTEXTUAL	24
VII.- METODOLOGIA	29
VIII.- LIMITANTES	33
IX.- RESULTADOS	34
X.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS	46
XI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
XII.- BIBLIOGRAFIA REFERIDA	56
XIII.- ANEXOS	59

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud expresa que la Atención Primaria "es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación". (1). Este concepto ha cambiado con los años, gracias a las experiencias de algunos países en materia de servicios básicos de salud, pero la atención primaria es mucho más que extender la cobertura, pues comprende algunos conceptos importantes como son: 1) Universalidad, que se dé a todos, en todo tiempo y en cualquier edad. 2) Servicios costeables a través de programas básicos, que éstos sean eficaces, aceptables y apropiados a la población. 3) Tecnología apropiada, que esté en consonancia con la cultura local. 4) Actividades de salud que comprendan promoción, prevención curación y rehabilitación como componentes de un solo programa con lo que se pretende proporcionar ciertos mínimos de atención a la población. 5) Participación comunitaria incluida en los servicios, con el fin de que los individuos se responsabilicen de su salud y bienestar propios y los de la colectividad, promoviendo el autocuidado, la confianza en el esfuerzo propio y la conciencia social.

2

Estos aspectos guían a los países miembros en la solución de los problemas de salud. Ante esto, México ha implantado algunas estrategias para dar respuesta por un lado a las políticas mundiales y por otro a los problemas específicos de salud. Dentro de éste contexto, la participación comunitaria se convierte en parte importante de la atención primaria, pues se aspira a que los individuos definan sus necesidades de acuerdo con lo que ellos perciben, experimentan en sus vidas y las que expresan a través de las organizaciones de sus comunidades, ejerciendo el "derecho a la salud".

(2). Además implica la integración de la comunidad en la administración de un servicio de salud, un cambio importante en el comportamiento individual y colectivo para conseguir el "nivel funcional óptimo del usuario".(3). Por lo tanto, la participación comunitaria es el proceso por el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud, bienestar propio, y por ende de la colectividad y mejora la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario, esto les permite ser agentes de su propio progreso en lugar de beneficiarios pasivos.

En salud, se considera que el grupo aprenderá a identificar sus verdaderas necesidades sanitarias, a comprender las estrategias nacionales del Sector Salud, referentes a la atención de salud y a compartir y promover la acción colectiva en pro de la misma, esto abarca que los individuos ten-

gan un alto grado de responsabilidad, o sea, su propio cuidado de salud ó autocuidado.

Considerando lo anterior, la sociedad se dará cuenta de que la salud no solo es un derecho, sino que es responsabilidad de todos.

Algunos de los programas de salud prioritarios del país, están dirigidos a proteger la población que no tiene acceso a ninguna forma permanente de atención, esta política de extensión de cobertura a las zonas rurales y marginales se estableció como meta del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1972-1981. (4). Estos grupos de población se vuelven prioritarios por encontrarse en desventaja social, económica, política y de salud; tal protección promueve un mejoramiento del nivel de salud, haciendo énfasis en la intersectorización (vivienda, nutrición, educación y otros) y en forma determinante, que las comunidades participen activamente en el proceso que implica la prestación de servicios de salud.

Como la salud no solo es un problema científico-técnico sino también un problema social, luego entonces el proceso salud-enfermedad deberá ser analizado desde el punto de vista de la población y a través de su comportamiento ante los programas de salud prioritarios que requieren de su participación; por lo anterior se considera que el suceso de participar o no, se puede analizar desde los siguientes pun-

tos de vista, tratando de explicar la participación de los individuos o grupos en los programas de salud:

En primer lugar se considera que las necesidades básicas y de seguridad son motivadores de la conducta humana . De acuerdo con esta teoría la persona es como un todo integrado y organizado cuya motivación consiste en la satisfacción de las necesidades humanas básicas; ante esto se puede inferir que los individuos de las comunidades que participan en los programas de salud han satisfecho ya sus necesidades y en consecuencia se preocuparán por su salud y por participar en grupos.

En segundo término se supone que los conocimientos que obtienen los individuos sobre el proceso salud-enfermedad y sobre su responsabilidad de mantenerse sanos influye directamente en la respuesta a los programas de salud. Llegar a conocer mejor su propia situación será un incentivo para resolver sus propios problemas.

La aceptación de la atención de Salud hace necesario que el resto del sistema se organice para que éste pueda prestarle apoyo y contribuir a su desarrollo ulterior. Por lo tanto, el sistema de salud, en su totalidad ha de aceptar el objetivo social de poner al alcance de todos la asistencia sanitaria. La consecuencia de ésta aceptación para la política sanitaria implica la asignación de los recursos a las poblaciones de la periferia con el fin de satisfacer so-

bre todo y ante todo sus necesidades esenciales en materia - de atención de salud. Fortalecidas con nuevos recursos, las comunidades estarán en mejor situación para poder aceptar su responsabilidad en cuanto a su propia salud.

Ahora bien, así como la comunidad ha de estar dis--- puesta a aprender, el sistema de salud tiene la obligación - de contar con un personal preparado para proporcionar información y asesoría sobre las consecuencias favorables y adver-- sas de las actividades propuestas. El personal sanitario debe mantener un diálogo continuo, esto le permitirá conocer - mejor el sentir de la comunidad y poder armonizar opiniones y actividades concernientes a la atención primaria. Además, las funciones de todo el personal aumentarán por el hecho de que habrán de aplicar conocimientos técnicos tanto en la solución de los problemas de salud, determinados en función de las necesidades que se expresen. A la par que las comunida-- des modifican su comportamiento, el personal de salud, en -- éste caso enfermería debe aumentar su preparación para poder dar respuesta a los planteamientos que involucra la atención primaria(5).

Nuevas respuestas a nuevos problemas requieren de -- personal de salud con diferentes conocimientos, habilidades, actitudes que respondan a las necesidades de salud de la población y que apoyen y fortalezcan los planteamientos ante-- riores. Las funciones del personal de salud aumentarán por -

el hecho de que se requiere aplicar conocimientos técnicos tanto en la solución de los problemas de salud determinados en función de las necesidades sociales, como la orientación, la enseñanza y la supervisión por parte de enfermería al personal que trabaje en las comunidades y a educar a esas mismas poblaciones en todo cuanto se refiere a su salud. Dicho de otra forma, el personal de salud, además de sus funciones técnicas, tendrá funciones sociales y docentes que lo convertirán en el apoyo indispensable para desarrollar las acciones sanitarias.

Actualmente la participación del personal de enfermería dentro del sistema nacional de salud, está tratando de reflejarse dentro de los programas básicos del primer nivel de atención, donde se realizan acciones integrales de salud y de apoyo técnico a la comunidad.

Por lo tanto, en tercer lugar se considera que las acciones de enfermería que apoyan el autocuidado darán el respaldo educativo necesario para que el individuo ó grupo sea capaz de aprender y ejecutar las actividades para conservar la salud. Si el personal sanitario mantiene un diálogo continuo con la comunidad, conocerá mejor el sentir de la misma, las razones de sus puntos de vista y por lo tanto las opiniones y actividades concernientes al mantenimiento y conservación de la salud; sobre todo la comunidad se dará cuenta de que la salud no solo es un derecho, sino que es respon

sabilidad.

Sin embargo, son muchos los aspectos que se desconocen sobre cómo se dá el suceso de participar: ¿Que tipo de participación se da en las comunidades marginadas? ¿Quiénes participan? ¿Que características socioeconómicas tienen? ¿El acceso a un servicio de salud influye en la participación? ¿Existe conciencia de participación? ¿Como conseguir la colaboración de la población?. Todas éstas preguntas exigen una respuesta. Por ello, en el presente trabajo se plasman los resultados de un estudio realizado en Apodaca N.L., en 1987, con el propósito de determinar el tipo de participación comunitaria en salud, de los jefes de familia de una comunidad marginada y su relación con el nivel de conocimientos sobre aspectos de salud-enfermedad, sobre el concepto de participación, la promoción de los servicios y la satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad.

II.- DEFINICION DEL PROBLEMA.

Con lo antes señalado, puede pensarse que a pesar de las múltiples estrategias oficiales tendientes a extender la cobertura de servicios de salud (primer nivel), a través de la participación comunitaria, no se ha logrado totalmente -- que la población sea agente de su propio progreso, ejerciendo en este caso el "derecho a la salud", por lo tanto existen -- una serie de "razones" que hacen que la población no participe activamente en los programas.

Por otro lado, la escasa información sobre la participación de la población en programas de salud, hacen que -- surjan preguntas de más fondo como:

¿Cual es la relación entre la participación en salud y el -- grado de conocimiento que tiene la población sobre su responsabilidad en el mantenimiento de la misma?

Conviene señalar que dilucidar éste problema es de -- importancia para el personal de salud y específicamente para la enfermera comunitaria, desde el punto de vista de la educación para la salud; pues es un reto esperar cambios de comportamiento tanto en el personal que labora en los programas

de atención primaria como en la población a quien van diri--
gidos.

En efecto, conocer algunas de las causas de la esca-
sa participación de la población en estos programas, puede -
sugerir un cambio en el enfoque de la promoción de la salud
que redunde en la participación activa de la comunidad en --
la protección de su propia salud.



BIBLIOTECA

III.- OBJETIVOS.

- Conocer el tipo de participación comunitaria en -- programas de salud en Fomerrey 54, Unidad Pueblo - Nuevo, Apodaca Nuevo León.
- Identificar variables determinantes del proceso de participación comunitaria en los programas básicos de salud en la población de Fomerrey 54.
- Conocer las variables que favorecen la participa-- ción comunitaria en salud para modificar y/o mante-- ner el enfoque de las acciones de promoción a la - salud dentro de la atención que brinda enfermería.

IV. HIPOTESIS.

- La participación comunitaria está condicionada en algún grado a la satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad.

- La participación comunitaria está relacionada en forma directa al grado de conocimiento sobre salud-enfermedad y sobre su responsabilidad en el cuidado de la salud (individual y colectiva).

- La participación comunitaria está relacionada con el alcance que tiene la difusión de los servicios, realizada por el sector salud.

V. MARCO TEORICO.

Las tendencias actuales en el campo de la salud están dirigidas y reorientadas a la atención médica individual y colectiva, a la promoción de la salud y la prevención a nivel comunitario, es decir, a la atención primaria de la salud (6).

Es importante que exista un balance armónico y efectivo entre la atención hospitalaria y de la comunidad; ésta reorientación es una premisa priorizada por la Organización Mundial de la Salud para lograr la meta "Salud para todos en el año 2000".

Con la intención de responder a las demandas de salud del pueblo, el gobierno de México ha dictado cambios normativos y legales de gran impacto para la prestación de servicios de salud; por principio, se eleva a rango constitucional el derecho a la salud de todos los mexicanos; se constituye el sistema único con dos regímenes de prestación de servicios: el de seguridad social, que ampara a los trabajadores y sus familias y el de asistencia pública social dirigido a toda la población.

Por lo tanto, la atención a la salud del pueblo de México es proporcionada por la seguridad social a un 60% de los habitantes, a un 35% por la asistencia pública social y a un 5% aproximadamente por la medicina privada, ésta última sujeta a las leyes de demanda del mercado y a la libre empresa; es en general de alto costo y los usuarios son predominantemente de la clase económica media alta y alta (7).

Para consolidar éste sistema único de salud, se plantean las siguientes estrategias: "La sectorización, modernización administrativa, descentralización, coordinación intersectorial y participación comunitaria" (8). Es dentro de éste contexto donde se formula el Plan Nacional de Salud, cuyo propósito básico es "elevar el nivel de salud de la población", tendiendo a la plena cobertura de servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención) y al mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como la protección social de los grupos vulnerables(9). Para conseguir dicho propósito, particularmente en áreas rurales y marginadas se implementaron los programas de atención médica, de salud pública y de asistencia social; con esto se pretende proporcionar ciertos mínimos de atención sobre todo a población abierta, e incluyen: "la consolidación de programas de educación para la salud; el establecimiento y mantenimiento de programas de atención preventiva, médica y materno infantil". (10). Cabe resaltar que dentro de éstos programas se ---

incluye la participación comunitaria en el logro de objetivos y metas, inclusive desde la formulación de éstos. Así mismo se tiene estipulado que tal tipo de participación sea promovida por las instituciones del Sistema de Salud Nacional, mediante la organización de la comunidad, la capacitación del personal para el cuidado de la salud, la utilización de los recursos y la asignación de tareas para que participe en la gestión de sus servicios.

Es fundamental considerar que la participación comunitaria a que se hace mención es en sí una meta social, que podría constituir un elemento atrás del cual, se puede generar un cambio en el estado de salud de las comunidades (darle poder) y de sus integrantes como individuos y para cuya obtención debe trabajarse en los diferentes sectores. Ninguno de los sectores del desarrollo socioeconómico puede funcionar aisladamente, las actividades de un sector influyen en las metas del otro; de ahí la necesidad de que los sectores sociales y económicos estén en constante comunicación para asegurar el desarrollo y fomentar la salud como parte de él. En salud, además pueden servir como puntos de entrada para el desarrollo y la aplicación de la atención primaria.

Considerando lo anterior, la práctica profesional de enfermería, está llamada a ser la más indicada para estudiar sistemáticamente los procesos que se dan al buscar las formas de enlazar con mayor responsabilidad a los individuos --

interactuantes en las comunidades en las que trabajan. El --
quehacer de enfermería en la actualidad pretende proporció--
nar "atención integral de salud" (11), partiendo del conoci--
miento de las necesidades de la población, considerando al -
individuo como entidad biológica inseparable de la interac---
ción con su medio ambiente, social y físico.

Tal aseveración sobre la enfermería se basa en dos -
concepciones(más complementarias que diferenciales): su an--
tecedente histórico en México y su esencia como profesión e--
nunciada en la teoría de Dorothea Orem.

En el primero de los aspectos se debe recordar que -
enfermería fué un elemento importante en la atención comuni--
taria a través de las enfermeras visitadoras ó sanitaristas
de Salubridad y Asistencia, que surgen a principio de la de--
cada de los veinte, ante la necesidad de implementar un ---
programa de vacunación en contra de enfermedades infecto---
contagiosas y transmisibles ; ampliaron posteriormente sus -
actividades proporcionando atención materno infantil en los
hogares. En el área rural, además de lo anterior, proporció--
nan educación nutricional, educación para la cría de aves de
corral, construcción de letrinas y lavaderos y también tienen
a su cargo el adiestramiento a promotores rurales y parteras.
De loa años cincuentas a los sesentas realizan además estu--
dios de comunidad, reclutamiento y adiestramiento del perso--
nal, también intervinieron en la puesta en marcha de los Cen--
tros de Salud (12).

En estos centros se dá prioridad a la atención ma---
terno-infantil, la epidemiología, enfermedades transmisibles,
la salud mental, el saneamiento del medio, alimentación y la
enfermera tiene una actividad primordial (13).

En la actualidad se siguen desarrollando los progra-
mas anteriores con acciones básicas de promoción de la salud,
protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento o -
oportuno; ésta atención se trata de proporcionar con el míni-
mo de recursos humanos y tecnológicos, a un costo bajo y con
laparticipación activa de la comunidad.

Como se observa el personal de enfermería desempeña-
acciones de atención directa, de educación en salud y de ---
promoción de la salud. La enfermería en el ramo de la salud-
pública ha demostrado su capacidad en la toma de decisiones,
coordinando las acciones en la comunidad e integrándose al -
equipo de salud.

El segundo aspecto se vé apoyado por la teoría de --
enfermería de Dorothea Orem, que explica que enfermería como
profesión tiene la "capacidad de asistir a otros en proveer-
y manejar un sistema de autocuidado con el fin de mantener --
o mejorar sus funciones humanas (14). Esta teórica menciona
que enfermería como servicio de salud es un proceso inter --
personal, ya que requiere del encuentro social de la enfer--
mera con el individuo o grupo y que existan transacciones en-
tre ellos. Además, define autocuidado como "las acciones que
efectúa el individuo para mantener su propia salud y respon-

der en forma constante a sus propias necesidades" (15).

En ésta teoría se identifican tres requisitos que -- serán los que representan el propósito del individuo o de -- una comunidad de cuidarse así mismos.

A los primeros requisitos les denomina "requisitos - universales de autoatención", que son las demandas o acciones para cubrir las necesidades considerando las diferentes etapas del ciclo vital y del medio ambiente. A los segundos los nombra "requisitos para el desarrollo de la autoatención", - separándolos en dos grupos: 1).- La conservación de los procesos de crecimiento y desarrollo normales. 2).- La prevención de efectos nocivos al crecimiento y desarrollo humano y las acciones para superar éstos efectos. A los últimos los - denomina "requisitos para evitar la desviación del estado de salud", éste aspecto está totalmente relacionado a indivi -- duos enfermos que reciben atención médica.

Esta autora menciona que las acciones de enfermería que apoyan los requisitos del individuo o de la comunidad -- de autocuidarse, son el respaldo educativo para que el individuo o grupo sea capaz de aprender las actividades del cuidado propio, o sea, que se le proporcionen a éstos los conocimientos necesarios para que se opere un cambio de actitud - que fomente la salud, si el individuo o grupo se encuentra - dentro del segundo y tercer requisito, es competencia de enfermería proporcionar una atención parcial o totalmente compensatoria del cuidado de sí mismo, y se le irá fomentando -

el autocuidado con educación para la salud.

Como profesional de la salud la enfermera tiene entre sus metas promover el autocuidado y la participación comunitaria, ambas definiciones concuerdan en que serán las acciones que realice el individuo y/o la comunidad para conservar su vida, salud y bienestar y que contribuyan a fomentar la integridad y el desarrollo colectivo.

Para que enfermería desarrolle sus funciones debe profundizar en algunos campos teóricos que le facilitarán su actividad profesional.

En primer lugar, uno de los aspectos más trascendentales es que enfermería debe de lograr que los pacientes o usuarios lleven a cabo cambios positivos en su estado de salud.

La teoría de la motivación en salud menciona " el cambio de acción se dará, si la representación cognitiva del estado futuro es más satisfactoria que la actual; por tal motivo lo que da la energía para el cambio es el conocimiento sobre los beneficios que se obtendrán; por lo cual se considera que el individuo o grupo tiene el potencial para lograr la satisfacción de sus necesidades, organizando sus conductas (16).

Con respecto a esto, Lewin explica que " la conducta es una función producto de la interacción entre el individuo o grupo y el medio ambiente y que dicha interrelación está en constante cambio, siendo determinada por la percepción que -

tengan los individuos del medio ambiente" (17).

En este contexto se habla de un campo psicológico, - que contiene valores positivos y negativos, a través de los - cuales, los acontecimientos del medio ambiente son organiza- dos en base a un objetivo-meta, considerando que deberá exis- tir un elemento que adquiera significancia y dé la disposi -- ción para actuar que emerge de alguna necesidad particular - que pondrá en movimiento al individuo o grupo.

De acuerdo con Maslow, que explica que el comporta -- miento humano está "motivado", o sea, que existen deseos, -- creencias, necesidades o impulsos internos que mueven a los individuos a actuar; y son presentados por éste autor en la jerarquía de necesidades humanas, colocando en primer orden - las fisiológicas (básicas) como la alimentación, el ejerci - cio, el descanso, la salud; en segundo orden las de seguridad refiriéndose a la física, o sea, todo lo relacionado con la estabilidad, dependencia, protección en el aspecto social, - económico y físico (18).

La satisfacción de las necesidades domina la activi- dad humana hasta el punto que el comportamiento de una per - sona o de un grupo se organiza solo en relación con las ne - cesidades insatisfechas.

Cuando una persona vive en el nivel superior de ne - cesidad, existe mayor eficiencia biológica y mayor salud.

El mantener la integridad de las necesidades humanas básicas se constituye responsabilidad de cada persona.

La calidad, cantidad y enfoque de los conocimientos y experiencias del individuo o grupo, así como su forma de vida, influyen poderosamente en sus juicios acerca de la salud, de su situación, de su participación comunitaria para elevar o mantener la salud, del rol que desempeña la enfermera. No olvidemos que el proceso de asistencia sanitaria está designado a satisfacer las necesidades humanas básicas del paciente o grupo, en relación con el cuidado de la salud y las necesidades de asistencia sanitaria de los ciudadanos.

En algunos estudios realizados en comunidades marginadas, sobre participación comunitaria, se refiere que la comunidad se integrará en la planificación, organización, ejecución y control de la salud sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros disponibles.

Dicha integración se observa a través de cuatro instrumentos:

- Los promotores de salud, son extraídos de la comunidad.
- Los comités de salud desarrollan actividades específicas.
- Otras organizaciones comunales (juntas de vecinos, cooperativas, siempre que su colaboración sea regular en actividades de salud).
- La comunidad colectivamente por medio de acciones de salud, para lo cual se requiere de un número --

considerable de habitantes (19).

Estas formas de organización deberán realizar algunas actividades que variarán en grados y formas dependiendo de la organización particular de la comunidad que tendrá estructura, normas y propósitos bien definidos; "de la ejecución - de tareas basadas en una disposición de fuerzas para operar y de la capacidad de los instrumentos para proponer y alcanzar objetivos por su propia voluntad.

A continuación se citan algunas de las actividades - de participación que frecuentemente se han desarrollado en - países de América Latina incluyendo México, en donde se han - formado comités de salud pretendiendo que sirvan de enlace - entre las instituciones de salud y la población que recibe - los servicios. El objetivo de estos comités es "lograr la -- participación comunitaria en actividades de beneficio colec- - tivo, que permitan mejorar el nivel de salud de la pobla --- ción (20).

La participación de dichos comités ha consistido por lo regular, en: "levantamiento de datos a través de encues -- tas para establecer un diagnóstico de salud; identificación - de los problemas, proponer alternativas de solución para los problemas de salud; propuesta sobre la programación de acti- - vidades y coordinación de las asambleas donde se presentan - los resultados; propuestas sobre la programación de acciones colectivas como formación de cooperativas de consumo, visitas domiciliarias, detección de grupos de riesgo y por último en

cursos de difusión para fomentar el interés de la comunidad (21).

Actualmente se cuenta con poca información publicada por tal motivo se presentan los datos de solo seis investigaciones, dentro de las cuales se encuentran algunos elementos en común:

- Que son comunidades rurales.
- dentro de sus políticas de desarrollo se contempla la participación .
- En relación al sector salud, todos refieren que se están buscando puntos de apoyo, creando la infraestructura para satisfacer estas necesidades.
- Los líderes son elegidos por la comunidad y responsables ante ella de sus acciones, se refiere que tienen gran influencia sobre el total de la población, se involucran con el personal de salud.
- Todos coinciden en que las necesidades deben ser sentidas por la comunidad e identificadas en conjunto y que la comunidad debe referir cuáles son las prioridades.
- Otro elemento importante es que en las comunidades exista sentido de grupo o cohesión y que tengan conciencia de los derechos comunales.

El último punto es que la comunidad tenga conocimientos científicos, pues se piensa que son importantes para elevar el nivel de vida; la forma de hacer llegar este cono-

cimiento a los individuos es a través de su difusión por medio de los programas de educación para la salud (22).

VI. MARCO CONTEXTUAL.

1.- Generalidades del Estado.

El estado de Nuevo León se localiza en la parte nor-oriental de la República Mexicana; entre los paralelos 27° - 48' y 23° 09' de latitud norte y los meridianos 98° 26' y -- 101° 13' de latitud oeste de Greenwich.

Límites. Al norte con los Estados Unidos de América, al este con el estado de Tamaulipas, al sur y este con el -- estado de San Luis Potosí, al oeste con el estado de Coahui - la, en su porción occidental tiene un punto de contacto con el estado de Zacatecas.

Superficie. Cuenta con 64,555 Km² con una longitud de 504 Km. de sur a norte.

División Política. El estado de Nuevo León está in - tegrado por 51 municipios agrupados en siete regiones geoeco - nómicas; la región número siete corresponde al área metropo - litana de Monterrey; geográficamente se localiza en la porcion media de la entidad hacia el occidente y la integran siete - municipios que son: Apodaca, Garza García, GraI. Escobedo, - Cd. Guadalupe, Monterrey, San Nicolás de los Garza y Santa - Catarina. La extensión territorial de ésta área es de 2117.8

km² con una población según censo de 1980 de 1,988,012 habitantes representando el 79.1% de la población total del estado, teniendo una densidad de 938.72 habitantes por km².

Clima. El estado está cruzado por la Sierra Madre Oriental que hace que presente diversas características climatológicas, variando de 2°C - 30°C.

Altitud. El Estado de Nuevo León se encuentra situado a 500 metros sobre el nivel del mar.

2.- Datos Generales del Municipio de Apodaca, N.L.

Apodaca, N.L., antes Hacienda de San Francisco de Apodaca fué fundada en 1597 y se encuentra ubicada al lado --noreste del Estado de Nuevo León; según censo de 1980 ésta - población contaba con 37,181 habitantes, de los cuales 18,343 eran del sexo femenino y el resto del masculino. El municipio tiene una extensión territorial de 250.93 km², de los cuales 183.5 corresponden a la cabecera municipal.

En marzo de 1851 fué decretado municipio, y en marzo de 1982 ciudad de Apodaca, N.L., situándose a 405 metros de altitud sobre el nivel del mar.

Sus límites son: al norte con Salinas Victoria y General Zuazua, al sur con Cd. Guadalupe y Villa de Juárez, al este con Pesquería y Marín, al oeste con General Escobedo y con Villa del Carmen.

El clima no varía con respecto al del estado, siendo extremoso durante el invierno y el verano.

Los recursos de salud existentes son: Cruz Verde de

Apodaca, ocho casas de salud y una clínica del IMSS.

3.- Ubicación y Características de Fomerrey 54, Unidad Pueblo Nuevo.

Fomerrey 54, es una comunidad urbano-marginada que pertenece al Municipio de Apodaca, N.L. Se encuentra a una distancia de tres kilómetros aproximadamente al sureste de la cabecera municipal; limitada al norete por la vía del ferrocarril a Matamoros y la fábrica Carplastic; al sur con el poblado de la Encarnación; al este con el poblado de Huiñalá y al oeste con la carretera a Villa de Juárez. Se encuentra situada a 405 metros sobre el nivel del mar, el terreno es árido, la flora que predomina son arbustos y cactáceas, observándose la siembra de hortalizas dentro de los terrenos de las casas; la fauna que predomina son caninos, aves de rapiña. Dentro de la fauna nociva y venenosa, existen crótalos(cascabel), roedores, insectos(cucarachas, moscas, mosquitos, piojos).

El suelo es granítico y rocoso, seco, irregular. La temperatura varía entre el invierno y el verano de 0°C a 40°C, con una temperatura media de 20°C.

La precipitación pluvial se presenta en el verano dentro de los meses de Agosto y Septiembre.

La comunidad se abastece de agua a través de cuatro pozos construidos por Fomerrey, los cuales bombean el agua a las tomas colectivas; cabe mencionar que dicha agua no reci-

be tratamiento alguno para su potabilización.

De poniente a oriente la comunidad es cruzada por un arroyo de aguas contaminadas con desechos de las fábricas -- circunvecinas. (Ver anexo 1).

a) Creación.

La comunidad se creó en Diciembre de 1984, siendo otorgados los primeros lotes a los primeros colonos. Fomerrey 54 tiene sesenta y tres manzanas con 2,162 lotes, la superficie total es de 1, 216,374 m². La superficie vendible es de 239,711.48 m².

Fomento metropolitano ha dotado a Fomerrey 54 de los siguientes servicios: agua colectiva, peseras, jardín de niños, cuatro escuelas primarias, dispensario, electrificación y alumbrado, dos líneas de transporte urbano. El dispensario de fomerrey es atendido -- por un médico que proporciona la siguiente consulta: Prenatal, PF, Medicina General; siendo el costo de este servicio una cuota de recuperación de \$ 500.00. Además contaba con un módulo de atención de la Unidad Docente-Asistencial de la Cruz Verde de Apodaca; el cual se instalaba provisionalmente en la Manzana 79 lote 26, donde un pasante de Licenciatura en Enfermería en servicio social ofrecía los siguientes servicios: Aplicación de vacunas, toma de citologías, aplicación de inyecciones, curaciones y consultas de

enfermería . Cabe mencionar que la Facultad de Enfermería de la UANL a través de su estrategia Integración Docente-Asistencial, brinda atención a la población por medio de programas que tienen como propósito básico la promoción de la salud, dándose mayor difusión a los programas de atención primaria. La UDA Cruz Verde de Apodaca, presta esencialmente servicios de atención primaria a través de la implementación de los diferentes programas acordes a las necesidades de salud de la comunidad en Fomerrey 54; éste módulo de atención de la Cruz Verde tenía dos años de estar trabajando no de forma permanente, por lo tanto se puede decir que el trabajo comunitario estaba en fase de sensibilización.

VII. METODOLOGIA.

Se decidió hacer un estudio transversal analítico en el municipio de Apodaca, N.L., de Agosto a Octubre de 1987; en la comunidad de Fomerrey 54 Unidad Pueblo nuevo, situada a tres kilómetros de la cabecera municipal; dicha comunidad es de reciente creación y presenta las siguientes características de marginalidad: La construcción de las viviendas es precaria e incompleta y careciendo de servicios públicos; -- ésta comunidad contaba con un módulo de atención de primer nivel y de fácil acceso geográfico. Se tiene como referencia que el trabajo comunitario se encontraba en fase de sensibilización, para en un futuro instalar un centro de salud, por lo que tanto, se tiene información acerca de que la población -- ha tenido contacto con el personal de enfermería del mencionado módulo a través de la visita domiciliaria y del uso de la hoja del estudio familiar (entrega de servicios mínimos). La información que se obtiene es actualizada cada año usando los mismos instrumentos; ya que es de suma importancia pues proporcionará datos consistentes para un futuro iniciar los programas de salud y que den respuesta a la problemática --

encontrada.

La población objeto de estudio, fueron los jefes de familia de la comunidad; se tomó una muestra considerando los lotes ocupados y suponiendo que por cada lote se encontraría una pareja de jefes de familia. Los lotes fueron numerados progresivamente y con una tabla de números aleatorios se seleccionó la vivienda donde se localizaría al sujeto de estudio, quedando integrada la muestra por 126 elementos.

Para obtener la información, se elaboró un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas dirigido a los jefes de familia de la comunidad, posterior a la prueba piloto dicho cuestionario quedó estructurado en tres secciones: En la primera, se agruparon los datos de identificación para conocer algunas de las características y antecedentes de la población; En la segunda, se deseaba conocer si los entrevistados consideraban tener satisfechas sus necesidades básicas y de seguridad; por último, la tercera sección incluyó preguntas acerca del conocimiento que sobre participación comunitaria tienen los jefes de familia de la comunidad. (Anexo 2)

La prueba piloto del instrumento se aplicó al 10% de la muestra, con una duración de ocho días incluyendo sábados y domingos; posterior a ésta, se realizaron algunas modificaciones tales como:

a) En relación al cuestionario, ya se mencionaron.

- b) El sujeto entrevistado fué el jefe de familia que se encontraba en el domicilio el día de la entrevista. Tomándose ésta determinación, por el tipo de trabajo de los jefes de familia pues no fué posible encontrarlos en horas hábiles, ni en sábado ni domingo.
- c) Los días de las entrevistas fueron de lunes a viernes en el horario matutino.

Para el levantamiento de la información se contó con la colaboración de cinco encuestadores, que recibieron adiestramiento previo al desarrollo de ésta actividad. El llenado del cuestionario se realizó durante la entrevista; previamente se solicitaba la colaboración y consentimiento del jefe de familia seleccionado.

La codificación fué realizada por la autora de éste trabajo.

Una vez tabulada la información se procedió al análisis e interpretación de la misma, habiéndose considerado conceptualmente a la participación comunitaria como:

- 1) Activa, a las acciones o actividades que lleven a cabo los jefes de familia para conservar ó recuperar la salud y para prevenir las enfermedades.
- 2) Pasiva, a la aceptación de los servicios a domicilio (vacunas, somatrometría , educación para la salud).

Los dos puntos anteriores en relación con los siguientes referentes:

- a) Satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad.
- b) Nivel de conocimiento que sobre salud-enfermedad y sobre su responsabilidad en el cuidado de la salud, tienen los jefes de familia entrevistados.
- c) Difusión de los servicios por el Sector Salud.

La duración del estudio desde el diseño del proyecto hasta la elaboración del informe, fué de dos años.

El tratamiento de los datos fué por computadora, usando el programa para ciencias sociales S P S S. Se realizó descripción estadística, en donde se utilizó la prueba de Chi cuadrada (X^2) de independencia y homogeneidad.

VIII. LIMITANTES.

Escasa bibliografía referente a la participación comunitaria en áreas urbanomarginadas; limitante que fué superada con el apoyo de los expertos en el área.

IX. RESULTADOS.

Una vez tabulada la información, se procedió al análisis e interpretación de los resultados, los cuales se presentan en el orden siguiente:

- A) Características demográficas.
- B) Aspectos Socioeconómicos.
- C) Asociación de Variables Planteadas en las Hipótesis.

A) Características Demográficas.

Los sujetos de estudio fueron 104 jefes de familia, que se encontraban en sus domicilios y que accedieron a que se les entrevistara, de los cuales el 88.46% son del sexo femenino y el 11.54% pertenecen al masculino. Para edad se encontró que el 32.7% tienen de 20-24 años, y el 21.2% de 15 a 29 años y el 41% cuentan con más de 30 años. La mediana de la edad es de 26.5 años con una mínima de 17 y una máxima de 63 (Ver anexo 3 y 4).

B) Aspectos Socioeconómicos.

- 1.- Estado Civil: Se encontró que el 84.6% de los -- entrevistados, manifestó estar casado(Ver anexo 5)

- 2.- Procedencia: La distribución de la procedencia - de los jefes de familia. es de la siguiente forma el 50.9 % proviene de otras áreas urbano margi - nadas, el 37.5 % del área urbana y el 13.5 % del área rural.(ver anexo 6).
- 3.- Escolaridad: La escolaridad de los jefes de fami- lia entrevistados se encontró que el 85.5 % cuen- tan con una escolaridad igual ó menor que la edu- cación primaria (ver anexo 7).
- 4.- Composición Familiar: La composición familiar -- promedio en la comunidad es de ocho miembros.
- 5.- Atención Médica: Se encontró que el 51% tiene - acceso a la seguridad social, el 47.1% recurre - a la asistencia pública, y solo el 1.9 % acude, a la medicina particular (ver anexo 8).
- 6.- Ingreso Mensual: El ingreso mensual de las fami- lias entrevistadas fué igual a un salario mínimo (vigente para Octubre 1987).

C) Asociación de Variables Planteadas en las Hipótesis.

En relación al tipo de participación comunitaria en salud, se consideró a ésta como:

- 1) Activa. A las acciones ó actividades que lleven a cabo los jefes de familia para conservar ó recu-- perar la salud y para prevenir las enfermedades.
- 2) Pasiva. A la aceptación de los servicios a domi--



cilio(vacunas, somatometría, educación para la salud).

Ahora bien, en relación sobre el tipo de participación comunitaria que se da en la población objeto de estudio en relación con el sexo de los jefes de familia, se encontró que participan pasivamente el 68.3% (71), de éstos el 66.3% (69) son del sexo femenino y el 2.0% del masculino; de los que no participan 31.7%, el mayor número corresponden al sexo femenino 22.1% (23) y el 9.6% (10) al sexo masculino, como puede observarse en el cuadro número 1.

CUADRO No. 1.

TIPO DE PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD EN RELACION CON EL SEXO DE LOS JEFES DE FAMILIA.

TIPO DE PARTICIPACION	SEXO		MASCULINO		TOTAL	
	FEMENINO		#	%	#	%
Participacion Pasiva	69	66.3	2	2.0	71	68.3
No Participa	23	22.1	10	9.6	33	31.7
Total	92	88.4	12	11.6	104	100.00

FUENTE: Directa "Encuesta sobre participación comunitaria en salud".

PRIMERA HIPOTESIS:

CUADRO No. 2.

PARTICIPACION COMUNITARIA Y SATISFACCION PREVIA DE LAS NECESIDADES BASICAS Y DE SEGURIDAD DE LOS JEFES DE FAMILIA ENTREVISTADOS (n= 104).

Satisfac. de Tipo de participación. / Necesidades.	SATISFECHAS		MEDIANAMENTE SATISFECHAS		NO SATISFECHAS		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Participación Pasiva	12	11.5	42	40.5	17	16.3	71	68.3
No Participa	5	4.8	23	22.1	5	4.8	33	31.7
TOTAL	17	16.3	65	62.6	22	21.1	104	100

χ^2 OBSERVADA 1.26

χ^2 TEORICA 5.991

0.05

2 gl

FUENTE: Directa.

Ho. La participación comunitaria es independiente de la satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad.

Hi. La participación comunitaria depende de la satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad.

Como puede observarse en el cuadro No. 2, el 62.6% (65) de los jefes de familia entrevistados, manifestaron tener medianamente satisfechas las necesidades básicas, el 40.4% refirió participación pasiva y mediana satisfacción de

las necesidades; el 11.5% (12) mencionaron satisfacción de las necesidades y participación pasiva y el 16.3% (17) mencionaron no tener satisfechas sus necesidades básicas pero - si participan pasivamente en programas de salud.

Aplicando la X^2 de independencia, se encontró que al nivel de significancia de 0.05, los datos no ofrecen evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo tanto se acepta que la participación comunitaria es independiente de la satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad para ésta población.

SEGUNDA HIPOTESIS:

CUADRO No. 3.

PARTICIPACION COMUNITARIA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD Y SOBRE SU RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS JEFES DE FAMILIA.

TIPO DE PARTICIPACION.	NIVEL DE CONOCIMIENTOS		CONOCE		CONOCE POCO		NO CONOCE		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Participacion Pasiva.	24	23.1	40	38.5	7	6.7	71	68.3		
No Participa	7	6.7	16	15.4	10	9.6	33	31.7		
TOTAL	31	29.8	56	53.9	17	16.3	104	100.0		

χ^2 OBSERVADA 7.207

χ^2 TEORICA 5.991

0.05

2 gl.

FUENTE: Directa.

- Ho. La participación comunitaria es independiente del nivel de conocimientos sobre salud-enfermedad y sobre su responsabilidad en el cuidado de la salud en los jefes de familia.
- Hi. La participación comunitaria depende del nivel de conocimientos sobre salud-enfermedad y sobre su responsabilidad en el cuidado de la salud en los jefes de familia.

Como puede observarse en el cuadro No. 3, el 68.3% (71) de los jefes de familia, refieren una participación pasiva en salud, esto quiere decir, que se concretan a aceptar

los servicios de salud a domicilio (vacunas, somatometría, educación para la salud, etc.), solicitando solo servicios curativos; en el mejor de los casos asisten a reuniones comunales pero no opinan (no intervienen). En el nivel de conocimientos el 53.9% (56), refirieron tener poco conocimiento sobre los problemas comunales, los servicios de salud, las políticas de salud y su responsabilidad en la solución de los mismos.

Comparando la X^2 , por ser el valor observado mayor se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que entre las variables: Tipo de participación comunitaria y nivel de conocimientos sobre salud-enfermedad y sobre su responsabilidad en el cuidado de la salud, existe cierto grado de dependencia o relación.

TERCERA HIPOTESIS:

CUADRO No. 4.

TIPO DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y DIFUSION DE LOS SERVICIOS POR EL SECTOR SALUD EN LA COMUNIDAD.

TIPO DE PARTICIPACION. DIFUSION DE LOS SERVICIOS.	RECUERDAN VISITA Y SERVICIOS PROPORCIONADOS.		NO RECUERDAN VISITA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Participación Pasiva	60	57.6	11	10.7	71	68.3
No Participa	26	25.0	7	6.7	33	31.7
TOTAL	86	82.6	18	17.4	104	100.0

χ^2 OBSERVADA 0.55

χ^2 TEORICA 3.841

0.05

1 gl.

FUENTE: Directa.

Ho. La participación comunitaria es homogénea respecto a la difusión de los servicios realizados por el sector salud.

H1. La participación comunitaria no es igual respecto a la difusión de los servicios realizados por el sector salud.

Como puede observarse en el cuadro No.4, el 82.6% -- (86) de los jefes de familia, recuerdan la visita domiciliaria y algunos servicios proporcionados por el personal que --

estuvo en sus domicilios. El 57.6% (60) de los que recuerdan la visita y algún servicio, realizan actividades de participación pasiva.

Con un nivel de significancia de 0.05, los resultados no muestran evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, es por ésto que se acepta que la participación comunitaria no es homogénea en relación a la difusión de los servicios realizados por el sector salud.

Los datos que a continuación se presentan, no se incluyeron en el planteamiento de las hipótesis pero se consideró importante recabar tal información, ya que las políticas en materia de prestación de servicios de salud en el País, han venido enfatizando la necesidad de extender los servicios a toda la población a través de la participación comunitaria en las bases de planeación, organización y manejo del cuidado de salud, la coordinación intra e intersectorial y la utilización de varias categorías de personal, incluyendo médicos, enfermeras, estudiantes universitarios, técnicos y promotores y en este caso particular a la comunidad; pretendiendo que ésta esté organizada de tal forma que cuente con jefes de manzana y jefes de sector, pero se desconocían algunos aspectos como quienes eran, mecanismos de elección, y acciones que desarrollaban.

Para el trabajo de enfermería comunitaria resulta -- conveniente establecer contacto con grupos o individuos (promotores, jefes de manzana), que de una u otra forma están -- organizados y participan en la identificación y solución de necesidades y problemas de la comunidad.

Por este motivo se realiza una búsqueda intencionada de datos, con población que se supone está participando activamente, entrevistándose en este caso a los jefes de manzana.

Descripción de la población: Fueron sesenta y una --

mujeres que fungían como jefes de manzana, se numeraron progresivamente las manzanas y se aplicó una tabla de números aleatorios para escoger una muestra, que quedó integrada por treinta y dos jefes, de las cuales solo se entrevistó a diecinueve que acudieron a la cita.

La mediana de la edad es de treinta años, con una mínima de veintidos y una máxima de sesenta y cuatro.

El tiempo del nombramiento de ser jefes de manzana fué el siguiente: El 26.3% tiene menos de seis meses en el puesto; el 21.1% tiene de siete a doce meses y el 52.6% tiene más de un año.

El mecanismo de elección y selección de las jefes de manzana fué el siguiente: El 5.2% fueron elegidas por la comunidad; el 47.4% por los administradores de Fomerrey, y el resto (47.4%), por otro representante comunitario (coordinadora de sector).

Se indagó sobre quienes les asignaban el trabajo, y el 100% mencionó que es Fomerrey a través del administrador y de los coordinadores de sector. El trabajo se concreta a visitar a los jefes de familia de su manzana y comunicarles si habrá reunión, promover la asistencia a las juntas, mítines, reparto de desinfectantes, promover la quema de basura y otros.

Otro aspecto que se exploró fué sobre el conocimiento de los problemas que existen en la comunidad, encontrán--

dose que el 68.4% se refirió a los problemas de servicios -- públicos; el 21.5% falta de servicios de salud, y el resto -- no opinó.

Específicamente para salud, se investigó sobre la -- frecuencia con que ellas habían observado algunos problemas de salud, manifestando éstas la desnutrición en un 47.4%; -- los problemas respiratorios en un 36.8% y un 15.8% no opinaron.

En cuanto a su participación en salud, el 100% manifestó que no han estado participando, pero que les gustaría colaborar con la casa de salud y sobre todo ayudar a la gente que lo necesite.

X. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

La comunidad de Fomerrey 54, Unidad Pueblo Nuevo, Apodaca, N.L., con características de urbano-marginada referidas en este estudio, está siendo visitada por un módulo de atención de primer nivel desde hace dos años, dicho módulo pertenece a la U.D.A. Cruz Verde de Apodaca, dentro del cual el personal considera a la participación comunitaria como un "elemento importante para el mejoramiento de la salud de sus habitantes". El trabajo en esta comunidad está en etapa de sensibilización y como la promoción de la salud es uno de los propósitos básicos, se ha implementado mayor difusión de todos los programas (Prenatal, Planificación Familiar, Detección oportuna de cáncer cervico uterino y mamario, Atención del Adulto con enfermedades crónicas y otros) con énfasis particular en la atención primaria; además se cuenta con información sobre la población; esta fué obtenida a través de la visita domiciliar y del uso de la hoja de estudio familiar (entrega de servicios mínimos).

Lo anterior se evidencia en que el 68.3% de los entrevistados, o sea, de los jefes de familia, refirieron participar en los programas de salud en forma pasiva, ya que solo

acepta los servicios que proporciona el centro de salud (semi-instalado) a domicilio.

En algunos estudios sobre participación comunitaria se menciona que la población participa activamente, partiendo de la formación de comités de salud, integrados por miembros de la comunidad y seleccionados por la misma, que son el enlace entre la institución de salud y la población que recibe los servicios.

Con el fin de ampliar la información se creyó necesario realizar una búsqueda intencionada de datos con población que se supone estaba participando activamente, por lo que se entrevistaron a los jefes de manzana, encontrándose que la elección de las mismas es hecha por elementos externos a la comunidad en su mayoría y solo el 5.2% fueron elegidos por la propia comunidad; las actividades que desarrollan son totalmente asignadas por los administradores de Fomento Metropolitano de Monterrey, cuya finalidad es atender al desarrollo armónico y urbano, a los problemas de precarismo y a las necesidades de vivienda. Dicho trabajo se concreta a visitas domiciliarias para promover la asistencia a reuniones, reparto de desinfectantes, quema de basura a nivel domiciliario y en el comunal los basureros existentes dentro y fuera del área que corresponde a la comunidad, labor que podría relacionarse con la salud; pero en cuanto a su participación con éste sector, el 100% de las entrevista-

das manifestaron que no realizan ninguna actividad, situación que llama poderosamente nuestra atención, ya que éste grupo grupo (jefes de manzana) no relaciona las actividades que desarrolla como competencia de los servicios de salud. No se olvide además, que en apariencia la quema de basura disminuye la contaminación, por lo que correspondería al sector salud buscar estrategias para involucrarse con los jefes de manzana y proporcionar asesoría para que las acciones que se hagan, mejoren su medio ambiente.

Es una realidad la participación de la comunidad, situación que vale la pena resaltar ya que es un gran logro, considerando las características que tiene la prestación de servicios en ese lugar (etapa de sensibilización, no permanencia ni continuidad y otros) actualmente.

Por otro lado, la participación pasiva que refieren los entrevistados podría deberse a que los líderes son impuestos, ya que no se han formado comités de salud. Cabe plantear la posibilidad de que la integración de comités de salud, sea una condición necesaria, aunque no única para que se de en las comunidades urbanomarginadas la participación comunitaria activa en programas de salud; pues éstos en primer lugar serían líderes elegidos por la comunidad y responsables ante ella de sus acciones, además, tendrían gran influencia sobre el total de la población y estrecha relación con el personal de salud al cual le proporcionarían in-

formación real sobre las necesidades del grupo así como las prioridades.

De los jefes de familia entrevistados que participan activamente, es decir, que aceptan los servicios que el sector salud ofrece adomicilio, el mayor porcentaje corresponde a mujeres.

Como puede observarse, en los hogares de la comunidad, la mujer está participando de alguna forma en el mejoramiento del nivel de salud; por lo que surge la necesidad de que se desarrollen acciones dirigidas a darles mayores posibilidades de cumplir con ésta función. Siendo conveniente dinamizar los programas que la eduquen, para colaborar en la salud de su familia y por ende de su comunidad, apoyándola para que su contribución sea más activa.

En cuanto a la satisfacción previa de las necesidades básicas y de seguridad, el estudio reporta que el 63.5% las tienen medianamente satisfechas; el 16.3% las refiere --satisfechas y el resto menciona insatisfacción. De los entrevistados que refieren que sus necesidades básicas y de --seguridad están total y medianamente satisfechas, el 52% --participa pasivamente en los programas de salud, el resto no participa; al aplicar la prueba de la Chi cuadrada (χ^2), no se encuentra relación entre el grado de satisfacción de las necesidades y la participación comunitaria, por lo tanto, se rechaza la primera hipótesis, en la cual, se menciona que la

participación comunitaria se condicionaba en algún grado a la satisfacción previa de las necesidades básicas y de seguridad.

Otros autores han resaltado la importancia sobre que la comunidad deba de tener conocimientos científicos. En éste estudio, se observó que el 29.8% refiere tener conocimientos sobre salud-enfermedad y sobre su responsabilidad en el cuidado de la misma; el 53.9% respondió tener pocos conocimientos y el resto desconocimiento; de los que cuentan con conocimientos su participación en programas de salud corresponde a un 23.1%, y de los que manifestaron pocos conocimientos, el 38.5% participa pasivamente. Estos hallazgos podrían relacionarse con los conocimientos sobre salud-enfermedad y su responsabilidad en el cuidado de la salud, influyen en la respuesta de los individuos hacia los programas de salud. La teoría de la motivación en salud, menciona que los cambios de acción ó actividades que se hagan respecto al mejoramiento de la salud se darán si el conocimiento del estado futuro es más satisfactorio que la situación actual. Estos datos son muy relevantes para nuestra investigación, puesto que la segunda hipótesis planteada al inicio del estudio, declaraba una relación directa entre la participación comunitaria en programas de salud y el grado de conocimiento; el estudio --mostró una relación significativa, por lo tanto se acepta --

que entre la participación comunitaria y el nivel de conocimientos sobre salud-enfermedad y sobre su responsabilidad en el cuidado de la salud, existe cierto grado de dependencia.

En lo que se refiere a la difusión de los servicios de salud, el estudio aporta los siguientes datos: De los jefes de familia que recuerdan la visita domiciliaria, el 57.6% participa pasivamente en los programas de salud; de los que no recuerdan ninguna visita el 10.7% refiere acciones de participación pasiva. Al aplicarle el estadístico de la X^2 , no se encuentra homogeneidad en la respuesta de la población -- hacia los programas de salud, y la difusión hecha por el personal de salud; por tal motivo se rechaza la hipótesis de que la participación comunitaria se relaciona con el alcance que tiene la difusión de los servicios realizada por el sector - salud.

XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- En la comunidad urbano marginada de Fomerrey 54, Unidad Pueblo Nuevo, no existe relación entre la satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad y la participación comunitaria en los programas de salud.
- 2.- Existe algún grado de relación entre el nivel de conocimientos sobre salud-enfermedad y sobre su responsabilidad en el cuidado de la salud y la participación comunitaria.
- 3.- No existe homogeneidad entre la participación comunitaria y la difusión de los servicios que ejecuta el sector salud.
- 4.- La respuesta de la población, o sea la participación pasiva, ha sido positiva considerando las peculiaridades de la entrega de servicios en ésta comunidad.
- 5.- Se considera trascendente el hecho de que la comunidad participe pasivamente, pues ésta participación es una respuesta a la labor que ha de-

sarrollado el personal de salud(sobre todo el de enfermería).

- 6.- Al poner a nivel domiciliario la entrega de servicios, se deben reforzar las acciones que fomenten el autocuidado y la autorresponsabilidad sobre el cuidado de la salud en la población.
- 7.- El servicio de salud no ha utilizado la estructura de liderazgo impuesto o neto en la comunidad.
- 8.- Actualmente llama la atención el hecho de que -- algunas mujeres (jefes de manzana) estén parti-- cipando en actividades fuera del hogar, situa--- ción que es favorable para tomar en cuenta a éste elemento, como idóneo para el desarrollo de - programas de salud a nivel comunitario.
- 9.- Una de las áreas del saber científico-técnico de enfermería es la Educación para la Salud, ésta - deberá profundizarse para contar con elementos - teórico-conceptuales y metodológicos que favo--- rezcan el autocuidado.
- 10.- Para la práctica profesional de enfermería es de gran importancia entender los problemas de salud enfermedad de la población; lo cuál implica am-- pliar sus conocimientos en ciencias sociales.
- 11.- La comunidad no debe considerarse, solo como un

espacio geográfico con una población determinada, con los mismos ideales, hábitos y costumbres, -- sino además como un espacio social en el cual se incorporará el concepto de la satisfacción de -- sus necesidades y el poder interno del grupo para tomar decisiones en la solución de sus pro---blemas, esto es, que se deben considerar las --- fuerzas (internas y externas) que afectan la condición humana, y que influyen a la salud ó a enfermedad.

- 12.- Uno de los problemas críticos es la diferencia - real entre lo que se dice y lo que se hace en - relación a la salud en el País. Para que los --- grupos en la comunidad participen activamente es necesario que los programas de salud estén fun--damentados en las necesidades reales y sentidas de la población, y no únicamente en las de los profesionales de la salud. Por lo tanto los programas de salud para una comunidad deberán ser - generados de un estudio comunitario previo; ya - que los programas se deben de adaptar a la par--ticularidad de cada situación.
- 13.- Los esfuerzos dirigidos a mejorar la salud y la calidad de vida de la comunidad, constituyen un asunto muy complejo y de alta prioridad que im--

plica, una modificación fundamental de las actitudes y las estructuras de la sociedad. Solo enfocando la situación actual de la salud de la población desde un ángulo multisectorial y multidisciplinario, se llegará a conocer y comprender el por qué de su situación actual y la forma de abordarla con el fin de hacer una realidad su participación integral en el proceso de desarrollo del país.

- 14.- Tomar conciencia de que debemos aspirar a garantizar la atención a la salud de todos, con personal de enfermería de alto nivel, para que sea líder del equipo de salud; ya que se está induciendo a niveles inferiores (no profesionales), a realizar actividades de supervisión y administración de los servicios de salud.
- 15.- Para que los individuos alcancen el derecho a la salud (aspecto esencial del desarrollo nacional), es necesario impulsar a través de los medios de comunicación la educación en salud.

XII. BIBLIOGRAFIA REFERIDA.

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. New York, N.Y. 1978. p.p. 1-55.
- 2.- Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud 1984-1988. México 1984. pp 20.
- 3.- Archer, Sarah. Enfermería de Salud Comunitaria. 2a. Edición en Español. OPS/OMS 1982 pp 3.
- 4.- Verderese, Olga. Análisis de la Enfermería en América Latina. Educación Médica y Salud. Vol. 13 No. 4. 1979.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. Op. cit.
- 6.- Ibid. pp 30.
- 7.- Martínez Benítez, et al. Sociología de una Profesión. El caso de Enfermería. CEE. Ed. Nuevo Mar. 1a. Edición. Mex. 1985. pp 222.
- 8.- Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud. -- 1984-1988. México 1984. pp 91.

- 9.- Ibid. pp 6.
- 10.- Ibid. pp 99.
- 11.- Martínez Benítez, et al. Op. cit. pp 13.
- 12.- Ibid. pp 87.
- 13.- Ibid. pp 92.
- 14.- Orem, Dorothea. Modelo de Atención de Orem en la Enfermería. Citado por Janet N. Griffith. P.A.E. Aplicación de Teorías y Modelos. 1a Edición. Mex. 1986. pp 13-14.
- 15.- Poletti, A. Rossete. Cuidados de Enfermería. Tendencias y Conceptos Actuales. Ediciones Rol. España 1980.
- 16.- Klug, Bárbara. The process of patient teaching in nursing. The C.V. Mosby Co. 1968 Seattle. pp 15-37.
- 17.- Lewin, Kurt. La teoría del Campo. Citada por James A. Schellenberg. "Los fundadores de la Psicología social". Alianza Editorial. Madrid 1981. pp 75-93.
- 18.- Maslow, Abraham. Motivation and Personality. 2a. ed. -- N.Y. 1970.
- 19.- Agudelo, Carlos A. Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y criterios de valoración. Boletín -- OPS. Vol. 95 No. 3 Sep. 83. pp 206.
- 20.- Secretaría de Salud. Manual para la Integración. "Fun--

cionamiento del comité de salud". Mex. 1986. --
pp 16.

21.- Ibid. pp 19.

22.- Estudios sobre participación comunitaria.

García, Manzanedo H. "Estudio sociocultural sobre integración de los sistemas de salud y participación de la comunidad"; Boletín OPS. Vol. 84 No. 3. Marzo 1978. pp 196-206.

Molina, G. El Responsable de la Salud y la Participación de la comunidad. Boletín OPS. Vol. 83 No. 2. 1977. pp 93-105.

Molina, G. La selección de Dirigentes de la salud en la comunidad. Foro Mundial. Vol. 1. No. 1 y 2. 1980. pp 69-74.

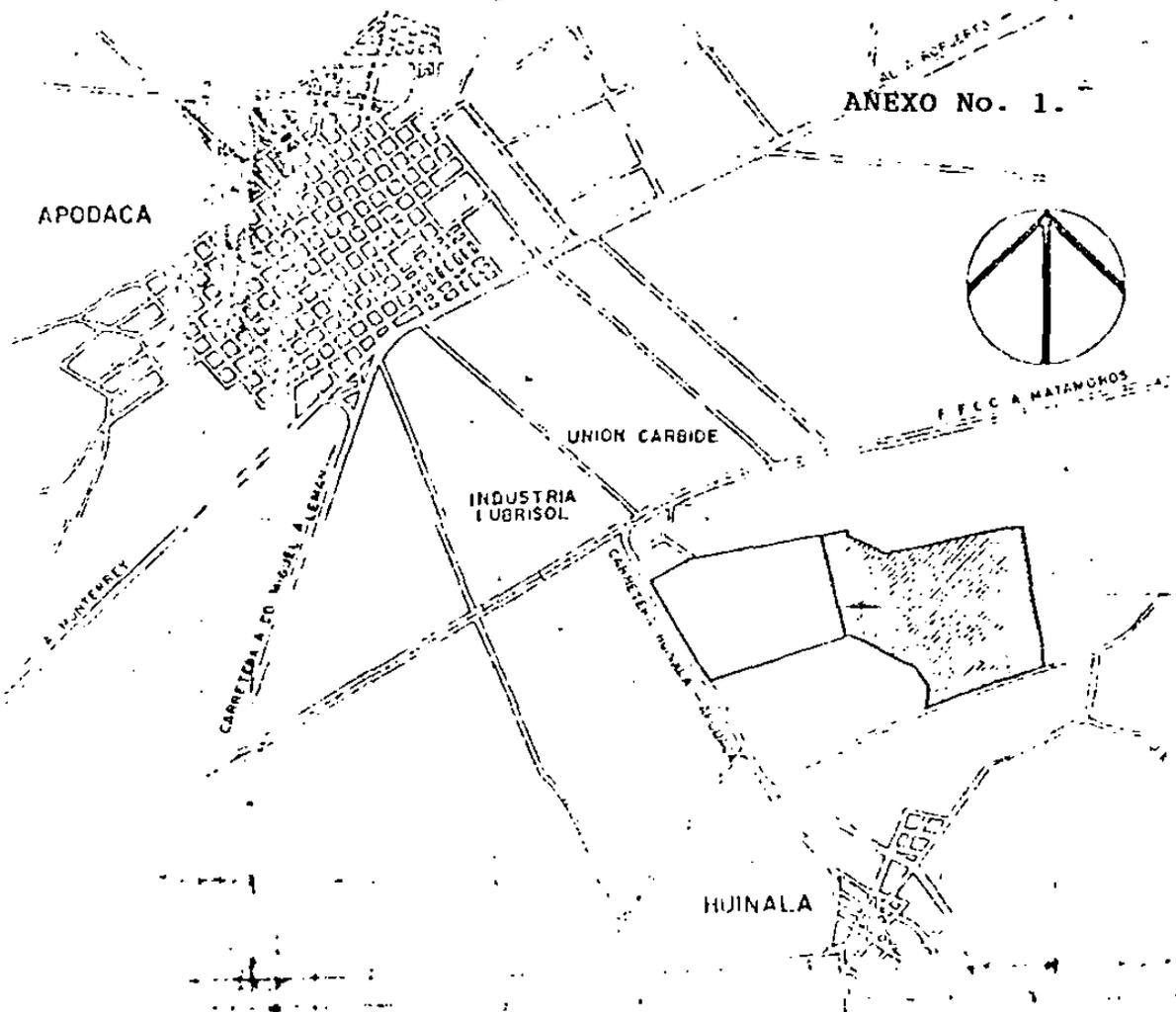
Donalson, David. Participación de la comunidad en sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento de una zona suburbana. Boletín OPS. Vol. 92. No. 2. Febrero 1982. pp 95-101.

OPS / OMS. Participación de la comunidad en salud y desarrollo en las Américas. Boletín OPS. No. 436. 1982.

Somera, Paul. Participación activa de los consumidores en el sistema de prestación de servicios de salud. Bol. OPS. Vol. 94. Enero 83. - pp 54-72.

XIII. ANEXOS.

AL 2 ASP 1972
ANEXO No. 1.



UBICACION ESC 1:25000

	F O M E R R E Y
	PROYECTO LOTIFICACION PARA LOS SECTORES 2º y 3º DE LA UNIDAD HABITACIONAL PUEBLO NUEVO UBICACION APODACA, N.L.



BB OIECA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIO DE POST-GRADO

ANEXO No. 2.

"Encuesta Sobre Actitudes de la Población Adulta hacia la participación Comunitaria en Programas de Salud"

Nombre del Encuestador _____

1.- Número de Encuesta _____

2.- Fecha (mes, día, año) _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION:

3.- Sexo del entrevistado

1.- Femenino

2.- Masculino

4.- Domicilio: Manzana _____ Lote _____

5.- Lugar de Nacimiento (Especificar a que municipio pertenece) _____

6.- Donde vivía antes de aquí (especificar a que municipio pertenece) _____

7.- Estado Civil

4.- Casado

3.- Unión Libre

2.- Separado.

1.- Divorciado.

0.- Viudo.

8.- Tipo de atención médica:

2.- Asistencia Pública (población abierta)

1.- Seguridad Social (permanente ó eventual)

0.- Medicina Particular.

II. SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS Y DE SEGURIDAD

Composición Familiar.

9.- Cuántos miembros integran su familia

2.- 6-8

1.- 3-5

0.- 2

- 11.- Hasta que año estudió _____
- 12.- Cuántos miembros de la familia trabajan y - -
cuánto ganan:
- 3.- Padre \$ _____
- 2.- Madre \$ _____
- 1.- Hijos \$ _____
- 13.- El trabajo de éstas personas es fijo o eventual?
- Padre: Fijo _____ Eventual _____
- Madre: Fijo _____ Eventual _____
- Hijo: Fijo _____ Eventual _____
- 14.- Como distribuyen el gasto (% del gasto)
- Comida _____
- Vestido _____
- Educación _____
- Doctor _____
- Diversiones _____
- Servicios (agua, luz _____
- Pago de terreno _____
- Ahorro _____
- 15.- Cuando usted sirve la comida, siente que --
todos los miembros de su familia completa--
ron.
- 3.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 1.- Algunas veces
- 0.- Nunca.
- 16.- La vivienda está predominantemente construi
da por (se observará y se subrayará la res-
puesta que corresponda):
- 2.- Material (ladrillo o block
- 1.- Cartón
- 0.- Combinada.

17.- Para usted que significa tener casa propia ó terreno propio:

- 5.- Se siente seguro por ser dueño.
- 4.- Proporciona seguridad a su familia.
- 3.- El invertir en algo propio mejorará la situación económica.
- 2.- Tiene agua para sus necesidades.
- 1.- Vive independiente, nadie lo puede correr.
- 0.- Ya no paga renta.

18.- Usted, en ésta comunidad se siente:

- 5.- Contento pues ya no tiene problemas
- 4.- Agosto pues tiene agua.
- 3.- Mejor pues la casa es propia aunque pague.
- 2.- Agosto por vivir solo
- 1.- Se siente bien pues no andará de un lado a otro.
- 0.- Mal pues tiene muchos problemas.

20.- Durante los últimos 6 meses algún miembro de la familia solicitó algún servicio de salud

Padre _____

Madre _____

Hijos - 4a _____

+ 4a _____

111.- CONOCIMIENTO SOBRE PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD.

21.- Mencione los problemas que cree existen en la -
comunidad:

- 5.- De saneamiento básico (drenaje)
- 4.- " servicios públicos (luz, agua)
- 3.- " " sociales (alcoholismo)
- 2.- Servicios médicos permanentes.
- 1.- Otros (especificar)

22.- Usted, considera que el no tener luz es un pro--
blema. Que actividades ha realizado para obtenerla)

- 3.- Promueve reuniones para solicitarla
- 2.- Solo asiste a las reuniones
- 1.- Solo paga la cuota
- 0.- Ninguna.

23.- A quién acude cuando usted o algún miembro de su
familia está enfermo:

- 5.- Automedicación
- 4.- Medicina tradicional
- 3.- Al Boticario
- 2.- A la Enfermera
- 1.- Al Doctor.

24.- Cuando su vecino está enfermo usted que hace

- 5.- Le recomienda la automedicación
- 4.- Le recomienda la medicina tradicional
- 3.- Le recomienda al boticario
- 2.- Le recomienda a la enfermera
- 1.- Le recomienda al Doctor
- 0.- No lo visita.

25.- Que actividades realiza para cuidar su salud:

- 5.- Se toma algún thé
- 4.- Sigue los consejos de su familia o -
vecinas.
- 3.- Come bien
- 2.- Se baña
- 1.- Asiste con el médico regularmente
- 0.- Ninguna.

26.- Que actividades realiza para cuidar la salud de su comunidad.

- 5.- Coopera con las campañas de salud
- 4.- Asiste a charlas de fomento de la salud
- 3.- Orienta a sus vecinas para que acudan con el boticario.
- 2.- Orienta a sus vecinas sobre el uso de hierbas ó curas.
- 1.- Ignora que hacer
- 0.- No hace nada.

27.- Sabe usted, que las leyes de salud establecen que debe haber participación de las personas para resolver los problemas de salud. ¿Qué opina usted?

- 5.- Que para mejorar todos debemos de colaborar.
- 4.- Que si alguien tiene problemas solicite el servicio.
- 3.- Que espere a que vengan a darle el servicio a su casa.
- 2.- Que es obligación del gobierno.
- 1.- Que solo es obligación de los dirigentes de la comunidad.
- 0.- No opina.

28.- Le preguntaron si era conveniente instalar una Casa de Salud aquí?

- 2.- Sí _____ 1.- No _____

29.- Le hubiera gustado que consideraran su opinión para instalar la Casa de Salud

- 2.- Sí _____ 1.- No _____

30.- Le interesaría conocer los planes de trabajo de la Casa de Salud.

- 2.- Sí _____ 1.- No. _____

31.- Le agradecería ser promotora de Salud:

- 4.- Sí
- 3.- Sí pero solo en mi tiempo libre
- 2.- No porque no tengo estudios
- 1.- No tengo tiempo
- 0.- No opina.

32.- Si la anterior fue sí haga ésta pregunta
Porqué le agradecería ser promotora:

- 3.- Para ayudar a la gente
- 2.- Para saber más y ayudar a mi familia
- 1.- No tiene idea.

33.- Como podría usted colaborar con la Casa de - -
Salud para ayudar a la comunidad a resolver sus
problemas de Salud.

- 4.- Formando grupos
- 3.- Prestando la casa
- 2.- Asistiendo a charlas
- 1.- Aceptando las visitas
- 0.- Solicitando el servicios (ser usuario
de un programa).

34.- Periódicamente ha sido visitado por el personal
de Salud, especificar por quién?

- 4.- Enfermera
- 3.- Médico
- 2.- Promotora
- 1.- Comité de Salud
- 0.- No procede.

35.- Tiene alguna dificultad para solicitar atención
médica en la Casa de Salud:

- 6.- Traslado
- 5.- Horario de servicio
- 4.- Costo por consulta
- 3.- Trato del personal
- 2.- Tiempo de espera
- 1.- Explicaciones insuficientes
- 0.- No procede.

36.- Actitudes de la población hacia la participación comunitaria.

- A) Todas las personas pueden participar en el mejoramiento de la comunidad.
- B) Solo las mujeres deben de participar en programas de Salud
- C) Es imposible que los hombres participen en mejorar la comunidad.
- D) Es poco lo que puedo hacer para resolver los problemas de salud de la comunidad.
- E) Es obligación del gobierno resolver los problemas de salud de nuestra comunidad.
- F) La luz, el agua deben ser otorgados por el gobierno sin que realizemos esfuerzo alguno.
- G) Todos somos parte de la comunidad y debemos colaborar en mejorar las condiciones de salud.
- H) Los dirigentes de la comunidad son los responsables de solucionar las carencias de la misma.
- I) Todos somos responsables de nuestra propia salud.

Acuerdo

Incertidumbre

Desacuerdo



J) Mi familia es la responsable de mi salud.

K) Soy responsable de la salud de mi comunidad.

L) Solo soy responsable de la salud de mi familia y de la mía.

—
—
—

CUADRO No. 1.

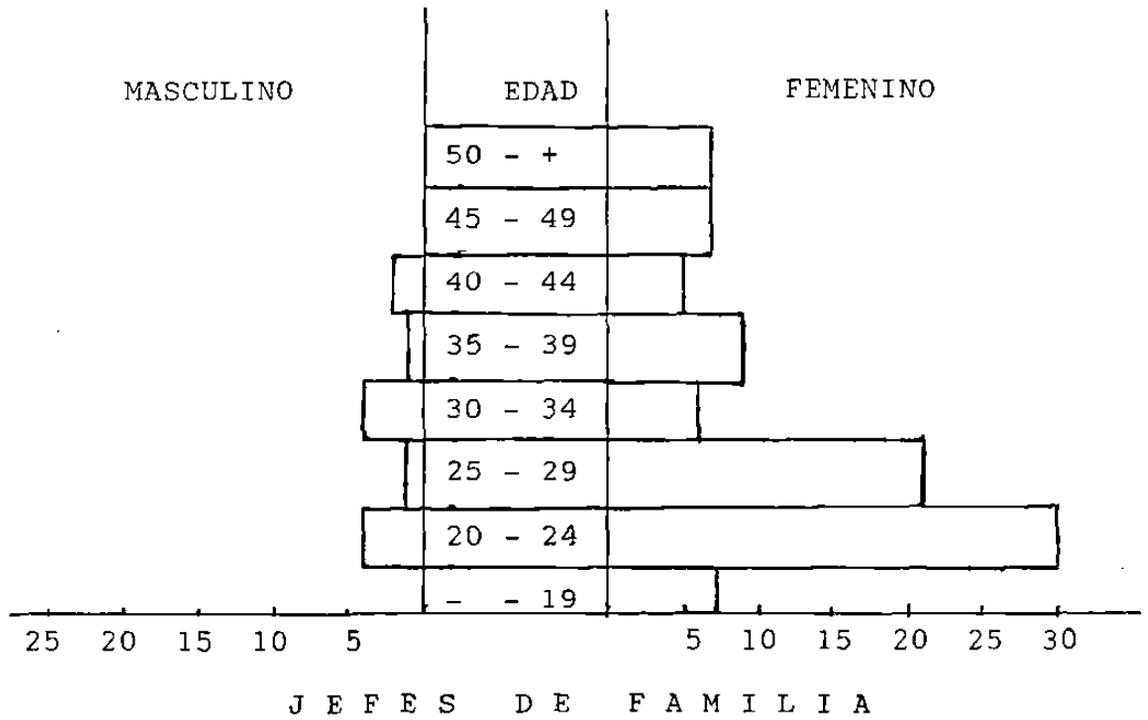
EDAD Y SEXO DE LOS JEFES DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD FOMERREY 54, UNIDAD PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L. 1987.

SEXO EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
- 19 AÑOS	7	6.7	0	-	7	6.7
20 - 24	30	28.8	4	3.8	34	32.7
25 - 29	21	20.2	1	1.0	22	21.2
30 - 34	6	5.8	4	3.8	10	9.6
35 - 39	9	8.7	1	1.0	10	9.6
40 - 44	5	4.8	2	1.9	7	6.7
45 - 49	7	6.7	0	-	7	6.7
50 - +	7	6.7	0	-	7	6.7
TOTAL	92	88.45	12	11.5	104	100.00

FUENTE: Directa.

GRAFICA No. 1.

EDAD Y SEXO DE LOS JEFES DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD FOMERREY 54, UNIDAD PUEBLO NUEVO, APODACA N.L. 1987.



FUENTE: Directa.

CUADRO No. 2.

ESTADO CIVIL DE LOS JEFES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN FOME--
RREY 54, UNIDAD PUEBLO NUEVO, APODACA N.L. 1987.

ESTADO CIVIL	#	%
CASADOS	88	84.6
UNION LIBRE	5	4.8
SEPARADO	4	3.8
DIVORCIADO O VIUDO	5	4.8
SOLTERO	2	2.0
TOTAL	104	100.00

FUENTE: Directa.

CUADRO No. 3.

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS JEFES DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD FOMERREY 54, UNIDAD PUEBLO NUEVO, APODACA N.L. 1987.

LUGAR DE PROCEDENCIA	#	%
URBANA	37	35.5
URBANAMARGINADA	53	51.0
RURAL	14	13.5
TOTAL	104	100.00

FUENTE: Directa.

CUADRO No. 4.

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS JEFES DE FAMILIA ENTREVISTADOS -
EN FOMERREY 54, UNIDAD PUEBLO NUEVO, APODACA N.L. 1987.

ESCOLARIDAD	#	%
SABE LEER Y ESCRIBIR	13	12.5
PRIMARIA INCOMPLETA	39	37.5
PRIMARIA COMPLETA	37	35.6
SECUNDARIA INCOMPLETA	7	6.8
SECUNDARIA COMPLETA	5	4.8
TECNICA O PREPARATORIA	3	2.9
TOTAL	104	100.00

FUENTE: Directa.

CUADRO No. 5.

TIPO DE ATENCION MEDICA QUE TIENEN ACCESO LOS JEFES DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD FOMERREY 54, UNIDAD PUEBLO NUEVO, APODACA N.L. 1987.

TIPO DE ATENCION MEDICA	#	%
ASISTENCIA PUBLICA	49	47.1
SEGURIDAD SOCIAL	53	51.0
MEDICINA PARTICULAR	2	1.9
TOTAL	104	100.00

FUENTE: Directa.



SIBLIC

