



DIVISION DE CIENCIAS
BIOLOGICAS Y DE LA SALUD.
DEPARTAMENTO DE ATENCION A
LA SALUD.
MEDICINA.

REPORTE DE SERVICIO SOCIAL: DIAGNOSTICO COMUNITARIO EN EL CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION “SALTO DE AGUA”, MUNICIPIO DE SALTO DE AGUA, CHIAPAS

MÉDICO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL: JULIO CESAR PEREZ RAMIREZ.
NÚMERO DE MATRÍCULA: 208232988.
PERÍODO: AGOSTO 2013 – JULIO 2014

ASESOR: MTRO. JOEL HEREDIA CUEVAS.

DEDICATORIAS

A mi madre, por ser el pilar de apoyo que con su amor y sacrificio, ha permitido que día a día me acerque más a cumplir mis sueños. Con toda mi admiración y respeto, te agradezco todo lo que has construido en mi persona.

A mi familia, gracias por haber sido parte de esta larga travesía, sin su apoyo, comprensión y consejos; esto hubiera sido imposible. Siempre estuvieron en las buenas y en las malas, gracias a ustedes todo ha valido la pena.

A mi hija, gracias por ser el pequeño motorcito que me ha alentado siempre a seguir adelante, tus sonrisas me llenaban de vida y me dieron las fuerzas para no desistir. Ahora que he cumplido mi promesa, es mi mayor ilusión enseñarte que aún hay mucho por vivir y que en ese proceso siempre tendrás mi amor.

A mi esposa, este camino recorrido nos ha unido y nos ha impulsado a crecer como personas y como profesionales. Existe tanto por que agradecerte, sobre todo por vivir todo esto a mi lado.

A un viejo amigo, gracias por ser parte del proceso final e impulsarme a culminar, siempre tendrás un lugar especial, seguimos en el camino.

INDICE

1. PRIMERA SECCIÓN: PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

1.1 PERSONAL	2
1.2 RELACIÓN MEDICO-PACIENTE	10
1.3 COMUNITARIO	16
1.4 INSTITUCIONAL	20
1.5 AUTOEVALUACIÓN	22

2. SEGUNDA SECCIÓN: DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

2.1 INTRODUCCION	25
2.2 EL DERECHO A LA SALUD Y LAS DETERMINANTES SOCIALES	27
2.3 EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO	32
2.4 DIAGNOSTICO COMUNITARIO	37
2.4.1 ESTATAL	37
2.4.1.1 UBICACIÓN Y FISIOGRAFIA	38
2.4.1.2 CLIMA	39
2.4.1.3 HIDROLOGIA	39
2.4.1.4 FLORA Y FAUNA	41
2.4.1.5 ACCESO Y TRANSPORTE	42
2.4.1.6 DEMOGRAFÍA	42
2.4.1.7 EDUCACIÓN	45
2.4.1.8 VIVIENDA	47
2.4.1.9 SALUD	48
2.4.1.10 ECONOMÍA	51
2.4.1.11 CULTURA	54
2.4.2 MUNICIPAL Y MICRORREGION	55
2.4.2.1 FISIOGRAFÍA Y CLIMA	56
2.4.2.2 VÍAS DE ACCESO Y TRANSPORTE	58
2.4.2.3 COMUNICACIÓN	59
2.4.2.4 DEMOGRAFÍA	60
2.4.2.5 EDUCACION	66

2.4.2.6 VIVIENDA	69
2.4.2.7 SALUD	74
2.4.2.8 ECONOMÍA	78
2.4.2.9 ORGANIZACIÓN POLÍTICA	83
2.4.2.10 CULTURA	83
2.4.2.11 RELIGIÓN	84
2.5 CONCLUSIÓN	86
3. TERCERA SECCIÓN: SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD	
3.1 INTRODUCCION	91
3.2 POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO	93
3.2.1 PROGRAMAS DE SALUD DEL SEXENIO ACTUAL	97
3.3 SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL ...	102
3.3.1 PROGRAMA: VACUNACION UNIVERSAL	103
3.3.1.1 OBJETIVOS Y METAS	104
3.3.1.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	104
3.3.1.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS	105
3.3.1.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA	108
3.3.2 PROGRAMA: ATENCION A LA SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR	109
3.3.2.1 OBJETIVOS Y METAS	110
3.3.2.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	111
3.3.2.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS	112
3.3.2.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA	116
3.3.3 PROGRAMA: ATENCION AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.....	118
3.3.3.1 OBJETIVOS Y METAS	118
3.3.3.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	119
3.3.3.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS	120
3.3.3.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA.....	127

3.3.4 PROGRAMA: VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y LA NIÑA	129
3.3.4.1 OBJETIVOS Y METAS	130
3.3.4.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	131
3.3.4.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS	131
3.3.4.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA	138
3.3.5 PROGRAMA: ATENCION Y CONTROL A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS (HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS)	140
3.3.5.1 OBJETIVOS Y METAS	141
3.3.5.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	142
3.3.5.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS	143
3.3.5.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA	147
3.3.6 PROGRAMA: TALLERES COMUNITARIOS PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD	150
3.3.6.1 OBJETIVOS Y METAS	150
3.3.6.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	150
3.3.6.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS	151
3.3.6.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA	151
3.4 GENERALIDADES DEL SERVICIO DE URGENCIAS	152
3.4.1 ANALISIS DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS	157
3.5 PERFIL DE MORBILIDAD	159
3.5.1 PERFIL DE MORBILIDAD DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	165
3.5.2 PERFIL DE MORBILIDAD DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	169
3.6 DAÑO DIFERENCIAL	174
3.6.1 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 0 A 1 AÑO DE EDAD	178
3.6.2 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD	179
3.6.3 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD	181

3.6.4 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD	183
3.6.5 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 45 A 64 AÑOS DE EDAD	185
3.6.6 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 65 Y MÁS AÑOS.....	187
3.7 ANÁLISIS DEL PERFIL DE MORBILIDAD	189
4. CONCLUSIONES FINALES	193
5. BIBLIOGRAFIA	197

1. PRIMERA SECCIÓN
PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

1.1 PERSONAL

El servicio social en la carrera de medicina es sin duda una de las mejores experiencias que he vivido, pero también uno de los mayores retos a los que desde el punto de vista personal y profesional he podido llegar a enfrentarme. Tengo que decir que antes de realizarlo, en mi opinión, se trataba únicamente de un requisito obligatorio para dar por concluido el proceso de formación académica para alcanzar el título de médico cirujano, donde era necesario prestar atención médica a una comunidad, sin embargo una vez ahí, aprendí que era más que eso, es la adquisición de un compromiso tanto ético como moral con la comunidad en la que te encuentras, donde se requiere de toda la atención y sensibilidad para poder identificar las características de la población con la que día a día convives, tanto de manera individual como de manera colectiva, con el objeto de comprender su condición sanitaria y con esto buscar estrategias para contribuir a la mejora de su calidad de vida.

Para iniciar esta nueva etapa fue necesario tomar una decisión en cuanto a la selección de la plaza donde se desarrollarían las actividades durante el año, esto en lo personal me generó un gran conflicto, debido a que no tenía una idea fija de cual sitio sería el adecuado para continuar mis planes profesionales y a la vez satisfacer ciertas necesidades de cuestión personal; por un lado, consideraba que realizar la pasantía en alguna institución de la Secretaria de Salud, preferentemente ubicada en alguna ciudad, me permitiría disponer de un mayor tiempo y de los medios tanto físicos como electrónicos, útiles para poder estudiar y prepararme para aprobar el examen de residencias médicas. Por otro lado me emocionaba la idea de estar durante un año en una comunidad dentro de algún otro estado de la república, esto me daría la oportunidad de tener un encuentro real con la situación económica, social y sanitaria que se vive actualmente en el país; así mismo podría experimentar y aprender de otras formas de vivir, otras cosmovisiones, otras maneras de ver la salud y la enfermedad, además de que con lo aprendido durante la carrera podría contribuir para mejorar las condiciones de vida de la gente y así poder retribuir la educación gratuita que recibí, a una población que realmente lo

necesitara, cada vez me convencía más en que esta era la experiencia que buscaba para mi año de servicio, por lo que tomando en cuenta que uno de los probables sitios que se ofertarían durante la promoción agosto 2013 – julio 2014 sería Chiapas, mi decisión prácticamente ya estaba tomada.

Durante la presentación de las plazas, dentro de las ofertas que ofrecía la Universidad Autónoma Metropolitana, una de las opciones que más me llamó la atención fue el *Proyecto Universitario en Chiapas*, a cargo del doctor Joel Heredia Cuevas, cuya propuesta consiste en que por medio de la asociación civil no lucrativa llamada *Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC)*, ofrece el acompañamiento de médicos en servicio social, para brindar atención médica, impulsar estrategias sanitarias, formar recursos humanos y organizar servicios de salud dentro de las regiones selva, norte y cañadas del estado; coordinando y gestionando el trabajo con las comunidades. Cabe mencionar que las comunidades y las clínicas con las que se trabajan son zapatistas, las cuales por su ideología se encuentran en resistencia, renunciando a los “apoyos” que ineficientemente ofrece el Estado y planteando su propio modelo sanitario; esto me impactó y me motivó, ya que vi la oportunidad de poder aportar algo a la sociedad, a su vez dejar plasmado parte de mí, compartiendo con sencillez el conocimiento adquirido durante la carrera y retribuir a quienes más lo necesitan y que no solo están esperando a que alguien les solucione sus problemas, gente digna de todo mi respeto y admiración. (SADEC)

Es por ello que mi decisión en unirme a esta organización fue inmediata, desgraciadamente las circunstancias no siempre son favorables y por cuestiones de tiempo, sujetas a actividades propias del internado, no pude enviar mi currículum para participar en el proceso de selección y no me fue posible realizar el servicio dentro de esta institución, sin embargo considero importante mencionar esto, debido a que la emoción de poder desarrollarme en un ambiente de este tipo y el entusiasmo que me generó poder conocer más sobre el movimiento zapatista y de los habitantes de un estado tan rico en recursos pero tan pobre y marginado; me hicieron determinarme en no desistir a una idea que me había entusiasmado tanto. Así que decidí elegir la plaza ofrecida por Secretaría de Salud, aunque estaba

consciente de que no lograría por completo mi objetivo, concluí que me permitiría al menos tener una visión parcial de esta organización y a su vez se acoplaba a las cuestiones que en un principio me había planteado; no sería en una zona tan alejada, tendría acceso a servicios de telefonía e internet, y las carencias que hubiera ya vería como ir resolviéndolas, es por eso que decidí tomar la plaza de La Libertad, Chiapas, sin tener una visión clara de que pasaría, simplemente comenzar de cero y lanzarme a una nueva aventura que sin duda transformaría mi vida .

El trayecto para mí fue de reflexión, incertidumbre, temor y entusiasmo; la idea de alejarme de mi familia durante un año me generaba un poco de nostalgia, sin embargo en casa sabían que era para cumplir mis sueños por lo cual me apoyaron por completo.

Llegué a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas como primer punto para entregar los documentos pertinentes en el Departamento de Enseñanza de Secretaría de Salud, posteriormente, con el tiempo encima fui enviado a la jurisdicción Palenque Chiapas, encontrándome con un largo viaje, que me pareció interminable, donde pude observar los hermosos paisajes que podría apreciar durante este magnífico año.

Desafortunadamente para las personas que habíamos elegido plaza con Secretaría de Salud, la situación no fue la mejor, ya que las indicaciones no fueron precisas, por lo cual nos encontramos en Palenque, sitio que nos resultaba ajeno y sin nadie que nos pudiera recibir para especificar donde o con quien acudir y presentarnos; desconociendo donde nos estableceríamos ese día. Fue gracias a nuestro asesor, Joel Heredia, que pudimos tener donde quedarnos en Palenque ese día, ya que nos abrió las puertas de SADEC y nos ofreció su apoyo, el cual se pudo sentir durante todo el año del servicio.

Los primeros días tuve el gusto de vivir en SADEC el proceso de inicio, tanto para los pasantes de secretaría, como para el grupo de proyecto universitario, del cual ya había mencionado mis intenciones de entrar, por lo cual fue muy grata la sorpresa al enterarme de que existiría mes con mes una interacción entre ambos grupos, permitiendo así establecer una comparación y análisis desde las dos

instituciones, en cuanto a los servicios de salud que se brindan a las comunidades, al tipo de atención que se ofrece y a la forma de llevar sus programas.

Sin duda el servicio social es un ciclo con un inicio y un fin para cada pasante; mientras unos entran, otros salen y esta situación fue para mí una gran oportunidad de escuchar, de expresar dudas y de aprender de otras personas, desde su punto de vista, lo que significa ser pasante de una comunidad, las actividades que se desarrollan, experiencias y recomendaciones; generándome una gran cantidad de expectativas en cuanto al año que viviría y una gran emoción; estaba ansioso por empezar a laborar.

Ocho días después de nuestra llegada, fuimos llamados por el personal de Secretaría de salud para cumplir con el protocolo a nivel nacional de bienvenida y para comenzar con el curso de capacitación e inducción, durante el cual, siendo muy honesto en ese punto, se hicieron visibles las deficiencias en cuanto a la organización y la forma de trabajo que se lleva a cabo por parte de esta institución en esta región del país.

Todo transcurrió sin alteración alguna, hasta que llego el día que tuve que presentarme en mi primera comunidad, La Libertad, Chiapas, la cual es la cabecera municipal, sin embargo acostumbrado a vivir en la Ciudad de México, me resultó un lugar muy pequeño que se ubica en la parte norte de Chiapas, siendo una zona fronteriza que colinda con Emiliano Zapata, Tabasco.

Ajeno por completo al lugar, me encontraba ignorante de los horarios del transporte a donde llegaría, a la dinámica o a las actividades que desempeñaría, y nuevamente sin saber con quién me presentaría, me encontré en el Centro de Salud de la Libertad, Chiapas; al llegar se encontraba en función el turno vespertino, por lo que me presenté y en ese momento se me informó que en el lugar no se contaba con las instalaciones adecuadas para brindarme estancia en la unidad, como se marcaba en una plaza de tipo C, es ahí donde empecé a tener dudas sobre este camino que decidí tomar, sin embargo no hizo falta mucho tiempo para que el calor humano que pueden ofrecer los habitantes de estas zonas apareciera, y el apoyo total por parte de los compañeros del centro de salud me fuese brindada.

Hay muchas cosas que expresar tanto a nivel personal como a nivel profesional; me resulta impresionante como las personas de la comunidad tienen una gran calidad y calidez humana, el proceso de adaptación en este lugar fue muy rápido, pese a que llegué a un lugar donde no conocía a nadie y sin tener absolutamente nada más que la maleta que me acompañaba, en muy poco tiempo la gente comenzó a abrirme las puertas de sus casas, invitándome a sentarme en sus mesas, llevándome tortillas u otros alimentos, buscando iniciar la plática, preguntándome si me sentía a gusto o si me hacía falta algo, sin duda son personas extraordinarias.

A pesar de que es una comunidad muy pequeña, al ser una cabecera municipal se cuenta con todos los servicios, agua , luz, drenaje, incluso se cuenta con telefonía celular e internet, la urbanización en la zona ha generado que sea raro el paciente que hable en alguna lengua indígena, la mayoría habla en español.

En el ámbito profesional, muchas veces resulta muy decepcionante ver que debido a la gran demanda por parte de la población en cuanto a los servicios, se tengan que ofrecer servicios exprés, que ven a las personas como números, impidiendo dar soluciones reales a sus problemas de salud, sin buscar causas reales de sus padecimientos y atendiendo únicamente los síntomas que presentan; además de que existe una indignante carencia de recursos materiales, sin mencionar que las instalaciones nunca han sido las adecuadas; afortunadamente para esta población, el flujo económico que existe permite cierto alcance económico que les permite tener acceso a servicios privados, a diferencia de la segunda comunidad en la que estuve, de la cual hare mención más adelante. Sin embargo no todo fue malo, en este centro de salud el ambiente de trabajo es muy grato, tuve grandes enseñanzas y apoyo por parte del personal y de los pacientes, por lo que me voy con un buen sabor de boca y con una huella de aquel lugar que es mi Libertad, Chiapas.

Al encontrarme en una cabecera municipal, donde es evidente que existe cierto grado de desarrollo urbano, la curiosidad y el deseo de saber qué es lo que sucedía en las otras comunidades, me llevaron a buscar el apoyo por parte de mis compañeros del proyecto universitario que en coordinación con SADEC, me brindaron la oportunidad de acompañarlos durante mis tiempos libres a sus

comunidades, donde por lo que me habían comentado, sabía que las cosas no serían iguales, sin embargo no me hubiera imaginado lo que pude presenciar.

Al llegar a Ocosingo, Chiapas aun no dimensionaba la situación porque no era tan marcada la diferencia, sin embargo al recorrer por varias horas los caminos sin pavimentar, viviendo la incomodidad de viajar en redilas, comienzo a ver comunidades pequeñas que ya no se parecen a los lugares en los que había estado; contemplo estos otros caminos repletos de las comunidades que no son tomadas en cuenta en las estadísticas, donde está más que claro que las cosas no están nada bien en este estado y probablemente en muchos lugares más; tuve la oportunidad de acercarme a la parte sur de Chiapas, donde se identifican diferencias abismales entre las comunidades, existiendo una polarización económica, para muchos de este lado se hace presente la pobreza, el olvido por parte de los programas de apoyo que se supone debería brindar el Estado, el rechazo hacia los pueblos indígenas que conservan el lenguaje, se pueden notar diferencias en su forma de vestir, de comer, en sus casas, incluso observo con preocupación que los servicios básicos en muchas partes no están presentes.

Es así como llegué a visitar Las Tazas, Emiliano Zapata, La Garrucha y Arroyo Granizo; encontrándome con pueblos autónomos que a pesar de vivir en condiciones de pobreza, son comunidades con un completo desapego del gobierno, que buscan una transformación, buscan su autonomía y la forma de salir adelante sin necesidad de depender de un Estado que en lugar de ofrecerles algo, opta por arrebatarles todo. Puede uno darse cuenta de que viven día a día luchando por la supervivencia y el impulso de un cambio, suena fácil pero es más complicado de lo que uno puede imaginar, es impresionante ver las instalaciones de las unidades médicas que han formado, es triste decirlo pero en ocasiones, estas unidades de primer nivel cuentan con mayores recursos materiales y mejores instalaciones que los de Secretaría de Salud, me resulta complicado pensar que esto puede pasar, sin embargo el esfuerzo de estas comunidades por salir adelante es admirable; tengo que agradecer además que fui aceptado con mucha calidez humana, en muchas ocasiones de manera muy humilde, pero siempre recibí un buen trato de

su parte, un trato que caracteriza a estos pueblos, esto en definitiva me ha enseñado mucho y ha marcado mucho en mi proceso de adaptación y evolución como persona y como médico.

Considero que hay muchas cosas que expresar de lo vivido en las comunidades autónomas, solo quiero concluir en este punto que me encuentro muy satisfecho por haber decidido realizar el servicio en Chiapas, esperando dejar al menos un granito de cosas buenas en aquellas poblaciones que me abrieron las puertas.

Debido a cuestiones de carácter personal, me fue necesario ausentarme por unos días de mi sitio asignado, por lo que a los seis meses de servicio, fue necesario que se me reasignara una nueva plaza, dejando La Libertad para ubicarme ahora en Salto de Agua, Chiapas, a partir de este punto únicamente hablaré sobre la experiencia vivida durante los últimos seis meses en este sitio, ya que fue donde hubo una experiencia más rica y los datos recabados son mayores.

Es un nuevo inicio, en donde las circunstancias resultaron similares a cuándo llegue seis meses atrás, llegando a un lugar del que no se nada, afortunadamente durante el curso de inducción que nuevamente tuve que recibir por parte de Secretaría de Salud, conocí a un compañero que me brindó el apoyo incondicional en esta comunidad, tengo que decir que me enfrenté a un nuevo reto en esta cabecera municipal, ya que la población triplicaba la de mi comunidad anterior, y aparte de ser asignado al núcleo básico 2 donde se ofrecía consulta médica, había rotaciones obligatorias por el servicio de urgencias médicas y guardias de veinticuatro horas.

Fui recibido en el hospital con un parto, el cual tuve que atender yo solo, esta experiencia no me era nueva, sin embargo me causó un profundo interés observar que la gente se muestra un tanto confundida con la forma de atención del parto dentro del Centro de Salud, acostumbrados al método que siguen las parteras, no muestran su aprobación al tener que dejar sola a su familiar para que reciba a su bebe, incluso llegué a tener pacientes que solicitaban la expulsión en cuclillas; considero que había mucho que aprender sobre el tradicionalismo y los métodos que siguen las parteras, sin embargo por la forma de trabajo del Centro de Salud no me fue posible, pero si comprendí que debemos ser respetuosos y de tratar de

acoplarnos a sus creencias y tradiciones, siempre y cuando estas no pongan en riesgo sus vidas.

Ubicado ahora a dos horas de la jurisdicción, entre Palenque y Villahermosa, Tabasco, me encontré en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, tuve que buscar un sitio donde vivir, esto fue relativamente rápido, en la primera semana ya contaba con un espacio; reconociendo el lugar nuevamente puedo observar que el sitio cuenta con muchas comodidades como un mercado, un minisúper, cuento con todos los servicios, esto facilitó que pudiera dedicarme al estudio, así mismo la buena relación que pude establecer con el personal me dio la oportunidad de cubrir guardias a los médicos del Centro de Salud, proporcionándome un ingreso extra, además ya con la experiencia de los 6 meses previos me fue muy sencillo acostumbrarme al nuevo centro de trabajo.

La forma de trabajo y de convivencia con las personas de esta zona me resulta un tanto distinta, predomina un trato con gente de clase media a alta dentro de la cabecera, sin embargo los que más frecuentan el Centro de Salud son los habitantes de las comunidades aledañas, personas de escasos recursos que tienen que viajar hasta hora y media para acudir a consulta, haciendo un gasto importante para poder llegar, observo nuevamente con esta situación que la distribución de riquezas en la región es bastante radical, en la cabecera la gente tiene mejores condiciones de vida que los que viven en las periferias. Existe a diferencia de La Libertad, una mayor cantidad de personas que hacen uso de alguna lengua indígena, en esta zona la lengua que más se utiliza es la cho'í, sin embargo la mayoría de ellos también habla el español; también se hace evidente que en los casos que atendemos, es la pobreza un factor que favorece la presencia de sus patologías y por los procedimientos que se realizaron en esta zona, puede concluirse que la natalidad es muy alta y el riesgo para presentar dificultades que favorezcan la presencia de casos de muerte materna son situaciones cotidianas, así mismo al ubicarnos en una zona fronteriza, es común tener que atender a inmigrantes sudamericanos que con frecuencia sufren accidentes como traumas y

caídas, relacionadas con el tren donde se transportan llamado “la bestia”, siendo esta atención un quehacer del día a día para el médico pasante de este centro.

Considero que para el proceso de adaptación es necesario realizar un cambio interno que nos permita adaptarnos y aceptar que no lo sabemos todo, que nuestra realidad no es la única, que nos permita aprender a convivir y respetar; en fin, ser pasante en estas regiones ha sido una gran experiencia, me enfrente a situaciones que no había tenido la oportunidad de vivir, en múltiples ocasiones fueron pruebas difíciles, pero nada que no pudiera superar gracias a la formación que la Universidad Autónoma Metropolitana me brindó, asentando en mí, bases sólidas con las que considero que ahora puedo aportar para la mejora de una sociedad que requiere de todo el apoyo, así mismo me siento lleno de riquezas y de muy buenos momentos que como persona y como profesional valoro mucho.

1.2 RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

Para el ejercicio de la medicina resulta esencial comprender que es necesario fomentar una adecuada comunicación entre el médico y el paciente junto con sus familiares; sin ignorar que existe un entorno socio-económico y psicológico. que puede determinar el contenido emocional y subjetivo de ambos lados; esto en conjunto hace que se establezca un vínculo interpersonal a través de la palabra, una relación en la cual se presenta un fenómeno transferencial afectivo, donde como médico se debe mantener una evaluación constante no solo del lenguaje verbal, sino de los elementos como la entonación y los gestos faciales de ambas partes, ya que si no se consideran estos elementos, habrá una repercusión directa en la buena o mala resolución de la problemática de salud por la que acude el paciente. (Ágreda y Yanguas, 2001.), (Manuel, 2002)

Como en todo vínculo interpersonal, se puede comprender que se trata de un ejercicio de gran complejidad, donde para poder asentar las bases de la comunicación es necesario considerar las características del paciente, sus deseos, actitudes y expectativas con respecto al profesional que lo atiende, sin olvidar que cuando este acude es en búsqueda de que el profesional le ayude a recuperar la salud o la estabilidad a la que está acostumbrado, debe haber una escucha personal

y no solo de la enfermedad y, a su vez, es necesario que exista en el enfermo, un deseo de mejorar, para esto se requiere informar de manera comprensible y clara al paciente sobre su situación y aclarar todas las dudas que pueda presentar, estimulando la conversación para que este se sienta a gusto y en confianza. (Gómez, 2002)

Fue con la práctica que me fui dando cuenta de lo difícil que puede resultar la comunicación, al principio me costó trabajo poder considerar todos los factores mencionados, los nervios por dar una consulta solo, algunas frases o palabras que utilizaba el paciente que yo no comprendía, concepciones y explicaciones por parte del paciente sobre su padecimiento que a mi parecer resultaban ilógicos; agradecía que la mayoría fueran hispanoparlantes, sin embargo hacían algunas expresiones que no comprendía a que se referían; todo esto con el paso de los meses fue pasando, conforme adquiría más seguridad y convivía con la gente, me iba haciendo a la idea de algunas formas de pensar, de expresarse o de ver sus enfermedades; por lo que comenzaba a tomar en cuenta más elementos presentes en el proceso comunicativo con los pacientes y llegué a lograr una buena relación que facilitó la resolución del motivo de consulta, de lo cual me enteraba cuando regresaban; además fui aprendiendo que el paciente reacciona mejor si quien los atiende mantiene una actitud que inspire confianza, amabilidad, franqueza, vamos, tratar de ofrecer calidez, considero que si acudían era porque se sentían mal y tratarlos mal o ser duro o paternalista con ellos, solo afectaría más la relación médico-paciente.

No puedo atreverme a decir que en todos los casos atendidos la relación fue del todo armónica, ya que me encontré con pacientes que a pesar de recibir desde el principio de la consulta un trato amable de mi parte, tenían ya una predisposición negativa secundaria a desencuentros previos con otros médicos, que no los revisaban o no les explicaban sus patologías, dándoles un trato despersonalizado y poco amable; incluso en algunos casos donde se les había negado la atención, esto hacía que llegaran celosos o temerosos, manteniendo una postura a la defensiva e incluso a la ofensiva, citando a Ocampo Rodas “Actualmente, el paciente ha perdido en gran parte el origen de su nombre; es decir, es menos paciente, tiene

menos paciencia, es más inquisitivo, ya no cree en el médico y esto ha provocado que surja una variedad de pacientes críticos y desconfiados”. (Ocampo, 2013), sin embargo ante estas situaciones procure mantenerme neutral, sin dejar que su actitud me afectara en mi proceder médico, ofreciéndoles la mejor actitud con la que, en la mayoría de los casos, se podía establecer una buena relación. (Campos, s.f.), (Ocampo, 2013)

Como demostración a este tipo de situación presento el siguiente caso clínico¹:

Masculino de 70 años con antecedente de HAS de 2 años de diagnóstico, inicia tratamiento con captopril de 25 mg cada 24 horas por la mañana, el cual toma durante un año, refiere que abandona el tratamiento debido a que el medicamento le causaba tos, por lo que acude con su médico tratante que lo regaña por haberlo suspendido, amenazándolo de que “se iba morir si no tomaba su pastilla” y diciéndole que “era un irresponsable con su salud”, tras lo cual nuevamente le receto captopril, encontrando el mismo problema de la tos cuando lo tomaba, por lo que dejo de asistir a consulta y de tomar el tratamiento, actualmente sin llevar tratamiento de ningún tipo desde hace un año. Tabaquismo positivo, 3 cigarrillos al día desde los 19 años. Alcoholismo positivo, bebiendo cerveza cada 15 días, llegando al estado de ebriedad. Niega otros antecedentes patológicos de importancia. Desconoce antecedentes heredo-familiares.

Hábitat: Casa propia, construida a base de materiales perdurables, piso de concreto, techo de lámina, cuenta con luz, agua entubada, no cuenta con drenaje, fosa séptica, hacinamiento negativo, vive con 4 personas en 3 habitaciones, cocina con leña, baño exterior, convivencia con animales de granja.

Alimentación: Regular en cantidad y calidad, realizando 2 comidas diarias, toma pozol (1 litro) a medio día, carne blanca 3/7, carne roja 1/15, verduras 2/7, frutas 3/7, cereales 1/7, lácteos 1/7, leguminosas 7/7, huevo 5/7, ingiere 12 tortillas diarias, bebe 500 ml diarios de agua hervida, 500 ml de café diariamente.

¹ Información recabada del expediente clínico realizado durante la consulta del periodo de febrero 2014 en Salto de Agua.

Higiene: Baño diario, cambio de ropa interior y exterior diario, aseo bucal una vez al día, ocasional lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, cambio de ropa de cama: desconoce. Inmunizaciones: no recuerda. Ultima desparasitación: no recuerda.

Inicia padecimiento una semana atrás al día de la consulta, con cefalea en región temporoparietal, intensidad 8/10, sin atenuantes ni desencadenantes, mareos, astenia, adinamia, el día de antier refiere disuria, pujo y tenesmo vesical por lo que acude a consulta. Niega otras sintomatologías.

TA: 160/95 mmHg **FC: 80 Lpm** **FR: 19 Rpm** **T: 36.5 °C**

Peso: 83 Kg **Talla: 1.66 cm** **IMC: 30.1** **Glucosa en ayuno: 120 mg/dl**

Paciente con edad aparente a la cronológica, alerta, activo, reactivo a estímulos, orientado en sus tres esferas, Glasgow de 15 pts, posición libremente escogida, fascie no característica, marcha normal, con buena coloración e hidratación de tegumentos, cráneo normocefalo, con buena implantación de cabello, pabellones auriculares íntegros, conductos auditivos externos sin alteraciones, membranas timpánicas aperladas sin abombamientos, pupilas isocóricas, normorreflejas, narinas permeables, tabique nasal central, mucosa oral con buena coloración e hidratación, amígdalas eutróficas, sin descarga retrofaringea, cuello cilíndrico, central, sin adenomegalias, tórax con adecuados movimientos de amplexion y amplexacion, pulmones limpios y bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, depresible, peristalsis normoactiva, no doloroso a la palpación media y profunda, sin datos de irritación peritoneal, no se palpan visceromegalias ni tumoraciones, puntos ureterales dolorosos, Giordano izquierdo, extremidades integrales, funcionales, con fuerza y sensibilidad conservados, pulsos periféricos palpables, llenado capilar inmediato, sin datos de cambio de coloración o temperatura, arcos de movilidad adecuados, rots normales.

DX: HAS en descontrol + Glucosa capilar elevada sin dx + Infección de vías urinarias.

MANEJO: Se explica al paciente la importancia de tomar diariamente tratamiento antihipertensivo, el cual es cambiado a hidroclorotiazida de 25 mg cada 24 horas por la mañana. Se receta TMP-SMX 160/800 mg cada 12 horas por 7 días. Paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días, Fenazopiridina 100 mg cada 8 horas por 4 días. Se recomienda toma de química sanguínea de 6 elementos.

Se indican medidas higiénico dietéticas como disminuir el consumo de carbohidratos, recomendación de consumo de frutas y verduras, previo lavado de estos, evitar consumo de sal, picante, condimentos o café, líquidos abundantes (agua hervida y filtrada, de 2 a 3 litros diarios) evitar exposición a humo vegetal y alcohol, ejercicio aeróbico/caminata por 30 minutos al día.

SEGUIMIENTO: Un mes después de la consulta el paciente acude para revisión, refiriendo que está siguiendo su tratamiento, negando efectos adversos por el medicamento, actualmente sin sintomatología respiratoria, digestiva o urinaria; sin datos de vasoespasmo o alteraciones de miembros pélvicos, se encuentra en la química sanguínea una cifra de glucosa de 290 mg/dl por lo que se le diagnostica DM2 explicándosele la patología y la relación que puede tener con la hipertensión, se le receta metformina 850 mg cada 24 horas por las mañanas, nuevamente se le indica la importancia de seguir su tratamiento antihipertensivo y se sugiere seguir las medidas higiénico dietéticas recomendadas debido a que presenta un aumento de 1 kg en comparación con la consulta previa.

A los 3 meses el paciente acude para control de sus enfermedades, negando sintomatología de ningún tipo, refiere que sigue periódicamente su tratamiento para ambas enfermedades, aunque cuestiona si es necesario tomarlas aunque él se sienta bien, ya que expresa que es demasiado tiempo para tomar un medicamento, refiere seguir en ocasiones las medidas dietéticas; se observan cifras de 140/90 mmHg y glucosa capilar en ayuno de 110 mg/dl, el peso del paciente se mantiene en 84 kg, Se continua alentando al paciente a seguir más disciplinadamente las medidas higiénico dietéticas.

Al analizar el caso, es necesario mencionar que considere importante referir la razón de por qué el paciente había abandonado el tratamiento y lo que su médico tratante

le había dicho; ya que al acudir conmigo presento una actitud un tanto a la defensiva, expresando fastidio con su cara y su tono de voz en el momento en que le pregunte ¿porque ya no tomaba nada?, es importante decir que resulta imposible lograr que un paciente le dé la importancia requerida a su enfermedad, si como médicos no nos tomamos el tiempo y le explicamos lo que pasa y puede ocurrir con sus cuerpo; en este caso esto no había ocurrido, únicamente se le dijo que tenía hipertensión y que debía tomar el captopril; creo que es necesario escuchar las inquietudes del paciente, la concepción que tiene de su enfermedad y del cómo funciona su medicamento, ya que en este caso el paciente consideraba que se sentía peor con él y en vez de que el tratante buscara otras alternativas, le ofreció un trato que provoco un abandono del tratamiento y una percepción negativa de los médicos.

Considero que al mantenerme amable y empático, tras tomarme el tiempo de explicarle su enfermedad, así como ofrecerle otra alternativa terapéutica, el paciente cambio su actitud e incluso se mostró cooperativo e interesado en su situación llegando a mejorar con esto su estado de salud; por otro lado creo que es fundamental considerar las características del paciente y sus hábitos, puede notarse como no fue la cefalea el motivo real de la consulta, en realidad se había aguantado hasta que aparecieron los datos de una infección de vías urinarias, esto puede estar relacionado con su concepción de salud, el cual se verá más adelante, donde pese a sentir malestar, este no le impedía desarrollar sus actividades por lo que no se ocupó hasta que fue incapacitante, además pueden observarse hábitos higiénico dietéticos que en este caso eran predisponentes para que su patología fuera complicándose o que se presentasen otras enfermedades crónico degenerativas, no se le había dado la importancia necesaria a la medidas higiénico dietéticas y en este caso le estaba costando mucho trabajo seguirlas, sin embargo hacia un esfuerzo y eso es lo que tenemos que alentar como médicos, no ser tan inflexibles, considero que esta actitud podría favorecer más a que los pacientes con enfermedades crónicas que viven esta situación.

1.3 COMUNITARIO

Un punto que resulta fundamental para el análisis del proceso de adaptación al Servicio Social es sin duda el aspecto comunitario, no desde un punto de vista geográfico, económico o político, sino partiendo de las percepciones que tiene la población con respecto a la salud y la enfermedad, de sus usos y costumbres; así como de sus formas de dar solución a sus problemáticas sanitarias.

Antes de llegar a Chiapas no tenía una idea de cuál sería la concepción sobre este tema por parte de los habitantes del estado, en mi caso al ser formado dentro de un espacio académico y hospitalario donde se nos enseña que lo único que puede ser cierto es lo que se puede demostrar por medio del método científico, no tomaba en cuenta las otras formas de concebir o de llevar la medicina, por lo que me encontraba ignorante de las explicaciones por parte de los pacientes hacia la causa de su enfermedad, diagnósticos o incluso tratamientos que ahí se seguían, pero equivocadamente consideraba que estas prácticas podían poner su salud en riesgo.

Honestamente yo creí que sería testigo de una mayoría poblacional con una predilección por la medicina tradicional, usuaria de plantas o de ciertos rituales para curarse; sin embargo al encontrarme en un centro de salud, en una zona relativamente urbanizada no fue así, no quiere decir que estas prácticas no existan, solo que el contacto que se puede tener con estas es mínimo, únicamente con los pacientes que acuden tras haber hecho uso de alguna yerba o de haber acudido con algún representante de su medicina y no encontraron una resolución de sus problemas, lo cual no significa que estas prácticas no funcionen o que por el hecho de no curarlos sean un fracaso, simplemente a veces se requieren otras opciones, además creo que muchas personas no llegan al hospital por que curan sus padecimientos desde su hogar.

Al platicar con los pacientes y las personas de la zona, pude observar como su concepto de salud está relacionado con su capacidad física para realizar sus actividades cotidianas, si se compara esta idea con el concepto que tiene la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”*

(OMS, 1946), se podrá notar que el aspecto físico es el único que se contempla en la idea que tienen los pobladores de Salto de Agua, sin embargo al profundizar en la plática con ellos, comprendí que visualizan a la salud más bien como un proceso de continua adaptación, que no solo contempla a su cuerpo, sino de mantenerse en un equilibrio con su medio, es decir no puedes funcionar bien ni hacer tus cosas si no estás bien en el aspecto familiar, laboral, comunitario e individual, por lo que considero que son ideas similares.

La conceptualización de enfermedad resulto más complicado de explicar, ya que existen palabras comunes en niños y adultos como dolor, cansancio, tristeza, incapacidad, falta de fuerza o ganas para realizar sus actividades; también existen palabras o ideas que han ido adquiriendo por usos y costumbres de otras partes como infección y calentura; al final se concuerda en que hay una ruptura del equilibrio entre el cuerpo, la mente y el ambiente, como una situación incapacitante para desenvolverse en su vida cotidiana, sin embargo esto no se toma en cuenta en situaciones donde el dolor o el malestar no se manifiestan, descartando a las enfermedades crónicas que no causan dolor. (López y Teodoro, 2006)

Dentro de las causas de enfermedad, se maneja un modelo unicausal, esto pudo notarse durante la consulta donde los pacientes daban como explicación a la aparición de su patología frases como “es que se asustó”, “es que le dio el aire”, “comió algo frio y su cuerpo estaba caliente”, “es porque no come”; como única causa de la enfermedad, ignorando que existen mecanismos fisiopatológicos en los que influyen varios elementos para la aparición de las enfermedades.

Considerando lo anterior se comprende que existe una interpretación de estos procesos a partir de las representaciones y creencias que se tienen, es decir de su cosmovisión; sin embargo también debe considerarse que existe un dinamismo en estas ideas y conceptos, que se han ido modificando con el paso del tiempo, ya que no se trata de comunidades aisladas, por lo que están influenciados por el contacto que tienen con los servicios de salud tanto públicos, como privados y con los medios de comunicación como la radio, la televisión e incluso el internet; esto explica que en sus tratamientos, aunque muchas prácticas del saber tradicional se han

mantenido dentro de las comunidades, como el uso de tés o de ciertas plantas como remedios caseros; se han ido anexando elementos de la medicina occidental, muchas veces de manera desmedida o irresponsable como es el caso del alto consumo de antibióticos como penicilinas e incluso cefalosporinas de tercera generación que sin ser necesarios, muchas veces son comprados y utilizados favoreciendo la resistencia a los antibióticos; también se puede observar el uso de antiinflamatorios y analgésicos donde hay una omisión de sus contraindicaciones o efectos secundarios, además de la insistencia en el uso de medicamentos inyectables y “sueros vitaminados”, todo esto como una consecuencia de la aculturación, que también es necesario decirlo, se está viviendo en todo el país. (Vallejo, 2006), (López y Teodoro, 2006)

Al comprender que la salud, la enfermedad y la muerte son temas que están presentes en todas las culturas, se entenderá que existan sistemas de salud dentro de las comunidades más alejadas de las ciudades, con sus métodos y procedimientos propios de diagnóstico y tratamiento, dependientes del contexto sociocultural, como un recurso para asegurar su subsistencia, la cual se ha logrado gracias a estas y hace necesario que exista un respeto y reconocimiento de sus métodos y elementos, Realmente no tuve contacto con este tipo de medicina pero por testimonios de pacientes se encontró que existen enfermedades como “el empacho”, “mal de ojo”, “caída de mollera” o “el cuajo”, las cuales solo pueden ser atendidas por sus especialistas que son los yerberos, hueseros y brujos. (Campos, s.f.)

Considero necesario hablar de las parteras, cuyo papel que desempeñan tiene un gran peso en esta región, son mujeres sabientes de la tradición de la zona, encargadas de acompañar y cuidar a las embarazadas, explicando en su lengua los procedimientos a los que las van a someter, respetando cuestiones culturales como la posición para dar a luz y la presencia de familiares durante el parto. Se trata de personas que conservan el saber y proceder de la medicina tradicional, y que han sumado a su capacitación el conocimiento basado en evidencias de la medicina occidental, dando resultados eficientes y cuando la situación rebasa sus saberes

son capaces de acudir con el médico del centro de salud buscando lo mejor para la paciente. (Rodríguez, s.f.)

Con respecto al motivo por el cual los pacientes acuden a consulta, debe notarse que está directamente relacionado con el concepto que tienen de enfermedad, ya que acuden hasta que el padecimiento se vuelve incapacitante, afectando a sus quehaceres cotidianos, las pequeñas molestias pueden ser toleradas por días e incluso años, no debemos ver esta situación como un desinterés por su salud, el problema radica en que actúan en función a sus necesidades, es decir, se posterga debido a que sus actividades les exigen demasiado tiempo, además de que no siempre cuentan con los recursos para el traslado al Centro de Salud o requieren de tiempo para poder conseguir el dinero para costear sus medicamentos, sin dejar a un lado la desconfianza que le tienen a los servicios de salud pública y a la pérdida de tiempo que puede representarles el ser hospitalizados, además de que relacionan hospitalización con muerte; desafortunadamente esto impide una adecuada prevención y una atención oportuna de enfermedades, complicando el manejo por lo avanzado de sus patologías.

Por otro lado uno de los principales problemas en el aspecto comunitario, es que una parte considerable de la población llega a presentarse para solicitar servicios de un segundo nivel de atención en salud, esto debido a que en algún momento el Centro de Salud inicio como un hospital integral que contaba con las especialidades básicas y donde se hacían cirugías menores, cesáreas y había un servicio de hospitalización; desafortunadamente en la actualidad, debido a la falta de recursos materiales y humanos, únicamente se puede ofrecer un servicio de hospitalización de corta instancia, lo cual genera disconformidad en los pacientes que acuden a solicitar dichos servicios, llegando incluso a molestarse cuando se les extiende una referencia a algún otro hospital, ya que en su lógica esta institución puede y debe ofrecer esos servicios, considero que esto no es tan descabellado considerando las necesidades de la población, sin embargo esto solo demuestra las deficiencias del sistema sanitario en el país.

1.4 INSTITUCIONAL



Ilustración 1. Fotografía de la fachada del Centro de Salud con Hospitalización "Salto de Agua", tomada de la página web del Instituto de comunicación Social del Estado de Chiapas, 10/09/2014.

El espacio en el que presté mi Servicio Social pertenece a la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, el cual está dividido en diez jurisdicciones sanitarias y cuyas oficinas centrales están ubicadas en la capital del estado, Tuxtla Gutiérrez.

El centro de salud Salto de agua pertenece a la jurisdicción sanitaria VI "Selva", que se encuentra en la ciudad de Palenque, dentro de esta se encuentra la jefatura de enseñanza, la cual es la encargada de ubicar a los pasantes e internos en las distintas plazas, también organiza las diferentes actividades académicas que se establecen para médicos de base y de contrato de la jurisdicción.

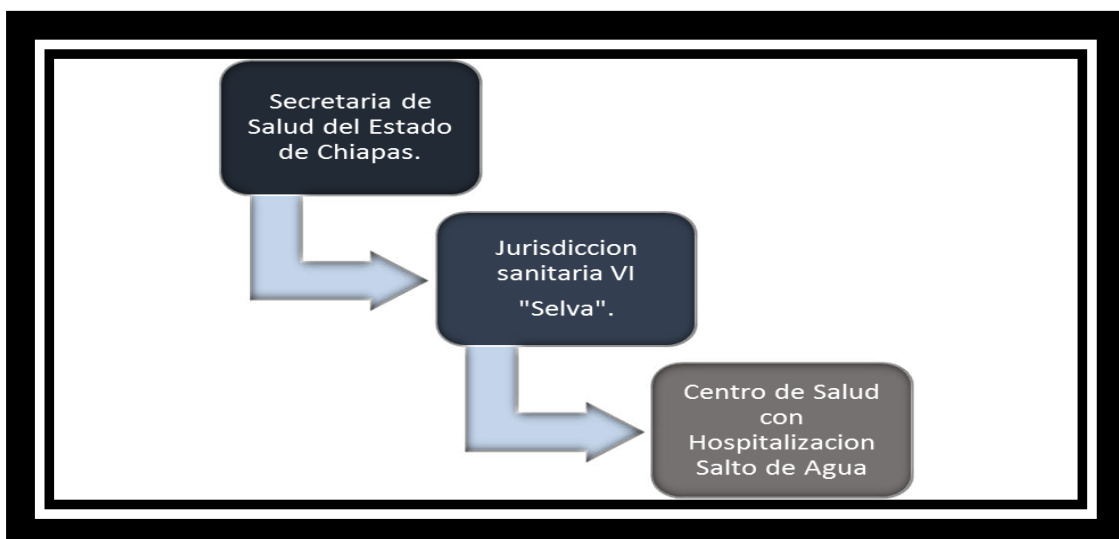


Diagrama 1. Componentes de la secretaria de salud del estado de Chiapas.

El Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua se ubica en la cabecera municipal, cuenta con un área administrativa conformada por la dirección a cargo del doctor David Gebharthd Sánchez, el cual cuenta con el apoyo de una secretaria y Ali Elmar Casstellanos Stower en el puesto de administradora.

Existen dos áreas que coordinan las distintas funciones del hospital: un área administrativa la cual cuenta con un departamento de estadística, caja y recepción, trabajo social y Archivo; por otro lado un área de salud que comprende una farmacia independiente del CSCH, la Central de Equipos y Esterilización (C.E.Y.E), un departamento de vacunación, laboratorio, rayos x, psicología, odontología, Núcleo básico 1 y 2, un área de urgencias, quirófano, sala de expulsión y hospitalización.

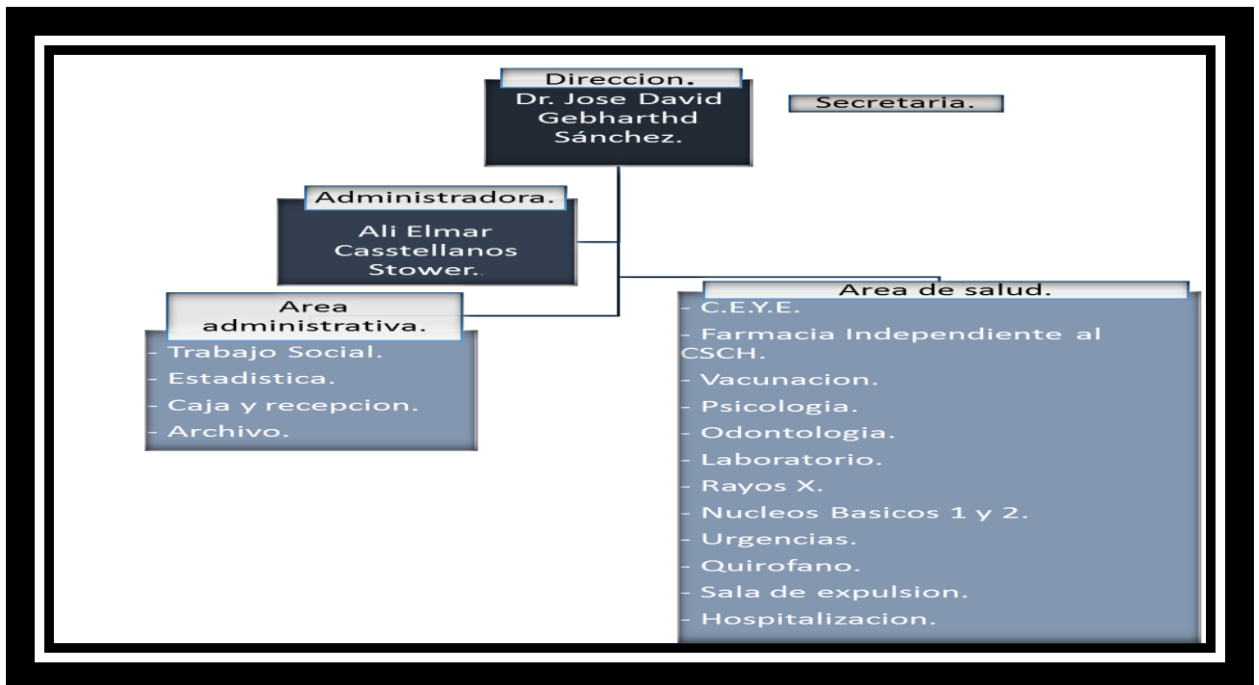


Diagrama 2. Organigrama administrativo y de los servicios del Centro de Salud con Hospitalización "Salto de Agua", Chiapas, 2014.

El papel que ejerce el pasante dentro del Centro de Salud es el mismo que llevan los médicos de base, con las mismas responsabilidades de atención a los pacientes y de registro de casos, hay una rotación periódica por los servicios de urgencias, hospitalización, atención de partos y núcleo básico, rotando por guardias y cubriendo guardias a los médicos que no pueden presentarse, considero que esto fue una gran oportunidad para desarrollarme en el aspecto laboral, además de que la practica me permitió adquirir y fortalecer conocimientos.

Dentro de los servicios por los que rote, las actividades y funciones que desempeñe consistían en brindar consulta médica, curaciones, suturas, atención de partos, control prenatal, manejo de cartilla de vacunación, elaboración de referencias y gestión de traslados a segundo o tercer nivel, oferta y aplicación de métodos de planificación familiar, control de enfermedades crónico degenerativas, seguimiento del niño sano, manejo de pacientes en hospitalización, elaboración de notas y llenado de papelería, así como apoyo en campañas; muchas de estas actividades eran contempladas para el desarrollo de los programas que se verán más adelante.

1.5 AUTOEVALUACIÓN

Para concluir con el tema concerniente a mi proceso de adaptación, se presenta a continuación un análisis por medio de la matriz FODA, para determinar desde los aspectos analizados previamente las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que estuvieron presentes durante este proceso.

Tabla 1. Evaluación FODA.			
	Personal.	Comunitario.	Institucional.
Fortalezas.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento adquirido durante la carrera. - Facilidad de palabra. - Empatía. - Entusiasmo y ganas de ayudar. - Fácil adaptación al medio. - Disposición de aprender cosas nuevas. - Constante búsqueda por mantenerme preparado académicamente. - Capacidad de buscar soluciones ante cualquier problemática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Población amable y comprensiva. - Comunidad familiarizada con la forma de trabajo. - Contar con los servicios básicos, así como internet y teléfono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio las 24 horas todo el año. - Programas existentes y en funcionamiento. - Contar con espacios de quirófano y hospitalización. - Contar con equipo básico para atender partos. - Contar con laboratorio y equipo de rayos x. - Implementación de programas como el seguro popular y prospera.

Oportunidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer la forma de vivir en la región. - Estudiar para la residencia. - Practicar en el aspecto clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa de los pobladores para participar en campañas y actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actualización continua del personal. - Contar con unidades de referencia. - Oportunidad de rotar por los servicios.
Debilidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Inseguridad. - Impaciencia. - Desconocimiento de las lenguas indígenas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aunque la mayoría lo habla, escaso dominio del español. - Desconfianza de algunos pacientes hacia el tratante. - Rechazo de las referencias a segundo nivel. - Dificultad para comprender los síntomas que refieren. - Cuadros clínicos avanzados tras postergar asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema rígido. - Carencia de recursos materiales y humanos con los que llego a contar.
Amenazas.	<ul style="list-style-type: none"> - Lejanía con familia y amigos. - Ser parte de una institución a la que no quería pertenecer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procastinacion del enfermo para acudir. - Usos y costumbres que pueden interferir con tratamientos. - Tratamientos empíricos inadecuados. - Previo maltrato por parte de los médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de material, equipo y medicamentos.

2. SEGUNDA SECCIÓN
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

2.1 INTRODUCCION

La siguiente sección consiste en presentar el diagnóstico de salud de la cabecera municipal de Salto de Agua, en este se presentara el contexto social, económico y cultural que se vive en la región, ya que estos elementos juegan un papel determinante para favorecer o perjudicar el estado de salud de la población.

Para poder dimensionar la importancia de esta sección, primeramente se realizó una revisión teórica de las bases sobre las que se conceptualiza la salud, así como las normas y leyes que han surgido a nivel internacional para poder establecerla como un derecho, así mismo se plantean las determinantes en salud y el papel que estas juegan para definir la situación económica y política de un país; esto con el objeto de analizar y evaluar la situación que se presenta en México, así como el papel que ha desempeñado el Estado con respecto a las medidas recomendadas para mejorar estas determinantes y hacer efectiva a la salud un derecho inalienable.

Posteriormente se presenta una parte analítica, donde se hace una confrontación de las cifras nacionales, estatales y municipales que ofrecen las instituciones públicas, frente a los datos locales recabados durante el año 2013 en la cedula de microdiagnostico que se realizó en el Centro de Salud, documento elaborado con los datos obtenidos por el equipo de salud y la población voluntaria a través del recorrido casa por casa, a lo largo de las cuatro localidades a cargo de la unidad; es importante mencionar que debido a que solo me encontré seis meses en Salto de Agua y que la cedula de microdiagnostico del 2014 se terminó de elaborar hasta finalizar el año, hacen falta datos para asegurar una información exacta, sin embargo serán de utilidad para hacer una aproximación de la situación que se vive en la comunidad y las condiciones que se viven frente al panorama nacional, estatal y municipal con respecto a la salud y sus factores determinantes.

En cuanto a la obtención de datos y recursos utilizados en la parte teórica, se realizó una lectura y análisis de diversos textos cuyo tema central fue el derecho a la salud y las determinantes sociales. Para las cifras presentadas a nivel nacional, estatal y municipal se hizo una búsqueda de los indicadores de vivienda, geográficos, demográficos, económicos, políticos y sociales; que fueran de mayor relevancia

para el diagnóstico comunitario por su impacto en la salud de la población. Para esto se dio prioridad a los datos mostrados en las publicaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), encontrando limitaciones pues muchos datos no estaban actualizados a la fecha de realización de este trabajo, aun así, ninguna cifra presenta una antigüedad mayor a 5 años.

2.2 EL DERECHO A LA SALUD Y LAS DETERMINANTES SOCIALES.

Desde sus orígenes, el hombre siempre ha tenido la necesidad de contar con un estado de bienestar que le permita mantener un equilibrio con su medio para poder desarrollar sus actividades cotidianas de una manera adecuada, libre de dolor o de procesos incapacitantes. La aspiración de esta condición ha impulsado a la humanidad a valerse de los avances científicos y tecnológicos que se han logrado a lo largo de la historia, para buscar los conocimientos con los cuales lograr la comprensión de los estados de salud y enfermedad, con el objeto de controlar o modificar estos procesos a nuestro favor y así alcanzar el bienestar común; esto ha conllevado a que surjan múltiples conceptualizaciones y explicaciones sobre estos temas. (Battistella, 2006)

Dentro de los modelos propuestos para comprender dichos procesos, uno de los más importantes en la actualidad es el modelo biopsicosocial, en el cual se plantea la existencia de múltiples elementos ambientales y socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo; que actúan como factores que determinan a la salud del individuo, ya que al interactuar, la cuestión biológica puede ser alterada por la acción de estas variables sociales y psicológicas, facilitando o impidiendo una pérdida del equilibrio del hombre con su medio. Esto nos ayuda a comprender que la salud no se puede conservar cuidando únicamente al organismo, sino propiciando situaciones adecuadas para que desde el punto de vista orgánico, psicológico y social se mantenga un equilibrio entre estas tres esferas, las cuales están sujetas a condiciones dinámicas que pueden modificarlo; por lo cual tiene que contemplarse a la salud como un objetivo social y político, dependiente de una cooperación activa y solidaria por parte de la comunidad, donde es necesario moldear las variables sociales y psicológicas ante una continua transformación del medio, dicho lo anterior tenemos sentadas las bases de la salud pública, sobre las cuales se determina a la salud como un derecho. (Winslow, 1923), (Alcántara, 2008), (Battistella, 2006)

Por otro lado, a pesar de que la desigualdad e inequidad social son temas recurrentes en la historia de la humanidad, a lo largo de esta han existido grupos de

personas que en la búsqueda de un trato igualitario y de las condiciones para una vida digna, fueron planteando la necesidad de establecer ciertos derechos que todos los hombres deben tener, la salud se ha ido consagrando como uno de estos derechos inalienables, esto puede verse en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (DUDH), en la cual se contempla que para poder garantizarla se depende del cumplimiento de otros derechos que están relacionados entre sí, estipulando en su artículo 25:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad...” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948)

Es importante mencionar que con la creación de este tipo de documentos se ha logrado establecer un marco jurídico que propicia un vínculo entre la población y sus gobiernos, estipulando las responsabilidades del Estado para que mediante un conjunto de normas, instituciones y leyes promuevan una gestión responsable garante de estos derechos.

Actualmente es la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la encargada de vigilar el cumplimiento de lo establecido en la DUDH y de definir normas mundiales en materia de estos derechos, así como de crear condiciones para mantener la justicia y el respeto a los tratados internacionales, además de promover el progreso económico y social para elevar el nivel de vida de los seres humanos. Dentro de sus organismos autónomos existe uno especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial, se trata de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual siguiendo la *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York el 22 de julio de 1946 y que entra en vigor el 7 de abril de 1948, establece que *el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es*

*un derecho fundamental del ser humano*² y define a la salud como “ *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*” (OMS, 1946) siendo en la actualidad el concepto más aceptado en el mundo, además de que contempla a ciertas condiciones como derechos necesarios, responsabilizando a los gobiernos a garantizar la salud de sus pueblos mediante la creación de medidas sanitarias y sociales adecuadas para mejorar sus condiciones de vida. (Revista panamericana de salud pública, 1998), (Sitio Web, ONU)

Con respecto a la protección del derecho a la salud existen múltiples tratados, el más importante de estos es el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC), que entro en vigor el año de 1976, en el cual se considera a estos derechos como oportunidades de igualdad material con los que se lograran cubrir las necesidades básicas de las personas y así alcanzar el máximo nivel de vida digna posible; siendo el Comité de Derechos Económicos Sociales y culturales (CDESC) el encargado de vigilar y promover que estos derechos sean respetados por los Estados que los han ratificado. (OMS, 2008) (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012)

En el artículo 12 de este tratado se plantean las determinantes en salud como las circunstancias en las que el individuo se desarrolla, donde nace, crece, vive, trabaja, envejece e incluso interactúa con su sistema sanitario; por lo que establece que se deberán adoptar medidas con el fin de lograr una plena efectividad del derecho a la salud, buscando asegurar condiciones como el acceso al agua potable y a las condiciones sanitarias adecuadas; el suministro de alimentos sanos para una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones salubres en el trabajo y el medio ambiente; acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la sexual y reproductiva fomentando la Igualdad de género; todo esto considerando que tales medidas pueden contribuir a reducir la mortalidad, además de favorecer el sano desarrollo de los niños; así como para prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra

² Esto es lo que se considera como «Derecho a la salud», el termino es utilizado por primera vez en la Constitución de la OMS (1946)

índole; y para crear condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud, la cual podrá ser oportuna y apropiada, (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000)

Debe mencionarse también que en el año 2000 el CDESC realizó la observación general N° 14, donde hace la advertencia de que la violación de los derechos universales, sobre todo en los grupos vulnerables, tiene repercusiones negativas sobre la salud; por lo que propone considerar estos derechos en las actividades de salud pública para reducir el riesgo a una mala salud. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000), (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012)

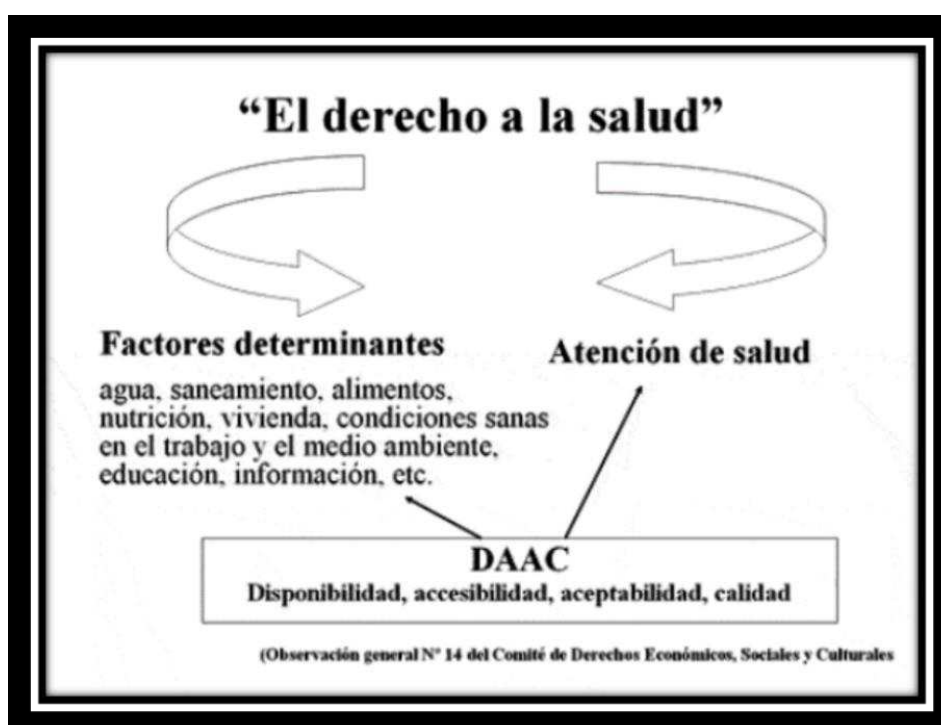


Ilustración 2. Características del derecho a la salud. (CDESC, 2000)

Existen 4 criterios establecidos en el PIDESC los cuales sirven como pautas para mejorar los servicios sanitarios y a la vez resultan útiles como una herramienta para evaluar el cumplimiento de los Estados en cuanto a su compromiso en este pacto y que a continuación se presentaran, considero importante describirlos ya que serán de utilidad para realizar el análisis de este diagnóstico de salud, por lo que se presentaran en el diagrama 3. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000)

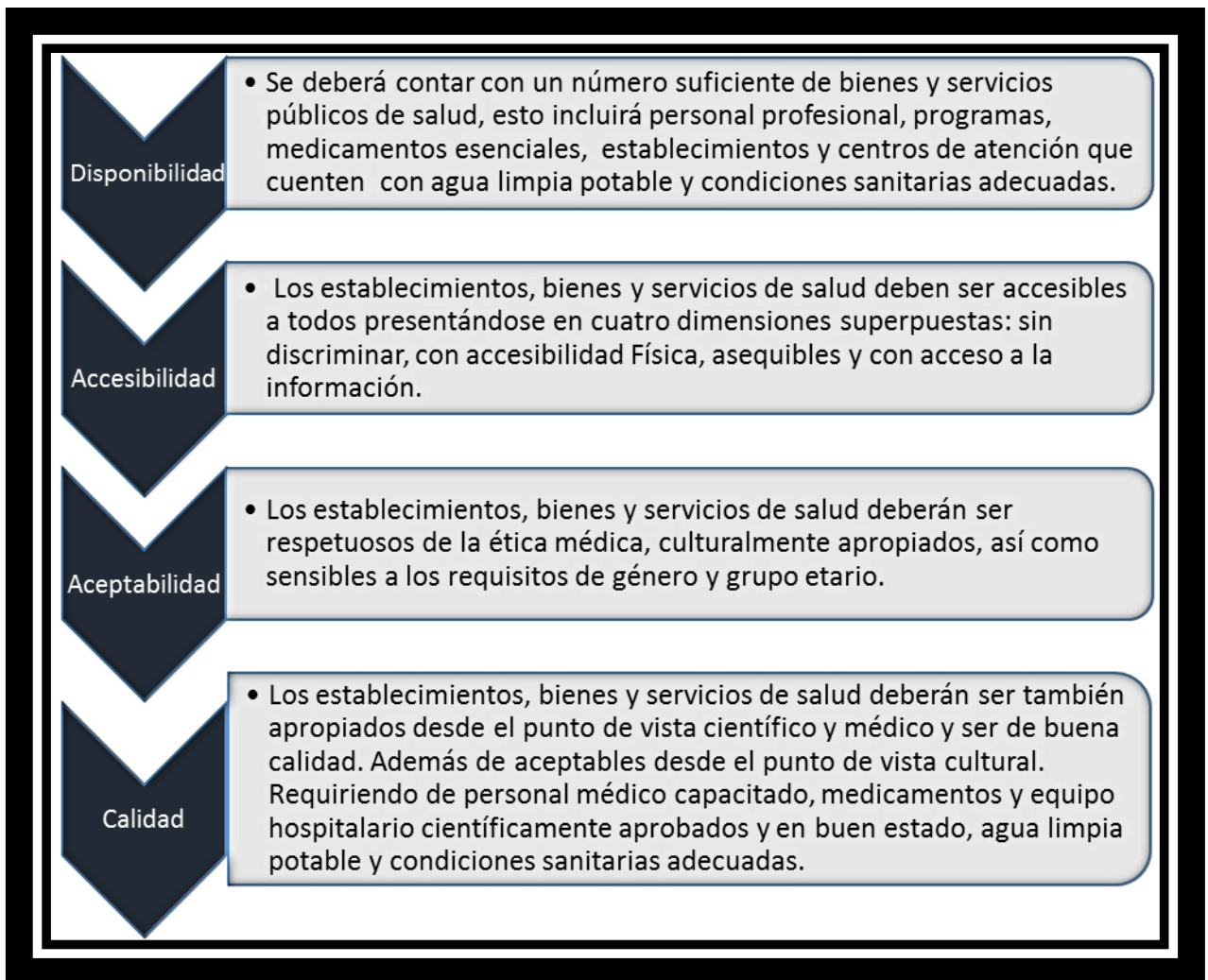


Diagrama 3. Criterios establecidos por el PIDESC sobre las características de los servicios ofrecidos en los programas de salud. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000)

Es importante señalar que al ser un documento internacional de carácter legal que busca proteger los derechos que se han mencionado, los Estados que son parte tienen que respetar, proteger y cumplir las obligaciones a las que se han comprometido, teniendo que asegurar como mínimo la satisfacción de los niveles esenciales de cada uno de los derechos, buscando una distribución equitativa de estos; se exige además, la formulación y aplicación de una estrategia para crear un plan de acción sanitario nacional de carácter público que haga frente a las necesidades y preocupaciones de la población en materia de salud, prestando especial atención a los grupos vulnerables o marginados; la elaboración y revisión deberán desarrollarse en un proceso participativo y transparente; que cuente con

indicadores y bases de referencia para vigilar sus progresos; todo esto sujetándose al principio de realización progresiva, lo que significa que están comprometidos a avanzar lo más activa y eficazmente posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, enfatizando en que no se puede justificar el incumplimiento de este pacto por falta de recursos. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000)

2.3 EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

El 23 de marzo de 1981 el presidente de los Estados Unidos Mexicanos José López Portillo firmó el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, decisión que alcanzó el grado de ley suprema de la unión según el artículo 133 de la Constitución de Los Estados Unidos Mexicanos y que entro en vigor el 12 de mayo del mismo año, esta adhesión represento un gran avance en la defensa de los derechos universales para los mexicanos sobre todo en el tema de la salud, (Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, 2005), (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012),

Fue hasta el periodo presidencial de Miguel de la Madrid que para poder estructurar un Sistema Nacional de Salud que alcanzara un cobertura nacional que garantizara un mínimo de calidad para la mejora en el nivel de salud de la población, se realizaron los ordenamientos legales que tomaran en cuenta las obligaciones establecidas en el PIDESC, realizando así una reforma en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos donde se indica que “*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud*” quedando en el congreso la definición de las bases y modalidades del acceso a los servicios sanitarios, así como la participación de los distintos niveles de gobierno en cuanto a salubridad; con esta modificación se otorgó un rango de constitucional al derecho a la protección de la salud, convirtiéndolo un derecho individual y que hace responsable de su protección al Estado, el cual para poder ejercer este mandato promulgo en 1984 la *Ley General de Salud* donde se integró y reordeno lo dispuesto en el código sanitario de 1973, explicando además las modalidades del acceso a la protección que tienen los

individuos, es en esta ley a la que de manera periódica se han incluido múltiples reformas. (Juan, s.f.), (López, 2008), (Elizondo, 2007), (Carbonell, 2013)

Conviene mencionar los siguientes señalamientos que se estipulan en la Ley General de Salud, ya que es donde se consideran los cuatro criterios establecidos en el PIDESC:

- Artículo 2: El derecho a la protección de la salud se traduce en el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población.
- Artículo 6: El Sistema Nacional de Salud deberá prestar servicios a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, dando prioridad a las acciones preventivas.
- Artículo 25: Se debe garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios, preferentemente a grupos vulnerables.
- Artículo 35: Los servicios públicos de salud deben ser prestados bajo los criterios de universalidad y gratuidad.
- Artículo 36: Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden deberán tomar en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, fundándose en principios de solidaridad social y eximiendo del cobro a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas o que se encuentren las zonas de menor desarrollo económico y social del país. (Ley General de Salud), (Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, 2005)

En el artículo 5º de la Ley General de Salud se definen las dependencias y entidades de carácter público, social y privado encargadas de la prestación de servicios sanitarios a nivel federal y estatal, además se señalan los mecanismos coordinadores encargados de vigilar el cumplimiento al derecho a la protección de la salud. (Ley general de Salud), (Frenk, 2007), (Granados, 2009)

Es así como en este último artículo se plantea una división de tres subsectores: el de la seguridad social, el de la población abierta y el privado; esto condiciona la atención ante una capacidad de pago o a la derechohabiencia para poder disponer de otro servicio que no sea el de la población abierta, provocando una desigualdad

en la oportunidad de recibir una atención sanitaria, dejando a un lado la universalidad y dando pie a discriminación, criterios que se acordaron en el PIDESC. (Frenk, 2007), (Granados, 2009)

Considerando la necesidad de un sistema sanitario para la población no usuaria de las instituciones de seguridad social, durante el año 2003 se realizaron reformas en la ley General de Salud que permitieran poner en funcionamiento el *Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)* el cual, a través de su rama operativa llamada *Seguro Popular de Salud (SPS)*, ofrece un seguro público centrado en la agregación de riesgos, con un paquete delimitado de servicios e intervenciones en salud que al ser financiado por el gobierno federal, estatal y por la contribución de la población afiliada, pretende no representar un desembolso al momento de requerir atención, sin embargo es necesario el pago de una cuota por parte del usuario, la cual se determina en base a su condición socioeconómica, llegando a omitirla para las personas con ingresos más bajos, pero condicionales la afiliación a su participación en actividades de promoción en salud, esto con el objeto de disminuir riesgos sanitarios. (Frenk, 2007), (Amoroz, 2011), (Contreras, 2011), (Knaul, 2013),

Es preciso señalar ciertos hechos y elementos de este sistema que se contraponen con lo establecido en el PIDESC, uno de ellos es que en cuanto se agota el plazo contratado se suspenden los servicios del usuario, violando así el principio de gratuidad; por otro lado la cobertura parcial de procedimientos y servicios que se ofrecen, obligan al enfermo a costear sus gastos si su condición no está contemplada en el paquete contratado; además de que existe una distribución poco equitativa de los establecimientos, insumos y personal a nivel estatal e interestatal, favoreciendo marcadas diferencias en cuanto a la calidad de los servicios que se ofrecen. (Frenk, 2007), (Amoroz, 2011), (Knaul, 2013)

En cuanto a la distribución de recursos puede observarse que existen muchas inequidades, basta con tomar en cuenta el gasto total en salud durante el año 2014 cuyo presupuesto correspondió a un 6.296 % del Producto Interno Bruto, del cual solo un 51% fue dirigido para el gasto público, de este, las instituciones con seguridad social recibieron un 55.1% mientras que a las instituciones sin seguridad social les fue asignado un 44.8%; esto demuestra que aunque teóricamente el

sistema beneficia a los que menos recursos tienen, el gasto que se les ofrece es un 10% menor que el dispuesto para las instituciones con seguridad social, a pesar de que estas cuentan con una base financiera más sólida y los derechohabientes en su mayoría pertenecen a un sector social con mayores ingresos y se ubican en las áreas urbanas. Así mismo el presupuesto federal destinado a cada estado se asigna en proporción de los recursos que estos inviertan y de la demanda de los servicios reportados, esta se determina por la cantidad de afiliados; si se considera que al recibir un menor presupuesto, la capacidad de disponer de recursos materiales y humanos disminuye, limitando su cobertura y por ende disminuyendo más la afiliación, se comprenderá que no existe una estrategia para mejorar la infraestructura y los servicios además de que las áreas rurales se verían más afectadas. (Elizondo, 2007), (Carbonell, 2013), (Knaul, 2013), (Banco Mundial, 2014), (Dirección General de Información en Salud, 2014)

Una de las metas esperadas con la implementación de este programa era lograr un 100% de afiliación a algún servicio de salud para el año 2010, sin embargo según los datos de la encuesta intercensal realizada por el INEGI en el 2015, aún queda un 15% de personas no afiliadas, si esto se compara con los datos sobre la cobertura de los servicios de salud reportados por Encuesta Nacional de Salud y Nutrición(ENSANUT) 2012 se podrá observar que en esos 5 años se ha logrado un aumento de 10% de personas que ya cuentan con algún servicio de salud, además se ha logrado un aumento de 5.4% de afiliación al Seguro Popular. (Frenk, 2007), (ENSANUT, 2012), (Knaul, 2013), (INEGI, 2015)

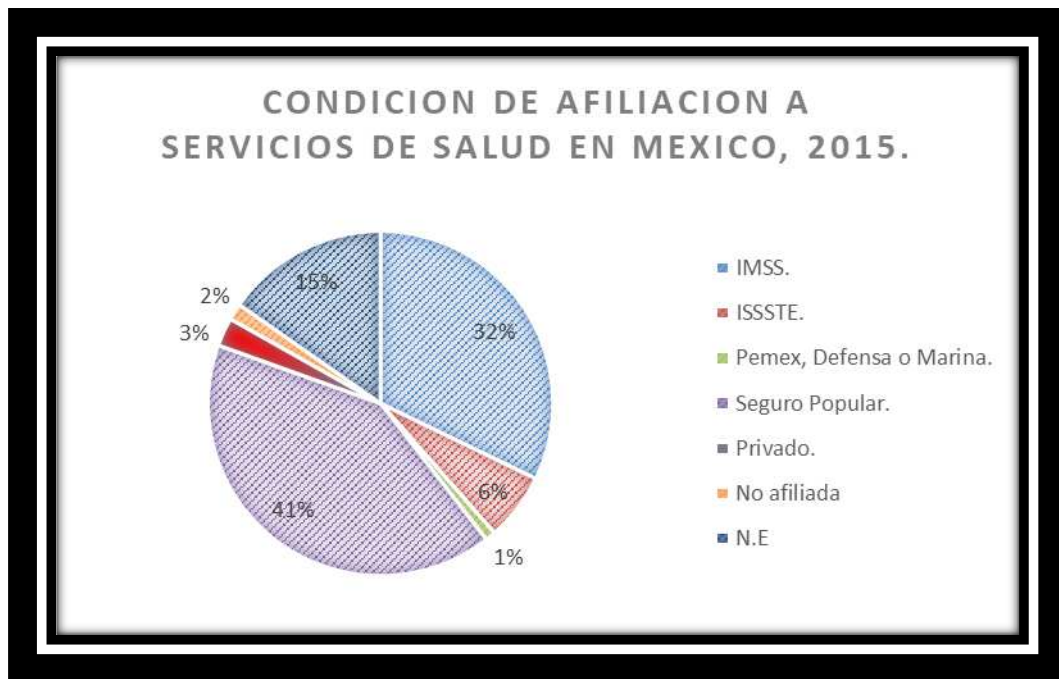


Grafico 1. Condición de afiliación a servicios de salud en México. Elaborada con datos de encuesta intercensal, INEGI, 2015.

Una última reforma que conviene mencionar en este trabajo, debido que contempla a los habitantes de la región donde se realizó el servicio social, es la publicada el 19 de septiembre del 2006, donde se presenta el Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2001-2006, el cual en búsqueda del impulsar el bienestar y desarrollo de las comunidades indígenas, propone aceptar su participación en cuestiones de salud tomando en cuenta sus valores y organización social, promoviendo el conocimiento, desarrollo y práctica de la medicina tradicional; así mismo se establece que se ofrecerá asesoría en español y en la lengua que se utilice en la región, creando además mecanismos para que se presenten quejas, reclamaciones y sugerencias. Cabe hacer mención de que esta ley al menos durante mi año de pasantía no pude observar evidencia real de que esto se estuviera llevando a cabo ya que en Centro de Salud en caso de que el paciente no hablara español, tenía que acudir con alguien que le tradujera, además como lo mencione previamente no hay un contacto real con las prácticas tradicionales.

2.4 DIAGNOSTICO COMUNITARIO

2.4.1 ESTATAL

Chiapas es una de las 32 entidades federativas de México, Localizado en el sureste de México, se anexa al territorio mexicano como su decimonoveno estado el 14 de septiembre de 1824, tras la votación popular, ya que durante la colonia formaba parte de la Capitanía General de Guatemala. (Fábregas, 2012)



Ilustración 3. Escudo del Estado de Chiapas. Tomado de página web del Gobierno del Estado de Chiapas.

El nombre del estado proviene de la palabra nahuatl “Chiapan o “Tepechiapan”, nombre con el que se conocía al pueblo indígena de los chiapanecas y cuyo significado es “cerro de la chía” o “agua debajo del cerro”, esto debido a que en las riberas del río se cultivaba la chía, planta medicinal. (Robledo, 2007), (Sitio web, INAFED)

Tras la fundación de dos ciudades españolas en la región, conocidas como Chiapas de los Indios y Chiapas de los Españoles, se adoptó para ambas el nombre de “Provincia de las Chiapas”, posteriormente durante la independencia se les denominó *Las Chiapas* al conjunto de regiones administrativas con las que se formaría el nuevo estado. (Robledo, 2007), (Sitio web, INAFED)

2.4.1.1 UBICACIÓN Y FISIOGRAFIA

Se encuentra localizado en el sureste del país bajo las coordenadas: Al norte 17°59', al sur 14°32' de latitud norte; al este 90°22', al oeste 94°14' de longitud oeste. Colinda al norte con Tabasco, al este con la República de Guatemala; al sur con el Océano Pacífico y la República de Guatemala; al oeste con Oaxaca, Veracruz de Ignacio de la Llave y el Océano Pacífico. (Fábregas, 2012) (INEGI, 2014)

Se trata del décimo estado más grande de la república mexicana, con una extensión de 74,415 km² que abarcan el 3.7% del territorio nacional, encontrándose dividido en 122 municipios.

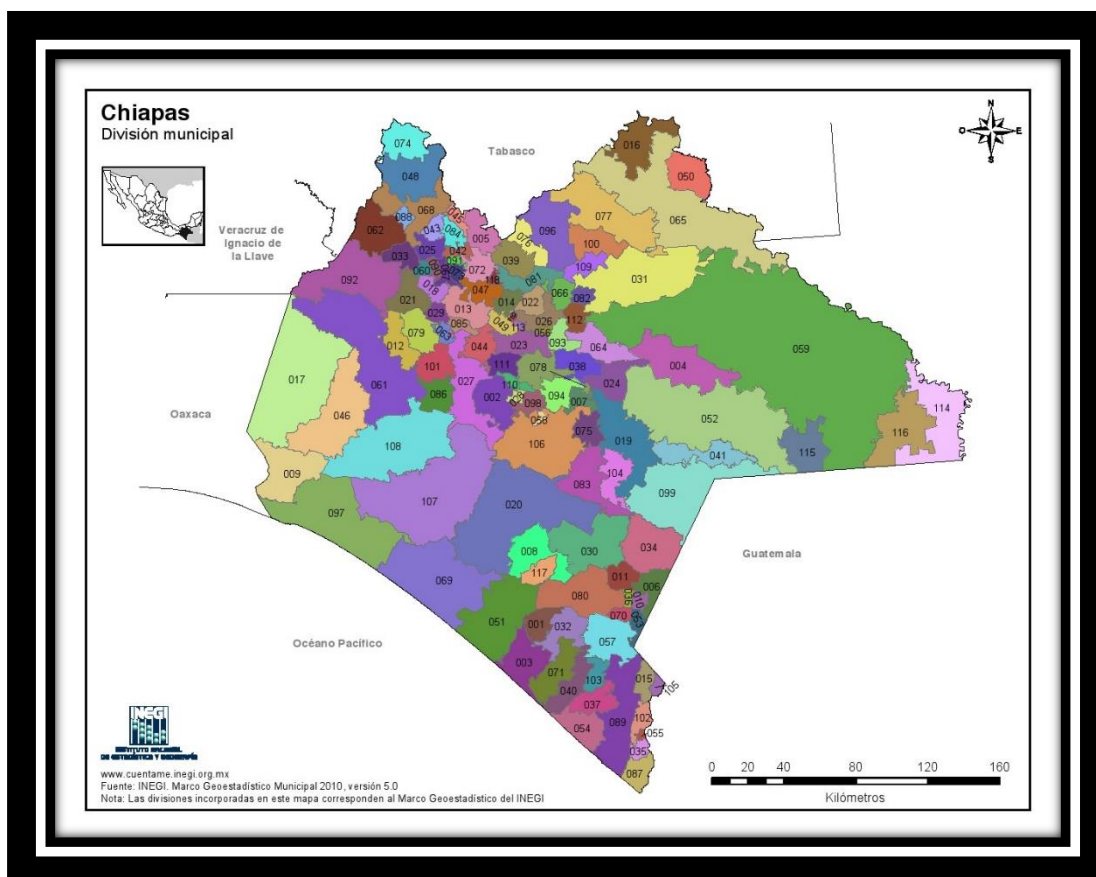


Ilustración 4. Mapa del estado de Chiapas con su división municipal. Fuente: Sitio Web INEGI.

Las ciudades más importantes en el estado son: Tuxtla Gutiérrez, Tapachula de Córdova y Ordoñez, San Cristóbal de las Casas y Palenque.

2.4.1.2 CLIMA

El 54% de este territorio presenta un clima cálido húmedo, el 40% clima cálido subhúmedo, el 3% templado húmedo y el 3% restante tiene clima templado subhúmedo; es importante decir la diversidad de climas que se presentan en este estado se debe a que su superficie forma parte de siete regiones con distintas características topográficas.

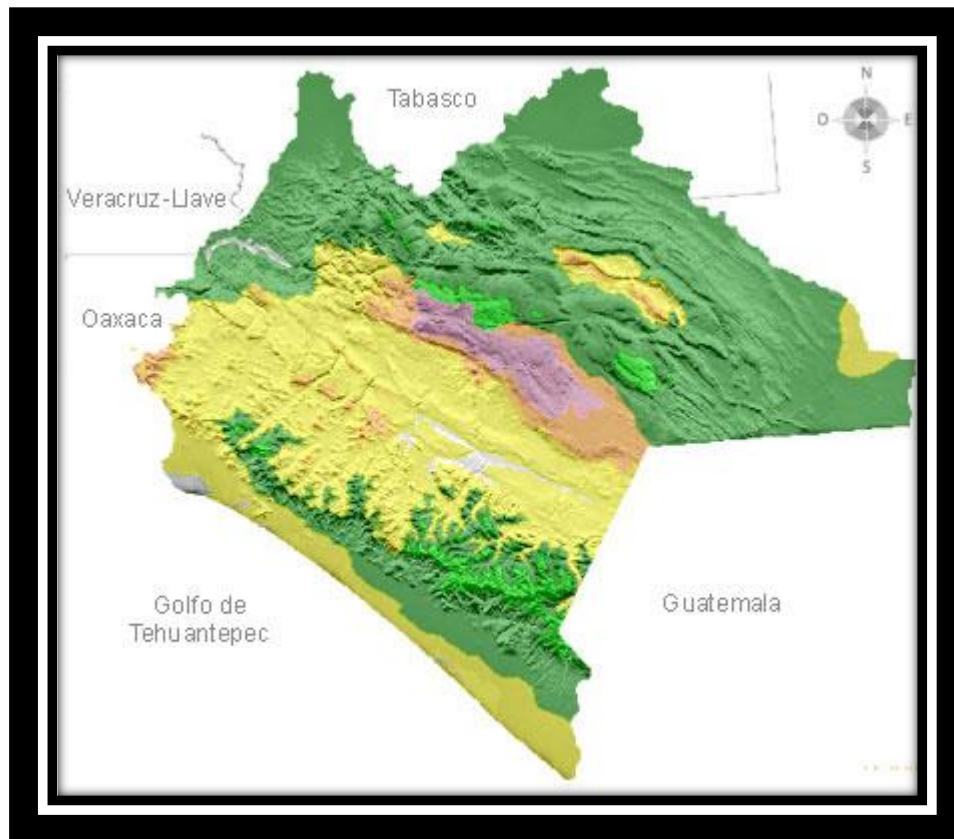


Ilustración 5 Climas que se presentan el estado de Chiapas. Fuente: Pagina Web INEGI

La temperatura media anual, varía dependiendo de la región, de 18°C a 28°C. La temperatura promedio más alta es de 30°C y la mínima de 17.5°C. La región norte del estado presenta lluvias todo el año, en el resto de la entidad se viven abundantes lluvias sobre todo en verano. La precipitación total anual varía de 1 200 mm a 4000 mm. (INEGI, 2012)

2.4.1.3 HIDROLOGIA

Los recursos hidrológicos del estado representan el 30% del total del país, se cuenta con 110 mil hectáreas de aguas continentales que se encuentran divididas en dos vertientes separadas por la Sierra Madre: la vertiente del Pacífico, que tiene cursos

de agua cortos, con crecidas anuales y que desembocan en las lagunas costeras o albuferas; y la vertiente del Atlántico, drenada por ríos de régimen regular. Su único sistema fluvial está conformado por sus dos ríos principales que son el Grijalva y el Usumacinta, de los cuales las cuencas más importantes son: Grijalva-La Concordia, Grijalva-Tuxtla Gutiérrez, Grijalva-Villahermosa, Usumacinta, Chixoy y Lacantún. Además cuenta con 260 kilómetros de litoral, un mar patrimonial de 96 mil km², 75 mil 230 hectáreas de esteros y 10 sistemas lagunarios. (Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas, s.f.)

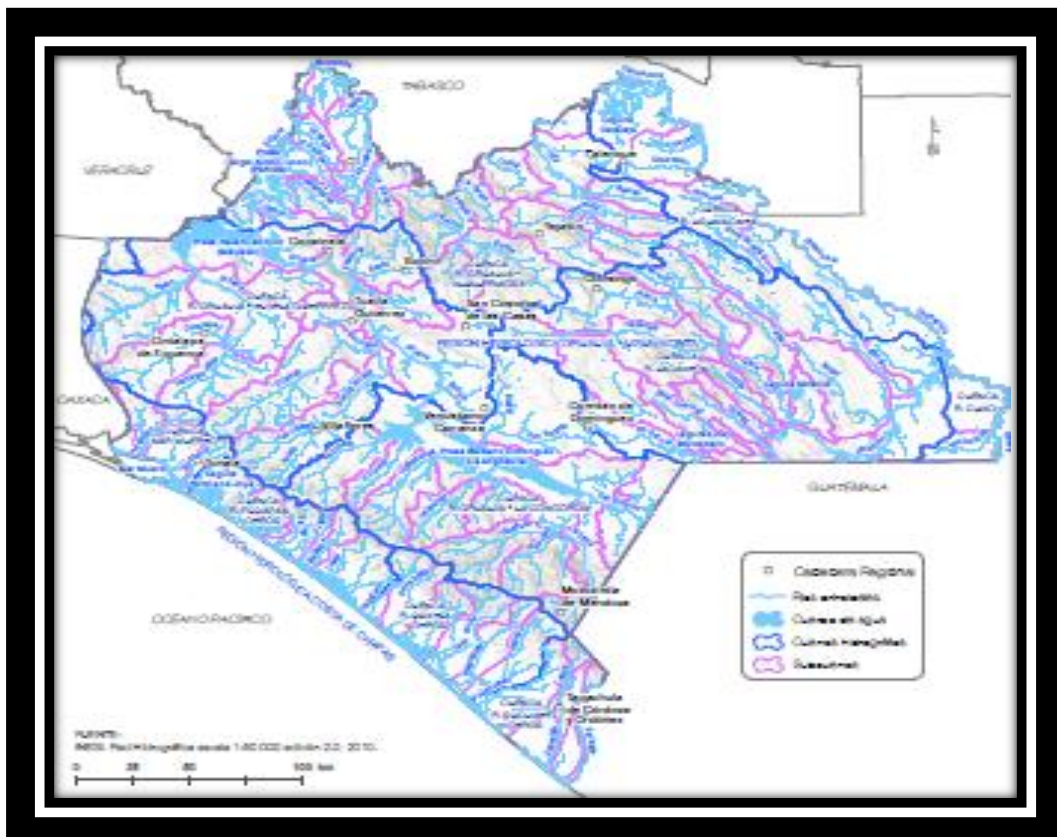


Ilustración 6. Mapa de recursos hidrológicos del estado de Chiapas. Fuente: Pagina Web del Gobierno del Estado de Chiapas.

Existen en el estado cuatro presas que producen 40 % de la energía hidroeléctrica que consume del país y están construidas sobre el curso del Grijalva: Belisario Domínguez (La Angostura); Manuel Moreno Torres (Chicoasén); Nezahualcóyotl (Malpaso); y Ángel Albino Corzo (Peñitas). Siendo su región hidroeléctrica más grande la ubicada en La Reserva de la Biosfera de Montes Azules. (Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas, s.f.) (Banco Interamericano de Desarrollo, 2014)

2.4.1.4 FLORA Y FAUNA

Chiapas es una de las zonas con mayor diversidad y riqueza biológica en América, su flora representa una tercera parte de la existente en el país con cerca de un 80% de las especies de árboles tropicales existentes en él. Por las características geográficas con las que cuenta el estado se han registrado 8,000 especies de plantas distintas conformando una vegetación tropical, de montaña, de terrenos planos, de lomeríos y de terrenos con altitudes de hasta 3 mil metros sobre el nivel del mar; dentro de las que se pueden observar especies como; ciprés, pino, sabino, roble, camarón, encino, guanacastle, caoba, cedro, fresno, amate, ceiba; así como: dalia, flor blanca, flor amarilla, flor de niño, flor de noche buena, jazmín de la india, jocote, jocotillo, lengua de vaca, limón, naranja, plátano, durazno, aguacate, guayaba, cepillo, cupape, guaje, rambután, carambolo, arbustos, pastos, entre otros. (Sitio web, Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México.), (López, 2002)



Ilustración 7. Ejemplos de especies que se pueden encontrar en del estado de Chiapas. Fuente: Pagina Web Todo Chiapas.

La fauna en la entidad es variada y abundante, pudiéndose encontrar un 35% de los vertebrados de Mesoamérica con 1,298 especies de vertebrados marinos y terrestres, contando con más de 100 variedades de anfibios, 700 de aves, 50 de mamíferos y un poco más de 200 de reptiles. Además de incluir más de 200 especies de migratorias.

Dentro de los animales que se pueden ubicar hay armadillos, monos, pijijes, pelícanos, jabalíes, jaguares, ardillas, cocodrilos, caimanes, iguanas de roca y de ribera, insectos, zorrillos, tarántulas y alacranes, aves como loro, tucán, garza, quetzal, guacamayas, tigrillos, dragoncito de labios rojos, salamandras, comadrejas, roedores, venados, tlacuaches, aves de rapiña, nauyaca, ocelotes, murciélagos, tortugas, camarones, langostinos y langostas. (Sitio web, Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México.), (López, 2002)

El estado cuenta con un total de 48 áreas naturales protegidas que se dividen en 23 de carácter federal y 25 estatales; alcanzando una superficie de 1 278.508 km²; lo que equivale al 1.7% de la superficie estatal. (INEGI 2012)

2.4.1.5 ACCESO Y TRANSPORTE

Se cuenta con 23,450 km de carreteras, de las cuales solo el 31.7 % se encuentran pavimentadas y un 62.7% son caminos rurales, únicamente revestidos o de terracería. Además existen alrededor de 7.7 km de vías férreas por cada 1000 km². (CEIEG, Chiapas, 2015) (INEGI, 2012)

Existen 3 aeropuertos internacionales y 32 aeródromos, así como un puerto marítimo con una longitud de atraque de 1.2 km. (INEGI, 2012)

Se tiene un registro de 8,369 unidades de transporte vehicular de pasaje que incluye camiones de pasaje y microbuses. (CEIEG, 2015)

2.4.1.6 DEMOGRAFÍA

Chiapas ocupa el séptimo lugar a nivel nacional en porcentaje poblacional, con 5,217,908 habitantes, un 4.4% de la población nacional, donde 2, 573,587 son hombres y 2, 679,221 son mujeres, existiendo una relación de 94 hombres por cada 100 mujeres. (INEGI, 2015)

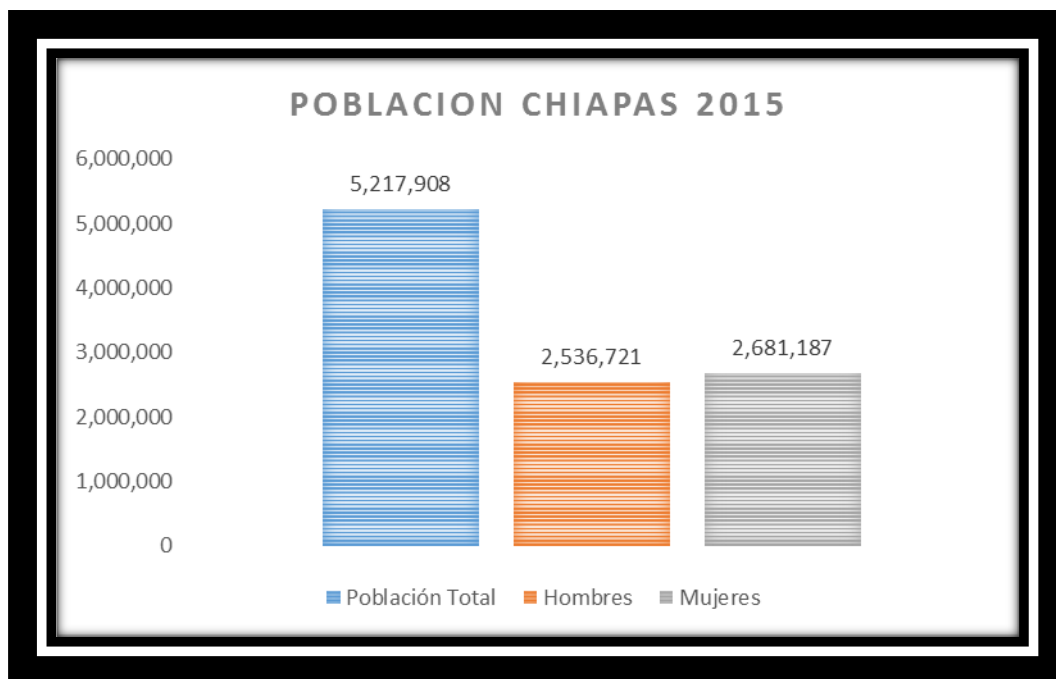


Grafico 2. Población de Chiapas durante el año 2015. Elaborada con datos de encuesta intercensal, INEGI 2015.

La densidad de población es de 71.2 habitantes por kilómetro cuadrado y el 50% de los habitantes del estado están ubicados en el área rural, distribuidos en localidades con menos de 2,500 habitantes. (INEGI, 2015)

Tabla 2. Distribución poblacional por tamaño de localidad.	
Menos de 2,500 habitantes	2,623,759
2,500-14,999 habitantes	826,294
15,000-49,999 habitantes	656,796
50,000-99,999 habitantes	108,944
100,000 o más habitantes	1,002,160

Tabla 2. Distribución poblacional por tamaño de localidad. Realizada con datos de encuesta intercensal INEGI, 2015.

La estructura de su pirámide demográfica indica que su población es predominantemente joven, la mitad de esta tiene 23 años o menos; la esperanza de vida para las mujeres es de 75.9 años y de 69.9 años para los hombres (INEGI, 2015)

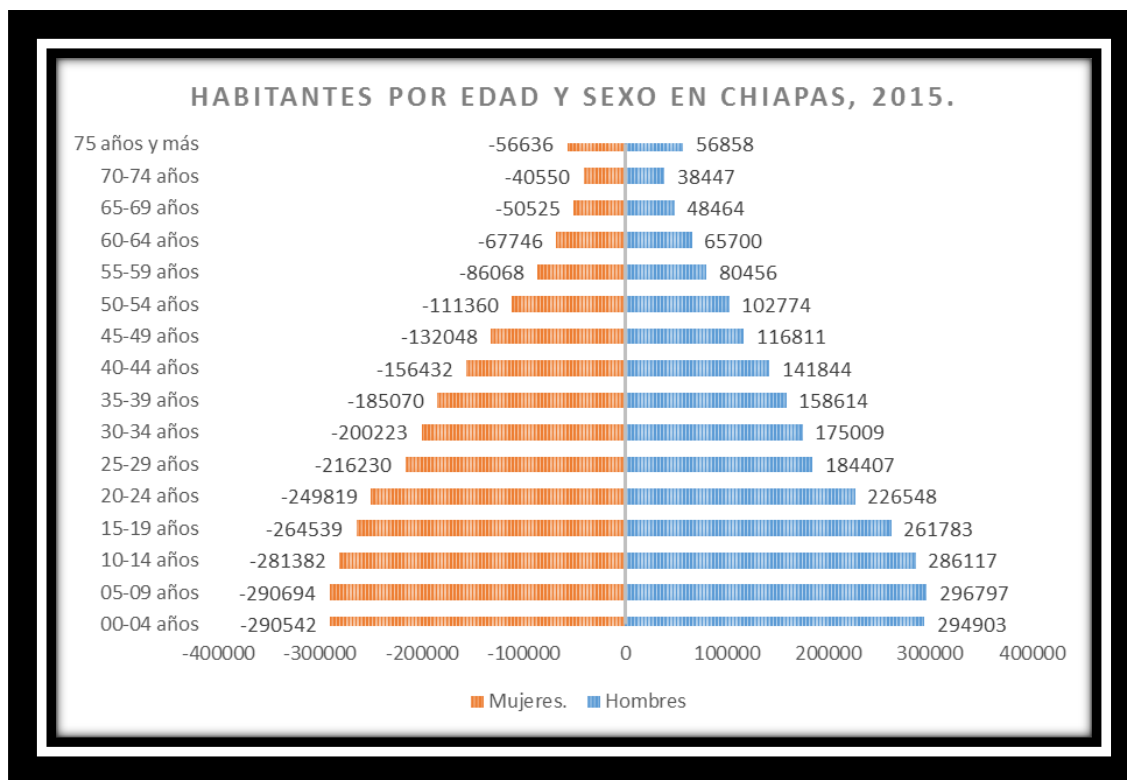


Gráfico 3. Pirámide poblacional de Chiapas durante el año 2015. Elaborada con datos de encuesta intercensal, INEGI 2015.

Del año 2010 al 2015 se presentó una tasa de crecimiento promedio anual de 1.8, para dar explicación a esto, basta con identificar las tasas brutas de natalidad y mortalidad en el estado, que fueron de 22.5 y 5.4 casos por cada 1000 habitantes al año. (INEGI, 2015)

Chiapas es el 7º estado con más defunciones reportadas durante el año 2015, con un total de 26,519 muertes, el 54.9% de estas fueron hombres y el 45% mujeres. Registrándose además 1515 muertes en menores de un año, de los cuales el 53% son varones y 45% mujeres. (INEGI, 2015)

La tasa de fecundidad en la entidad para el periodo 2010-2015 fue de 3.0, la más alta en el país, lográndose un total de 145,526 nacimientos, con una relación entre mujeres y hombres de 96.6%. (INEGI, 2015)

La tasa neta migratoria fue de -1.2%, debido a que 1.2% de personas llegaron a la entidad, mientras que salió un 2.4% de la población; en cuanto a la migración internacional, un 0.5% representa a la población residente. (INEGI, 2015)

2.4.1.7 EDUCACIÓN

El panorama educativo dentro de Chiapas hace evidente la carencia de efectividad de los planes y programas que se han establecido para combatir el rezago y marginación que sufre la población, una prueba de esto es que el estado alcanza el primer lugar a nivel nacional en analfabetismo; de las 3,474,961 personas de 15 y más años que lo habitan³, un 14.8% no sabe leer ni escribir, esta situación se presenta más en las mujeres y en las personas mayores, lo cual es prueba del poco acceso a la educación que se ha mantenido en el estado y de la privación educativa que sufre el género femenino. (INEGI, 2015)

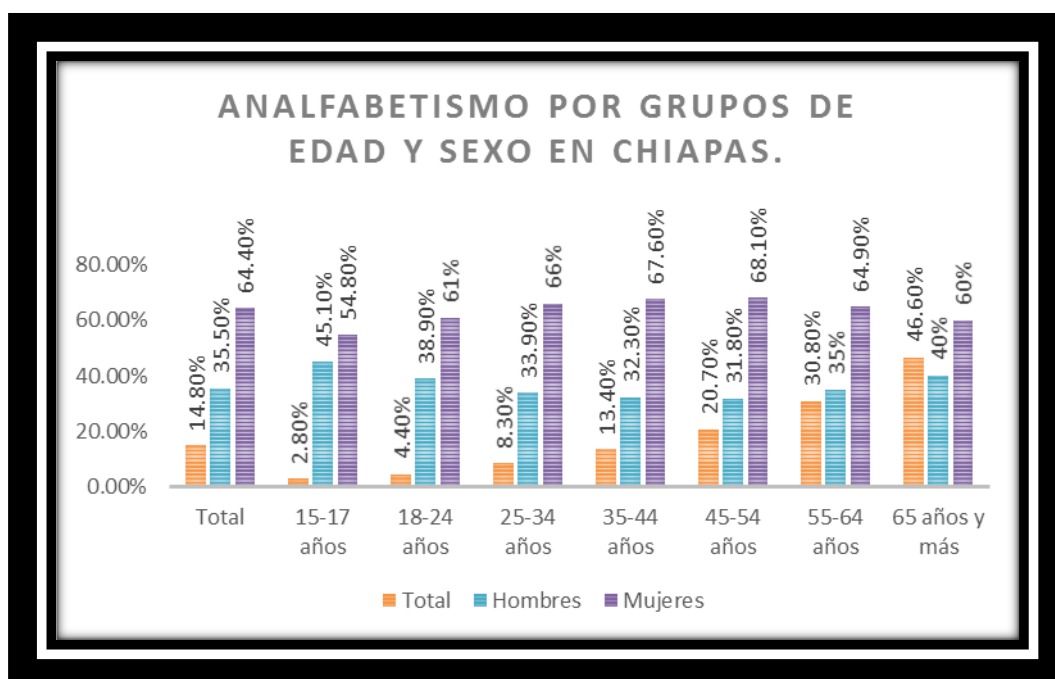


Grafico 4. Tasas de analfabetismo por grupos de edad y sexo en el estado de Chiapas. Realizada con datos de encuesta intercensal, INEGI, 2015

En cuanto al nivel de escolaridad alcanzado por la población de 15 años o más, un 57.2% tiene una educación básica, el 16.4% una educación media superior y solo un 11.7% llega al nivel superior, quedando un 14.6% de personas sin escolaridad. El promedio de años de estudio en este estado es de 7.2 años, casi dos años menos que el promedio nacional, lo cual es prueba de otra inequidad existente en el país. (INEGI, 2015)

³ 1,657,715 hombres y 1,817,246 mujeres. (INEGI,2015)

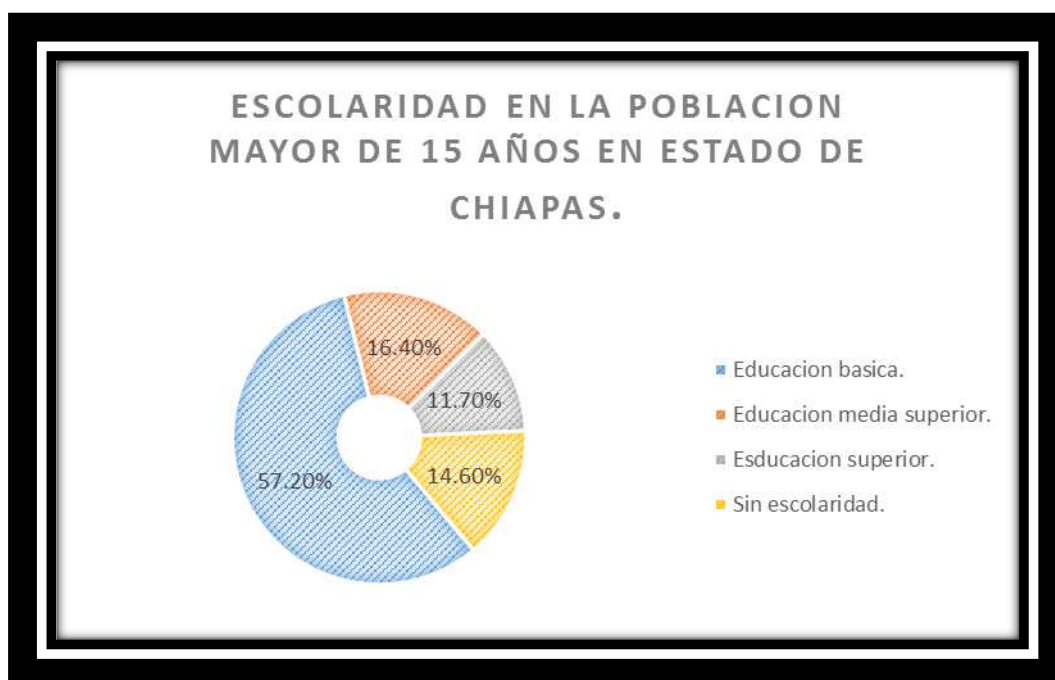


Grafico 5. Escolaridad en la población mayor de 15 años en el estado de Chiapas. Realizada con datos de encuesta intercensal, INEGI, 2015

En la tabla 3 puede observarse que el porcentaje de asistencia total es bajo, de un 32.97%, donde el grupo etario con mayor porcentaje de asistencia es el correspondiente a la escolaridad básica con un 85.5% de niños dentro del preescolar, primaria o secundaria; después de estas edades, la asistencia va disminuyendo hasta llegar a un 1.36% en las personas mayores de 30 años, siendo nuevamente el género femenino el más afectado, ya que conforme van creciendo más mujeres van abandonando sus estudios; sin embargo a partir de los 30 años la asistencia femenina supera casi al doble a los hombres.

Tabla 3. Porcentaje de asistencia por grupo etario y sexo			
Edad.	Total.	Hombres.	Mujeres.
Total	32.97%	50.70%	49.25%
03-14 años	85.50%	50.60%	49.30%
15-17 años	64.89%	52.10%	47.40%
18-29 años	13.34%	51.39%	48.60%
30 años y más	1.36%	37.36%	62.60%

Tabla 3. Porcentaje de asistencia por grupo etario y sexo. Realizada con datos de encuesta intercensal INEGI, 2015.

2.4.1.8 VIVIENDA

Con relación a la vivienda, las estadísticas del año 2015 reportan un total de 1,239,007 casas censadas en el estado, estas representan un 3.87% del total nacional. El 96.4% de las viviendas son particulares, con un promedio de 4.2 ocupantes y una distribución de 1.4 habitantes por cuarto, es por esto que Chiapas ocupa el primer lugar a nivel nacional en habitantes por vivienda. (INEGI, 2015)

Tabla 4. Condiciones de vivienda en Chiapas.	
Total de viviendas habitadas.	1239007
Tipo de vivienda.	
Casa particular.	96.41%
Departamento en edificio o vecindad.	2.52%
Material de construcción.	
Piso distinto a la tierra.	89%
Paredes de madera, adobe o materiales desechables.	25%
Paredes de tabique o block.	75%
Techo de lámina, paja o madera.	60.75%
Techo de losa o tejado.	38.19%
Acceso a servicios.	
Agua entubada.	89.10%
Drenaje.	88.60%
Energía eléctrica.	97.50%
Servicio sanitario.	96.50%
Recolecta de basura.	57.70%

Tabla 4. Características de la vivienda en el estado de Chiapas. Elaborada con datos de encuesta intercensal, INEGI, 2015.

Las características de los materiales usados para la construcción de las viviendas se encuentran por debajo de los estándares de lo utilizado por la media nacional, solo un 89% de las viviendas cuenta con algún recubrimiento en el piso, 6.9 puntos porcentuales menos que a nivel nacional (95.9%); conviene destacar que dentro del estado, en las comunidades con menos habitantes llegan a alcanzarse cifras de 17.3% de casas con piso de tierra, cifra que es mayor a lo reportado en la población total del estado, que es solo del 10.6%. Más del 25% de las viviendas utilizan materiales poco perdurables para las paredes, mientras que para los techos más de la mitad de las viviendas cuenta con materiales distintos a la losa o la teja. (INEGI, 2015)

En cuanto a la disposición de servicios básicos en las viviendas, la recolecta de residuos solo se ofrece a un 57.7% de las viviendas del estado, teniendo que disponer de sus desechos quemando u enterrándolos en un 37.4% de las casas o tirándolos en otros lugares que no son basureros o contenedores; cabe mencionar que a nivel nacional este servicio abarca un 79.4% de las viviendas. El acceso a drenaje se presenta en un 88.6% de las viviendas, mientras que el porcentaje nacional que es del 93.9%. Se puede disponer de energía eléctrica en el 97.5% de las casas, sin embargo en las poblaciones con menos de 2500 habitantes solo un 95.4% de los habitantes tienen luz. En el estado se ha alcanzado un 89.1% de casas con agua entubada. Un 51% de las familias de este estado utilizan leña o carbón para cocinar, sin embargo dentro de las comunidades con menos de 14,999 habitantes este uso puede llegar a un 84.7% de su población, siendo esta una condición de riesgo para la salud. (INEGI, 2015)

2.4.1.9 SALUD

Si se realiza un análisis de los criterios para evaluar las condiciones de salud dentro del estado, se podrá notar que estos se encuentran por debajo de la media nacional, los recursos humanos representados por 7,214 médicos en el sector salud, alcanzan una tasa bruta de 1.4 médicos generales por cada 1000 habitantes y de tan solo tan solo 0.36 especialistas por cada 1000 habitantes, considerando que estas tasas a nivel nacional alcanzan cifras de 1.6 y 0.7 por cada 1000 habitantes respectivamente, se entenderá que la oferta y disponibilidad de atención médica en el estado se encuentra muy limitada. Sobre lo concerniente a los recursos materiales, se cuenta en el estado un total de 1517 unidades médicas de consulta externa, 109 hospitales generales y 3 unidades de alta especialidad ubicados en Tuxtla Gutiérrez y Tapachula; muchas de estas unidades funcionan parcialmente o se encuentran en desuso sobre todo las ubicadas en comunidades de alta marginación. El número de camas censables en las instituciones del sector salud para el 2014 fue de 43.2 por cada 100000 habitantes, es decir 30.8 menos por cada mil habitantes de lo que se dispone para la media nacional para el quinto estado más poblado. (INEGI, 2015) (CEIG, 2015)

Dicho lo anterior se podrá entender que estos recursos humanos y materiales no son suficientes para cubrir los requisitos que considera el PIDESC como los necesarios para satisfacer las mínimas necesidades de sanitarias que requiere la población estatal, aun así cada médico en la entidad cubre 12.1 consultas, mientras que en el país el promedio diario de esta es de 11.8, realizando 3.2 cirugías por quirófano en la entidad mientras que a nivel nacional se practican 2.8, es decir se hace más con menos recursos para dar resolución a los problemas del estado, situación que nos permite cuestionar el papel del Estado en este rubro.(INEGI, 2015)

Tabla 5. Recursos, servicios y productividad de las instituciones públicas en Chiapas 2014.	
Recursos humanos.	
Personal médico.	7,214
Médicos generales por cada mil habitantes.	1.4
Médicos especialistas por cada mil habitantes.	0.36
Recursos Materiales.	
Unidades de primer nivel.	1,517
Unidades de segundo nivel.	109
Unidades de tercer nivel.	3
Consultorios.	2,296
Farmacias.	402
Camas censables por cada mil habitantes	43.2
Servicios otorgados durante el 2014.	
Consultas generales.	10,407,510
Consultas de especialidad.	863,324
Cirugías.	167,494
Partos atendidos.	74,472
Consulta de planificación familiar.	572
Productividad diaria.	
Consultas por médico general.	12.1
Consultas por consultorio general.	24.8
Cirugías por quirófano.	3.2

Tabla 5. Recursos, servicios y productividad de las instituciones públicas en Chiapas 2014. Elaborada con datos de encuesta intercensal, INEGI, 2015.

Sobre la afiliación se puede decir que existe un porcentaje muy parecido al nacional, existiendo un 82.3%; de población afiliada, de la cual el 82.1% se encuentra haciendo uso del Seguro Popular, el IMSS y el ISSTE cuentan con un 12.4% y 5.4%, de afiliados respectivamente, quedando un 1.6% de personas que recurren a algún

servicio privado o cuentan con los servicios otorgados a los trabajadores de PEMEX, SEDENA o Marina. Es importante decir que pese a que la cobertura es tomada en cuenta por el número de afiliados, al revisar la asistencia se puede notar que solo un 61% de la población recurre a los servicios de la SSA y un 16% de la población estatal prefiere hacer el gasto y acudir al sector privado. (INEGI, 2015)

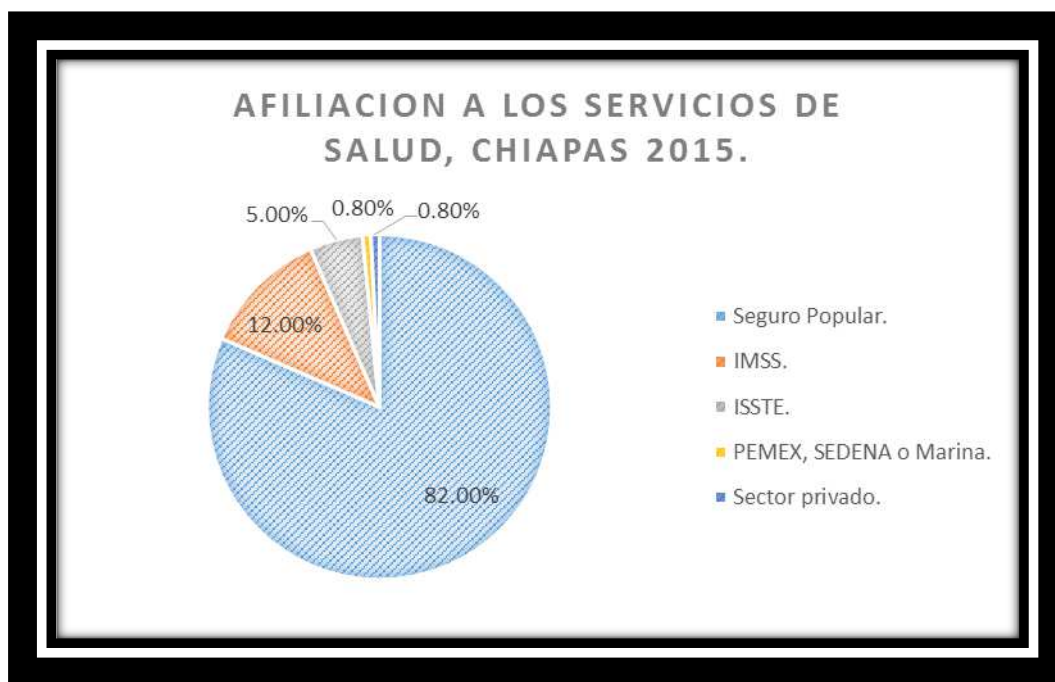


Grafico 6. Afiliación a las instituciones de salud en Chiapas para el año 2015. Elaborado con datos de encuesta intercensal, Chiapas 2015

Según datos del observatorio de mortalidad materna en México, la muerte materna reportada para el año 2014 fue de 77 muertes, es decir 68.1 fallecimientos por cada 100,000 nacidos vivos, cifra que duplica a la media nacional que llega a una razón de 38.9 por cada 100,000, es decir, existe el doble de riesgo de morir si una mujer está embarazada en este estado, esto no es más que un reflejo de los problemas de acceso y de atención a la salud en la zona, ya que un 72.7% ocurrieron dentro de las instituciones de salud disponibles, cabe mencionar que un 67.5% de las mujeres fallecidas estaban afiliadas al seguro popular y al IMSS Oportunidades, existiendo un 16.9% de ellas que no contaban con protección a la salud. (Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2014)

2.4.1.10 ECONOMÍA

Este estado tiene a sus municipios distribuidos en 15 regiones económicas que son: Metropolitana, Valles Zoque, De los Llanos, Mezcalapa, Altos Tsotsil y Tzeltal, Frailesca, De los Bosques, Norte, Istmo-Costa, Soconusco, Sierra Mariscal, Selva Lacandona, Maya, Tulijá Tzeltal-Chol y Meseta Comiteca Tropical. (Gobierno de Chiapas, 2015), (INEGI, 2017)

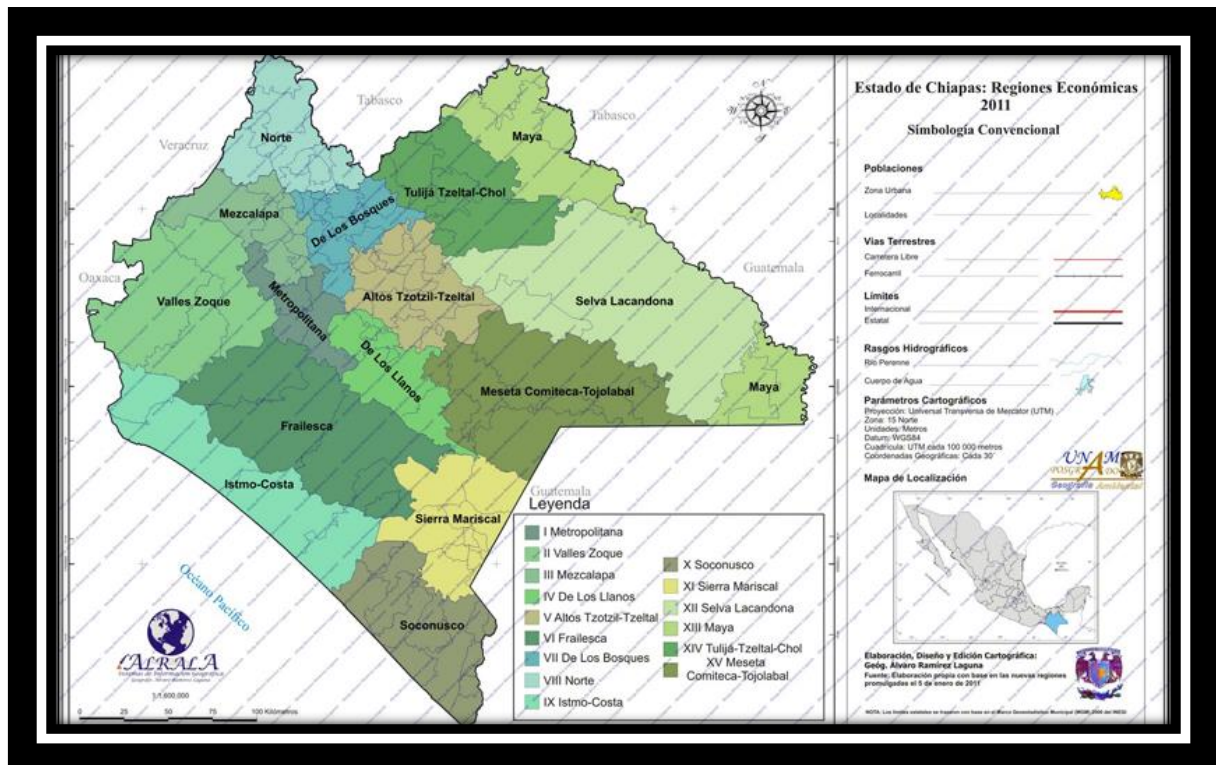


Ilustración 8. Mapa del estado de Chiapas con la delimitación de las regiones económicas. Fuente: Sitio Web SIPAZ.

A propósito de la economía del estado puede considerarse que existen similitudes con los indicadores económicos que se presentan a nivel nacional, esto no significa que las cosas vayan bien para nadie, en los últimos 5 años se ha vivido una disminución aproximada de 3 puntos porcentuales en la tasa de participación económica que ha tenido la población que supera los 12 años, esto quiere decir que la oferta de trabajo ha disminuido y únicamente un 44.5% del 73% de la población estatal que alcanza los 12 o más años percibe un ingreso económico, de estas personas el 95.6% se encuentran ocupadas ya sea como asalariados (55.93%) o como no asalariados (43.59%). (INEGI, 2015)

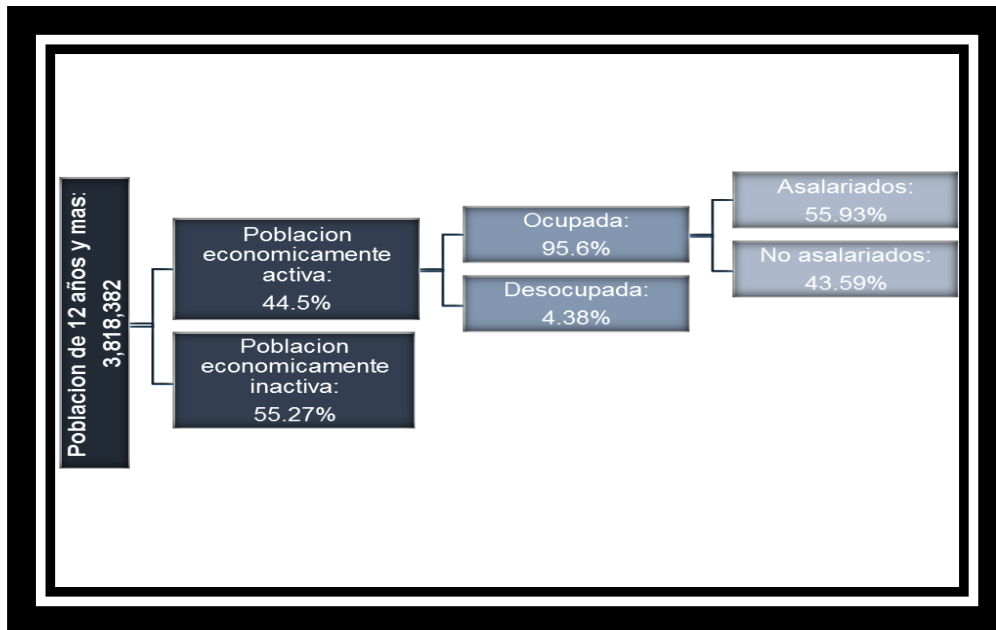


Diagrama 4. Indicadores económicos en Chiapas 2015. Elaborado con datos de encuesta intercensal, Chiapas 2015

Sobre las condiciones laborales, primeramente es necesario mencionar que el salario mínimo correspondiente al año 2014 en el área geográfica “B”, a la cual pertenece Chiapas, alcanza una cifra de 63.77 pesos diarios; de las personas que perciben un salario solo un 44.4% recibe prestaciones laborales, esto significa que más de la mitad carece de seguridad social, si se revisa esto en el caso de las mujeres, las cuales representan un 21.8% de la población económicamente activa (PEA), se notará que solo un 57.9% tiene estas prestaciones, aunque esta cifra supera al 38.8% de hombres con estas garantías de seguridad, resulta preocupante que queda desprotegido un 42.1% de mujeres, nuevamente no se está cumpliendo con lo necesario para mejorar la calidad de vida de la población. (CDSS, 2008), (Comisión Nacional de Salarios Mínimos, 2014), (INEGI, 2015)

Dentro de las actividades económicas que se desarrollan en el estado la principal actividad que se practica es la relacionada a la industria agropecuaria, la cual es ejercida por un 34.34% de la PEA dedicada al campo; seguida por un 31.42% de la población que se dedica al comercio y servicios; los profesionistas, técnicos y administrativos representan un 19.44% y solamente el 13.9% trabaja en la industria.

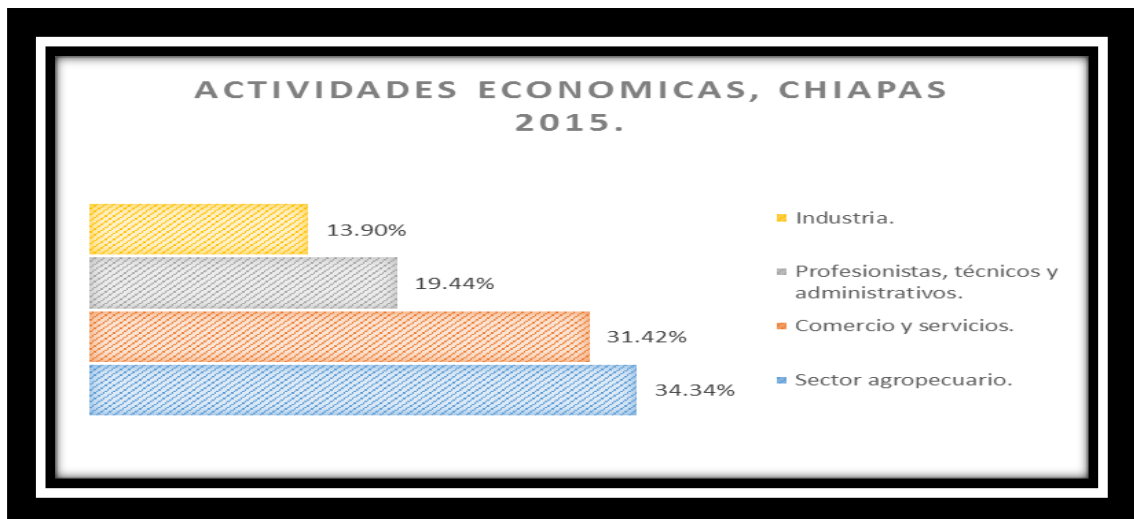


Grafico 7. Actividades económicas desarrolladas en el estado de Chiapas. Elaborado con datos de encuesta intercensal, Chiapas 2015

En el gráfico numero 8 puede observarse que un 54.6% de la población económicamente inactiva se dedica principalmente a los quehaceres del hogar, actividades que recaen principalmente en un 70% de mujeres, cuyas actividades erróneamente no son consideradas como un trabajo que merezca remuneración; un 29.6% de este sector que se dedica a estudiar, 10.5% que no realiza alguna actividad económica, quedando un 3.4% sufre de alguna discapacidad física que le impide trabajar y un 1.9% que se encuentra jubilado o pensionado. (INEGI, 2015)

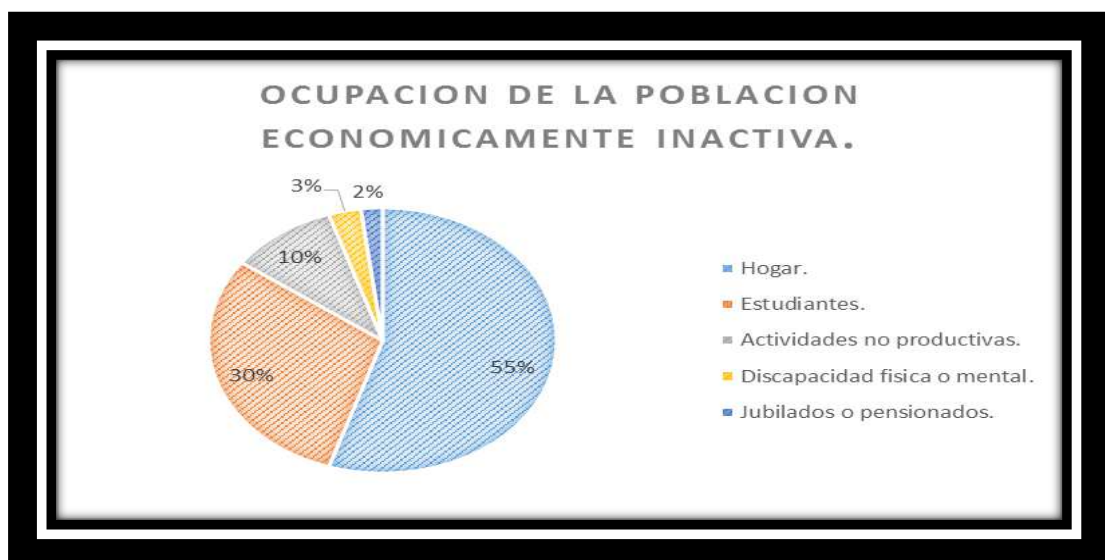


Grafico 8. Ocupación de la población económicamente inactiva en Chiapas. Elaborada con datos de encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

2.4.1.11 CULTURA

Chiapas es poseedor de una gran variedad étnica y cultural, es el sexto lugar en auto adscripción indígena, con un 7.3% de mexicanos que así se consideran, para el año 2015 en este estado se identificaron 1,886,104 personas que se reconocen como indígenas, es decir un 36.1% de la población estatal. Por otro lado en el aspecto del uso de lenguas indígenas, aquí se encuentra un 27.9% de la población nacional que las habla, posicionándose como el tercer lugar de la república en este rubro; además tiene el sexto puesto a nivel nacional de hablantes de lengua indígena que no utilizan el español, contando con 29.3% de las 909,356 personas en esta condición que habitan el país. Otro dato que es necesario mencionar es que 1,286,817 personas habitantes del estado con una edad de 5 o más años utiliza alguna lengua indígena para comunicarse, es decir, un 24.6% de su población, de los cuales un 71.1% habla también el español; un 78.4% de esta población hablante de alguna lengua indígena, se encuentra ubicada en las localidades con menos de 2,500 habitantes. (INEGI, 2015)

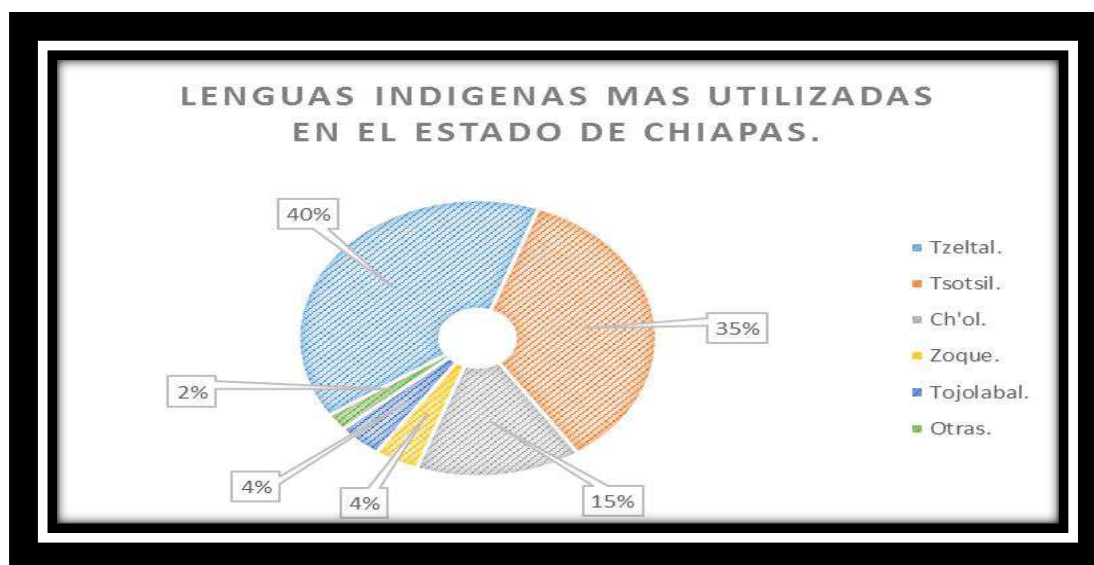


Grafico 9. Lenguas indígenas más utilizadas dentro del estado Chiapas. Elaborada con datos de encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

En este estado también se pueden encontrar cuatro de las lenguas indígenas más utilizadas a nivel nacional, el maya hablado por un 11.6% de la población a nivel nacional, el tzeltal con 7.5% de hablantes que lo hablan, siendo esta lengua la más usada en el estado por un 39.5% de sus habitantes; un 6.6% de la población

nacional habla el tsotsil, usada por un 34.8% de la población chiapaneca y el Ch'ol con un 3.4% de los mexicanos que hablan alguna lengua indígena y la tercera lengua más usada en el estado por un 15.4% de su población. (INEGI, 2015)

2.4.2 MUNICIPAL Y MICRORREGION

El municipio de Salto de Agua es uno de los 122 municipios pertenecientes al estado de Chiapas. Fue fundado con este nombre para hacer alusión al sitio llamado *Belha*, palabra que en Ch'ol significa *donde el río forma un salto*; esta decisión fue tomada por el intendente Agustín de las Cuentas Zayas el 20 de mayo de 1794, quien consideró una oportunidad para realizar un camino seguro, que brindara un sitio de refugio y descanso para el paso por la rivera del río Tulijá, cuyos caminos permitían una conexión entre Guatemala y México así como el paso entre Campeche y Tabasco, por lo cual se agrupó en poblados a los habitantes de la región que antes de la colonia ya estaban asentados en esa zona, dentro de estos destacan los choles y en menor cantidad los tzeltales, entre otros grupos. Es importante mencionar lo anterior por que se comprenderá la importancia de este municipio como paso comercial y en la actualidad para el paso de los inmigrantes; además se podrá comprender el por qué la mayoría de la población se encuentra distribuida en la periferia de la cabecera, donde ya tenían ancestros que habitaban el lugar. (Sitio Web INAFED)



Ilustración 9. Escudo del municipio de Salto de Agua, Chiapas. Fuente: Pagina Web INAFED-

2.4.2.1 FISIOGRAFÍA Y CLIMA

El municipio tiene una extensión de 1,232.272 Km², cifra que representa el 6.51% de la superficie de la región Selva, el 1.65% de la extensión total del estado.



Ilustración 10. Ubicación del Municipio de Salto de Agua, Chiapas. Fuente; Pagina web INAFED.

Este municipio se encuentra entre los paralelos 17°12' y 17°40' de latitud norte; los meridianos 91°53' y 92°30' de longitud oeste; con una altitud entre 0 y 1 200 m; la cabecera municipal se encuentra ubicada en el paralelo 17° 33' 20 de latitud norte y el meridiano 92° 20' 02 de longitud oeste, con una altitud de 19 metros sobre el nivel del mar. (INEGI, 2012), (Gobierno del estado de Chiapas, 2015) (INEGI, 2008)

Se localiza al norte del estado de Chiapas y pertenece a la región económica VI, denominada *Selva*; colindando al norte con el municipio de Palenque ubicándose al margen izquierdo del río Tulijá, y el estado de Tabasco; al este con Palenque y Chilón; al sur con los municipios de Chilón y Tumbalá; y al oeste con Tila y el estado de Tabasco. La cabecera municipal limita al este con el ejido Santa Rita, al sur con el ejido Las Nubes, al norte con la población Zopo Sur (Macuspana, Tabasco) y al sur con la primera sección del Ejido Lucero. (INEGI, 2008)

En relación al clima, presenta un rango de temperatura promedio que oscila entre los 20° y 28°C, con predominio de clima cálido húmedo con lluvias todo el año. El rango de precipitación es de 2 500 – 4 500 mm. (Prontuario de información geográfica municipal, Salto de Agua, Chiapas, 2008)

El municipio se encuentra en la región hidrológica del Grijalva – Usumacinta, en las cuencas Grijalva–Villahermosa (98.96%) y Usumacinta (1.04%), entre los que destacan los ríos: Tulijá (66.07%), Bascá (19.99%), Macuspana (12.13%), Chacamax (1.04%) y Chilapa (0.77%). Existiendo además cuerpos de agua perennes e intermitentes y cascadas como Coleen-Ha y Misol Ha. (Prontuario de información geográfica municipal, Salto de Agua, Chiapas, 2008)

El 46.96% del suelo de la región es pastizal cultivado, otro 46.96% es selva, 4.76% se utiliza para la agricultura y solo un 0.29% es zona urbana. (Prontuario de información geográfica municipal, Salto de Agua, Chiapas, 2008)

El municipio abarca una parte del Área de Protección de Flora y Fauna Cascadas de Agua Azul.

2.4.2.2 VÍAS DE ACCESO Y TRANSPORTE

Existen dos formas de acceso por vía terrestre a la cabecera municipal, a través de la carretera federal 199, tramo Ocosingo-Palenque, hasta el entronque Francisco I. Madero, siguiendo por la carretera estatal 243, entronque con la carretera federal 186 a la ciudad de Villahermosa; esta es la ruta principal consistente en una carretera revestida, con numerosos tramos en mal estado que incluso llega a ser de un solo carril, es la vía de mayor afluencia por las comunidades ubicadas en su trayecto. La otra vía es por la carretera que va de la ciudad de Villahermosa a Chetumal, haciendo una desviación por APASCO, siguiendo el camino por la carretera aproximadamente 24 km, de los cuales la mitad son del estado de Tabasco y la otra mitad pertenecen a Chiapas.

Las carreteras internas, en su mayoría de terracería son transitables casi todo el año, excepto en los meses de mayor precipitación pluvial, ya que esto dificulta el tránsito sobre ellas, dejando sin comunicación una parte del territorio salteño.

Puede decirse que este municipio se encuentra muy bien comunicado, la ciudad de Palenque Chiapas se encuentra a una distancia de 90 kilómetros por la carretera circuito del golfo y a 81 kilómetros por la carretera del valle del Tulijá, haciéndose un recorrido de a dos horas de camino, Tila Chiapas se encuentra a 58 kilómetros y la ciudad de Villahermosa en el estado de Tabasco a una distancia de 86 kilómetros por la carretera circuito del Golfo.

Existe un fácil acceso de entrada y salida a esta cabecera, los viajes a Palenque corren a cargo de las suburbanas o camionetas de doble cabina, siguiendo la ruta de la carretera hacia el poblado Francisco I. Madero, realizando innumerables paradas en los ejidos y comunidades de dicha carretera. También se cuenta en el municipio con una terminal de autobuses de la compañía TRT, la cual ofrece viajes a la ciudad de Macuspana y Villahermosa, la desventaja de estos son sus horarios limitados consistentes en 4 corridas que salen a las 5:00, 6:00, 13:00 y 15:00 horas. Dentro de la cabecera el desplazamiento se hace en autos particulares que fungen como taxis colectivos y algunos proporcionan servicios especiales a la carretera de Macuspana, Tabasco o al ejido Limar Tila.

2.4.2.3 COMUNICACIÓN

Dentro de la cabecera municipal se cuenta con Internet que es proporcionado por la principal compañía telefónica de nuestro país; a este tienen acceso las casas habitación, negocios y algunas escuelas. Cabe mencionar que esta condición para otras localidades del municipio puede verse nulo o limitado a tener que requerir de Internet satelital. Igualmente existe acceso a telefonía celular que es proporcionada por diferentes compañías, cuya red sólo cubre la cabecera municipal y algunas comunidades aledañas.

La cabecera municipal dispone de una oficina de correo y una de telégrafos; no existe una oficina bancaria, pero se puede tener acceso a un cajero automático, hay también algunos establecimientos comerciales que aceptan tarjeta de crédito o débito, además de ofrecer el servicio de retiro de dinero en efectivo.

Las agencias rurales cuentan con antenas y radios para comunicarse con el Ayuntamiento.

2.4.2.4 DEMOGRAFÍA

La población total del municipio representa el 1.21% de la población estatal, para el año 2015 se contaron 63,446 habitantes, de los cuales 31,442 son hombres y 32,004 mujeres; existiendo 98.2 hombres por cada 100 mujeres.

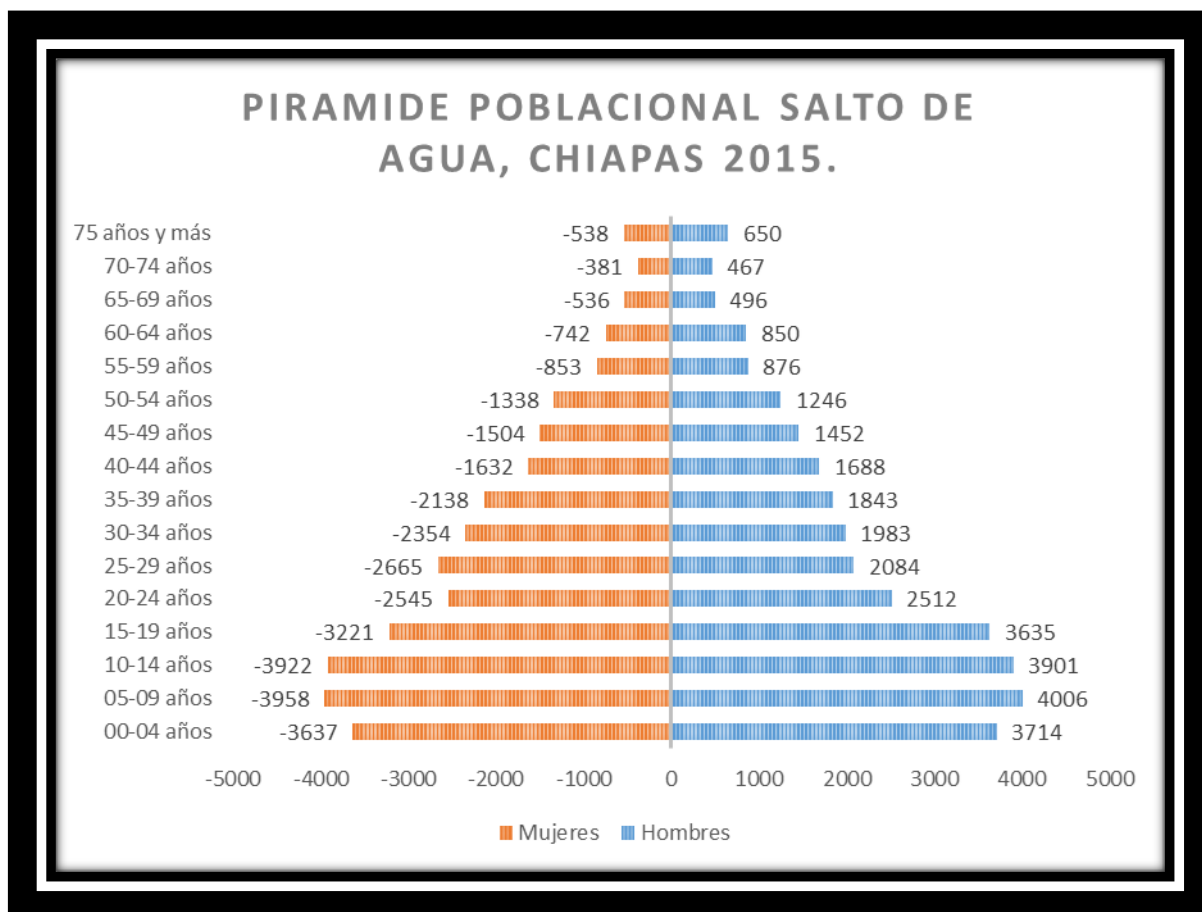


Grafico 10. Pirámide poblacional del municipio de Salto de Agua para el año 2015. Elaborada con datos de encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

Para el mes de enero del 2014 en la cabecera municipal de Salto de Agua se tienen registrados un total de 5,618 habitantes, 2,686 del sexo masculino y 2,932 del sexo femenino; dándose una relación de 91.6 hombres por cada 100 mujeres; si se toma en cuenta lo anterior nos daremos cuenta de que la población de esta microrregión representa un 8,85% de la población municipal y el 0.1% de la estatal.

Tabla 6. Número de habitantes por sexo y grupo etario, cabecera municipal de Salto de Agua, Chiapas.				
Porcentaje%	Hombres	Grupos de edad	Mujeres.	Porcentaje %
5.47	308	0-4 años.	276	4.91
5.06	284	5-9 años.	316	5.62
2.39	134	10-11 años.	99	1.76
2.92	164	12-14 años.	163	2.9
5.16	290	15-19 años.	296	5.27
3.61	203	20-24 años.	267	4.75
3.52	198	25-29 años	265	4.72
3.33	187	30-34 años	232	4.13
3.08	173	35-39 años	210	3.74
3.1	174	40-44 años	175	3.11
2.17	122	45-49 años	142	2.53
1.76	99	50-59 años	124	2.21
1.6	90	55-59 años	97	1.73
1.26	71	60-64 años	92	1.64
1.25	70	65-69 años	64	1.14
0.93	52	70-74 años	50	0.89
1.19	67	75 Y más.	64	1.14
	2,686	Total: 5,618	2,932	

Tabla 6. Número de habitantes por sexo y grupo etario en la cabecera municipal de Salto de Agua, Chiapas. Elaborada con datos de cedula de microdiagnostico 2013.

Con respecto a los datos presentados en los gráficos 10 y 11, se puede notar que existen similitudes en las características de las pirámides poblacionales de la cabecera y el municipio, un 47.3% de habitantes en el municipio tiene menos de 18 años, mientras que este grupo etario en la microrregión alcanza un 41.46% de la población censada, en ambos casos la población entre cinco y nueve años es el grupo etario predominante, todo esto nos refleja una población joven, característica que se comparte en todo el estado. (INEGI, 2015)

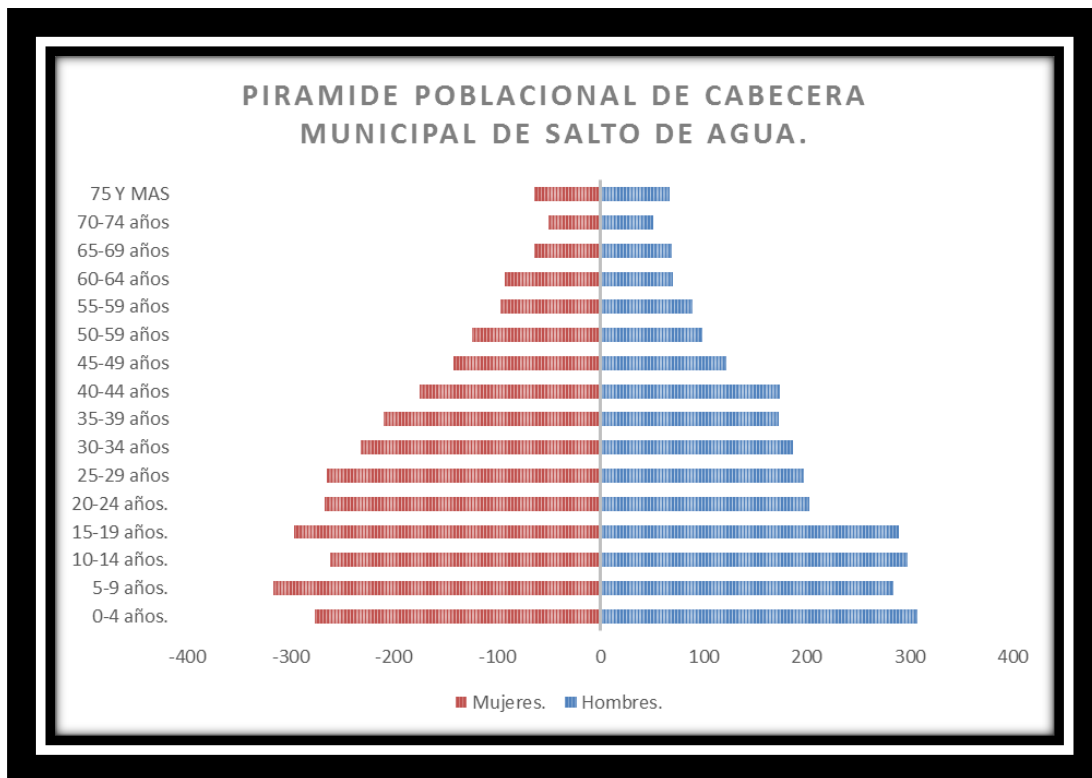


Grafico 11. Pirámide poblacional de la cabecera municipal de Salto de agua. Elaborada con datos de datos de cedula de microdiagnostico 2013.

Durante el último quinquenio en este municipio se presentó una tasa de crecimiento de 2.18, cifra ligeramente más alta con respecto a la estatal. La tasa global de fecundidad en el municipio es de 2.52 hijos por mujer, esto se aproxima a lo que se presenta en el estado; por otro lado, para el 2014 se reporta en el municipio una tasa de mortalidad un 50% menor que lo reportado para el estado con apenas 2.67 muertes por cada mil habitantes. (INEGI, 2015)

Lamentablemente no se cuenta con información de años previos para poder evaluar los cambios que se han dado en la microrregión de Salto de Agua, sin embargo con los 88 nacimientos que se recibieron durante el año, se obtuvo una tasa de 15.6 nacidos vivos por cada mil mujeres en edad reproductiva, así mismo considerando a las 1587 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) contempladas en el micro diagnóstico, la tasa general de fecundidad es de 55.4 hijos vivos por cada 1,000 mujeres en edad fértil, este dato es considerablemente más bajo que lo que ocurre

en el estado y en el mismo municipio donde alcanza cifras de 74.2 y 88.1 respectivamente.

En cuanto a la mortalidad, se tienen registradas 129 actas de defunción de personas pertenecientes a las comunidades del municipio, donde los grupos de edad de 20 a 59 años y los mayores de 60 años son los que más muertes presentaron con un 34.1% y un 58.1% respectivamente; existiendo un predominio en el sexo masculino.

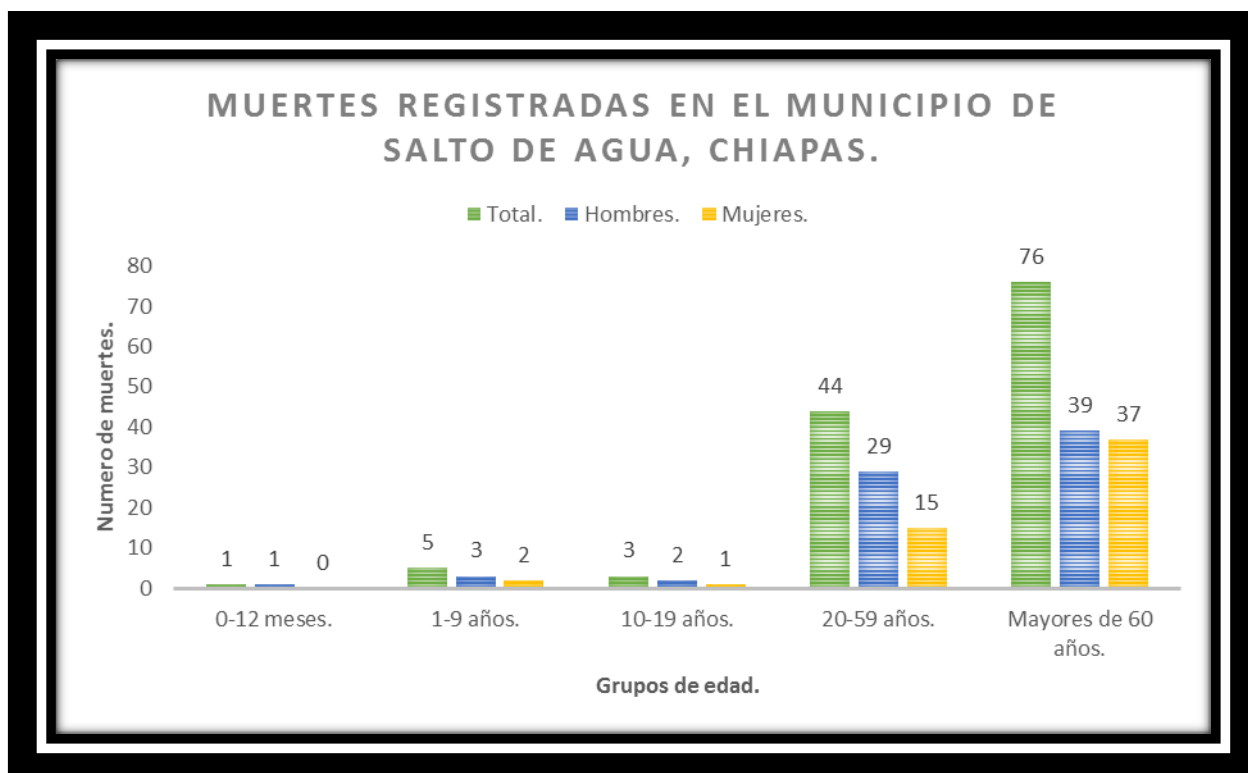


Grafico 12. Muertes registradas por sexo y grupo etario en el municipio de Salto de Agua durante el año 2014. Elaborada con datos de registro civil.

De las muertes registradas, un 45.1% fue de habitantes de Arroyo Encanto, Chuchulumil, Ejido Buena Vista, Ejido Cerro Norte, Chivalito, Ejido Luis Echeverría, y San Pedro Sabana; poblados, ejidos o rancherías del municipio. Otro 35.6% de personas pertenecientes a las comunidades de Actiepa, Dos arroyos, Cenobio Aguilar, Ignacio Zaragoza, El Bascan, El Progreso, El zapote, San Miguel, Suclumpa, Lucero Segunda, Punta Brava, Potioja y Tiempopa. Por último se tienen registradas 25 muertes (19.3%) en la cabecera municipal.

Dentro de la cabecera municipal, se encontró que un 60% de las muertes fue del sexo masculino, quedando 2 muertes sin un sexo definido al ser muertes intrauterinas; el grupo etario donde más muertes se presentaron fue el de los mayores de 60 años en un 56%, seguido por un 20% de personas entre los 20 y 59 años.

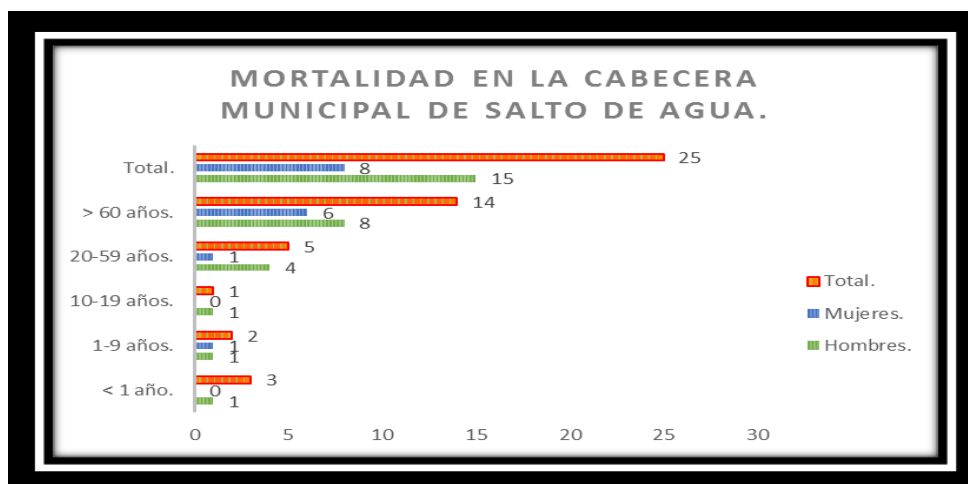


Grafico 13. Muertes registradas por sexo y grupo etario en la cabecera municipal de Salto de Agua durante el año 2014. Elaborada con datos del Centro de Salud durante el año 2014.

En cuanto a la mortalidad registrada en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, los procesos de neumonía fueron la principal causa de muerte en un 20% de los casos, esto llama la atención ya que a nivel estatal esta patología alcanza el séptimo puesto de importancia en este rubro, afectando principalmente a hombres en los extremos de la vida; los problemas cardiacos y por complicaciones de DM2 comparten el mismo puesto en número de defunciones con un 16% de las muertes respectivamente, encontrando que el 100% de las muertes por complicaciones de la diabetes fue en mujeres arriba de los 60 años, mientras que para las patologías cardiacas afectaron en un 75% a los hombres arriba de los 55 años. Un 12% de las muertes fue de naturaleza oncológica, donde se tienen reportados un caso de muerte por cáncer pulmonar y uno por cáncer de estómago en hombres arriba de los 50 años; además de un caso de cáncer cervicouterino en una mujer de 58 años. Otro 12% de las muertes fue por insuficiencia hepática en hombres arriba de los 55 años relacionados a alcoholismo, un 8% fueron dos muertes intrauterinas y una muerte perinatal; una muerte estuvo relacionada con edad avanzada, una con traumatismo craneoencefálico en un hombre de 19 años y una muerte de un joven

de 16 años por insuficiencia renal. Puede observarse en la tabla 7, que existe mucha similitud con las principales causas de muerte dentro del estado para el mismo año. (INEGI, 2014)

Tabla 7. Causas de mortalidad registradas en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, Chiapas, 2014.			
Sexo.	Edad.	Causa.	Sitio que ocupa de importancia a nivel estatal.
Indeterminado.	< 1 semana.	Óbito.	8 ^a
Indeterminado.	< 1 semana.	Óbito.	8 ^a
Masculino.	9 meses.	Muerte de cuna.	8 ^a
Femenino.	2 años.	Neumonía.	7 ^o
Masculino.	4 años.	Neumonía.	7 ^o
Masculino.	16 años.	Insuficiencia renal.	9 ^o
Masculino.	19 años.	TCE.	5 ^a
Masculino.	55 años.	IAM.	1 ^a
Masculino.	55 años.	Insuficiencia hepática.	4 ^a
Masculino.	56 años.	Ca. Estomago.	3 ^a
Femenino.	58 años.	Ca. CU ⁴ .	3 ^a
Femenino.	60 años.	Complicaciones de la DM2.	2 ^a
Masculino.	61 años.	Insuficiencia hepática.	4 ^a
Masculino.	61 años.	Ca. Pulmonar.	NA
Femenino.	64 años.	Complicaciones de la DM2.	2 ^a
Masculino.	64 años.	Insuficiencia hepática.	4 ^a
Masculino.	65 años.	Neumonía.	7 ^o
Femenino.	66 años.	Complicaciones de la DM2.	2 ^a
Femenino.	67 años.	Complicaciones de la DM2.	2 ^a
Masculino.	70 años.	IAM.	1 ^a
Masculino.	71 años.	Insuficiencia cardiaca.	1 ^a
Masculino.	73 años.	Neumonía.	7 ^o
Femenino.	74 años.	Neumonía.	7 ^o
Femenino.	87 años.	IAM.	1 ^a
Masculino.	89 años.	Edad avanzada.	NA

Tabla 7. Causas de mortalidad registradas en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua durante el 2014. Elaborada con datos del Centro de Salud durante el año 2014 y con datos de INEGI 2014.

Otro dato importante es que se tiene un registro de muerte materna en el periodo 2012-2016, que ocurrió en el año 2015, esto según los datos proporcionados por el Departamento de Enseñanza de la Jurisdicción VI Selva

⁴ Se trata de la tercera causa de muerte en el sexo femenino en el estado de Chiapas.(INEGI, 2014)

Palenque. De acuerdo con los datos obtenidos por el medico pasante que se encontró laborando durante el periodo febrero- enero 2017, existe una tasa de 111 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, casi el doble de la tasa nacional. (Díaz, 2018)

La densidad de población en el municipio es de 51.4 habitantes por kilómetro cuadrado, casi 20 personas menos por kilómetro que los que suelen haber en el estado, únicamente la cabecera municipal alcanza a tener más de 5,000 habitantes, el resto de las localidades se componen por menos de 2,500 habitantes, un 59.4% no tienen más de cien habitantes. (INEGI, 2015), (CEIEG, 2018)

2.4.2.5 EDUCACION

A propósito de la escolaridad, en el municipio existen 40,229 personas con 15 o más años, de las cuales un 58% cuenta con una educación básica, cifra muy similar a la estatal; un 17.3% cuenta con una educación media superior y solo un 3.2% llega a recibir una educación superior, si se compara esta última cifra con lo que pasa en el estado se notaran 8.5 puntos porcentuales menos. Dicho lo anterior se concluye que el promedio de años de estudio que alcanza esta población es de 5.9, y que las mujeres cuentan con una menor escolaridad que los hombres, prueba de la inequidad a la que estas se enfrentan. Otro dato que conviene mencionar es que un 21.2% de la población no tiene escolaridad, un 6.6% más que lo que se presenta en el estado. (INEGI, 2015)

Tabla 8. Nivel de escolaridad en el municipio de Salto de agua.					
Sexo.	Población de 15 años y más.	Sin escolaridad.	Educación básica.	Educación media superior.	Educación superior.
Hombres	19,782	18.8 %	62 %	20.5 %	3.5 %
Mujeres	20,447	28.4 %	54.2 %	14.2 %	2.9 %
Total	40,229	21.2 %	58 %	17.3 %	3.2 %

Tabla 8. Nivel de escolaridad que se presenta en el municipio de Salto de agua, Chiapas. Elaborada con datos de encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

Los datos que se reportan con respecto a la población estudiada, indican que de las 3,874 personas mayores de 15 años que habitan en esta cabecera, solo un 26.6% estudio la primaria y de estos un 25% no la termino; un 26.9% de la población cuenta

con estudios de secundaria, de este porcentaje un 18.6% no completó estos estudios; lo anterior nos lleva a concluir que el 53.5% de las personas censadas cuenta con educación básica, un 23.1% tiene una educación media superior y solo un 5.1 % realizó estudios superiores, quedando además 709 personas que no tienen estudios. Esto demuestra que la escolaridad es similar a las cifras municipales y estatales para la educación básica, incluso superiores en cuanto a educación superior y media superior, condición relacionada a que las personas censadas se ubican en la localidad más grande del municipio por lo que tienen más acceso a planteles de educación, sin embargo, considerando que las poblaciones con menor número de habitantes tienen menores índices de educación que las poblaciones grandes, llama la atención el panorama dentro de las localidades más pequeñas que no alcanzan ni a los cien habitantes.

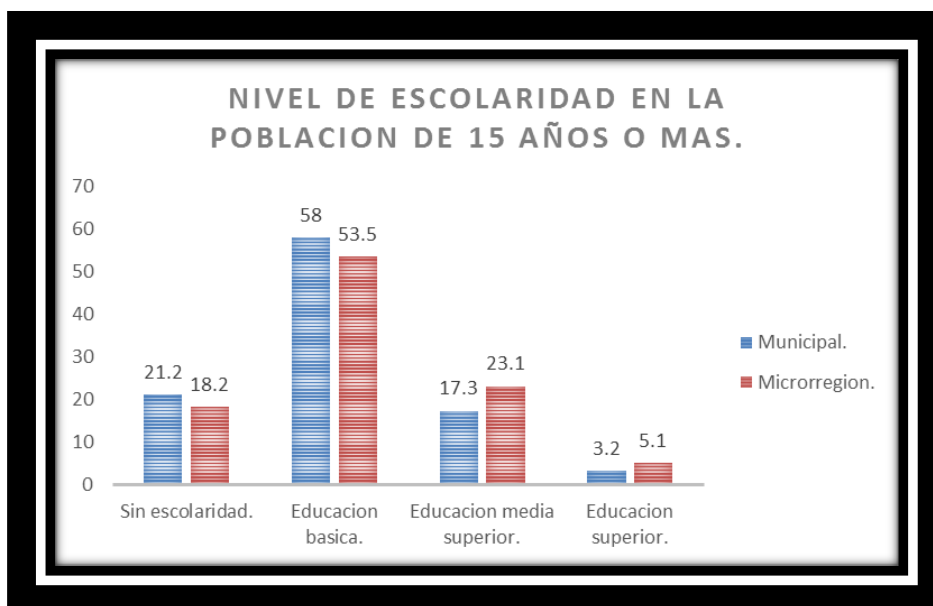


Grafico 14. Comparación del nivel educativo entre las poblaciones del municipio de Salto de Agua y la cabecera municipal de Salto de Agua. Elaborado con datos del microdiagnostico 2013 y encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

La cabecera municipal de Salto de Agua cuenta con cinco escuelas de nivel preescolar, seis escuelas primarias, dos secundarias y dos instituciones de nivel medio superior, un CECYT y una preparatoria; no se dispone de datos que permitan determinar la asistencia a estas instituciones, pero se comprenderá que su matrícula debe aumentar por el número de personas que viaja de otras comunidades a los centros de estudio de esta zona.

En cuanto a la asistencia escolar, de los 59,095 habitantes en el municipio con 3 o más años de edad, existe una asistencia total de 37.62%, donde un 51.5% son hombres y un 48.5% son mujeres; los menores en edad escolar básica presentan una asistencia escolar de 90.5%, mientras que después de los 15 años el porcentaje va disminuyendo hasta llegar a un 2.32% en la población de 30 años y más. (INEGI, 2015)

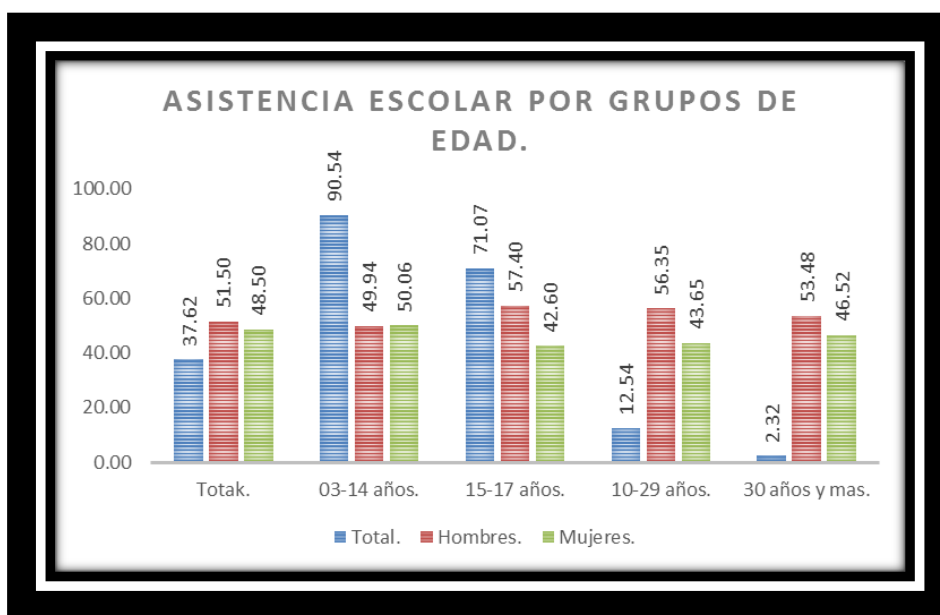


Gráfico 15. Asistencia escolar por grupos de edad en el municipio de Salto de Agua, Chiapas. Elaborada con datos de encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

Otro aspecto a destacar sobre educación en el municipio de Salto de Agua es que la tasa de analfabetismo afecta a un 23.84% de las personas mayores de 15 años, situación que supera en 14.8 puntos porcentuales el porcentaje estatal y está en un 67.98% integrado por mujeres que no saben leer ni escribir. Esta situación está menos acentuada en la cabecera municipal, donde la tasa de analfabetismo únicamente de un 13.9%, cifra incluso inferior a la estatal. (INEGI, 2015)

2.4.2.6 VIVIENDA

Existen 13,534 viviendas particulares habitadas en el municipio, esta cifra representa el 1% de total estatal, y al igual que en las cifras estatales el mayor porcentaje de estas son casas con un 98.83%, que en el 92.5% de los casos son de tenencia propia, hay un promedio de 4.9 habitantes por vivienda y un promedio de 1.78 habitantes por habitación. (INEGI, 2015)

En la cabecera municipal se tienen registradas 1,359 viviendas que representan el 10% de las viviendas en todo el municipio, un 94% son de tenencia propia. Hay un promedio de 4 habitantes por vivienda y de 1.7 personas por habitación.

A nivel municipal un 79.8% de las casas tiene piso firme, un 17.2% piso de tierra y un 2.9% utiliza algún material como mosaico, madera u otros. Mientras que en la población de la cabecera municipal 1275 casas tienen piso firme, 50 tienen piso de madera y 34 viviendas tienen un piso de tierra. (INEGI, 2015)

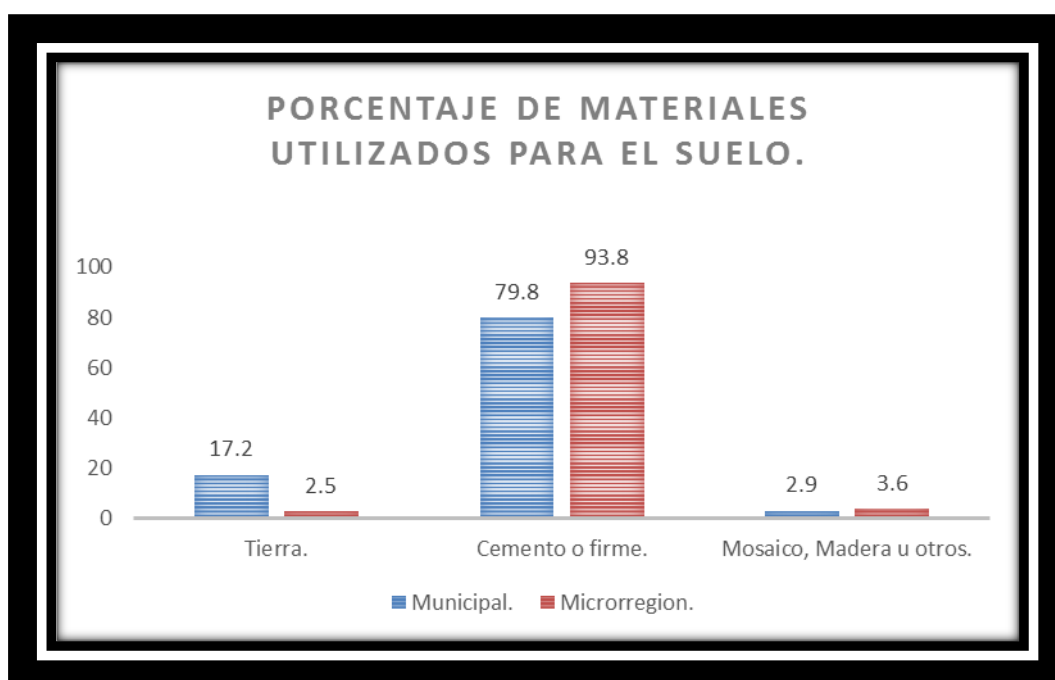


Grafico 16. Material utilizado para los pisos de las viviendas a nivel Municipal y de la cabecera municipal de Salto de Agua, Chiapas, 2014. Elaborado con datos del microdiagnostico 2013 y encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

Un 91.7% de las casas en el municipio de Salto de agua cuenta con techos de lámina, 6.27% con techo de concreto y un 1.14% utiliza lámina de cartón como

techo, esto resulta preocupante porque significa que 154 familias o más tienen que utilizar este material para resguardarse de un clima lluvioso todo el año. (INEGI, 2015)

A nivel de la cabecera municipal existen marcadas diferencias con las características habitacionales del municipio, 699 casas cuentan con techo de lámina, otras 659 tienen techo de concreto y hay una casa con teja, no se tiene registro del uso de otros materiales, esto indica que las condiciones de vivienda son mucho mejores que las del resto de las localidades.

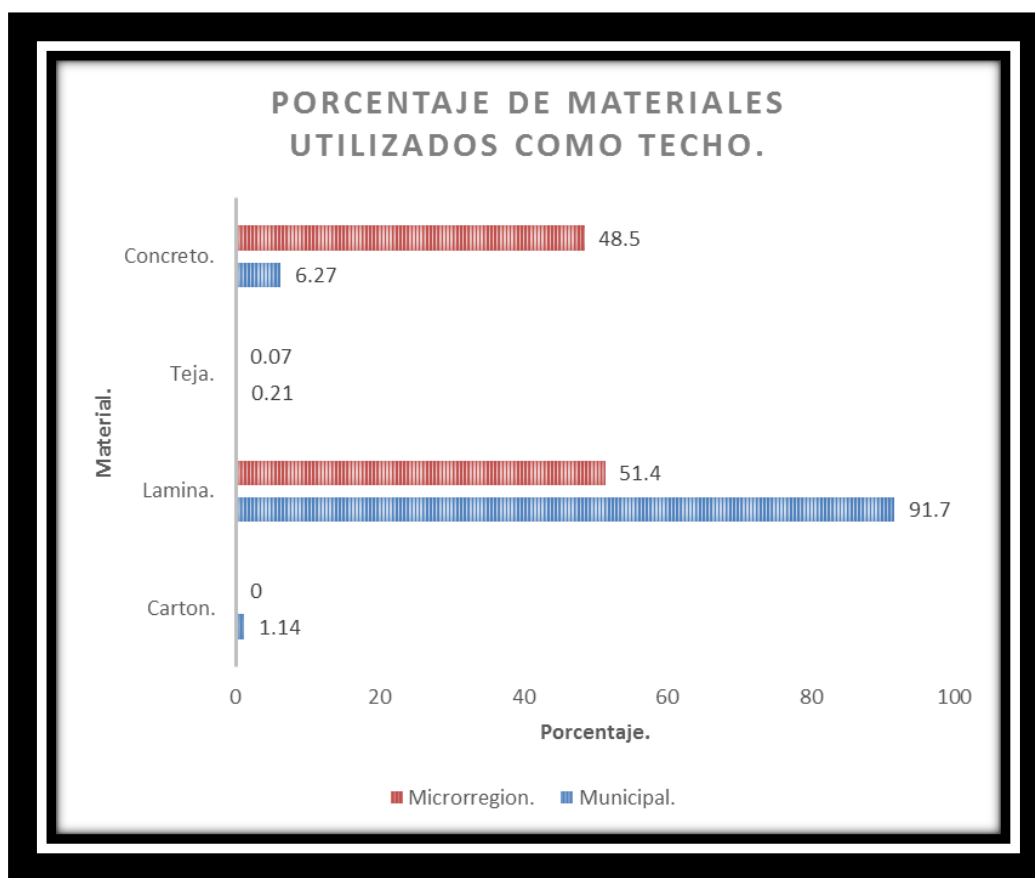


Grafico 17. Material utilizado para los techos de las viviendas a nivel Municipal y de la cabecera municipal de Salto de Agua, Chiapas, 2014. Elaborado con datos del microdiagnostico 2013 y encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

En cuanto al material de los muros en el municipio, el 74.9% cuenta con muros de materiales perdurables, mientras que el 22.3% utiliza madera o adobe; en este aspecto es donde más parecido hay con la microrregión y los niveles estatales,

existen en la cabecera municipal de Salto de Agua 1033 casas de block, 323 de madera o adobe y otras tres casas de otros materiales. (INEGI, 2015)

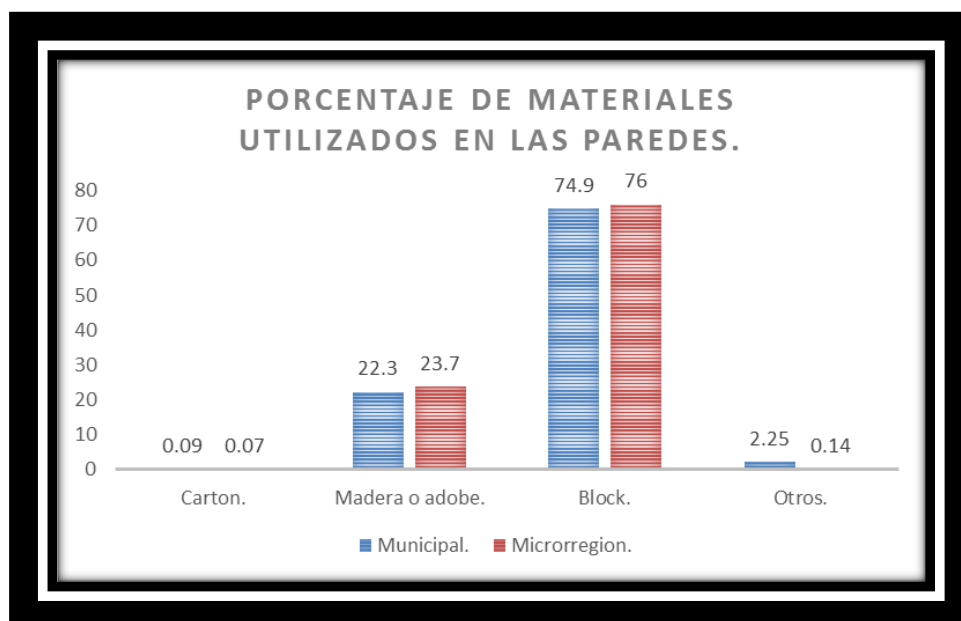


Grafico 18. Material utilizado para las paredes de las viviendas a nivel Municipal y de la cabecera municipal de Salto de Agua, Chiapas, 2014. Elaborado con datos del microdiagnostico 2013 y encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

Sobre los servicios básicos en el municipio, el 90% de la población cuenta con agua entubada, del cual un 21.6% se encuentra dentro de la vivienda y un 78.3% dispone de agua fuera de la vivienda pero dentro del terreno donde habitan; mientras que el 9.6% de la población obtiene agua por acarreo, de esta población, el 67.2% se extrae de un pozo, el 19.8% se extrae de un río, arroyo o lago; el 5.58% de una llave comunitaria, 5.14% extrae el agua de otra vivienda y un 0.20% recolecta el agua de la lluvia. (INEGI, 2015)

Entubada.			Por acarreo.					
Total	Dentro de la vivienda.	Fuera de la vivienda.	Total	Llave comunitaria.	Otra vivienda.	Pozo	Río, arroyo, lago.	Lluvia.
90%	21.6%	78.3%	9.6%	5.58%	5.14%	67.2%	19.8%	0.2%

Tabla 9. Disponibilidad de agua para el municipio de Salto de Agua. Elaborada con datos de encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

El abastecimiento de agua para la cabecera municipal en un 100% de las viviendas es por agua entubada, sin embargo existen casas a las que durante la época de lluvias llega en malas condiciones, con partículas de tierra y microorganismos que

favorecen la aparición de enfermedades gastrointestinales cuando antes de ser bebida no recibe un trato adecuado. Sobre este tema tiene que decirse que un 89% de la población trata con cloro el agua que bebe, un 10% la hierve y un 1% la ingiere sin tratarla; puede concluirse que el manejo del agua para ingerir en la población es adecuado, sin embargo quedan 13 hogares con los que aún se tiene que trabajar este tema para reducir riesgos en salud.

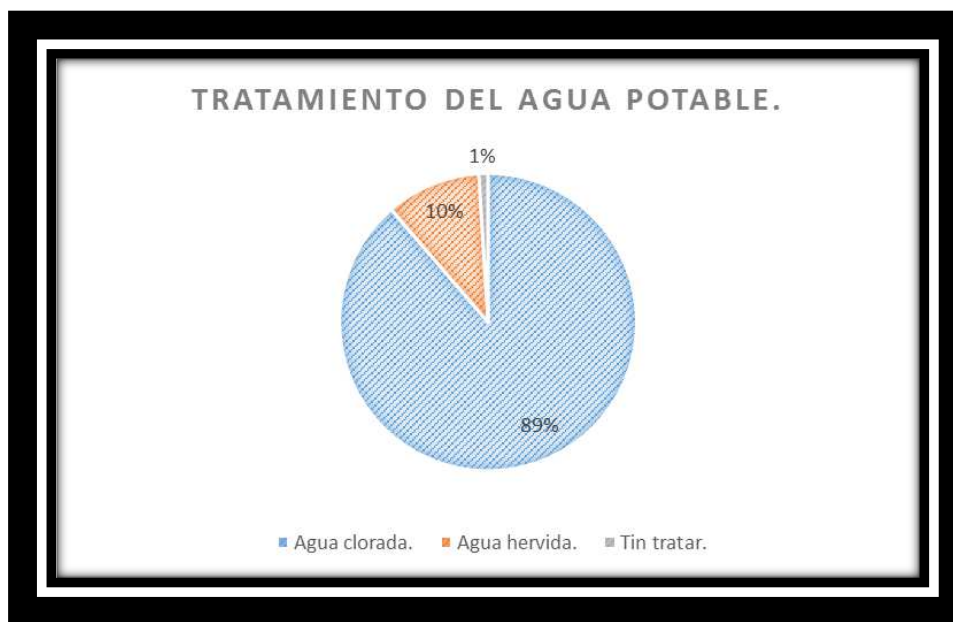


Gráfico 19. Tratamiento del agua potable en la cabecera municipal de Salto de Agua, Chiapas, 2014. Elaborado con datos del microdiagnostico 2013.

A propósito del manejo de excretas el 91.4% de las viviendas a nivel municipal cuenta con sanitario, del cual el 92.5% tiene taza de baño; el 7.4% letrinas o pozos y un 8.1% no dispone de servicio sanitario. (INEGI, 2015)

En el caso de la población censada, en la cabecera un 99% cuenta con sanitario, en un 96% de estos casos con taza de baño; queda un 1% de viviendas que dispone de sus excretas al ras del suelo favoreciendo la aparición de enfermedades gastrointestinales.

Un 86.2% de las viviendas en el municipio cuenta con drenaje, de estas un 23.8% está conectado a la red pública y 68.4% tiene fosa o tanque séptico; aunque existen similitudes con el nivel estatal en cuanto a la disposición de drenaje, quedan 9257 viviendas en el municipio que no tienen acceso a la red pública de drenaje, las cuales tienen que hacer uso de fosas sépticas, si se toma en cuenta que el porcentaje de uso de la red pública reportado en el estado es de 35.8%, y que del 99% de casas con drenaje en la cabecera municipal, un 82% es usuaria de este servicio, se notará que nuevamente son las localidades más pequeñas las privadas de los servicios más básicos y por ende las más propensas a presentar enfermedades.

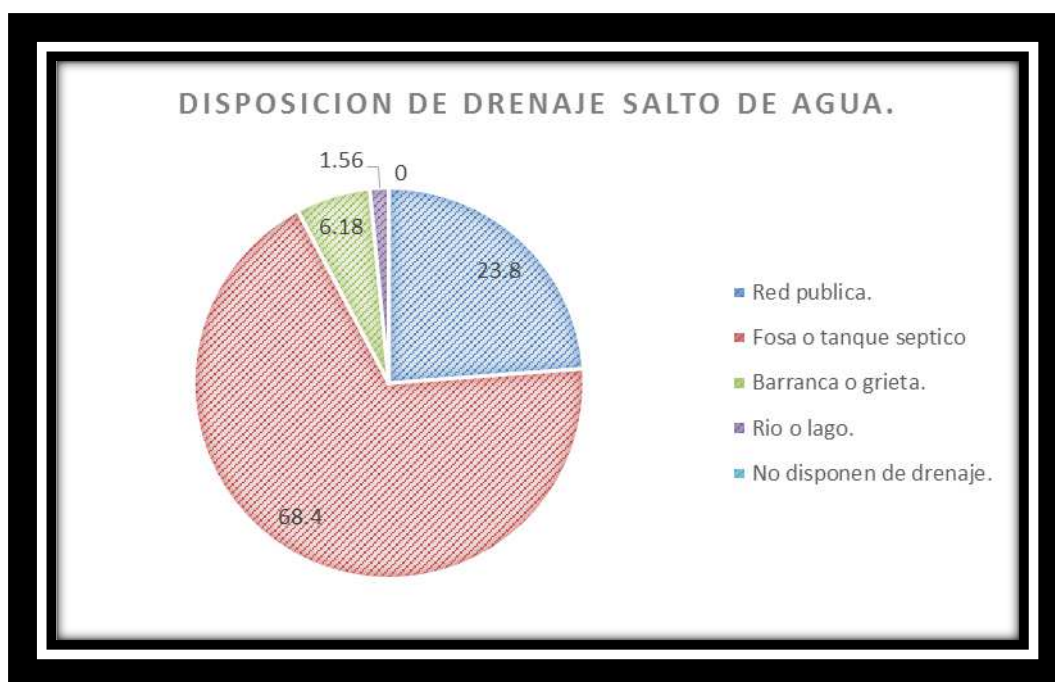


Grafico 20. Disposición de drenaje en el municipio de Salto de agua, Chiapas, 2014. Elaborado con datos del microdiagnostico, 2013.

El 96.4% de las viviendas cuenta con energía eléctrica en el municipio, mientras que un 99% de las viviendas en la cabecera tiene acceso a este servicio.

Para la eliminación de residuos a nivel municipal, el 13.1% cuenta con servicio de recolecta, cifra muy inferior a lo reportado en el estado; el 83.8% elimina sus

deshechos quemándolos, el 0.8% los entierran o tiran en otro lugar y el 1.8% los tiran en basureros o los colocan en contenedores o depósitos. (INEGI, 2015)

Dentro de la población de la cabecera municipal 1187 casas recurren a la red municipal para manejar sus desechos, 9 la incineran, 153 la entierran y 10 la dejan a cielo abierto.

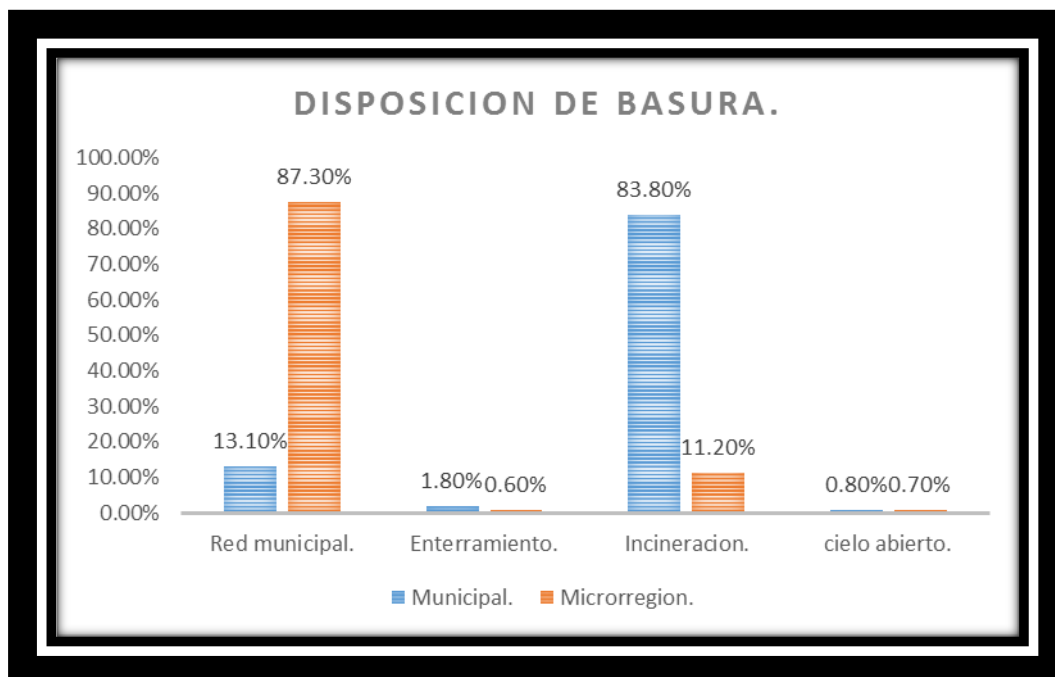


Grafico 21. Disposición de basura en el municipio y la cabecera de Salto de agua, Chiapas, 2014. Elaborado con datos del microdiagnostico, 2013 y encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

2.4.2.7 SALUD

Claramente la situación en cuanto a salud no es la mejor, el municipio de Salto de Agua cuenta con un total de 46 médicos registrados a las instituciones de salud pública, esto significa que hay una razón de 1379.26 personas por cada médico, cifra que supera cuatro veces a lo ideal, que es un médico por cada 333 personas. Existen en el municipio un total de 26 unidades médicas de consulta externa, esto significa que existe una unidad por cada 11.8 localidades. (INEGI, 2015)

El porcentaje de afiliación a algún servicio de salud en el municipio es de un 86.7%, del cual el 94.8% pertenece al Seguro Popular, 3.1% está afiliada al IMSS, 1.76% al ISSTE, 0.39% pertenece a PEMEX, Defensa o Marina; 0.7% de la población

cuenta con seguros privados y 0.3% de la población está afiliada a otras instituciones; quedando un 12.7% de la población municipal sin afiliación a ningún servicio de salud. (INEGI, 2015)

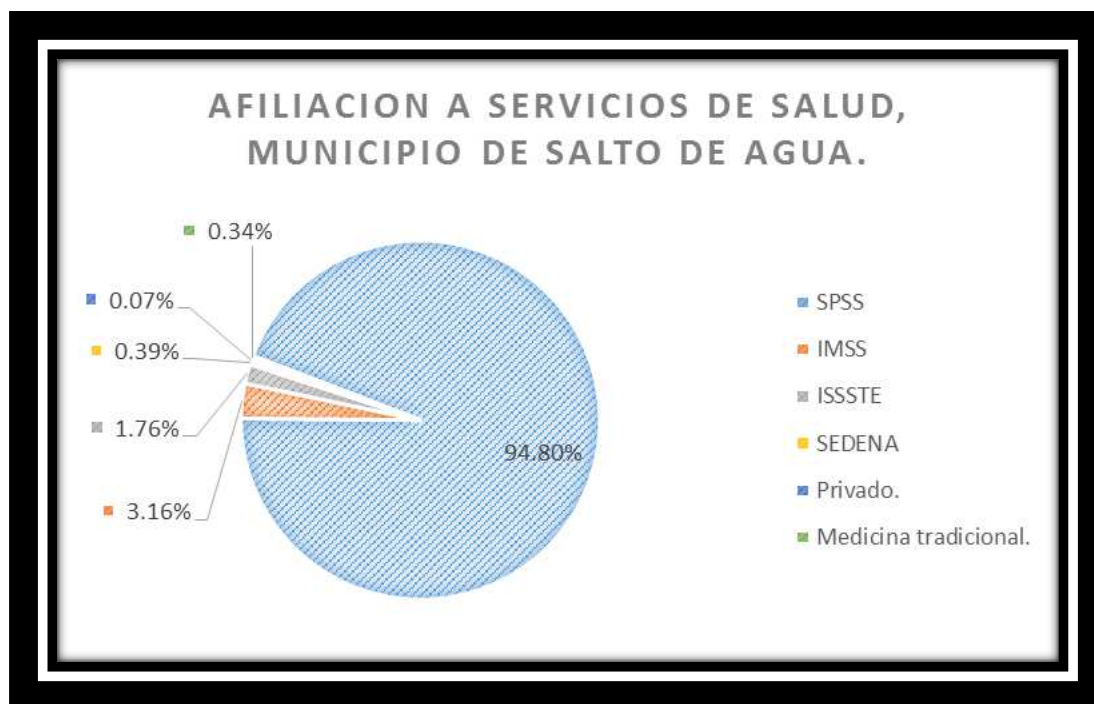


Grafico 22. Afiliación a los servicios de salud en el municipio de Salto de Agua, Chiapas. Elaborada con datos de encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

De las 1,564 familias que se encuentran habitando en la cabecera municipal de Salto de Agua, 1,219 de ellas tienen acceso a los servicios de salud por medio del seguro popular, 200 familias acuden a servicios médicos particulares, únicamente 107 familias tienen acceso a los servicios del ISSSTECH, 18 familias prefieren medicina tradicional mexicana, 12 son derechohabientes del IMSS y 8 cuentan con el servicio médico de la SEDENA.

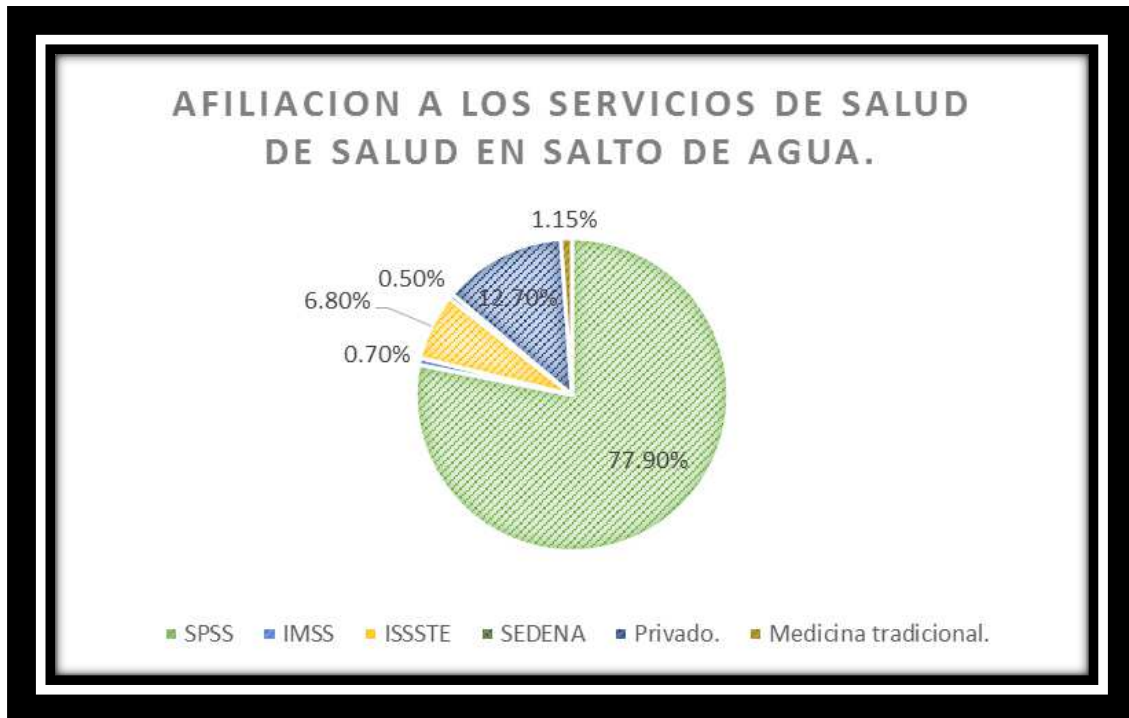


Grafico 23. Afiliación a los servicios de salud en la cabecera municipal de Salto de Agua, Chiapas. Elaborado con datos del microdiagnostico, 2013

El Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, representa la cobertura más alta de atención médica del municipio, existiendo una gran demanda por parte de la población a sus servicios, desgraciadamente existe una gran carencia de medicamentos y otros insumos; por lo que es importante señalar que se debería de contar con más apoyo por parte del gobierno estatal, para satisfacer las necesidades que el centro tiene y así poder cubrir las necesidades de salud de la población.

En cuanto a las características de los servicios médicos que se ofrecen, para la consulta general se dispone de dos secciones: el núcleo 1, formado por un médico y dos enfermeras, que cubren la población de las colonias Luz y Esperanza, Colosio, La Ceiba, Santa Martha, Sector 1 manzana 1 y 2; y el núcleo 2 que está conformado de la misma manera y ve las colonias Poza Azul, Fray Bartolomé, San Francisco, Cuauhtémoc, Paraíso y Sector 2; se disponía de un núcleo que funcionaba para la consulta foránea, contando con un médico y una enfermera para cubrirlo, sin embargo por la demanda de consulta en los núcleos, se destinó para dar atención a la colonia Francisco Sarabia y la comunidad de Lucero Primera Sección, además

de ofrecerse consultas a personas foráneas. La consulta en los núcleos es por medio de fichas que son repartidas desde las 7:00 horas, a los pacientes dentro de algún programa como control del niño sano, crónico-degenerativos, o algún otro, se les asignan citas mensuales programadas.

El servicio de urgencias cuenta con área de curaciones, 2 camas de observación, una sala de expulsión y un quirófano, este último no se encuentra en servicio por falta de personal quirúrgico, el área de hospitalización tiene 2 salas, una para hombres y la otra para mujeres, con 6 camas respectivamente; además se cuenta con chofer de ambulancia para los traslados, únicamente en el turno matutino.

Esta área de urgencias funciona las 24 horas, en el turno matutino se cuenta con tres médicos, uno para hospitalización, apoyado por una enfermera; una especialista en cirugía que se encarga de retiro de lipomas y procedimientos sencillos que no requieren anestesiólogo, una enfermera en CEYE y yo en el área de consulta de urgencias apoyado por una enfermera. En el turno vespertino hay un médico en consulta de urgencias y dos enfermeros que se dividen el trabajo de CEYE, hospitalización y consulta.

Por la noche existen dos guardias médicas que se trabajan lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y domingos; ambas están a cargo de un médico y dos enfermeras.

Todos los servicios son de lunes a viernes, mientras que los fines de semana se cuenta con otro personal, que consta de un administrativo, servicio de laboratorio y rayos x, médico de urgencias, médico de consulta general, 3 enfermeras, chofer de ambulancia y médico especialista (ginecólogo) que únicamente atiende consultas con cita y de cabecera municipal. Existe un turno nocturno con dos enfermeras y un médico, los domingos se presenta la guardia que cubre los domingos y la del fin de semana.

Por otro lado, dentro de la cabecera municipal se puede acceder a servicios de salud particulares, donde existen prácticas poco éticas que ponen en riesgo al

paciente ya sea de manera física o económica, con tratamientos repetidos y en dosis altas.

2.4.2.8 ECONOMÍA

Las cifras en cuanto a economía en el municipio indican que el 71.1% de la población está en una edad productiva, con un 37.8% de población económicamente activa, de la cual un 97.7% se encuentra ocupada, principalmente dentro de los no asalariados en un 77.6%, esta cifra contrasta con las cifras estatales donde predomina la población asalariada.

Tabla 10. Indicadores económicos Salto de Agua, Chiapas 2015.				
Población de 12 años y más.	Condición de actividad económica.			
	Población económicamente activa.			Población económicamente inactiva.
45,123 = 71.1% de la población municipal.	37.84%			62%
	Ocupada.		Desocupada.	
	97.78%			2.22%
	Asalariados.		No asalariados.	
	20.1%		77.6%	
	Hombres.	Mujeres.	Hombres.	Mujeres.
16.4%	59.1%	81.83%	33.5%	

Tabla 10. Indicadores económicos en el municipio de Salto de agua, Chiapas 2015. Elaborada con datos de encuesta intercensal 2015, INEGI, Chiapas.

En la tabla 10 puede notarse como a nivel municipal, existe una mayor participación femenina en el sector de la población asalariada, superando con 47 puntos porcentuales al porcentaje de hombres en este rubro, esta situación se invierte en el caso de los no asalariados; esto puede explicarse considerando el sector de actividad productiva a la que se integra cada sexo, los hombres tienen mayor participación en las actividades primarias, donde rara vez se percibe un salario fijo; mientras que las mujeres tienen una mayor presencia en los servicios y el comercio, empleos que permiten el acceso a un salario.

La mayor ocupación económica dentro del municipio es la industria agropecuaria con un 74.8% de la población ocupada, comerciantes y trabajadores en servicios cubren un 12.8%, el 6% de la población está representado por funcionarios,

profesionistas, técnicos y administrativos; y solo el 5.4% trabaja en la industria. (INEGI, 2015)

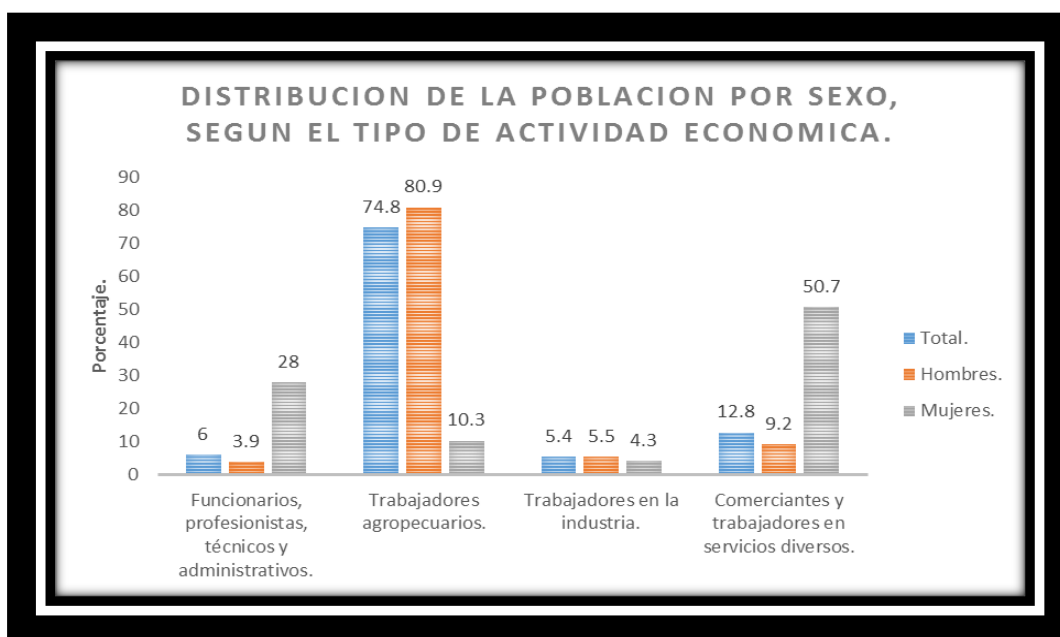


Grafico 24 .Distribución de la población por sexo, según tipo de actividad económica en el municipio de Salto de Agua, Chiapas, 2015. Elaborada con datos de Encuesta Intercensal, INEGI, Chiapas, 2015.

En el caso de la cabecera municipal se tienen contabilizadas 4,201 personas en edad productiva (74.7% de la comunidad), de los cuales un 44.5% de la población es económicamente activa, con una ocupación del 95%; un 67.1% de esta población ocupada es asalariada, cifra parecida a la estatal y distinta a la municipal, probablemente por las características del sitio donde se ubica la población, donde existe un mayor acceso a comercio y servicios.

De las 1872 personas económicamente activas, la población entre los 20 y 40 años de edad es la que mayor participación económica tiene dentro de la cabecera municipal, con 1130 personas laborando; a esta cifra le siguen 290 personas entre los 12 y 19 años, 253 personas de 60 o más años y 199 personas entre los 50 y 59 años.

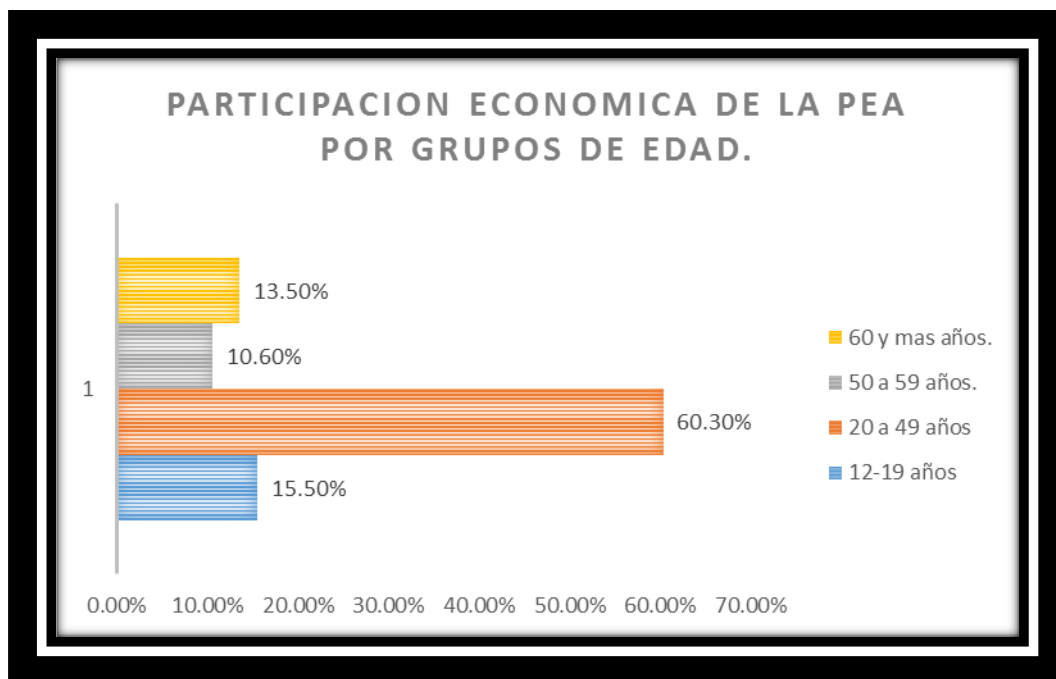


Grafico 25. Participación económica de la población económicamente activa dentro de la cabecera municipal de Salto de Agua.. Elaborado con datos del microdiagnostico, 2013

En cuanto a las actividades desarrolladas por la gente de la cabecera municipal, de las 1872 personas que tienen algún trabajo remunerado, 771 personas son empleados. 390 se dedican al trabajo en el campo, 277 personas se dedican a trabajar en diversos servicios, 198 son comerciantes, 125 son obreros, 84 son profesionales, 20 personas se dedican a la ganadería, 4 son artesanos y 3 son pescadores. Puede notarse como en este sitio no predomina la actividad agrícola, siendo los empleados de comercio y servicios los que sostienen la economía salteña,

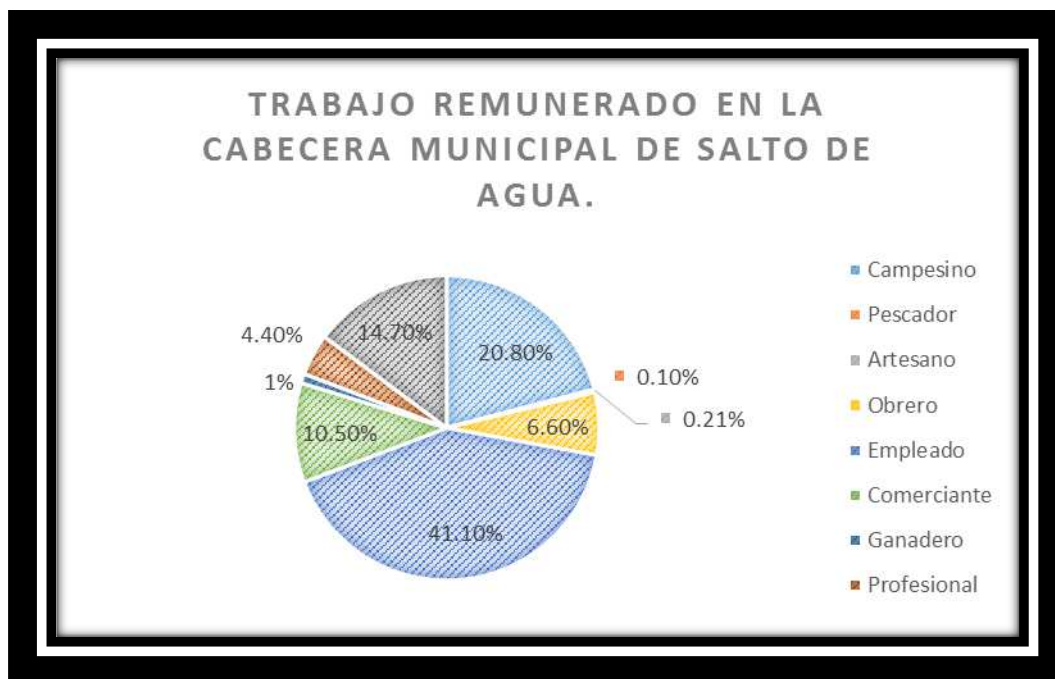


Grafico 26. Trabajo remunerado dentro de la cabecera municipal de Salto de Agua.. Elaborado con datos del microdiagnostico, 2013

Dentro de las 2119 personas en edad productiva que no reciben ningún salario, 1471 se dedican al hogar, 556 son estudiantes y 92 se encuentran desempleadas. Puede notarse que en este rubro la mayor actividad que se desarrolla es el trabajo en el hogar, el cual injustamente no es pagado a pesar del esfuerzo que supone, si se contempla que en su mayoría, son mujeres las que desempeñan estas labores se podrá comprender que existe un poco participación económica por parte de este género en la comunidad estudiada; no se dispone de la proporción en la que participan en los trabajos remunerados, sin embargo, si se contemplan los datos de ingreso por trabajo en el municipio, se observara que 30% de ellas alcanza a percibir un salario mínimo y un 26.1% más de dos salarios mínimos



Grafico 27. Porcentaje de personas en actividades no remuneradas dentro de la cabecera municipal de Salto de Agua..
Elaborado con datos del microdiagnostico, 2013

En cuanto a los ingresos que recibe la población en general, descartando al 50.5% de la población no cuenta con ninguno, dentro de las 1872 personas que si tienen un sueldo, para 976 personas es menor al salario mínimo, 693 alcanzan el salario mínimo y solo 203 superan el salario mínimo.

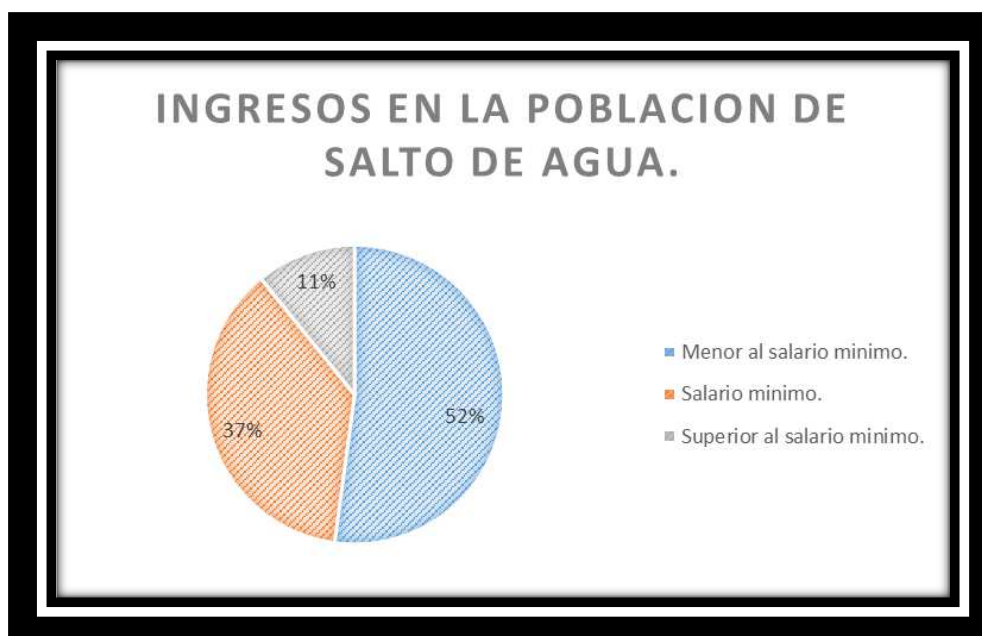


Grafico 28. Porcentaje de Ingresos de la población dentro de la cabecera municipal de Salto de Agua.. Elaborado con datos del microdiagnostico, 2013

2.4.2.9 ORGANIZACIÓN POLÍTICA

Según el INEGI en el año 2012, de los 3,044 votos que se tienen registrados, existe una afinidad hacia el Partido Revolucionario Institucional con 1010 votos, le sigue en popularidad el Partido de la Revolución Demócrata con 903 votos, el Partido Acción Nacional tiene 743 votos, posteriormente con menos seguidores están el Partido Verde Ecologista con 88 votos, Convergencia con 78 votos, Partido del trabajo con 56 votos, 7 votos al Partido Popular Socialista; mientras que el Partido demócrata Mexicano cuenta con 4 votos únicamente. En la cabecera municipal hubo 155 votos nulos. (INEGI)

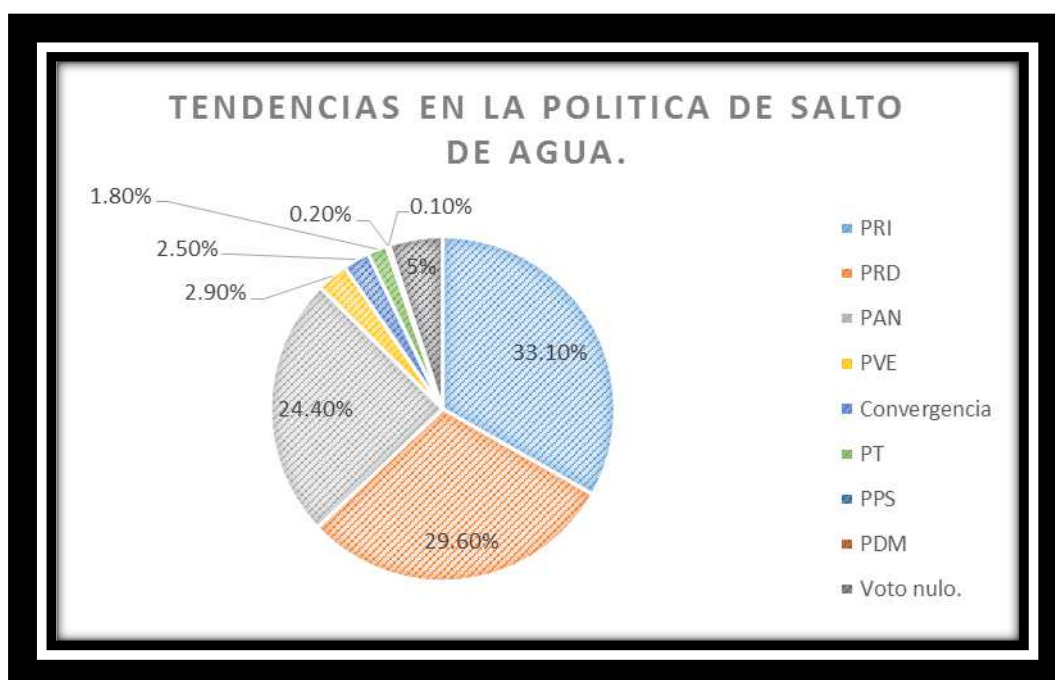


Grafico 29. Preferencias políticas dentro de la cabecera municipal de Salto de Agua. Elaborado con datos del microdiagnostico, 2013

2.4.2.10 CULTURA

En este municipio un 88.6% de la población se considera indígena, el 88.45% de la población mayor de 3 años habla alguna lengua indígena, de los cuales el 23.6% habla solo lengua indígena y no habla español. La lengua de mayor predominio en la cabecera municipal el Ch'ol, hablada por un 88.9% de los habitantes que hablan alguna lengua indígena; mientras que otro 10% habla Tzeltal. (INEGI, 2015)

Los usos y costumbres van pasando de generación en generación de manera oral, debido a la pérdida progresiva del conocimiento de la lengua escrita, esta situación ocurre principalmente con el Ch'ol.

Las principal fiesta es en semana Santa, donde se realizan procesiones por la cabecera municipal y se hace una representación de las siete caídas, el lavatorio de pies y la crucifixión de Cristo, así mismo se realizan peregrinaciones para ver al señor de Tila, que se encuentra en la parroquia de San Mateo, cabecera municipal de Tila.

Otras festividades importantes en la región de Salto de Agua son las que se efectúan dos semanas previas al 12 de diciembre, donde por común acuerdo entre las colonias se realizan novenarios diariamente y se celebra la visita de la virgen de Guadalupe a los hogares participantes en estas celebraciones. El 12 de Diciembre se efectúa una misa en conmemoración a la virgen además de una peregrinación que pasa por todas las colonias del municipio, quemando pirotecnia y festejando con música de marimba y banda.

La feria de este municipio es del 16 al 19 de Diciembre, en donde se instalan juegos mecánicos y van algunos grupos musicales a amenizar la tarde.

Estos datos fueron basados en el testimonio de los residentes del municipio y por experiencias propias en el lugar.

2.4.2.11 RELIGIÓN

Dentro de la población arriba de los 3 años de edad, se encontró que 2,205 personas practican la religión católica, siendo la más practicada por la gente de la cabecera, seguida por 895 protestantes, 738 cristianos evangelistas, las personas sin religión se presentan en el mismo número de casos registrados que los adventistas y los testigos de Jehová, con 263 personas; quedando otras 682 que practican alguna variación de las antes mencionadas.

Debe mencionarse la importancia del aspecto religioso ya que muchas festividades dentro del municipio se basan en alguna creencia o algún suceso bíblico.



Grafico 30. Religiones practicadas dentro de la cabecera municipal de Salto de Agua.. Elaborado con datos del microdiagnostico, 2013

2.5 CONCLUSIÓN

Con base en lo revisado anteriormente sobre la salud y el derecho a la protección de esta; es posible comprender que la disposición de una buena salud representa una oportunidad para un correcto desarrollo del individuo en todos los aspectos de la vida, por lo que con la evolución de las sociedades, se le ha consagrado como un derecho fundamental de todos los hombres. A su vez se ha establecido una perspectiva multifactorial, que contempla que para lograr un buen estado de salud, tanto a nivel individual como colectivo, se depende de la satisfacción de otras condiciones básicas para mantenerla, como lo son las adecuadas condiciones de vivienda, alimentación, empleo, educación, acceso a servicios básicos y servicios sanitarios; tales condiciones también se definen en la actualidad como derechos fundamentales y dependen por completo de la intervención del gobierno para que se elaboren políticas que faciliten y permitan la ejecución de programas en pro de mejorar la calidad de vida de la población.

En México estas políticas y programas se han planteado por parte del Estado para asegurar el derecho a la salud, buscando proteger a grupos vulnerables como mujeres, población indígena y habitantes de áreas rurales; sin embargo no se ha logrado superar la desigualdad presente entre los miembros de la sociedad, por lo que el impacto de estas medidas no se despliega de manera equitativa. Un ejemplo de esta situación puede observarse en Chiapas, séptimo estado más poblado de la república mexicana, donde reside un 27.9% de la población indígena total del país y donde un 50% del total de sus habitantes se encuentran ubicados en el área rural, esa que limitada por un 62.7% de caminos no pavimentados y en malas condiciones; tiene poco acceso y alcance a determinantes sociales en salud adecuadas; poniendo en duda el correcto desarrollo y ejecución de estos programas.

Al realizar una comparativa entre los indicadores recabados que se viven a nivel estatal, municipal y comunitario; podrá observarse un fenómeno interesante, la cifras que se presentan a nivel estatal y de la cabecera municipal son muy similares; sin embargo a nivel municipal, cuyas comunidades se ubican en más del 90% en el

área rural, las condiciones de los determinantes sociales en salud alcanzan porcentajes de cobertura o de calidad muy bajas, esto evidencia las inequidades que se viven en México y dentro de cada estado; además de que permite comprender que los programas propuestos no han logrado los objetivos que se tienen fijados para combatir las condiciones de marginación, pobreza y de mala salud. La distribución de la población tanto a nivel estatal como municipal, permite una polarización económica, donde las personas que viven en la cabecera municipal tienen acceso a mejores condiciones de vivienda, servicios y mejores empleos, por lo que su capacidad económica es mejor y por ende las condiciones de salud de la población son mejores que las que viven las personas que viven en el resto del municipio, en el cual existen condiciones de pobreza y marginación muy elevadas, por lo cual se considera que la marginación en el municipio es alto, ocupando el 18º lugar en marginación a nivel estatal y el lugar 218 a nivel nacional, con un 38% de su población en pobreza extrema; todo esto pese a que las reformas establecidas se han elaborado con la intención de proteger a estos grupos vulnerables y para superar estas inequidades. (SEDESOL, 2014)

La escolaridad que se presenta en el estado es baja, con poco más de la mitad (57.2%) de mayores de 15 años que tienen educación básica, mientras que a nivel municipal un 58% cuenta con esta, pero a nivel de la cabecera municipal solo un 53.5% tiene estudios de un nivel básico; es lógico entender que por esto se trate del estado con mayor analfabetismo dentro del país (14%), esta cifra es superada en el municipio con 23.84% de analfabetas, sin embargo a nivel de la microrregión esta cifra alcanza solo un 13.9% de la población, es decir fuera del área urbana del municipio, los niveles de educación son inferiores a la media nacional y estatal. Esto también puede verse en los siete años de estudio que se alcanzan en promedio en el estado, frente a los nueve años que se alcanzan a nivel nacional, mientras que a nivel municipal solo se alcanzan 5.9 años; donde son las mujeres las que menos acceso han tenido a educación, haciéndolas un grupo aún más vulnerable por el hecho de ser también indígenas.

Si se analizan las características de las viviendas, mientras que a nivel nacional un 96% de las casas tienen un piso diferente a la tierra, en Chiapas esto se da solo en un 89%, disminuyendo a nivel municipal a un 79.8%, sin embargo a nivel de la cabecera municipal un 93.8% tiene un piso firme distinto a la tierra, es decir las condiciones son mejores para el área urbana. Estas cifras son muy similares en cuanto a los techos, donde solo un 38% de las casas a nivel estatal tiene uno de losa o tejado, mientras que en el municipio solo un 6.27% tienen esta característica, sin embargo en la cabecera municipal un 48.5% tiene un techo de materiales perdurables. En cuanto a la disposición de servicios básicos, mientras que el porcentaje nacional es del 93.9%, el acceso a drenaje se presenta a nivel estatal es de un 88.6%, a nivel municipal se logra un 86.2% y a nivel de la cabecera se logra un 99% del cual solo 82% tiene acceso a la red pública. Dicho lo anterior se puede notar que existe una relación entre la distribución poblacional y las características de la vivienda y servicios en el estado, si se está en el área urbana, se viven las condiciones habituales en el país, pero si se habita en el área rural estos servicios y derechos se van mermando para la población.

Al evaluar las características del sistema sanitario en el estado, se notará que existe una alta afiliación a nivel estatal (82.3%), mientras que en el municipio es de un 86.7%, del cual el 94.8% pertenece al Seguro Popular, quedando un 12.7% de la población municipal sin afiliación a ningún servicio de salud. Sin embargo la cantidad de recursos humanos y materiales es limitada en el estado, contando únicamente con 1.4 médicos generales y 0.36 especialistas por cada mil habitantes; mientras que para el municipio de Salto de Agua existe un total de 46 médicos registrados a las instituciones de salud pública, esto significa que hay una razón de 1379.26 personas por cada médico. Existen en el municipio un total de 26 unidades médicas, todas de consulta externa. Esto sin mencionar que los pocos hospitales o centros de salud con los que se cuenta, están alejados o carecen de infraestructura para proteger a la población, esto explica por qué es Chiapas el séptimo estado con mayor número de defunciones, de entre las cuales destacan las cifras de muerte materna, con 68.1 fallecimientos por cada 100,000 nacidos vivos, cifra que duplica

a la media nacional que llega a una razón de 38.9 por cada 100,000, es decir, existe el doble de riesgo de morir si una mujer está embarazada en este estado.

Lo anterior ayuda a comprender que la situación que se vive en la cabecera municipal de Salto de Agua no es más que un reflejo de la mala ejecución de los programas que se han establecido para mejorar y proteger a los grupos vulnerables, existiendo inequidades en la distribución de bienes y servicios, donde las personas que habitan en las regiones urbanas tienen un mayor acceso a los servicios básicos, como luz, drenaje y agua potable; una mejor calidad de materiales para las viviendas y más acceso a los servicios de salud y a oportunidades laborales, haciendo evidente que queda pendiente el priorizar las necesidades de las poblaciones que se encuentran fuera de esta microrregión, cuya población está más susceptible y vulnerable.

3. TERCERA SECCIÓN
SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD

3.1 INTRODUCCION

Para concluir este reporte de servicio social acerca del trabajo realizado en el Centro de Salud con Hospitalización "Salto de Agua" en Chiapas, durante el periodo agosto 2013-julio 2014, se presenta la siguiente sección que permitirá identificar y establecer la eficacia de las medidas consideradas para mejorar el estado de salud de la microrregión, las cuales son producto de la interacción existente entre el Estado y la población local, y cuyos resultados se reflejan directamente en el perfil de morbilidad, así como en los logros obtenidos en los programas establecidos.

Esto bajo el entendido de que existen situaciones de carácter público que afectan negativamente al bienestar de la población de manera colectiva, por lo que corresponde al Estado plantear medidas por medio de la elaboración de iniciativas, toma de decisiones y aplicación de acciones proyectadas en agendas, programas e instituciones que permitan dar una solución específica para estas problemáticas. Es importante señalar que debe tratarse de una relación bilateral entre el Estado y la población, la cual requiere de la participación activa de la sociedad para poder elaborar e implementar soluciones de forma democrática; por lo que resulta necesario identificar y evaluar las medidas utilizadas tanto por el Estado como por parte de la población para satisfacer su derecho a la salud.

Consistente en tres apartados, en la primera parte se expone un breve resumen de las diversas políticas de salud internacionales y mexicanas que se han implementado para dar solución a los problemas sanitarios de la población; así como el papel que han jugado en los últimos años los organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional para su elaboración, cuyas estrategias con el argumento de reducir la pobreza y aumentar la eficacia en función al costo-beneficio de las instituciones de salud, han descentralizado y favorecido la privatización de estos.

Considerando lo anterior, en la segunda parte se presentaran y evaluaran los programas Estatales que el gobierno del sexenio actual, siguiendo dichas recomendaciones, ha creado con el objetivo de revertir la situación sanitaria en que se encuentra esta población, enfocándose en el impacto de cada uno de ellos, sus estrategias, metas y su funcionamiento. Debe mencionarse que pese a que se han

establecido acciones directas, aun no se han logrado concretar los resultados esperados bajo el despliegue de estas; un claro ejemplo de ello, es el caso de los habitantes de las comunidades chiapanecas, que en su mayoría habitan en las zonas marginadas, siendo las personas más vulnerables, víctimas de un sistema que aunque los contempla no ha logrado mejorar las condiciones sanitarias para ellos.

Como tercer apartado se desarrollará uno de los tantos indicadores que evalúan las estrategias implementadas en salud, el perfil de morbilidad, con el propósito de establecer un análisis más profundo de la situación sanitaria de la comunidad con la que se trabajó, evaluando el comportamiento de las patologías que presentan los habitantes y estableciendo la relación de estas con el contexto socio-cultural de la comunidad; por lo cual se analizarán las 10 patologías con mayor incidencia durante el periodo agosto 2013- julio 2014; así como las 10 patologías de etiología transmisible y no transmisible. Por último, se realizó una agrupación y análisis de las patologías por sexo y rangos de edad con el objetivo de establecer el daño diferencial en estos aspectos, de esta forma se lograran identificar patologías que no fueron contempladas en el perfil general y a su vez, con estos datos se podrán medir y analizar los daños a la salud que sin duda representan parte de los problemas de salud pública; los cuales deberían ser tomados en cuenta para la realización de políticas públicas en salud dentro de la comunidad.

3.2 POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO

Se comprende por política pública, a aquel proceso donde gobierno y sociedad en conjunto, establecen actividades y asignan recursos, contemplando tanto a organismos públicos como privados; con el objeto de impulsar el desarrollo y la mejora del nivel de vida en todos los sectores sociales, promoviendo la equidad y el bienestar en temas como educación, vivienda, atención a grupos vulnerables y salud; para así eliminar la pobreza y la discriminación. (Roth & Molina, 2008)

En el ámbito de la salud, las políticas públicas son de suma utilidad para hacer frente a los cambios demográficos y epidemiológicos, que son origen de constantes problemáticas sanitarias; por medio de un esfuerzo sistemático, donde inicialmente se reconoce el problema para ingresarlo a la agenda de políticas que debe atender el Estado, posterior a esto se identifican los factores que favorecen la problemática, estableciendo las medidas adecuadas para prevenirlos y atenderlos; por último se realiza una evaluación de los resultados de las actividades realizadas. (Tobar, 2012)

Puede decirse que en México la concepción y ejecución de políticas de salud surge a partir de la revolución mexicana, ya que es a raíz de los cambios sociales acontecidos en esa época, que se hace evidente el interés por parte del Estado, en promover el crecimiento económico y el bienestar social a través de la educación, la estabilidad en el empleo y la atención a la salud; con este objeto, en la década de los 40 se crean dos instituciones, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) encargada de dar atención a la población abierta, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el fin de reproducir y mantener la fuerza de trabajo formal, para facilitar la industrialización. Una vez cubiertos estos dos sectores, en la década de los 50 aparece el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para dar atención a la burocracia estatal, llegando a lograrse con estas instituciones una cobertura no mayor al 50% de la población. (Tamez, s.f)

Durante los años setenta en los países de Latinoamérica se había planteado la meta de “*salud para todos*”, con la cual se buscaba extender los servicios sanitarios a las poblaciones marginadas y rurales, por medio de la atención primaria, la prevención y la democratización de los servicios de salud; esto debido a lo ineficientes y poco equitativos resultados de sus programas anteriores, los cuales alcanzaban logros

por debajo de las metas proyectadas. No obstante, la crisis económica y la orientación biomédica, causaron que esta iniciativa fuera descartada y en su lugar surgieran políticas de ajuste estructural impuestas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), instituciones de carácter internacional que han fomentado y promovido las ideas neoliberales en América Latina; las cuales analizaron la situación sanitaria desde la perspectiva económica en función al costo-beneficio de los servicios ofrecidos, determinando la existencia de una mala asignación de recursos, ya que los fondos públicos se gastaban en intervenciones de salud ineficaces, mientras que otras medidas de importancia tenían financiamientos insuficientes; por lo que propusieron la disminución del gasto social a través de la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, así como la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país definiría de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos. (Fernández, 1995), (Laurell, 1998), (Homedes, 2005), (Lucero, 2005)

Múltiples países latinoamericanos, entre ellos México, siguieron las indicaciones del Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional, reformando sus políticas sanitarias, delegando su responsabilidad a entidades no estatales pertenecientes al mundo empresarial, con el objeto de reducir los gastos, a fin de no desequilibrar las finanzas públicas y mercantilizar plenamente el sistema de salud de seguridad social, iniciando una transición de un sistema público y solidario, a uno plenamente mercantil e individualista, por medio de sistemas de aseguramiento como única vía de acceso a los servicios de salud, donde la población con mayores ingresos podría acceder a pólizas de seguros de carácter individual, que estarían centrados en la atención de la enfermedad, más que en la prevención y la promoción de la salud, permitiendo una reducción en el presupuesto Estatal destinado a la salud, el cual podría orientarse únicamente a los "*más pobres*" excluyendo así a una gran parte de la población. Es necesario decir que este sistema tiene una alta eficiencia financiera pero poca efectividad sobre la conservación de la salud, ya que la transforma en un producto comerciable y condicionado a la capacidad económica, dejando en un segundo término las directrices de la OMS fijadas en la declaración de Alma Ata. (López, 2008), (Álvarez,

2009), (Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, 2005)

Durante la década de los ochenta en México, se podía apreciar un sistema de salud heterogéneo, con gran variedad en cuanto a la oferta de servicios públicos y privados, los cuales brindaban principalmente una atención curativa, con cobertura incompleta, excesivamente centralizada y con serios problemas de organización; esto fue la base para justificar una reforma en el sector salud, en la cual se impulsaban las recomendaciones del BM y FMI, buscando realizar cambios a favor de promover y estimular la privatización del cuidado de la salud, teniendo como piedra angular la mercantilización de sus servicios, tratándose de un proyecto “*trans-sexenal*”, que independientemente del presidente en turno, perseguía fortalecer el modelo neoliberal. (Tamez, s.f)

Durante el año 2001, bajo el mandato de Vicente Fox Quesada, se ponen en ejecución estas reformas por medio del Plan de Desarrollo Nacional (PND) 2001-2006, donde se propusieron múltiples cambios en la política social del país. Dentro de estas políticas, en el aspecto sanitario se inició la búsqueda de la universalidad en la prestación de servicios, por medio del Sistema Nacional de Protección en Salud (SNPS) y su rama operativa el Seguro Popular de Salud (SPS); el cual, con el fin de proteger a las familias no afiliadas a ningún tipo de seguridad social y para evitar un desembolso inmediato por el pago de servicios sanitarios, proponía un prepago subsidiado, el cual se basaría en las necesidades y no en la capacidad económica de los afiliados, por lo cual y para garantizar la equidad en la distribución de estos servicios, se buscaría un mayor subsidio para la población con menor capacidad económica. Durante la ejecución de esta medida, se observaron múltiples fallas en su funcionamiento y su cobertura, ya que únicamente contemplaba 78 intervenciones médicas, dejando de lado muchos problemas de salud pública; siendo considerado por diversos teóricos de la medicina social como insuficiente y mal planeado para cubrir las necesidades de la sociedad actual; que lejos de tratarse de una política pública en salud respetuosa de los principios pactados en el PIDESC, era el inicio hacia la privatización de la salud. (Plan

Nacional de Desarrollo 2001-2006), (Secretaria de Salud, 2004), (Laurell, 1998), (Contreras G, 2011)

Durante el sexenio 2006-2012, el desarrollo del SPS tuvo un gran impulso, el cual permitió al Estado revelar cifras alentadoras con respecto a la cobertura de afiliación lograda en la población desprotegida, sugiriendo que se trataba de un programa eficaz, con el cual se estaba logrando la desaparición de la inequidad y el rezago social; por lo cual, bajo el argumento de aumentar la eficiencia y la cobertura del SPS, en el año 2010 el Banco Mundial dio a México un nuevo préstamo de 1,250 millones de dólares. Sin embargo es necesario mencionar que desde sus inicios, han persistido múltiples problemas en este sistema, ya que aun en la actualidad, la distribución de los servicios sigue siendo inequitativa, puesto que la mayoría de los afiliados pertenecen a la población ubicada en zonas urbanas, mientras que las zonas marginadas presentan índices de afiliación bajos, esto debido a la falta de acceso a medios de difusión en los que se promueve el SPS; así mismo, no existe un adecuado análisis de efectividad en cuanto a la calidad de la atención ni de la cantidad de las intervenciones que cubre el seguro popular, que si bien, estas han ido aumentando hasta alcanzar a cubrir 249 patologías y han incluido padecimientos de alto impacto como el cáncer de próstata o el cáncer cérvico-uterino; existen insuficiencias, tanto de personal como de insumos y equipos, que han generado limitantes en la atención, además de que la población derechohabiente debe cubrir al momento gastos de bolsillo para poder acceder a medicamentos, estudios paraclínicos o inclusive para poder tener acceso a consulta por medio del sector privado; rompiendo así el objetivo básico de SPS, sin embargo debe decirse que pese a estas condiciones, en la actualidad se trata de la institución sanitaria con mayor número de derechohabientes. (Laurell, 1998), (Villalobos, 2010), (Contreras G, 2011), (Zamarrón N, 2012)

3.2.1 PROGRAMAS DE SALUD DEL SEXENIO ACTUAL

Durante el sexenio actual (2012-2018) se ha instaurado el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, donde se reconoce la necesidad de aumentar esfuerzos para proteger a la población más vulnerable, así mismo se propone el objetivo de definir la salud como un elemento social que disminuya la desigualdad; por lo cual se plantean como objetivos generales recobrar el orden, la seguridad y la justicia; revertir la pobreza para alcanzar la igualdad social; fomentar una educación de calidad centrada en los valores cívicos, promoción de la ciencia, tecnología e innovación; impulsar a pequeñas y medianas empresas y promover la generación de empleos; fomentar las relaciones internacionales, y finalmente igualar las regiones, estados y municipios para alcanzar un federalismo articulado. (Programa Sectorial en Salud 2013-2018)

Dentro de las innovaciones de esta estrategia, a diferencia de las utilizadas en anteriores sexenios, se toman en cuenta como indicadores los datos reportados por organizaciones internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), donde se expone el rezago en materia de salud en México, considerando que la transición demográfica ha dado como producto un mayor envejecimiento poblacional, aumentando la mortalidad y la disminución de la productividad laboral; esta misma senectud ha ocasionado el aumento de la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas por estilos de vida no saludables, aumentando aún más el índice de incapacidad en la población económicamente activa productiva; por otro lado continúan presentes los retos que la inequidad ha favorecido, como la desnutrición, enfermedades infecciosas, la muerte materna e infantil, la violencia; las cuales son las principales causas de mortalidad en la población pobre y con alta marginación. (Programa Sectorial en Salud 2013-2018)

Dentro de las medidas tomadas para la realización del PND 2013-2018, se puede observar la influencia del Banco Internacional de Desarrollo (BID), organización que favorece el financiamiento de proyectos para el desarrollo económico, social e institucional de los países que forman parte; cuyo objetivo es reducir la pobreza en América Latina y el Caribe; actualmente participa en México, principalmente en

Chiapas, de forma activa por medio de la iniciativa *Salud Mesoamérica 2015*, proyecto centrado en reducir las brechas de equidad en salud mediante tres etapas, en la primera se aporta el equipo e insumos necesarios para la atención de la población con mayor grado de marginación y pobreza extrema; en la segunda se evalúan los procesos mediante los cuales se brinda atención a la población; por último se valora la perspectiva de la población sobre la atención recibida. La importancia de esta iniciativa es que su principal criterio de referencia para evaluar los logros es en función de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), contemplando un lapso de 15 años para conseguir estos resultados. (Informe ODM, 2013)

Tabla 11. Objetivos de Desarrollo del Milenio
Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
Lograr la enseñanza primaria universal.
Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
Reducir la mortalidad infantil.
Mejorar la salud materna.
Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Tabla 11. Objetivos del desarrollo del milenio. Fuente: Informe ODM, 2013.

Otra de las medidas tomadas para el plan vigente fue el aumento del presupuesto en salud, el cual alcanza un 3.1% del PIB, lo cual significa un avance, sin embargo aún queda muy alejado del 6% del PIB que recomienda la OCDE.

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula los objetivos, estrategias y líneas de acción a las que deberán apegarse las instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección a la salud y con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Dentro del PROCESA están definidos los siguientes objetivos:

- Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; orientando actividades en la concientización de la población con respecto a las responsabilidades que tiene sobre el consumo de alcohol, tabaco, drogas, comportamiento sexual, actividad física, alimentación u otras acciones que

puedan tener repercusiones en su integridad física o mental, haciendo hincapié en que la salud no es la cura de la enfermedad sino el estilo de vida saludable para prevenirla. Para la evaluación de este objetivo se consideran indicadores de cobertura en vacunación, prevalencia de obesidad en niños entre los 5 y 11 años, y el registro de nuevos casos de VIH. (Programa Sectorial en Salud 2013-2018)

- Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; por lo que se establece que el Estado deberá de proporcionar insumos necesarios para que la población tenga acceso a una atención integral y con calidad sin importar raza, sexo, edad, residencia o condición laboral. Se propone una ampliación de la infraestructura sobre todo en localidades aisladas, así como el aumento de recursos humanos y la promoción de su capacitación para la mejora en la calidad de la atención. Se aclara la urgencia de mejorar la atención primaria y la coordinación de las instituciones para poder integrar un solo sistema de salud. Las estrategias implementadas son avanzar en el acceso a la salud independientemente de condición social o laboral, mejorar los servicios del Sistema Nacional de Salud, Crear redes de servicios de salud interinstitucionales, fortalecer la atención integral y reinserción social de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, mejorar el proceso de detección y atención a neoplasias principalmente cáncer cervico-uterino, mama y próstata, garantizar el acceso a medicamentos e insumos e instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes. (Programa Sectorial en Salud 2013-2018)

- Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; para lo que se propone buscar la disminución de riesgos ocupacionales y de esta manera mejorar la productividad del país. Las estrategias que se plantean para este objetivo son fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios, control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud, calidad de los medicamentos e insumos biológicos para la salud, control, vigilancia y fomento sanitario de productos de uso y consumo humano, disminuir muertes por lesiones de causa externa y la detección, prevención y fomento sanitario laboral. Dentro de los indicadores a medir se considera el porcentaje de muestras de agua clorada, la

tasa de mortalidad por accidente vehicular y por riesgos de trabajo. (Programa Sectorial en Salud 2013-2018)

- Cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país. Reconociendo las grandes desigualdades e inequidades existentes dentro del territorio nacional, se fija la atención en los sectores más afectados: la población infantil, adultos mayores, las mujeres, las zonas rurales, las personas de bajos ingresos, discapacitados, indígenas y migrantes. Reconociendo también las condiciones de salud en grupos poblacionales y las enfermedades de rezago, mismas que se pretenden abordar sistémicamente para cumplir con las metas planteadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ante estas situaciones se propone la aplicación de medidas más eficaces para atender a grupos vulnerables, buscando un abordaje integral que abarque las acciones de salud, la asistencia social y la participación coordinada de todos los órdenes de gobierno para de esta manera incidir en los determinantes sociales y lograr la reducción de inequidades a través de políticas intersectoriales. Las estrategias que se plantean para este objetivo son: Reducir la morbi-mortalidad en menores de 5 años, reducción de la mortalidad materna, servicios de promoción y atención a grupos vulnerables, prevención, detección y atención en casos de violencia intrafamiliar, atención integral a discapacitados, prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante, promoción, prevención y detección de enfermedades desatendidas. Los indicadores a tomar en cuenta serán los porcentajes de gasto público destinado a la atención médica y salud pública extramuros, así como el porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas. (Programa Sectorial en Salud 2013-2018)

- Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. Se propone que las instituciones públicas eleven su eficacia para liberar recursos y de esta manera lograr un Sistema de Salud Universal. Las estrategias implementadas para este objetivo son: fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud, eficiencia en el uso de recursos, planeación y gestión para uso de recursos para la salud, impulsar la innovación e investigación y fomentar el gasto eficiente en medicamentos e insumos. (Programa Sectorial en Salud 2013-2018)

- Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Se propone un aseguramiento de la población para recibir una atención más homogénea, que promueva una operación integrada entre instituciones de salud, buscando una equidad y eficiencia del sistema sanitario y de mercados laborales donde se brinde atención a salud de personas enfermas, en rehabilitación o sanos sin importar la condición laboral. Las estrategias empleadas para lograr este objetivo son: instrumentar mecanismos para sentar las bases del sistema, fortalecer la regulación en salubridad general, fortalecer supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud, integrar un sistema universal de información en salud, bioética como política de gestión y desarrollo de este y promover un país con responsabilidad global en salud. Como indicadores se tomarán en cuenta el porcentaje de población que acude a una atención privada de servicios sanitarios, el porcentaje de población con aseguramiento público y el porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud. (Programa Sectorial en Salud 2013-2018)

Es necesario decir que a pesar de que las formas de aplicación de estos propósitos son claros al definir qué se debe hacer énfasis en la protección de la población más afectada, aun no se han logrado eliminar obstáculos como las limitantes geográficas, las cuales han impedido desplegar correctamente las medidas estipuladas, logrando únicamente un acceso parcial y limitado a los servicios ofrecidos. Además, dentro de este plan se presentan una serie de acciones que al incluir la participación del sector privado en la administración de los recursos públicos, así como en la gestión de los servicios prestados, se favorece la privatización de la salud a través del Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular. (Logros PROSESA, 2014)

3.3 SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

Una vez definidas las bases que conforman el marco institucional para el desarrollo de las políticas públicas vigentes, se entenderá que los prestadores de servicios sanitarios que laboran en los centros de salud tanto rurales como urbanos, tienen por obligación implementar y dar seguimiento a los programas de salud establecidos por la Secretaría de Salud, los cuales son definidos por las normas oficiales que rigen la práctica en todo el territorio nacional, considerando diferentes estrategias de acuerdo a la región, el perfil epidemiológico y las necesidades sanitarias específicas de la población que se está atendiendo.

El centro de salud con hospitalización “Salto de Agua” basa su atención en los programas contemplados en el prontuario del programa oportunidades, considerados como los paquetes básicos de salud, los cuales están implementados con el objetivo de colaborar con el desarrollo social y proteger a la población de las patologías con mayor incidencia y que más ponen en riesgo a su salud, dando seguimiento a los programas contemplados en el plan sectorial de salud vigente, orientados a atender a la población en las áreas de salud que se consideran de mayor impacto; esto por medio de la consulta que se ofrece dentro de los núcleos básicos, conformados por el núcleo básico 1, que comprende las colonias Luz y esperanza, Colosio, La ceiba, Santa Martha, Sector 1 manzana 1 y 2, Paraíso y Emiliano Zapata; el núcleo básico 2 que da atención a las colonias de Poza Azul, Fray Bartolomé, San Francisco, Cuauhtémoc, Paraíso y Sector 2; por último el núcleo básico 3 que da atención a Francisco Sarabia y la comunidad de Lucero Primera Sección.

Es necesario mencionar que debido a la dinámica de trabajo que se sigue en este espacio, secundaria a la falta de personal médico y la saturación de pacientes; la mayor parte del tiempo me encontré prestando atención en el servicio de urgencias; por lo que el contacto con los programas se vio muy limitado debido a la corta estancia que tuve como pasante dentro de los núcleos básicos del centro de salud, donde se me asignaron actividades en el núcleo básico 1 únicamente los días lunes y viernes en un horario de 7:00 am a 03:00 pm.; dando consulta de medicina general

y el seguimiento a programas, priorizando la atención médica sobre el desarrollo de estos. En cuanto a la toma de medidas somatométricas necesarias para el desarrollo de este programa, esta actividad corría a cargo por el personal de enfermería, que no en todas las ocasiones registraba de manera adecuada los datos.

Por este motivo, resulta complejo plasmar el comportamiento de la población en cada uno de los programas, ya que estos son muy dinámicos y solo es posible definir las variaciones que acontecen cuando hay un trabajo constante dentro de la consulta de primer nivel, es por esto que se reportaran únicamente los pacientes que están dentro del tarjetero de cada uno de los núcleos, haciendo mención de los pacientes que se llegaron a ingresar a los programas; sin embargo esto no permite evaluar por completo su funcionamiento, así mismo, al comparar los datos registrados con las consultas realizadas se presenta una diferencia significativa, dando resultados de control inferiores a los reales, sin embargo resultan de utilidad para tener un panorama del funcionamiento de estos programas, por lo que a continuación, se dará un seguimiento y análisis de los resultados obtenidos durante el periodo que se laboró en el centro de salud,

3.3.1 PROGRAMA: VACUNACION UNIVERSAL

Consiste en la reducción de la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunación, alcanzar y mantener coberturas completas de inmunizaciones, las cuales se consideran logradas cuando se llega a un 95% en los esquemas de vacunación de todos los grupos etarios.

Este programa se fundamenta en la NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño y el Programa de Acción Especifico. Vacunación Universal 2013-2018.

Para el buen funcionamiento de este programa se siguen estrategias de carácter permanente e intensivo; las actividades permanentes, que son las que se desarrollan de manera continua durante todo el año en los servicios de todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, enfocadas a cubrir los

Esquemas Básicos de Vacunación, y los Esquemas complementarios en los diferentes grupos etarios. Por otro lado las acciones intensivas conforman una estrategia de vacunación cuyo principal objetivo es lograr el control epidemiológico de determinadas enfermedades prevenibles por vacunación en un breve período.

3.3.1.1 OBJETIVOS Y METAS

- Alcanzar y mantener un 95% de cobertura de vacunación por municipio, con cada antígeno incluido en el Esquema Básico de Vacunación.
- Homologar criterios entre las instituciones que integran el Sector Salud para la planeación, ejecución y control del Programa de Vacunación Universal y de las acciones integradas en las Semanas Nacionales de Salud.
- Contribuir mediante la aplicación de biológico a la erradicación de la poliomielitis causada por virus de polio de tipo silvestre, reducir el riesgo post vacunal de esta y tratar de erradicar el tétanos (neonatal o no neonatal).
- Ayudar a mantener un buen control para otras enfermedades prevenibles tales como la hepatitis B, rubeola, parotiditis, influenza, tosferina, difteria, sarampión.
- Prevención de las formas graves de la tuberculosis (meníngea y miliar).
- Mantener actualizado el esquema de vacunación mediante la aplicación de los biológicos en todos los grupos etarios, principalmente a la población en riesgo (menores de 5 años, adultos mayores y mujeres embarazadas).
- Aplicación de vacuna contra el VPH a niñas mayores de 11 años.

3.3.1.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

- Entrega de cartilla nacional de vacunación a los recién nacidos, para el control de la aplicación de los biológicos según corresponda su edad.
- Revisión de la cartilla a todos los pacientes para comprobar que el esquema de vacunación este actualizado.
- Jornadas de vacunación mensuales extramuros.
- Aplicación de toxoide tetánico a embarazadas.
- Participación en las Semanas Nacionales de Salud.

Al contar con un área de vacunación, este programa tiene seguimiento por parte del servicio de enfermería, sin embargo durante las semanas de vacunación se dispone del apoyo por parte de los pasantes debido a la alta demanda existente en la aplicación de los biológicos, trabajando en conjunto con los núcleos básicos para la visita a las escuelas de la cabecera municipal, haciendo de manera extensa y masiva la vacunación, para así cumplir con los objetivos de estas campañas.

En el caso de la comunidad de Lucero primera sección se envía una caravana con los biológicos necesarios en las condiciones que indica la Norma Oficial 036, para el abastecimiento de su población, trabajando conjuntamente con las autoridades de esta comunidad, ya que el acceso a la misma es difícil especialmente en temporada de lluvias. Este programa por ser de carácter homogéneo se tiene que reportar de manera minuciosa.

Fuera de las Semanas de Salud, los núcleos se concretan a revisar periódicamente la cartilla de vacunación de cada uno de sus pacientes para orientar a la población de las vacunas faltantes según su cartilla, poniendo mayor cuidado en los grupos más vulnerables que son los menores de 5 años, los adultos mayores y las mujeres embarazadas.

3.3.1.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este programa no existe un control específico del número de pacientes, el sexo o el grupo etario, únicamente se tiene un registro de los biológicos que se han administrado a la población, esto debido a que al cubrir las necesidades de las poblaciones cercanas de la cabecera municipal como Lucero segunda, Paso Naranjo, y Cenobio Aguilar; resulta complejo llevar un control correcto por parte del personal encargado del programa.

Dentro del CSCH Salto de Agua se aplicaron durante el periodo agosto 2013- Julio 2014 el siguiente número de biológicos:

Tabla 12. Biológicos aplicados en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua durante el periodo agosto 2013- Julio 2014.		
Biológico.	Nº de aplicaciones.	Porcentaje de uso.
BCG.	90	5.60%
Pentavalente Acelular.	250	15.60%
Hepatitis B niño.	94	5.90%
Hepatitis B adulto.	0	0%
DPT.	84	5.20%
Rotavirus.	88	5.50%
Neumococo niño.	208	13%
Influenza Estacional.	251	15.70%
SRP.	149	9.30%
Td.	375	23.40%
SR doble viral.	0	0%
VPH.	11	0.70%
Total.	1600	100%

*Tabla 12. Biologicos aplicados en el Centro de SaLud con Hospitalizacion Salto de Agua, Chiapas, agosto 2013- julio 2014.
Fuente: Registro de vacunacion del Centro de Salud con Hospitalizacion Salto de Agua.*

Si se evalúa la tendencia en cuanto a la aplicación de los 1600 biológicos que fueron utilizados en la población, puede observarse que la vacuna tétanos-difteria fue la más utilizada, probablemente secundario a heridas y accidentes; la vacuna para la influenza estacional representa el 15.7% de vacunas aplicadas, lo cual está directamente relacionado con la época de invierno; así mismo se puede notar que hay una relación entre los recién nacidos en el centro de salud (88) y las 90 vacunas utilizadas de BCG, por ultimo llama la atención que durante el periodo del que se tiene registro, existe un bajo porcentaje de uso de la vacuna contra el VPH (0.7%) y Hepatitis en adulto (0%), quedando un riesgo latente para que la población que acude al centro de salud presente estas patologías.

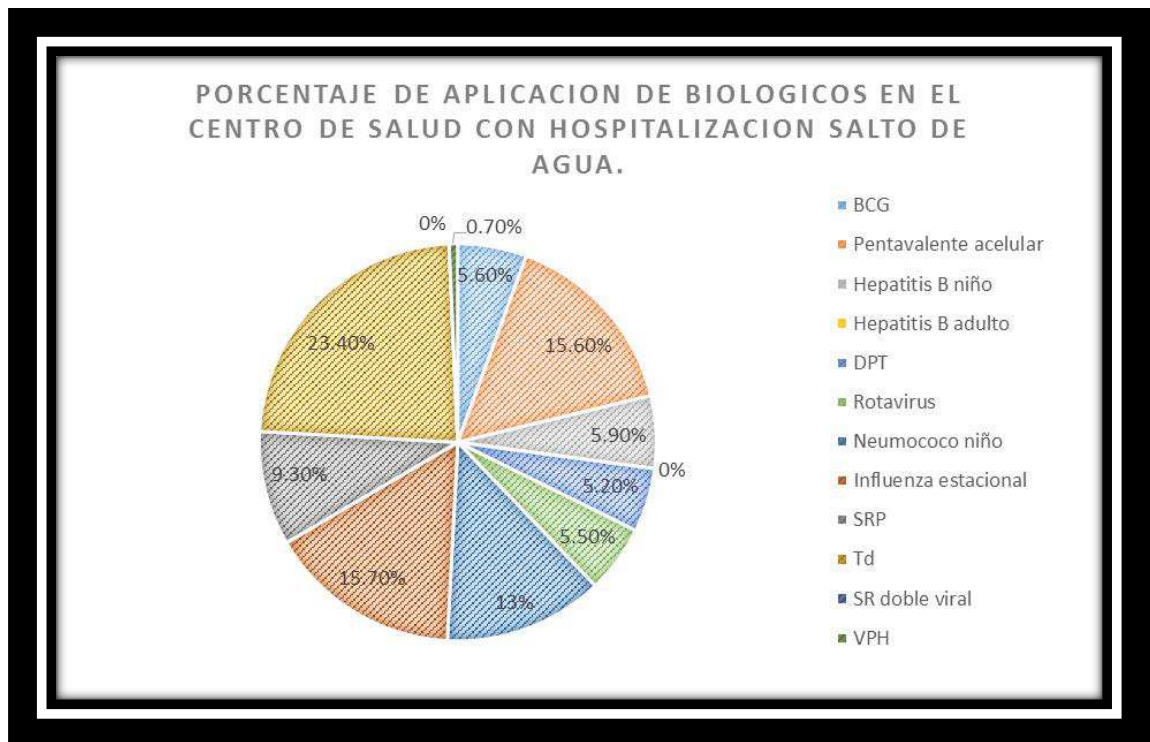


Grafico 31. Porcentaje de aplicación de biológicos en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, Chiapas, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Registro de aplicación de biológicos del personal de enfermería.

Dentro de los 3 núcleos del centro de salud, el personal de enfermería es el encargado de hacer la revisión de las cartillas de cada uno de los integrantes de las familias que acuden a consulta, esto con el objeto de verificar y corroborar su actualización, haciendo hincapié en los cartillas de los niños de 0 a 9 años y de las embarazadas. Con base en los datos registrados por enfermería se concluye que existe una cobertura en cuanto a los esquemas de vacunación completa por debajo de las expectativas del programa, encontrando que lo más aproximado es en el caso de los recién nacidos que alcanzan un 88%, esta situación va en disminución sobre todo en la población mayor de los 20 años, que al llegar a los 50 años únicamente llega un 25% de cartillas actualizadas en hombres y a un 28% en mujeres; esta situación puede estar relacionada con la carencia del biológico al momento de acudir a vacunarse o debido un inadecuado despliegue de las campañas de vacunación.

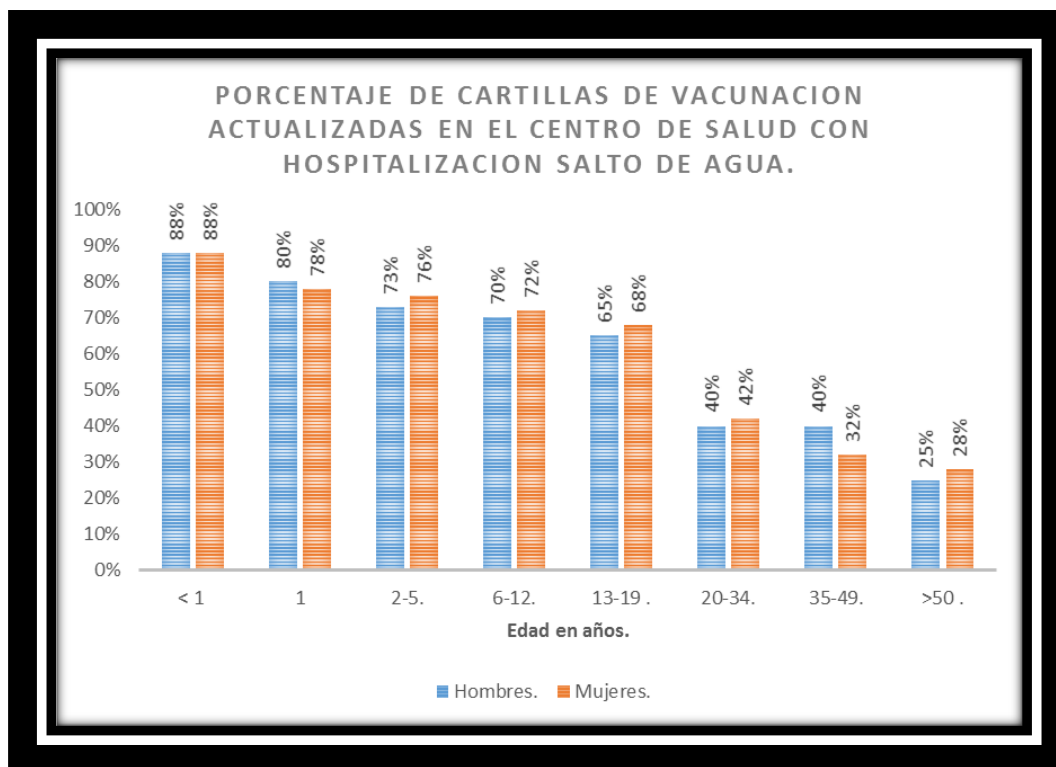


Gráfico 32. Porcentaje de actualización de cartillas de vacunación en la población atendida en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Registros del área de vacunación.

3.3.1.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA

Durante el periodo laborado en este centro de salud, la principal actividad realizada fue dar apoyo durante dos campañas de vacunación, en las cuales únicamente se aplicó el biológico a las colonias que cubrían los núcleos básicos 1 y 2, observándose problemas de registro, por otro lado el control que se lleva en cuanto a las cartillas de vacunación está limitado a que las familias acudan con esta, quedando en duda cual es el porcentaje real de esquemas de vacunación completos.

En cuanto a recursos para el desarrollo del programa, se cuenta con los recursos materiales necesarios incluyendo una red fría, la cual es necesaria para conservar las vacunas, sin embargo el tiempo y los recursos humanos destinados a las campañas es insuficiente ante la demanda de la población; por otro lado la aplicación de biológicos se vio afectada por la falta de estos, dando como consecuencia que no se logre una cobertura total para todos los grupos de edad, por ende, los esquemas de vacunación no se ajustan a las edades que marcan las

normas en cuanto a su periodo de aplicación, situación que aumenta el riesgo para los recién nacidos y lactantes, así como para los adultos mayores y la población en edad reproductiva a la que no se le administran las vacunas de VPH y Hepatitis B, para los cuales se completan sus esquemas únicamente cuando se cuenta con las vacunas necesarias durante las campañas, misma situación aplica en las embarazadas, demostrándose que siguen siendo las mujeres indígenas las principales víctimas de la inequidad en cuanto a la cobertura y disponibilidad de recursos que ofrecen los servicios sanitarios.

Para la mejora de este programa, se sugiere atender el desabasto de biológico, ya que esto provocaría efectos positivos en la prevención de enfermedades en la población. Así mismo se sugiere aumentar la periodicidad de las campañas de vacunación, con un mayor número de vacunadores para cubrir la demanda de este servicio; por último, aumentar la especificidad en cuanto a la zona a la que pertenecen, el género y edad en el registro de la población vacunada, facilitaría la posibilidad de identificar los grupos en los que se requiere aumentar esfuerzos, permitiendo así optimizar los recursos disponibles y a su vez tener un panorama real en cuanto a la cobertura de vacunación que se presenta en la población atendida.

3.3.2 PROGRAMA: ATENCION A LA SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía, para el año 2011 hubo 2.58 millones de recién nacidos vivos en el país, de los cuales 473 mil fueron producto de madres ubicadas en un rango de edad entre los 15 y 19 años, es decir un 18.4%, lo que significa que hay una madre adolescente por cada cinco recién nacidos; durante el año 2012 en el estado de Chiapas se tienen registrados 144,423 nacimientos, de los cuales 21,230 (14.7%) fueron de madres menores de 19 años, siendo esta una problemáticas a la que se enfrenta el país, ya que esta condición aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo y por ende de muerte materna. (INEGI 2011-2012)

Según datos del micro diagnóstico de la cabecera municipal de Salto de Agua se tienen 1,445 mujeres en un rango de edad de 15 a 44 años, considerando que dentro de la cabecera municipal existen 2,686 hombres y 2,932 mujeres; puede decirse que un 49.2% de las mujeres censadas y un 25.7% de la población total se encuentran en edad fértil, por lo que este programa surge como una estrategia de salud materno-infantil y el bienestar familiar, en el cual se busca favorecer a las mujeres y las parejas para lograr una vida sexual y reproductiva satisfactoria sin riesgos, con la libertad de decidir de manera responsable e informada sobre el número de hijos que se desean tener y el espacio de tiempo entre cada uno de ellos, con total respeto a su dignidad.

Este programa tiene un fundamento teórico en la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, y del Programa de Acción Específico. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018.

3.3.2.1 OBJETIVOS Y METAS

El principal objetivo de este programa consiste en homogenizar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, buscando realizar una consejería dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de la población, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva.

- Lograr que un 80% de las mujeres en edad reproductiva, tengan algún método de planificación acorde a sus necesidades.
- Evitar el embarazo en mujeres adolescentes, para prevenir complicaciones durante o después del embarazo.
- Informar y orientar a la población en edad fértil sobre salud reproductiva y métodos de planificación familiar.
- Empoderar a las mujeres para que puedan ejercer su sexualidad de manera responsable, quedando en sus manos la decisión en cuanto al número de hijos que desean tener y el momento en que ellas consideren pertinente embarazarse.

- Disminuir enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y la morbimortalidad materno-infantil.
- Ofrecer los diferentes métodos anticonceptivos temporales (barrera, hormonales, naturales) y definitivos (oclusión tubaria bilateral OTB, vasectomía).

3.3.2.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

El control de este programa se lleva a cabo dentro de los tres núcleos básicos, durante la consulta a los pacientes; en cuanto a los métodos de anticoncepción definitivos se cuenta con un servicio de ginecología y cirugía, que tras recibir la valoración por parte de los médicos de los núcleos básicos y realizar los estudios preoperatorios, brindan estos servicios dentro de la unidad.

Dentro de las actividades que se llevan a cabo dentro del centro de salud se encuentran las siguientes:

- Proporcionar a cada paciente la información de cada uno de los métodos anticonceptivos disponibles en el centro de salud, explicando de manera clara y comprensible su funcionamiento, características y probables efectos adversos de cada uno de ellos; con esto será posible determinar cuál es el más indicado para cada paciente, buscando que este se adapte a su estilo de vida.
- Ingresar al programa a las pacientes que soliciten algún método de planificación familiar, realizándole previamente estudios de laboratorio como prueba de embarazo, química sanguínea y perfil lipídico, para así poder determinar el anticonceptivo ideal.
- Elaborar la tarjeta de seguimiento de cada paciente registrada en el programa, para llevar un adecuado control.
- En caso de métodos temporales, entrega periódica del método anticonceptivo que la paciente eligió.
- Programación de pláticas y talleres extramuros sobre la salud reproductiva.

- Promoción y oferta de métodos permanentes o de eficacia prolongada a pacientes con factores de riesgo reproductiva como multiparidad, aborto recurrente, preclampsia, etc.
- Oferta de métodos anticonceptivos definitivos a usuarios con uso prolongado de métodos temporales.

3.3.2.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS

Con base en los datos correspondientes a este programa, se tenía un registro de 142 pacientes siguiendo algún método de planificación familiar, con el cual se alcanzaba una cobertura de un 9.8% de las 1,445 mujeres en edad fértil, sin embargo durante el periodo agosto 2013 – julio 2014, se logró aumentar esta cobertura a un 14.1%, con 62 nuevos ingresos dentro del programa.

En la tabla 13 se puede observar como durante el año hubo un aumento considerable del uso de métodos de anticoncepción y planificación familiar, ya que durante el periodo 2012-2013 se contaba con un registro de 71 mujeres con implante subdérmico, esta cifra aumentó a 84 mujeres con la inclusión de 13 nuevas pacientes con este método durante este año. Así mismo se tenía el registro de 38 pacientes en control con inyección mensual y 10 en seguimiento con inyección bimestral, que durante este año aumento a 43 con inyección mensual y 15 con inyección bimestral, con 5 ingresos respectivamente; por otro lado se tenía un registro del año previo de cuatro pacientes utilizando hormonales orales, que acudían periódicamente por su medicamento, ingresando durante este año 6 mujeres más, dando un total de 10 personas en tratamiento con anticonceptivos orales. Esta situación también aumentó con los métodos de barrera, ya que de 4 pacientes que acudían por preservativos de manera mensual, se aumentó al registro 6 personas más al programa, haciendo evidente el interés del sexo masculino por cuidar su salud sexual y reproductiva. Desgraciadamente esta situación en aumento no se dio en todos los casos, de las 13 pacientes con DIU medicado que se tenían en el año anterior, solo se pudieron aplicar 9 más, esto secundario a las carencias materiales, dando un total de 22. Sin embargo también se observaron cambios positivos ya que, el año previo se tiene un registro de 12 pacientes que se realizaron una OTB y para este periodo se realizaron 15, por lo que se puede notar como la

aceptación para este método va en aumento, es necesario decir que la mayoría de las veces la causa principal era la multiparidad.

Tabla 13. Resultados del programa de atención a la salud reproductiva y planificación familiar durante el periodo agosto 2013 – julio 2014.		
Total de Pacientes en el programa.	204	
Pacientes previamente en control.	142	
Nuevos ingresos.	62	
Número de consultas destinadas a este programa durante el año.	667	
Promedio de consulta mensual.	55.5	
Hormonal de emergencia.	11	
Vasectomía.	1	
Método anticonceptivo.	Nº de pacientes.	Total.
Control preservativo.	4	10
Ingreso preservativo.	6	
Control hormonal oral.	4	10
Ingreso hormonal oral.	6	
Control mensual inyectable.	38	43
Ingreso mensual inyectable.	5	
Control bimestral inyectable.	10	15
Ingreso bimestral inyectable.	5	
Control DIU.	2	5
Ingreso DIU.	3	
Control DIU medicado.	13	22
Ingreso DIU medicado.	9	
Control implante subdermico.	71	84
Ingreso implante subdermico.	13	
OTB	15	

Tabla 13. Resultados del programa de atención a la salud reproductiva y planificación familiar durante el periodo agosto 2013 – julio 2014. Fuente: ficheros del Programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Se administraron 11 dosis de tratamiento hormonal de emergencia (Levonorgestrel 0.75 mg 2 capsulas), estos casos no fueron considerados para su ingreso al programa, pero se considera un dato importante ya que es parte de los servicios ofrecidos por este, además de que dio pie a ofertar otras alternativas que permitieron el ingreso de 3 pacientes con hormonales inyectables y 4 con hormonales orales.

Llama la atención que durante el año, dentro de este programa, un paciente acepto la vasectomía, haciendo evidente su interés por evitar embarazos no deseados, sin

embargo, en este aspecto falta mucho trabajo por realizar con la población masculina para aumentar el interés por estas prácticas.

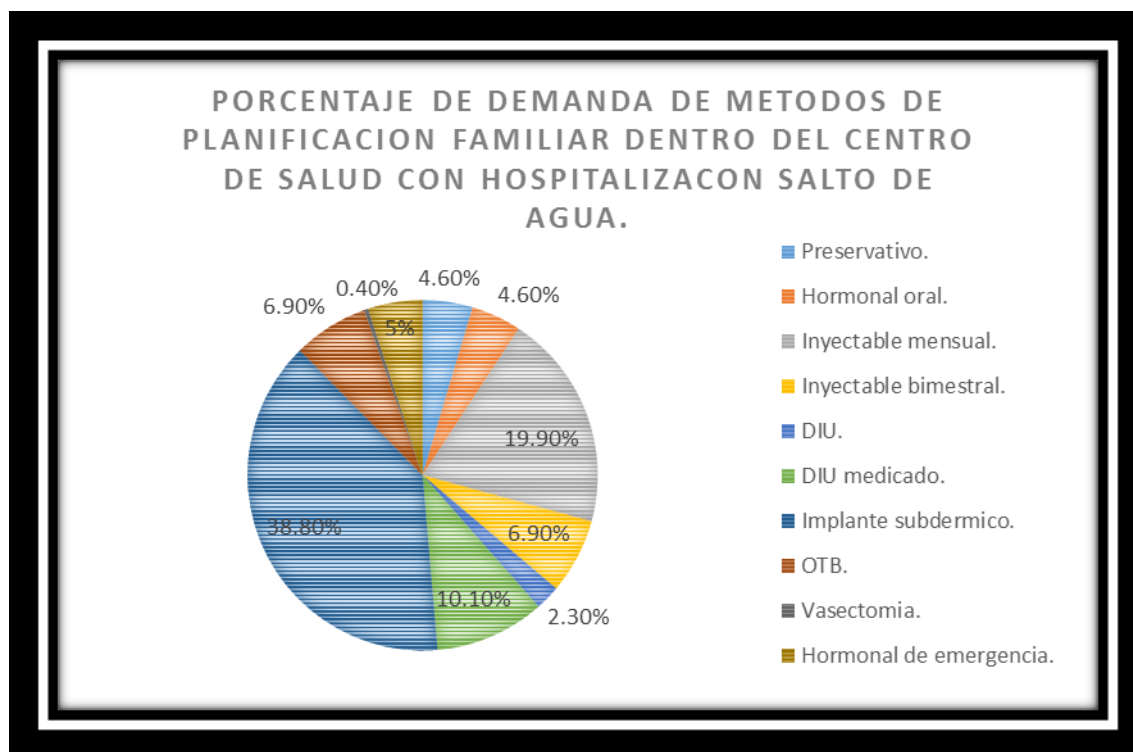


Grafico 33. Demanda de metodos de planificacion familiar durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: ficheros del programa. Centro de Salud con Hospitalizacion Salto de Agua, chiapas.

En el gráfico 33 se puede observar la demanda existente para cada uno de los métodos de planificación con los que cuenta el centro de salud con hospitalización Salto de Agua como alternativas para ofrecer dentro de este programa, cabe mencionar que en este gráfico se incluye la anticoncepción de emergencia debido a que favorece al logro de las metas y objetivos de este programa con respecto a evitar los embarazos no deseados.

El implante subdérmico es el método de planificación más utilizado dentro de la población en el programa con un 38.8% del total de mujeres que siguen algún método; seguido por un 19.9% que utiliza inyectables hormonales mensuales, un 10.1% que utiliza el DIU medicado y un 6.9% que utiliza el inyectable bimestral. Únicamente un 7.3% de los pacientes han recurrido a métodos definitivos como OTB y vasectomía.

Llama la atención que un 5% de estas personas prefieren utilizar anticonceptivos de emergencia antes que hormonales mensuales o preservativo, los cuales solo cubren a un 4.6% de la población usuaria respectivamente; pese a los riesgos sobre la salud que puede generar el uso inadecuado de estos medicamentos. Así mismo conviene señalar que el consumo de hormonales en conjunto alcanza un 85.3%, lo cual resulta preocupante debido a que estos no previenen el contagio de enfermedades de transmisión sexual, dejando ver una población que previene embarazos no deseados, pero que está expuesta a múltiples enfermedades, dentro de las cuales están el VPH y Hepatitis B, cuyas vacunas dentro de la comunidad escasean, haciendo más alta la probabilidad de contraer estas.

En cuanto a la periodicidad con la que acuden las pacientes, se pudo observar que bajo ningún método se alcanzó una asistencia mensual de seguimiento en un 100%, se presentó un nulo seguimiento de pacientes con algún método temporal a largo plazo como DIU, DIU medicado o implante subdérmico; siendo la población que utiliza el método hormonal inyectable de forma mensual, la que más participación tuvo, de las 43 pacientes dentro de este programa, asiste un 82.7% de estas mujeres mensualmente para recibir su medicamento, alcanzando así un promedio de 35.5 de consultas al mes; el segundo método por el que más acuden las pacientes es por anticonceptivos orales, teniendo un promedio de 5.5 pacientes al mes de las 10 personas registradas usando este método, dando como resultado una asistencia mensual de un 55.8%; por otro lado la necesidad de preservativos provocó que en promedio al mes 3.4 de los 10 pacientes dentro del programa acudieran, lo cual indica que al mes un 34.1% de estos pacientes regresan para contar con este método..

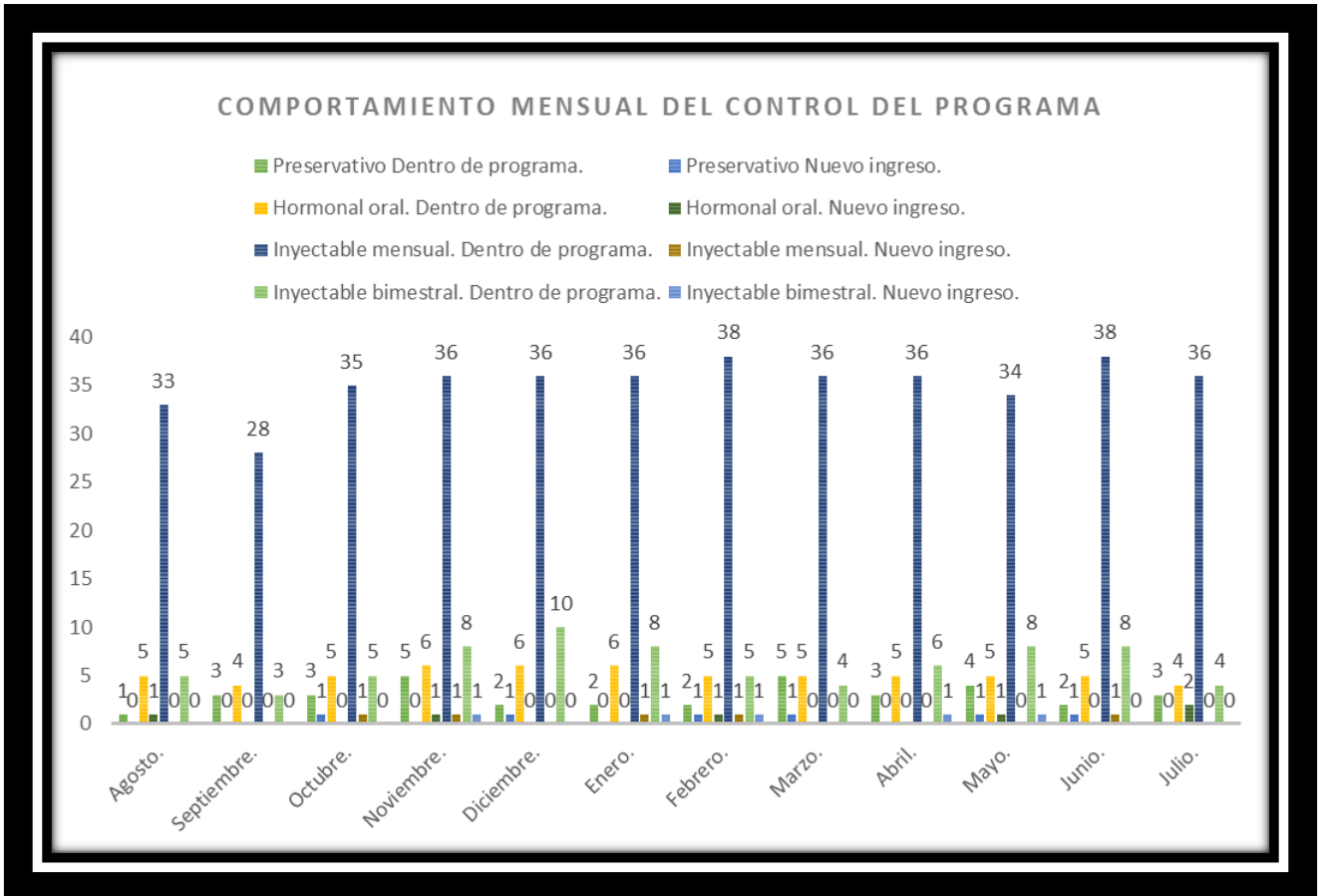


Grafico 34. Comportamiento mensual de las consultas de control del programa de Planificación familiar y salud reproductiva, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Ficheros del programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

3.3.2.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA

A pesar de que en este programa se cuenta con múltiples opciones que favorecen a la mujer para poder ejercer su derecho de decidir libremente sobre su vida sexual y su maternidad, aún existen muchos tabúes a propósito del uso de métodos de planificación familiar, dentro de ellos está la idea machista de que la decisión de la mujer recae directamente sobre su pareja, la cual en muchas ocasiones puede ignorar los riesgos que representan un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual, limitándose a “cuidarla” con métodos ineficientes como el coito interrumpido; por otro lado en esta región aún se conserva la idea de que la decisión de cuantos hijos tener depende de una cuestión divina y el hecho de que una mujer se cuide puede ser catalogado como un acto de promiscuidad, por lo que aún existe un alto rechazo a este programa, cuya cobertura únicamente alcanza un 14.1% de la

población femenina en edad reproductiva, es decir 65.9 puntos porcentuales por debajo de la meta fijada, quedando 1,241 mujeres en edad reproductiva sin ningún método anticonceptivo.

Ante este tipo de situaciones el único recurso con el que se cuenta y en el que se debe hacer énfasis, es el fomento de la educación, así como la promoción y difusión masiva de temas de salud sexual y reproductiva, donde buscando ser incluyentes y respetuosos de los usos y costumbres, se involucre de manera más activa al género masculino para sensibilizarlo, con el objeto de que este fomente la participación de su pareja. Por otro lado es importante decir que en las parejas jóvenes, las cuales culturalmente ya tienen una idea más amplia de la equidad de género, se puede observar que el apoyo por parte de los hombres en cuanto a la decisión de su pareja va en aumento, ya que se comienza a comprender que la planificación familiar es en beneficio de ambas partes, lo cual favorece que la mujer sea libre de decidir si quiere usar algún método anticonceptivo.

Es necesario hacer hincapié en que como en otros programas, uno de los principales limitantes es el desabasto de recursos materiales dentro del centro de salud; en el caso de este programa, esta situación se presenta sobre todo con los medicamentos hormonales de corto y mediano plazo, donde la carencia de estos, hace necesario indicar a la paciente que tiene que conseguir su tratamiento por sus propios medios, obligándola a hacer un gasto de bolsillo, lo cual puede favorecer que se dé la interrupción o el abandono del método en cuestión; ante esta situación se sugiere aumentar el número de anticonceptivos en existencia dentro de la farmacia del centro de salud, para poder ofrecer una mayor gama de opciones a las mujeres y asegurar que se pueda dar un seguimiento constante y efectivo de la alternativa elegida.

3.3.3 PROGRAMA: ATENCION AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

En la actualidad, la salud reproductiva en la mujer no debería ser considerada como un riesgo, ya que se cuenta con los avances científicos y tecnológicos necesarios para llevar un buen control y manejo del embarazo, parto y puerperio, además de las complicaciones que se puedan presentar en estos periodos; con base en lo anterior y fundamentándose en la NOM-007-SSA2-2010, Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto Y Puerperio, Y del Recién Nacido, así como en el Programa de Acción Especifico. Salud Materna y Perinatal 2013-2018; este programa va dirigido a la aplicación de acciones y medidas en todo el país para garantizar una maternidad saludable y sin riesgos, por medio de la vigilancia del estado de salud y el estilo de vida de las mujeres en edad reproductiva que se encuentren embarazadas o en alguna etapa perinatal; aplicando acciones de prevención, diagnóstico oportuno y manejo medico de las posibles complicaciones, con la intención de disminuir la morbilidad y colaborar en el cumplimiento de los objetivos del milenio en lo correspondiente a la disminución de la mortalidad materna y perinatal; problemas de gran impacto epidemiológico dentro del estado de Chiapas y que se da con mayor frecuencia en las comunidades de alta marginación.

3.3.3.1 OBJETIVOS Y METAS

El objetivo principal del programa consiste en establecer los criterios mínimos para la atención médica de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal, y del recién nacido; situación de observación obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. A su vez, se busca ofrecer una atención de calidad y calidez durante cualquiera de las etapas antes mencionadas.

Dentro de las metas de este programa se tiene contemplado:

- Lograr al 100% un diagnóstico oportuno de las embarazadas desde el primer trimestre, ofreciéndoles un seguimiento adecuado, con al menos 5 consultas de control prenatal.

- Ingresar un mínimo de 34 embarazos esperados durante el año.
- Buscar factores que predispongan a alguna complicación durante el embarazo (diabetes gestacional, hipertensión en el embarazo, preeclampsia, eclampsia) parto y puerperio.
- Derivar a las pacientes en caso de alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio, a un segundo o tercer nivel de atención.
- Prevenir y disminuir la muerte materno-fetal.

3.3.3.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DENTRO DEL CONSULTORIO

El manejo de este programa se desarrolla dentro de los consultorios correspondientes a los 3 núcleos básicos, en los que se cuenta con el apoyo del personal de enfermería para la toma de signos vitales, y de la presencia del médico en turno para entrevistar y realizar una revisión completa de la paciente.

Dentro de las actividades realizadas durante la consulta se tiene contemplado:

- Realizar prueba de embarazo en cualquier mujer en edad fértil que presente amenorrea o tenga sospecha de embarazo.
- Elaboración de historia clínica y carnet perinatal de cada paciente, con una adecuada exploración obstétrica.
- Realizar estudios de laboratorio y gabinete, como biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, VDRL y ultrasonidos acordes a la edad gestacional; con los cuales será posible tener un panorama más amplio del estado de salud de la paciente y del producto, además de favorecer la detección oportuna de pacientes seropositivas y con sífilis.
- Promover el consumo de suplementos alimenticios tales como sulfato ferroso y ácido fólico.
- Verificar la cartilla de vacunación y aplicar las inmunizaciones correspondientes.
- Control mensual de las pacientes embarazadas y a partir de la semana 37 de gestación, realizar revisiones semanales.

- Toda paciente que acuda a consulta de control en este programa deberá contar con un expediente clínico, con la respectiva nota de seguimiento que deberá incluir signos vitales y exploración física completa.
- Mantener cita abierta ante cualquier causa que ponga en riesgo la salud del binomio.
- Explicar e identificar riesgos, signos y síntomas de alarma.
- Realización de ultrasonografía de manera trimestral para la valoración del correcto desarrollo del producto.
- Envío con hoja de referencia a segundo nivel de atención médica a partir de las 39 semanas de gestación.
- Valorar el riesgo del embarazo en base a criterios establecidos, y en caso de presentar alguno, referenciar de manera oportuna a un segundo nivel.
- Promover la lactancia materna, y dar seguimiento durante el puerperio mediano y tardío, con un mínimo obligatorio de tres consultas.

3.3.3.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS

Durante el periodo agosto 2013–julio 2014 se tiene un registro total de 522 consultas de control prenatal y puerperio realizadas en los 3 núcleos básicos, para 116 mujeres embarazadas que llevan su control dentro del programa; de las cuales 48 mujeres pertenecían al núcleo básico 2, 40 al núcleo básico 1 y 28 embarazadas acudían al núcleo básico 3.

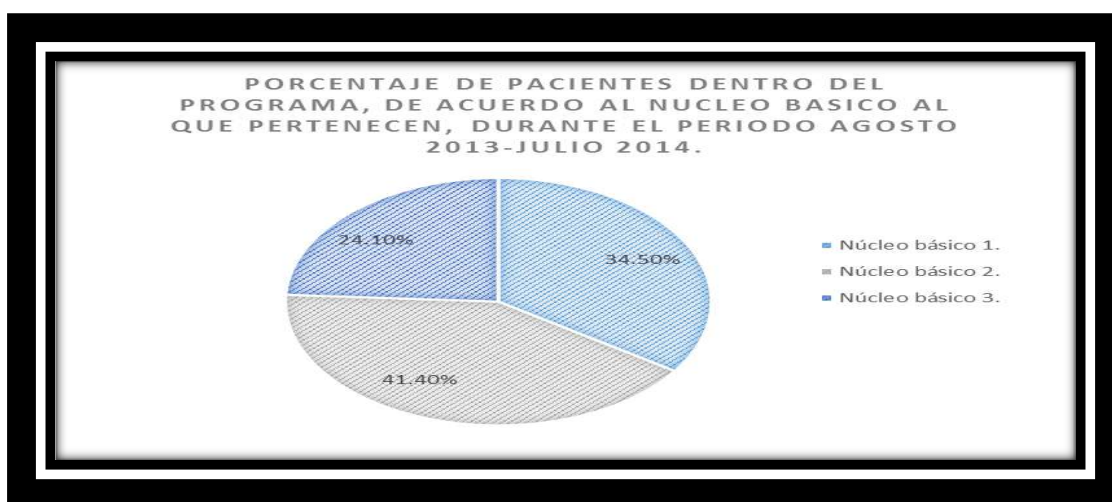


Grafico 35. Distribucion de las pacientes en el programa de control de embarazo parto y puerperio, de acuerdo al nucleo basico al que pertenecen. Fuente: Fichas del programa durante el periodo agosto 2013- julio 2014, Centro de Salud con Hospitalizacion salto de Agua, chiapas.

La edad promedio de las mujeres que forman parte del programa de control prenatal es de 26 años.

De las 116 tarjetas de embarazo existentes, 38 pacientes fueron captadas dentro del primer trimestre de embarazo, lo cual equivale a un 32.7% del total de seguimientos, debe mencionarse que esta cifra se encuentra muy por debajo del 100% de diagnóstico oportuno que se espera en el programa; un 44.8% corresponde a las 52 mujeres que se tienen registradas en control del segundo trimestre del embarazo; únicamente 20 (17.2%) embarazadas se ingresaron al seguimiento del tercer trimestre del embarazo, y por ultimo seis mujeres en puerperio, lo que corresponde a un 5.1%.

Tabla 14. Resultados del programa durante el periodo Agosto 2013-Julio 2014.	
Consultas del programa.	522
Número de pacientes dentro del programa.	116
Promedio de consultas por paciente dentro del programa.	4.5
Pacientes ingresadas en el primer trimestre del embarazo.	38
Pacientes ingresadas durante el segundo trimestre del embarazo.	52
Pacientes ingresadas durante el tercer trimestre del embarazo.	20
Pacientes ingresadas durante el puerperio.	6
Edad promedio de las pacientes en control.	26
Total de partos de las pacientes en control.	87
Partos de las pacientes en control atendidos por eutocia dentro de la unidad.	42
Partos de las pacientes en control atendidos por cesárea dentro de la unidad.	6
Total de partos atendidos en el servicio de urgencias.	143
Partos atendidos por eutocia en el servicio de urgencias.	93
Partos atendidos por cesárea en el servicio de urgencias.	50
Total de partos atendidos dentro de la unidad.	191

Tabla 14. Resultados del programa de atención al embarazo, parto y puerperio, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: fichas del programa, Centro de Salud con hospitalización Salto de agua, Chiapas.

Tomando en cuenta el total de consultas realizadas en los núcleos básicos (522), el promedio de consultas que recibió cada embarazada dentro del programa durante el año fue de 4.5 consultas, cifra muy aproximada a la meta del promedio de consultas necesarias para las pacientes dentro del programa.

Al analizar el comportamiento mensual de la consulta durante el año, se obtuvo un promedio de 43.5 consultas mensuales, de las cuales un 34.2% fue para embarazadas en el primer trimestre, un 41.7% fue para el segundo trimestre, 19.3%

para el tercer trimestre y 4.5% para pacientes en puerperio; observándose mayor actividad durante los meses de febrero y marzo.

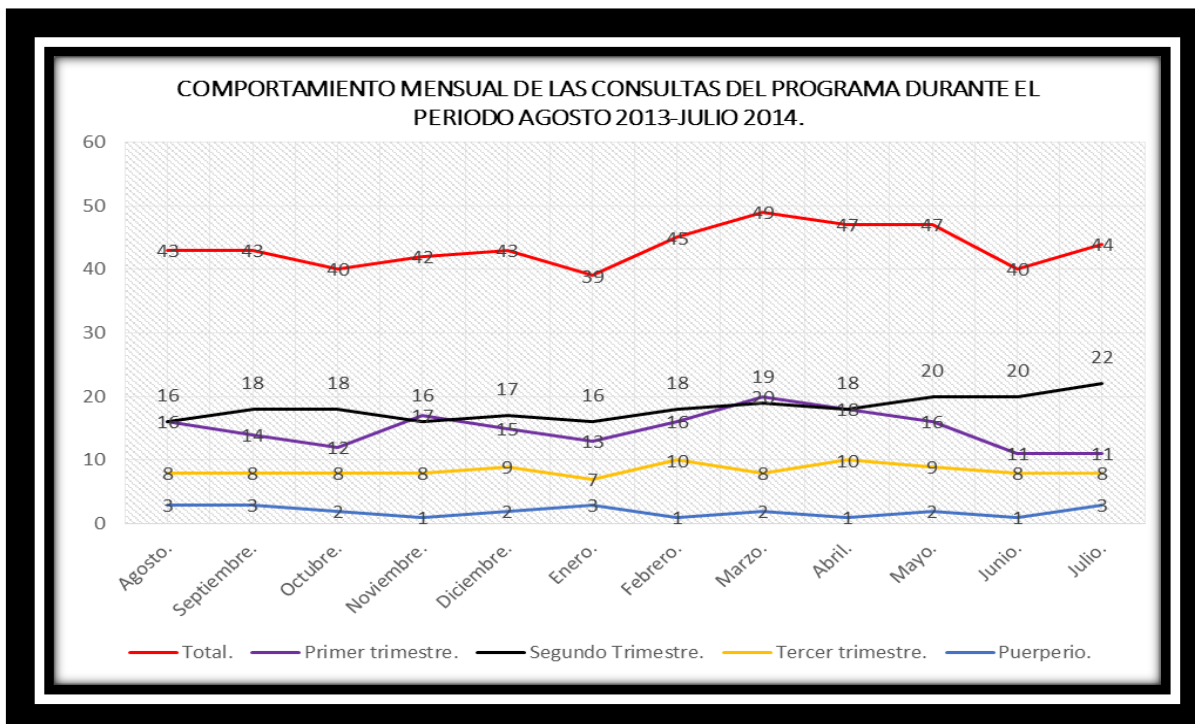


Grafico 36. Comportamiento mensual de las consultas del programa durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: ficheros del programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

De las 116 embarazadas que llevaron su control prenatal en el centro de salud, la resolución de 72 casos fue por vía vaginal, 15 fueron por cesárea y 29 de ellas continuaron en control en su núcleo.

En cuanto al sitio de la atención del trabajo de parto para las pacientes en el programa, 48 de las mujeres fueron atendidas en el centro de salud de Salto de Agua, cifra con la cual se supera la meta de prestar atención a un mínimo de 34 partos esperados durante el año; 42 fueron de forma eutócica y 6 de ellas fueron por cesárea. Por otro lado 5 de ellas se atendieron por medio particular, 3 fueron atendidas en la secretaria de salud de la ciudad de Macuspana, Tabasco; 18 acudieron al Hospital General de Palenque y 4 lo concluyeron en la ciudad de Villahermosa, Tabasco.

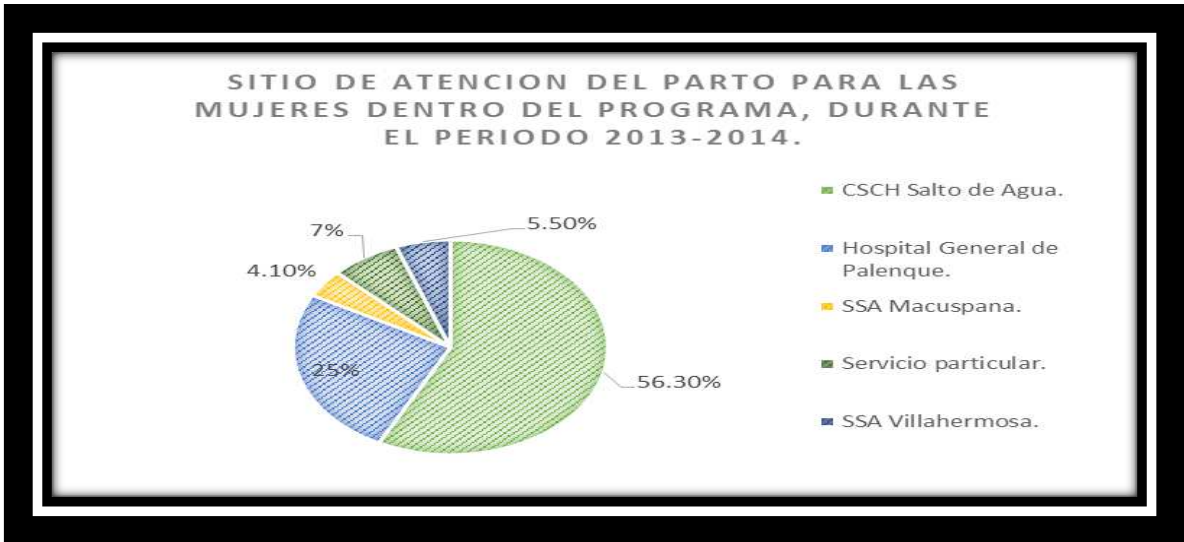


Grafico 37. Sitio de atención del parto para las pacientes dentro del programa, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Fichas del programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

Sobre el comportamiento anual de los partos atendidos a las pacientes dentro del programa, se observó que durante los meses de septiembre y octubre hubo un mayor número de mujeres que acudieron para dar a luz, con cinco casos respectivamente; el mes de febrero fue en el que menos partos se atendieron con únicamente un caso, dando un promedio de 3.5 partos por mes.

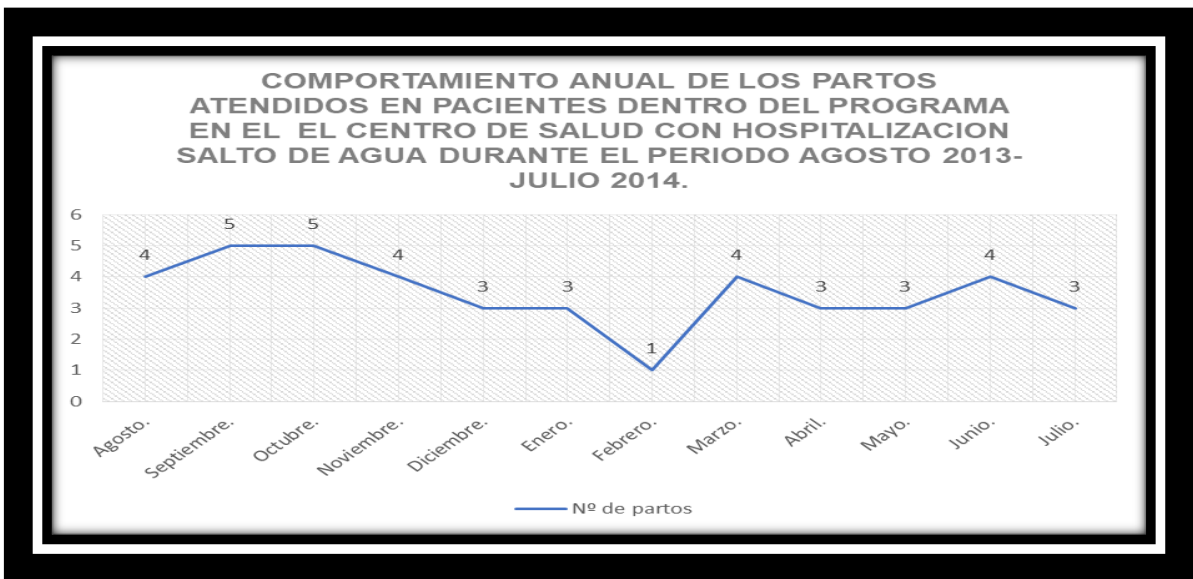


Grafico 38. Comportamiento anual de los partos atendidos en pacientes dentro del programa de atención al parto, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: fichas del programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

De los 48 partos de pacientes dentro del programa, atendidos en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, 45 de ellos, es decir un 93.7%, ocurrieron sin ninguna complicación para el binomio.

Se presentó un caso de óbito, y se trasladó a dos pacientes; el primer caso fue una paciente en puerperio quirúrgico inmediato que presentaba cifras altas de TA y paraclínicos sugerentes de preclamsia; el segundo caso fue por un recién nacido vivo con datos de síndrome de aspiración meconial, descartado en el hospital general de Palenque, que lo dio de alta con un diagnóstico de taquipnea transitoria del recién nacido.

Resulta importante mencionar que de acuerdo con los datos reportados por el médico pasante que laboró durante el año 2017 en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, se tiene un registro de muerte materna durante el año 2015. Por otro lado, de acuerdo con los datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) con respecto a este tema, en la Jurisdicción VI Selva del año 2010 al 2012, se tienen registrados tres casos de muerte materna en este municipio, esta información permite explicar el por qué según el monitor de los Objetivos del Milenio, en Salto de Agua la tasa de mortalidad materna es de 76.57 por cada 100,000 nacidos vivos, ocupando el 30º puesto de los municipios del estado de Chiapas en este rubro. (Vidal, 2011), (Naciones Unidas, 2013), (Cárdenas, 2013), (Olivera, 2015), (Díaz, 2018).

En el servicio de urgencias se tiene un registro de atención de 143 partos dentro del Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua; se pudo observar que en esta área se presentaron únicamente 27 mujeres habitantes de la cabecera municipal de Salto de Agua, representando un 18.8% de los partos atendidos por urgencias; siendo las mujeres pertenecientes al resto del municipio las que más acudieron a este servicio en un 57.3% de los casos, es decir 82 mujeres tuvieron que trasladarse grandes distancias para poder recibir una atención de parto adecuada, debido a que fuera de la zona urbana la cobertura y oferta de los servicios es deficiente; por otro lado considerando la cercanía con Tila, se puede explicar por qué 34 de estas

mujeres fueran habitantes de este municipio, representando un 23.7% de las embarazadas atendidas en urgencias.

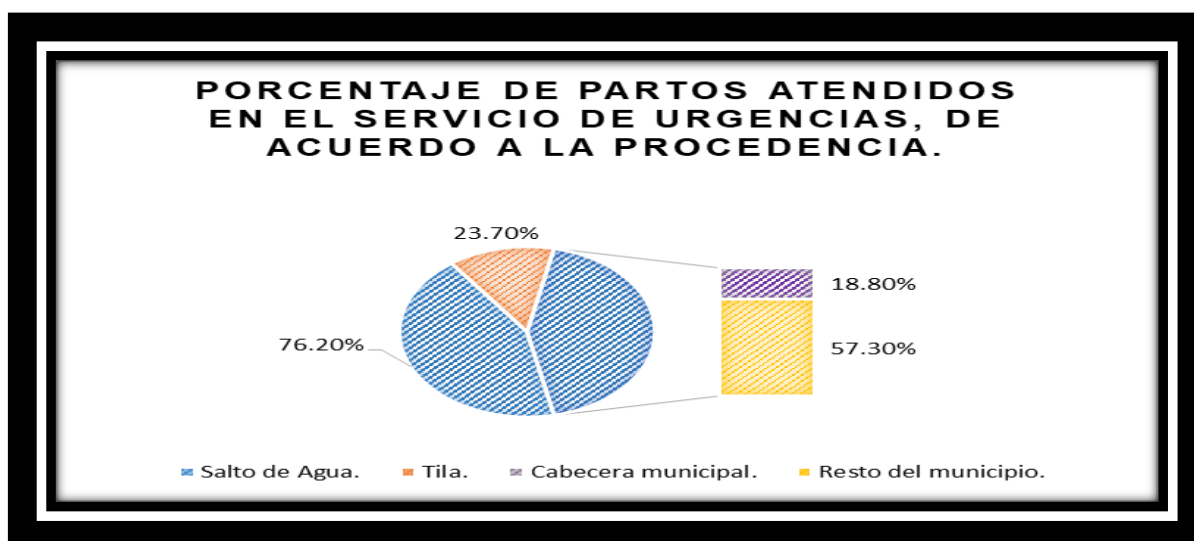


Gráfico 39. Porcentaje de partos atendidos en el servicio de urgencias, de acuerdo al sitio de procedencia durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Registro de consultas y fichas de programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

A propósito del comportamiento anual de los partos atendidos en el servicio de urgencias, en el gráfico 40 se puede observar que durante el mes de junio fue cuando se atendió a un mayor número de embarazadas en trabajo de parto, representando un 12.5% del total de partos durante el año, mientras que en enero únicamente se atendió a un 5.5% de estos, siendo el mes en el que menos partos fueron atendidos.

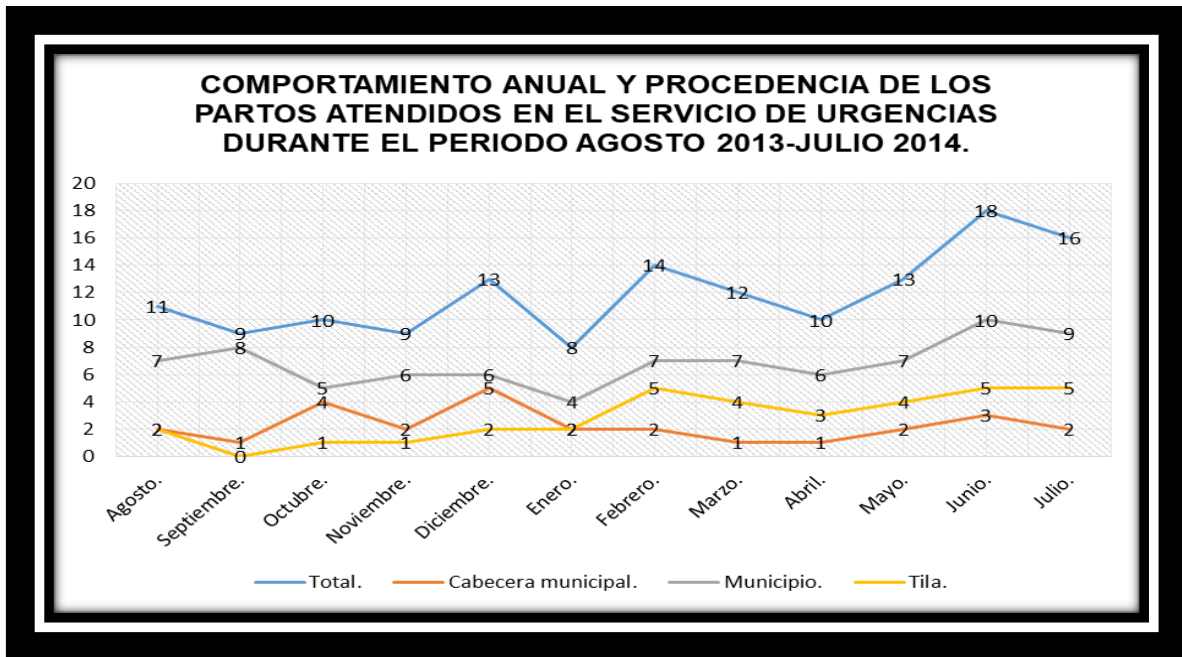


Grafico 40. Comportamiento anual y procedencia de los partos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo agosto 2013-julio 2014. Fuente: Hoja diaria de consulta en urgencias, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Haciendo la sumatoria de los casos de cesárea requeridos por habitantes de la cabecera municipal se obtuvo un total de 56 casos, un 35% (50) de los casos atendidos en urgencias fueron obtenidos por este método y solo 6 (12.5%) de las pacientes dentro del programa requirieron de este tratamiento; dentro de las causas principales, un 21.4% fue por una edad inferior a los 18 años, situación que pone en riesgo al binomio; la segunda causa fue por desproporción cefalo-pelvica en un 19.64% de los casos, seguida por RPM en un 17.85%, mientras que el trabajo de parto prolongado y la edad superior a 40 años se presentó en un 10.47% respectivamente, el resto de los casos se presentaron en porcentajes no mayores al 6% como es el caso de presentación pélvica (5.35%), placenta previa (5.35%), sufrimiento fetal (3.57%) y enfermedad hipertensiva del embarazo (1.78%).

MOTIVOS DE CESAREA EN EL CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION "SALTO DE AGUA" DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2013- JULIO 2014.

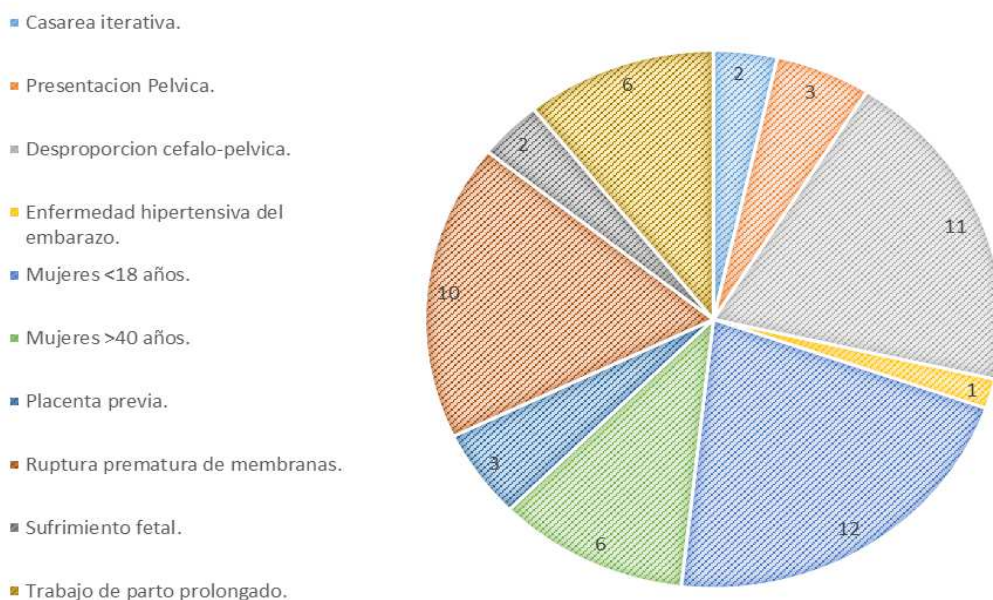


Grafico 41. Motivos de cesárea dentro del Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Hoja diaria de consulta, fichas de programa.

3.3.3.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA

Pese a que el fundamento teórico y los objetivos del programa se encuentran claramente definidos, dentro del centro de salud ha resultado complejo lograr lo establecido para considerar este programa como funcional o eficiente.

Si se toman en cuenta a las 1,445 mujeres en edad fértil que habitan en la cabecera municipal de Salto de Agua y el número de mujeres ingresadas dentro del programa de PF; podrá notarse que únicamente se alcanza una cobertura de atención para un 8.02% de esta población.

Otro gran problema en el desarrollo de este programa es que no se ha logrado el 100% de diagnóstico oportuno dentro del centro de salud, llegando únicamente a un registro de 32.7% de mujeres en primer trimestre, 44.8% de mujeres registradas

en control del segundo trimestre del embarazo y únicamente 17.2% en seguimiento del tercer trimestre; estos datos revelan que las pacientes en su mayoría acuden a su control de embarazo hasta el segundo trimestre del embarazo, generalmente por un diagnóstico tardío de este, lo cual representa un riesgo para la madre y para el producto, ya que es en el primer trimestre donde la ingesta de ácido fólico resulta fundamental para el cierre del tubo neural, además de que la consulta oportuna permite evaluar riesgos y la evolución del estado de salud de la madre durante el resto del embarazo.

Por otro lado si bien es cierto que el promedio de consultas que recibió cada embarazada dentro del programa durante el año fue de 4.5 consultas, aproximándose a la meta de 5 consultas durante el embarazo: debería aumentarse el número de visitas para asegurar el bienestar del binomio y evitar así riesgos asociados a muerte materna, que si bien dentro del Centro de Salud Salto de Agua no se tiene registro de esta en los últimos diez años, a nivel municipal se tiene el reporte de tres casos durante el periodo del 2010 al 2012, con un caso anual respectivamente; este es un motivo para buscar de manera urgente entablar una relación más estrecha con las embarazadas de la región, con lo que sin duda se lograría mantener al mínimo los riesgos durante el embarazo, el parto o el puerperio. (Vidal, 2011), (Naciones Unidas, 2013), (Cárdenas, 2013), (Olivera, 2015)

Atención de Partos.

Con respecto a los partos acontecidos durante el periodo agosto 2013-julio 2014 dentro del CSCH Salto de Agua, se logró un registro total de 191 partos atendidos, de los cuales un 74.8% se llevó a cabo en el servicio de urgencias, donde un 65% de estos fueron partos eutócicos y 35% por cesárea. Debe mencionarse también que de las 116 mujeres pertenecientes al programa, un 75% (87) llegó al término de su embarazo con el trabajo de parto; 48 (55.1%) de ellas recibieron atención dentro de la unidad, con 42 (87.5%) partos eutócicos y 6 (12.5%) cesáreas.

Dentro de las limitantes en el centro de salud se encuentra la carencia de recursos materiales y de personal capacitado para evitar la necesidad de traslados a un segundo nivel; es cierto que contar con un servicio de ginecología los fines de semana permitió ofrecer un tratamiento quirúrgico oportuno en algunos casos, sin

embargo en el servicio de urgencias, existieron situaciones concernientes al producto, donde se tuvo que enviar de referencia al binomio y pese a que hubo una buena resolución de estos casos, fue necesario someterlos a realizar un recorrido de más de una hora para acceder a una atención de segundo o tercer nivel, poniendo en riesgo la vida y la función de los implicados en el camino; esto podría evitarse si se dispusiera del personal adecuado.

Para el mejoramiento de este programa, se sugiere aumentar el personal especializado para cubrir las necesidades quirúrgicas durante toda la semana, ya que se cuenta con la infraestructura para esto y las necesidades de la cabecera municipal lo ameritan.

También se sugiere buscar una coordinación con las parteras de la región, las cuales aún son muy solicitadas en la zona, por lo que la búsqueda de un trabajo conjunto con ellas facilitaría llevar un registro de las pacientes embarazadas, permitiría realizar expedientes y notas desde la atención con la partera y así dar un mejor seguimiento.

Incrementar la promoción entre la población es fundamental, organizar pláticas o folletos informativos tal como se establece en las acciones del programa podría resultar en un mayor acercamiento; por último debe enfatizarse que buscar el trabajo conjunto con parteras permitiría la inclusión de ideas y tradiciones de la comunidad a las actividades del programa aumentando su eficacia.

3.3.4 PROGRAMA: VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y LA NIÑA

Durante los primeros años de vida, el individuo experimenta diversos cambios físicos y fisiológicos; como lo son el aumento de peso y talla; la maduración de órganos y sistemas, así como la adquisición de habilidades que favorecen la capacidad de adaptación y de lograr aptitudes que faciliten la expresión creativa; a esto en conjunto se le denomina crecimiento y desarrollo; situaciones sobre las que intervienen factores genéticos y ambientales tales como, las condiciones físicas, psicosociales y socioculturales. Es por eso que su estrecha vigilancia resulta un

tema fundamental en la elaboración de políticas públicas para la salud, ya que se trata de una etapa determinante para lograr una madurez óptima en el ser humano.

Dentro de las comunidades marginadas, el peso y talla bajos para la edad en la población de 0 a 5 años, presentan tasas de incidencia muy por encima de las encontradas en las áreas urbanas, por lo que sobre todo en esta región resulta de suma importancia contar con un programa sensible a las necesidades de este grupo poblacional, que centrado en el crecimiento y desarrollo de los niños, permita identificar y atender de manera oportuna cuando estos se vean alterados, como en el caso de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad.

Las acciones de este programa están enfocados en la prevención, vigilancia, detección y atención del estado nutricional infantil fundamentándose en la NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño; la NOM-009-SSA2-1993 y en el Programa de Acción Especifico. Salud para la Infancia y la Adolescencia. 2013-2018.

3.3.4.1 OBJETIVOS Y METAS

Disminuir la morbi-mortalidad en niños y niñas menores de 5 años en la comunidad implementando estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos patológicos detectados, luchando así contra la desnutrición infantil.

Dentro de las metas de este programa se tiene contemplado:

- Mantener en control nutricional al 100% de los niños menores de 5 años.
- Prevenir, detectar, y dar seguimiento a los casos de desnutrición.
- Disminuir la incidencia de casos agudos y crónicos, dándoles un correcto seguimiento para facilitar una evolución favorable.
- Lograr un control mínimo de un 80% de la población dentro de este programa.
- Disminuir y conservar en un 33% la desnutrición en menores de 5 años en la microrregión.
- Conservar una nula muerte infantil por desnutrición en la población atendida.

3.3.4.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

El manejo de este programa se desarrolla dentro de los consultorios correspondientes a los 3 núcleos básicos, en los que se cuenta con el apoyo del personal de enfermería para la toma de signos vitales y medidas somatométricas; así como de la presencia del médico en turno para entrevistar y realizar una revisión completa de la paciente.

Dentro de las actividades realizadas durante la consulta se tiene contemplado:

- Elaboración de expediente clínico con antecedentes perinatales de importancia, toma de somatometría para tabular de acuerdo a peso/talla/edad su estado nutricional.
- Exploración física completa.
- Seguimiento periódico del estado nutricional cada 6 meses para aquellos niños que estén sanos, cada mes para aquellos que presenten un estado de desnutrición leve o moderada y cada 15 días para aquellos que presenten desnutrición severa, refiriendo a estos últimos a un segundo nivel de atención para un seguimiento conjunto.
- Entrega mensual o bimestral de suplemento alimenticio.
- Ofrecer información y orientación alimentario-nutricional a las madres de los pacientes.

3.3.4.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS

Según los datos reportados en la cedula de microdiagnóstico, se tiene un registro de 584 menores de 5 años dentro de la cabecera municipal, 308 hombres y 276 mujeres; siendo el grupo etario de 2 a 4 años el de mayor población con un total de 419 habitantes.

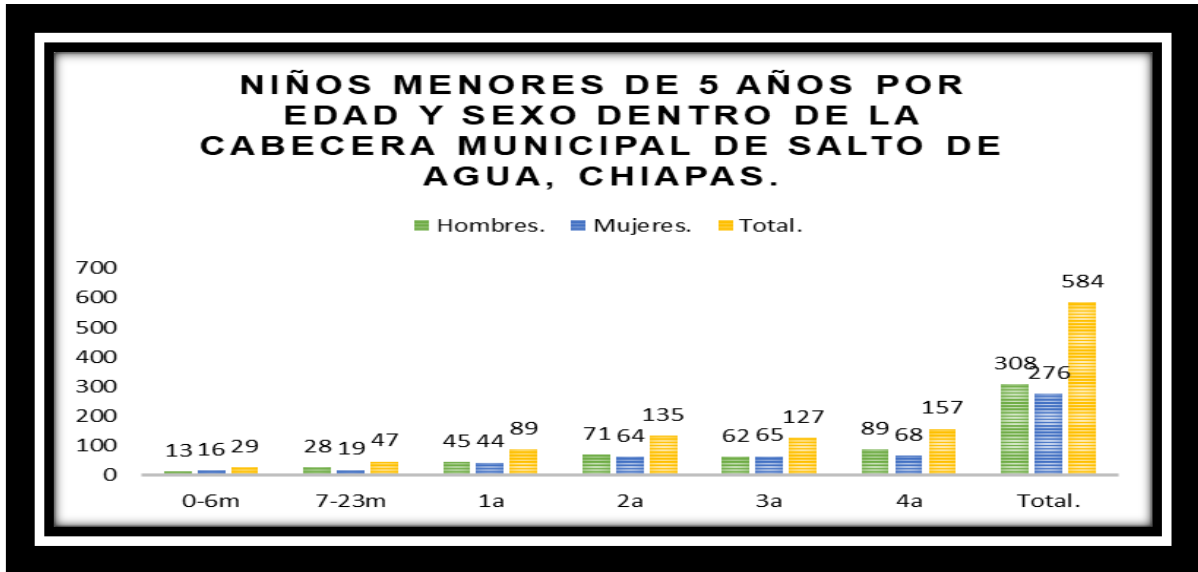


Grafico 42. Niños menores de 5 años, distribuidos por edad y sexo dentro de la cabecera municipal de Salto de Agua. Fuente: Datos de cedula de microdiagnostico 2013

Con el propósito de llevar un adecuado control de este programa, se han sectorizado a esta población por grupos etarios, el primero de estos corresponde a los menores de 6 meses, el siguiente grupo va de los siete a los 23 meses, un tercer grupo que considera los niños de 1 año y el último contempla a los niños de dos a cuatro años.

Es necesario decir que al revisar los datos existentes en los ficheros del programa, en muchas ocasiones no se contaba con la información correspondiente a las tallas de los niños, por lo que se omitió este dato, limitando el análisis de los resultados a contemplar únicamente lo reportado con respecto al peso para la edad.

Dentro del grupo de niños de 0 a 6 meses, se tiene un registro de 135 consultas, 79 para el género masculino y 56 para el femenino; dentro de las cuales se tiene un registro de 121 consultas de seguimiento en niños con peso normal para la edad, identificándose 4 niños y 3 niñas con sobrepeso; además de 2 niños y 5 niñas con desnutrición leve.

Tabla 15. Estado nutricional de niños de 0 a 6 meses, dentro del programa de control durante el periodo agosto 2013- julio 2014.

Estado nutricional.	Sexo.		
	Hombres.	Mujeres.	Total.
Normal.	73	48	121
Sobrepeso/obesidad.	4	3	7
Desnutrición leve.	2	5	7
Total de consultas del programa.	79	56	135

Tabla 15. Estado nutricional en niños de 0 a 6 meses de edad, dentro del programa de control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Ficheros del programa. Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Si se toma en cuenta que el total de la población para este grupo etario es de 29 niños, puede suponerse que el promedio de consulta para cada paciente fue de 4.6 consultas durante el año, sin embargo si se analiza la gráfica 43, se observará que el promedio de consulta fue de 11.2 por mes, es decir que solo se cubre un 38.6% del total de la población en esta edad, debe señalarse que existe un problema de subregistro debido a que no se puede dar de alta en el programa al recién nacido hasta contar con un acta de nacimiento, por lo que es imposible determinar exactamente la incidencia de desnutrición, sobrepeso u obesidad dentro de esta población, sin embargo al contemplar las 135 consultas realizadas, es posible decirse que de la población atendida un 5.1% padece de desnutrición leve y otro 5.1% tiene sobrepeso u obesidad.

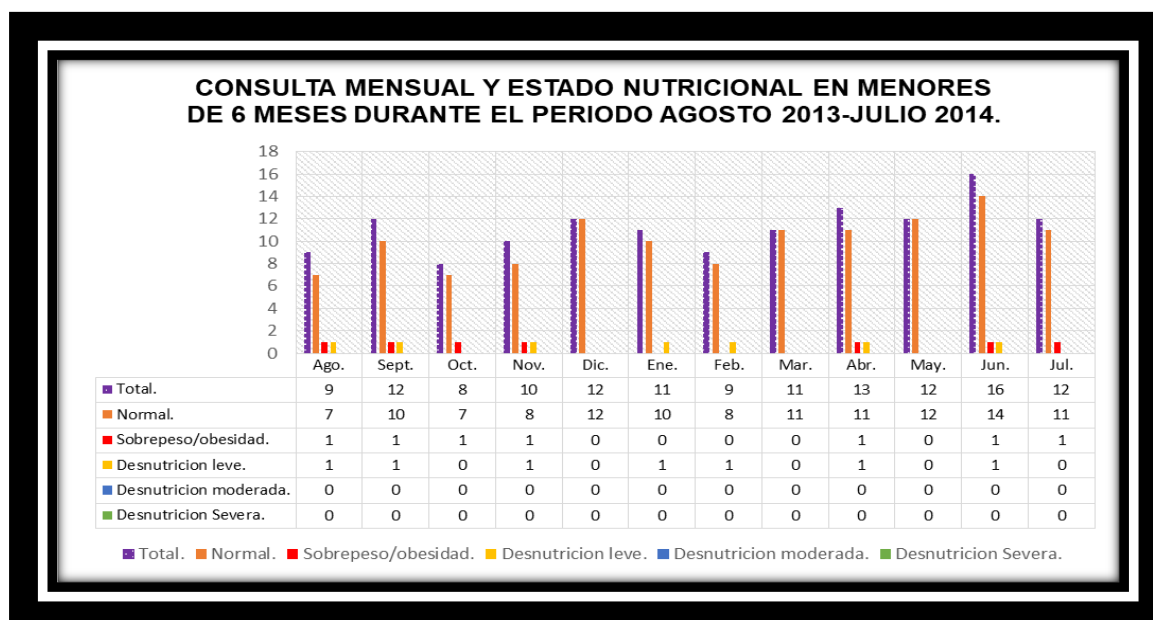


Gráfico 43. Consulta mensual y estado nutricional en menores de 6 meses durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Hoja diaria de consulta, fichas de programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Dentro del grupo de niños de 7 a 23 meses, se tiene un registro de 840 consultas, 327 para el género masculino y 513 para el femenino; dentro de estas se tiene un registro de 759 consultas de seguimiento en niños con peso normal para la edad, identificándose 23 hombres y 7 mujeres con sobrepeso u obesidad; 18 niños y 19 niñas con desnutrición leve, quedando 8 niños y 6 niñas con desnutrición moderada, apareciendo este estado nutricional en esta etapa.

Puede observarse que las alteraciones nutricionales en este grupo de edad son menos frecuentes, aunque esto puede deberse al mismo problema de registro que se tiene en los menores de 6 meses, encontrándose que en el segundo semestre de la vida un 3.5% de la población atendida sufre de sobrepeso u obesidad, 4.4% con desnutrición leve y 1.6% con desnutrición moderada.

Tabla 16. Estado nutricional de niños de 7 a 23 meses, dentro del programa de control durante el periodo agosto 2013- julio 2014.			
Estado nutricional.	Sexo.		
	Hombres.	Mujeres.	Total.
Normal.	327	432	759
Sobrepeso/obesidad.	23	7	30
Desnutrición leve.	18	19	37
Desnutrición moderada.	8	6	14
Total de consultas del programa.	327	513	840

Tabla 16. Estado nutricional en niños de 7 a 23 meses de edad, dentro del programa de control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Ficheros del programa. Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Se cuenta con un registro en el programa de 39 niños, de los 47 considerados en el microdiagnóstico, alcanzándose así a cubrir un 83% de este grupo etario, según los datos de la consulta se puede estimar que el número de consultas que recibió cada uno durante el año fue de 21.5. Al evaluar el comportamiento anual de la consulta podrá observarse que el promedio de consultas fue de 70 consultas por mes, es decir 1.8 consultas por paciente al mes. Esto demuestra que el control nutricional empieza a tener un adecuado seguimiento para el beneficio de la población.

A los pacientes con desnutrición leve y moderada se les administraron suplementos alimenticios con el propósito de erradicar su condición.

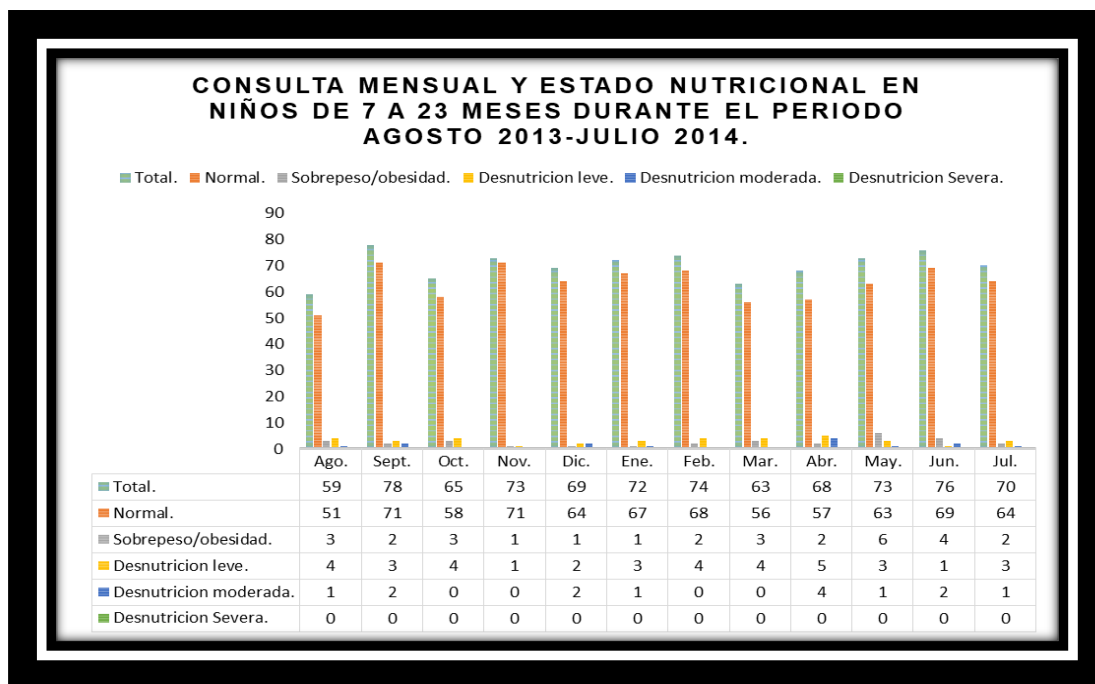


Grafico 44. Consulta mensual y estado nutricional en niños de 7 a 23 meses durante el periodo agosto 2013- julio 2014.
Fuente: Hoja diaria de consulta, fichas de programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Con respecto a los niños de un año, se tiene un registro de 890 consultas, 441 para el género masculino y 449 para el femenino; dentro de estas se tiene un registro de 764 consultas de peso para la edad normal, identificándose 40 consultas de hombres y 21 de mujeres con sobrepeso u obesidad; 19 niños y 18 niñas con desnutrición leve; 8 niños y 11 niñas con desnutrición moderada; por último, nuevamente aparece una clasificación nueva de desnutrición, la severa, siendo esta la más preocupante, apareciendo en 8 casos masculinos y 1 femenino, estos fueron enviados como referencia a un segundo nivel de atención para un seguimiento conjunto.

Tabla 17. Estado nutricional de niños de 24 meses, dentro del programa de control durante el periodo agosto 2013- julio 2014.			
Estado nutricional.	Sexo.		Total.
	Hombres.	Mujeres.	
Normal.	366	398	764
Sobrepeso/obesidad.	40	21	61
Desnutrición leve.	19	18	37
Desnutrición moderada.	8	11	19
Desnutrición severa.	8	1	9
Total de consultas del programa.	441	449	890

Tabla 17. Estado nutricional en niños de 24 meses de edad, dentro del programa de control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Ficheros del programa. Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

De los 89 niños contemplados en el microdiagnóstico, se tiene un registro de ingreso al programa de 78 niños, es decir de un 87.6% del total de este grupo etario, a los que durante el año se les ofrecieron 11.4 consultas por paciente durante el año, con un promedio de 74 consultas mensuales.

Tomando en cuenta lo anterior se tiene como resultado que un 6.8% de las consultas presentan obesidad o sobrepeso, 4.1% tienen desnutrición leve, 2.1% desnutrición moderada y solo un 1% tiene desnutrición severa, es decir, 1 de cada 100 niños dentro de la cabecera municipal tiene un proceso de desnutrición que pone en riesgo su desarrollo y crecimiento.

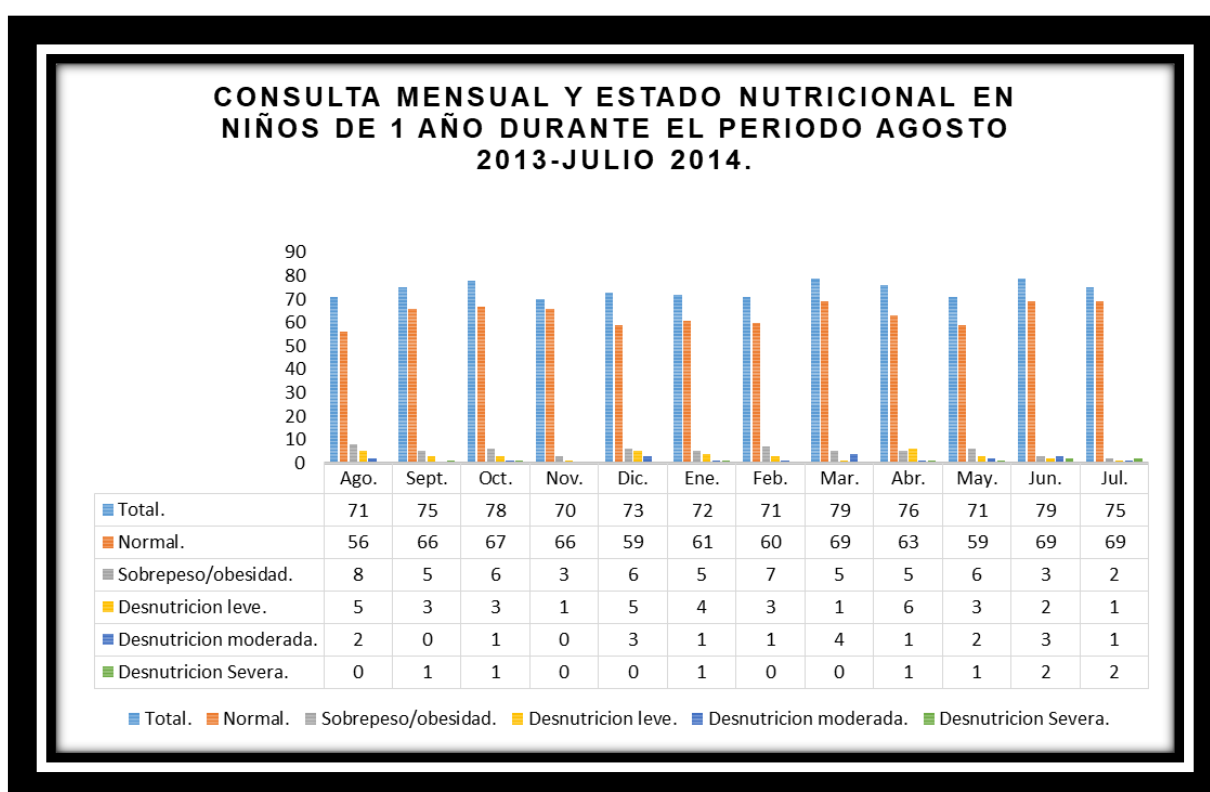


Grafico 45. Consulta mensual y estado nutricional en niños de 24 meses durante el periodo agosto 2013- julio 2014.
Fuente: Hoja diaria de consulta, fichas de programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Por último se juntaron los niños que se encontraban en el rango de edad de 2 a 4 años para llevar el control de un solo grupo, cabe mencionar que este fue en el que se llevó un control más exacto, y donde más tarjetas de control actualizadas se pudieron encontrar; teniendo un total de 354 pacientes en control, es decir un 84.4% de los 419 niños ubicados en este rango de edad; de los cuales 118 lleva su seguimiento en el núcleo 1, 125 en el núcleo 2 y 111 en el núcleo 3. La explicación

para esta situación es que no todas las familias afiliadas al seguro popular están dentro del programa oportunidades.

Para este grupo se dieron 2015 consultas, donde fueron encontrados 236(11.7%) consultas de sobrepeso u obesidad, 198(9.8%) consultas de desnutrición leve, 75(3.7%) de desnutrición moderada y 19(1%) con desnutrición severa.

Tabla 18. Estado nutricional de niños de 2 a 4 años, dentro del programa de control durante el periodo agosto 2013- julio 2014.

Estado nutricional.	Sexo.		
	Hombres.	Mujeres.	Total.
Normal.	789	698	1487
Sobrepeso/obesidad.	169	67	236
Desnutrición leve.	78	120	198
Desnutrición moderada.	43	32	75
Desnutrición severa.	11	8	19
Total de consultas del programa.	1090	925	2015

Tabla 18. Estado nutricional en niños de 2 a 4 de edad, dentro del programa de control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Ficheros del programa. Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Se dio un promedio de 167 consultas por mes para miembros de este grupo etario, de las cuales se dieron aproximadamente 2 consultas por mes para cada uno de los pacientes dentro de este programa.

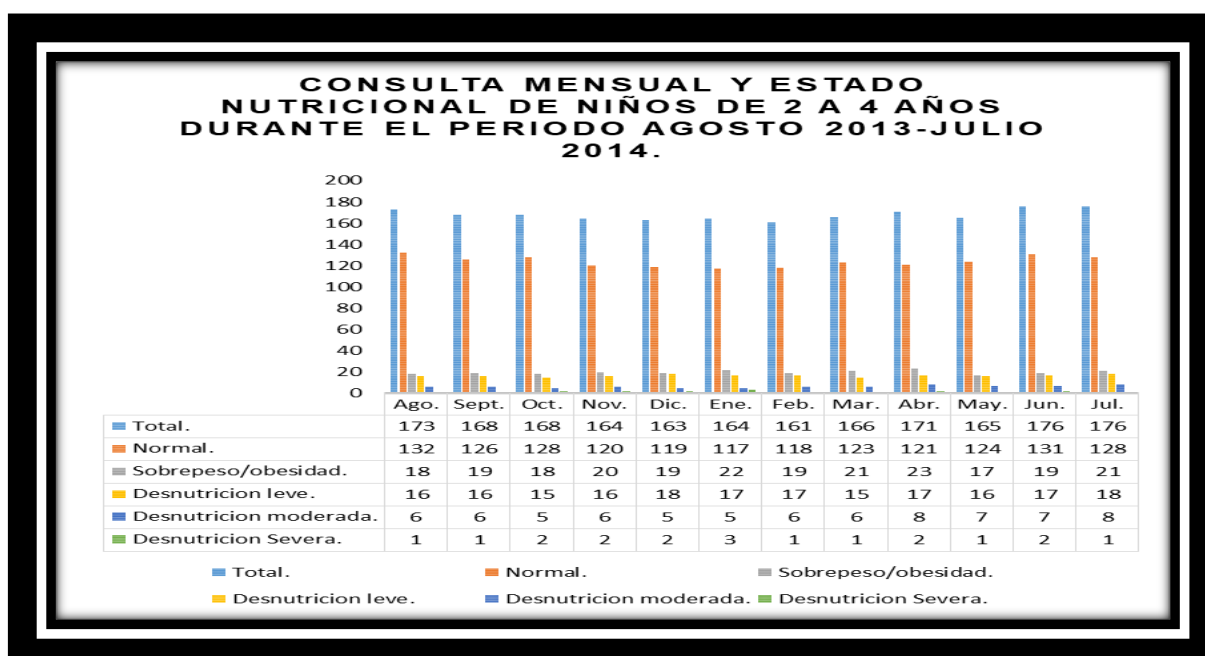


Grafico 46. Consulta mensual y estado nutricional en niños de 2 a 4 años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Hoja diaria de consulta, fichas de programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

3.3.4.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA

Considerando los datos recabados con respecto a este programa, puede notarse que la cobertura dentro de la población no supera ni un 90 del 100% esperado en los objetivos del programa, siendo el caso de los niños de un año el más aproximado a este, llegando a atenderse a un 87.6% de la población en este grupo de edad dentro de la cabecera municipal; sin embargo según los datos con los que se cuenta en las tarjetas de cada uno de los núcleos básicos, el mantenimiento de casos de peso y talla normal por encima de un 80% se ha logrado satisfactoriamente.

Existen múltiples situaciones que limitan el correcto desarrollo de este programa, la más compleja de estas tiene que ver con la asignación de recursos humanos. Debido a la gran demanda de atención dentro de los núcleos básicos, donde los médicos además de desempeñar las actividades que este programa solicita, se hacen cargo de la consulta externa y del desarrollo de otros programas; resulta imposible evaluar de manera integral el estado nutricional de toda la población, limitándose únicamente a dar atención de este programa a los integrantes de las familias que forman parte del programa oportunidades, haciendo a un lado a la población que no está dada de alta en este.

Por otro lado en cuanto a las actividades que se especifican dentro de este programa, con respecto a la elaboración de historia clínica, exploración física completa y seguimiento acorde al estado nutricional no mayor a 6 meses en el caso de niños sanos; tiene que decirse que, nuevamente por falta de personal médico y exceso de carga de trabajo, dentro del centro de salud no se da un seguimiento adecuado. Haciendo caso omiso de los niños sanos, únicamente hay un enfoque sobre los casos patológicos detectados por el personal de enfermería de cada núcleo; el cual posterior a la toma de medidas y signos vitales a los pacientes, se limita a enviar a la consulta a los menores que tienen alguna sintomatología o alguna medida antropométrica fuera de rangos normales, para que el médico realice un diagnóstico, asigne tratamiento y lleve un seguimiento si así lo requiere el paciente; sin embargo al centrarse únicamente en los casos patológicos se está haciendo caso omiso a la prevención de casos que pudieran presentarse, secundarios a los

riesgos que pueden darse por una mala dieta o por factores genéticos, entre otras causas.

Debe mencionarse que las bases sobre las que se sustenta este programa son los parámetros contemplados en la NOM-009-SSA2-1993 y en la NOM-031-SSA2-1999; donde se enfatiza en la importancia de la toma de peso y talla de los pacientes, así como del perímetro cefálico y braquial, además de la evaluación del desarrollo psicomotor; todo ello con el objeto de valorar de manera integral el desarrollo y crecimiento de la población menor de 5 años. Sin embargo al revisar los datos con los que se cuenta dentro de los ficheros e historias clínicas de este programa, pudo notarse que en muchas ocasiones existe una omisión de la toma de estas medidas y valoraciones; además de que no se mantiene una actualización periódica de la información con la que se cuenta; esta situación en definitiva impide una correcta valoración del desarrollo y crecimiento de los niños que habitan en la cabecera municipal; donde únicamente la ejecución de este programa se limita a la evaluación del peso para detectar casos de desnutrición, sobrepeso u obesidad.

También es necesario aclararse que pueden existir sesgos de información. ya que no se contemplan las características físicas de la población, además de que no se contemplan características étnicas como la pronta ablactación y el consumo de fórmula en sustitución al seno materno, así mismo en la ejecución del programa no se toman en cuenta datos con respecto al estado de salud de la madre durante el embarazo, ni los datos de salud del recién nacido posterior al parto; es cierto que el programa contempla esto en la elaboración de la historia clínica, sin embargo al revisar las fichas de registro, pudieron observarse lagunas de información en estas, resulta de gran importancia enfatizar con los médicos encargados de llevar a cabo el seguimiento de este programa que se debe contar con la mayor información disponible para el correcto desarrollo del programa.

Un aspecto de cuestión cultural que limita el buen funcionamiento del programa, es la cuestión del registro de los recién nacidos hasta después del año, ya que bajo el argumento de que los padres esperan a que el recién nacido “se logre”, situación relacionada a la muerte infantil; se limita el ingreso de los menores de un año al no

contar con un acta de nacimiento, esto puede considerarse una violación al derecho a la salud puesto que impide que se lleve un correcto control del crecimiento y desarrollo de los menores.

Para el mejoramiento del programa se sugiere solicitar apoyo por parte de las autoridades de la jurisdicción y a nivel estatal; para abastecerse de los insumos humanos y materiales necesarios para ofrecer este servicio de manera universal y con la calidad necesaria a toda la población.

3.3.5 PROGRAMA: ATENION Y CONTROL A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS (HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS)

En la actualidad, la situación sanitaria a nivel mundial ha sufrido drásticos cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población; esto como consecuencia del aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas junto con sus complicaciones; siendo estas las principales generadoras de incapacidad e invalidez, situaciones que afectan tanto a la población económicamente activa, como al grupo de la tercera edad, representando así un severo gasto en salud pública.

A nivel nacional se reportan cifras alarmantes en la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales, como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica; ocupando estas, las primeras causas de morbilidad y mortalidad del adulto entre los 20 y 69 años; así mismo, existen problemas de subdiagnóstico que favorecen la detección tardía y por ende, un mayor índice de complicaciones como aterotrombosis, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, ceguera, amputaciones, trastornos neuropsiquiátricos degenerativos, enfermedades pulmonares, enfermedad vascular cerebral, entre otras enfermedades. (Soto, 2016)

Es importante señalar que esta situación ha afectado de manera grave a las comunidades marginadas, debido a la penetración cultural lograda por los medios de comunicación y al alcance de las compañías que ofrecen alimentos de bajo valor

nutricional; situaciones que han modificado los hábitos alimenticios de la población y por ende su perfil de morbilidad; aumentando así la incidencia de las enfermedades crónico degenerativas y de sus complicaciones.

Si a lo dicho anteriormente, se le aúna la falta de servicios y recursos sanitarios para su adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento; se comprenderá la urgente necesidad de tomar medidas de atención oportuna y específica, así como de fomentar la participación de todas las entidades relacionadas con salud, y la interacción de estas con la población, para lograr hacer frente de manera integral a este problema. Es por eso que surge este programa, que con el fin de amortiguar de la mejor manera posible las deficiencias de la salud pública en estas comunidades, se fundamenta en la NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial; la NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus; y la NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Todo esto dentro del Programa de Acción Específico. Atención del envejecimiento 2013-2018.

3.3.5.1 OBJETIVOS Y METAS

El objetivo de este programa es que por medio de una consulta con una valoración integral, se logre un diagnóstico oportuno, seguimiento y control adecuados; de los pacientes que sufran este tipo de padecimientos.

Así mismo detectar durante la consulta, los factores de riesgo modificables o no modificables, para sugerir un cambio en el estilo de vida de los pacientes. Esto con la intención de reducir la prevalencia, mortalidad y complicaciones que pongan en riesgo la función orgánica o incluso la vida.

Dentro de las metas de este programa se tiene contemplado:

- Captar al 100% de los pacientes con alguna enfermedad crónico degenerativa, tanto sintomática como asintomática.

- Ofrecer un seguimiento mínimo de una vez al mes, para llevar un control de tensión arterial, glucosa, y/o lípidos, según sea el caso; por lo menos del 70% o más de los pacientes pertenecientes a este programa.
- Establecer con base a la normativa los procedimientos para la prevención, control y tratamiento de la diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias, en los casos de síndrome metabólico.
- Realizar detecciones oportunas disminuyendo el los factores de riesgo que conllevan estas patologías
- Referir a todo paciente que presente complicaciones de enfermedades crónicas degenerativas.

3.3.5.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

El manejo de este programa se desarrolla dentro de los consultorios correspondientes a los 3 núcleos básicos, en los que se cuenta con el apoyo del personal de enfermería para la toma de signos vitales, y de la presencia del médico en turno para entrevistar y realizar una revisión completa de la paciente.

Dentro de las actividades realizadas durante la consulta se tiene contemplado:

- Priorizar el ingreso al programa de los pacientes con sintomatología y sin diagnóstico confirmado, durante la consulta.
- Elaboración de expediente clínico que contenga historia clínica completa, así como notas de evolución mensual. La historia clínica debe incluir un interrogatorio exhaustivo en los temas de antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos y hábitos higiénico-dietéticos.
- En toda consulta se deberá realizar una exploración clínica completa que incluya peso, talla, IMC, TA, circunferencia de cintura, glucosa capilar, entre otros; la cual deberá registrarse en la historia clínica y nota de evolución correspondiente.
- Toma de estudios de laboratorio para los casos de nuevo ingreso al programa y seguimiento serológico semestral para los casos ya diagnosticados que no presenten complicaciones.

- Asignar tratamiento farmacológico y/o medidas higiénico-dietéticas en base a la patología, a todos los pacientes dentro del programa.
- Enseñar a los pacientes sobre signos y síntomas de alarma; indicar medidas que se deben llevar para un monitoreo adecuado en casa.
- En caso de no lograr un adecuado control del paciente después de 3 meses de tratamiento farmacológico y no farmacológico, referenciar al servicio de Medicina Interna con estudios auxiliares.

3.3.5.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS

Según los datos recabados de los tres núcleos básicos, se ofrecieron 2,147 consultas para los 218 pacientes dentro de este programa durante el periodo agosto 2013-julio 2014, viéndose un promedio de 179 consultas al mes. Puede notarse en el grafico 47 que hubo un comportamiento constante en la asistencia a este tipo de consultas por parte de los pacientes con estas enfermedades.

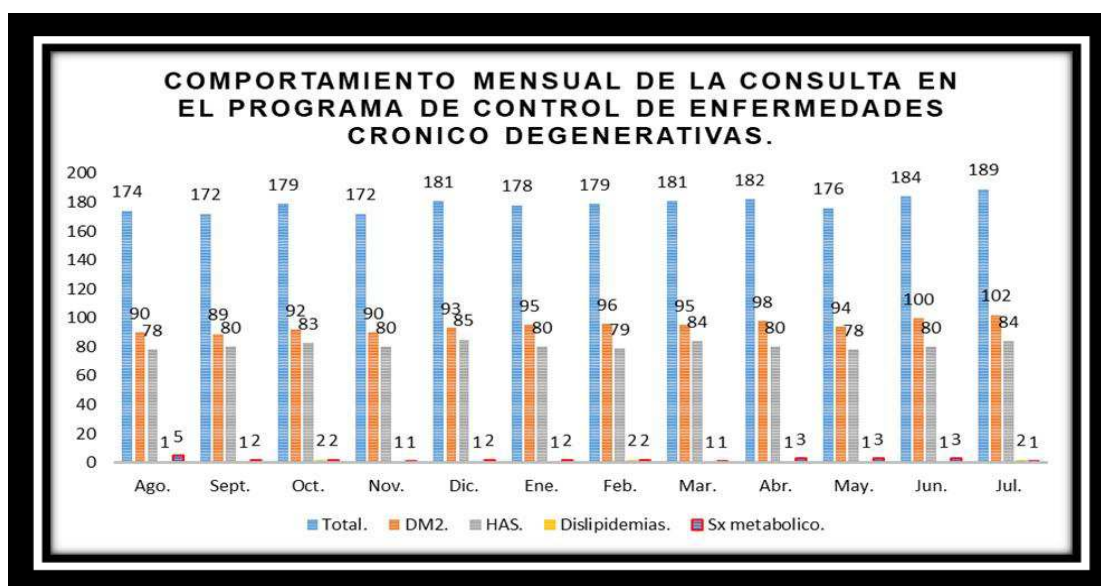


Grafico 47. Comportamiento mensual de la consulta en el programa de control de enfermedades crónicas degenerativas durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Fichas del programa, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua.

Dentro de las actividades realizadas con respecto a este programa, en comparativa con los datos recabados en el reporte de la MPSS del periodo agosto 2012- julio 2013, pudo observarse que hubo un ingreso de 24 pacientes nuevos, de los cuales 10 nuevos casos de DM2 fueron detectados durante el año, 9 casos de hipertensión, 4 casos de síndrome metabólico y un caso de dislipidemia.

Tabla 19. Resultados, Control de pacientes con enfermedades crónicas esenciales, Centro de salud con Hospitalización Salto de Agua.	
Total de pacientes en el programa.	218
Número de pacientes ingresados al programa.	24
Promedio mensual de consulta en el programa.	179
Número de Pacientes Diabéticos en programa.	103
Pacientes detectados oportunamente con DM2.	10
Número de Pacientes Hipertensos en programa.	97
Pacientes detectados oportunamente con HAS.	9
Número de Pacientes con dislipidemias en programa.	4
Pacientes detectados con dislipidemia.	1
Numero de Paciente con síndrome metabólico en programa.	14
Pacientes detectados oportunamente con síndrome metabólico.	4
Defunciones de Pacientes en programa.	0

Tabla 19. Resultados del programa de control de pacientes con enfermedades con enfermedades crónico degenerativas durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Fichas del programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Dentro del seguimiento a los pacientes con DM2, se pudo observar que de los 103 pacientes contemplados en el fichero del programa, únicamente durante el mes de julio se logró una atención al 99 % de estos, seguido por el mes de junio con un 96%, siendo octubre el mes con menos asistencia de pacientes a su consulta mensual con un 84.4% de asistencia.

En cuanto al control de la patología en los pacientes, se tiene un registro anual de 41 diabéticos, es decir un 40% de los pacientes dentro del programa, que mantienen sus cifras de glucosa dentro de la meta, ayudándose de medicamentos y hábitos saludables para un control de su patología base. Es importante mencionar que no todos estos pacientes acudían de manera mensual a su consulta, es por eso que al revisar el grafico 48 se observara que únicamente un promedio de 34 pacientes al mes, 33% del total, puede considerarse que lleva un control adecuado de su patología dentro del programa, siguiendo su tratamiento con medicamentos, cambios en los hábitos dietéticos e higiénicos y acudía mensualmente a su consulta para prevenir riesgos y realizar diagnósticos oportunos secundarios a su patología.

PACIENTES EN CONTROL DE DM2, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2013-JULIO 2014.

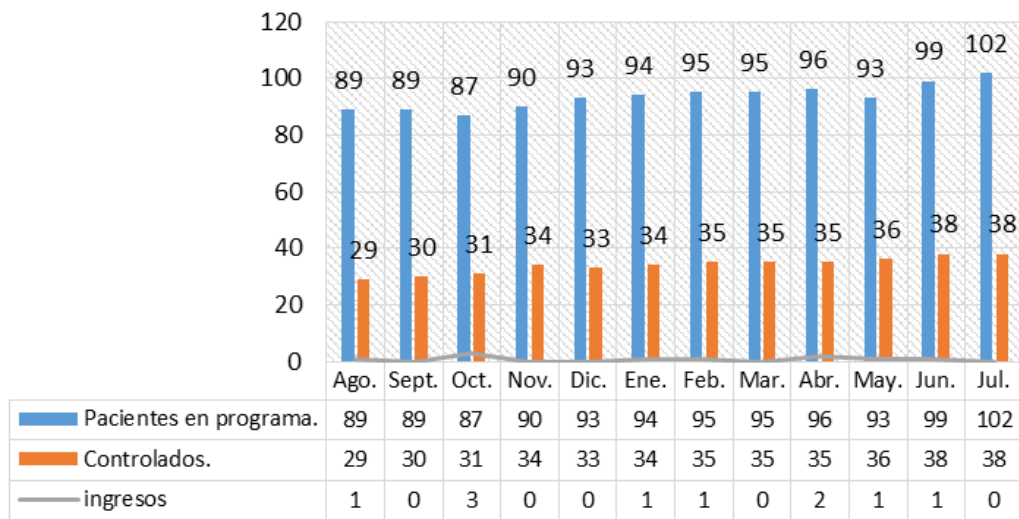


Grafico 48. Pacientes en control de diabetes mellitus tipo 2, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Fichas del programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Con respecto al seguimiento de los pacientes que padecen Hipertensión, pudo observarse que representan un 44.5% de los pacientes dentro de este programa y que un 45% de las consultas del programa durante el año fue para personas con esta patología.

Al observarse el comportamiento anual de la consulta, de los 97 pacientes contemplados en el fichero del programa, únicamente durante el mes de diciembre se logró una atención al 87.6% de estos, siendo agosto el mes con menos asistencia de pacientes a su consulta mensual con un 78.3% de asistencia.

En cuanto al adecuado control de su enfermedad, se tiene un registro anual de 62 pacientes, los cuales representan un 64% de los hipertensos dentro del programa, que a pesar de no acudir mensualmente, mantienen su presión dentro de los límites esperados, ayudándose de medicamentos y hábitos saludables para un control de su patología base. Únicamente un promedio de 53 pacientes al mes, es decir 54.6% del total, lleva un seguimiento ideal dentro del programa, es decir, que siguen su tratamiento medicamentoso, han cambiado sus hábitos higiénico-dietéticos y acuden mensualmente a su consulta de control.

PACIENTES EN CONTROL DE HAS, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2013-JULIO 2014.

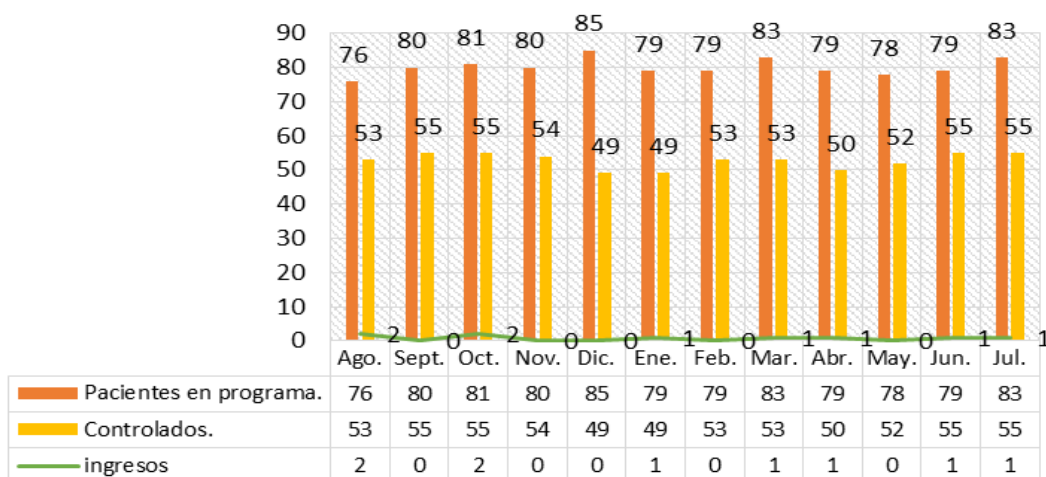


Grafico 49. Pacientes en control de hipertensión arterial, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Fichas del programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

PACIENTES EN CONTROL DE SINDROME METABOLICO, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2013-JULIO 2014

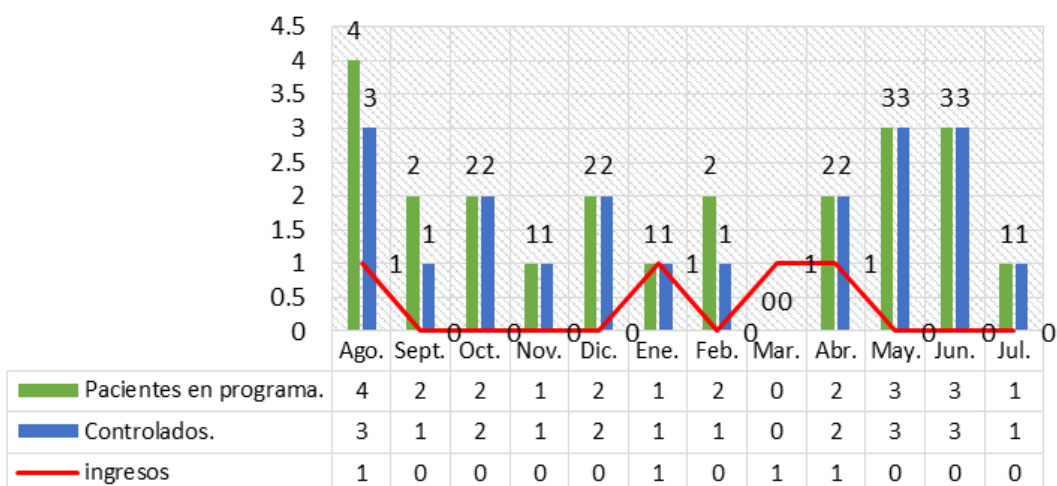


Grafico 50. Pacientes en control de síndrome metabólico, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Fichas del programa, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

A propósito de los pacientes con síndrome metabólico, se registraron 14 personas que integran un síndrome metabólico, es decir un 6.4% del total de pacientes dentro del programa, representando con sus 27 consultas un 1.2% del total de las ofrecidas en la ejecución de este programa.

Resulta complejo hablar del comportamiento anual de las consultas para los pacientes con este síndrome ya que fue muy poca la consulta, teniendo un promedio de 2.25 consultas por mes, siendo agosto el mes con más consultas (14.8%) y marzo en el que no se vio a ningún paciente con este conjunto de patologías. Un promedio de 1.6 personas dentro de este programa acude de manera mensual para valoración y seguimiento de su estado.

3.3.5.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA

Puede considerarse que las medidas que se proponen en este programa para hacer frente a las enfermedades crónico degenerativas son las adecuadas y se fundamentan sobre bases teóricas sólidas; sin embargo es evidente que aún hace falta trabajar más en la infraestructura que demanda este y otros programas, ya que no se cuenta con el suministro apropiado de recursos materiales y humanos que son indispensables para su ejecución.

Pese a que un correcto interrogatorio y una exploración física completa durante la consulta son condiciones fundamentales para identificar el estado inicial del paciente y para evaluar los avances obtenidos durante las consultas de control; la sobresaturación en la demanda de atención y el poco personal disponible para el desarrollo de este programa dentro del centro de salud; impiden que se realicen de manera adecuada estas actividades impidiendo un completo alcance de las metas y objetivos proyectados.

Otro de los problemas que pudieron observarse, es que no solo existe una falta de seguimiento por parte de los pacientes, sino que también puede observarse falta de interés por parte del personal de salud, ya que no se recaba correctamente la información de los pacientes, lo cual impide detectar factores de riesgo tanto genéticos, como ambientales, así como la identificación de hábitos que favorecen la aparición de estas patologías.

Es importante recalcar la importancia de educar a cada paciente de acuerdo a la enfermedad que padece, buscando hacerle entender que su estado de salud puede exacerbar o disminuir la sintomatología, de acuerdo a una serie de medidas; tales como la dieta, una actividad física acorde a la edad, al igual que la toma del medicamento como está indicado. Desafortunadamente esta serie de recomendaciones suelen darse de manera sistemática, sin prestar atención a qué tan comprensibles son para nuestros pacientes, ignorando sus dudas e inquietudes; por otro lado, no se toma en cuenta la falta de recursos económicos que les impide llevar una alimentación saludable o incluso acceder a sus medicamentos cuando en el centro de salud se carece de estos; dando como resultado que no se logre un adecuado control.

Otro de los principales motivos de abandono o de que el paciente no acuda periódicamente a su consulta mensual dentro del centro de salud, está nuevamente asociado a la falta de material y medicamento; ya que al carecer de estos, obligan al médico a cambiar el tratamiento hasta que llegue otra vez el previamente establecido, esto provoca la desconfianza o desesperación del paciente, que opta por abandonar su tratamiento o por no acudir mensualmente, dando como resultado pacientes poco controlados.

Se observó que solo un 33% de los pacientes diabéticos y poco menos del 55% de los pacientes hipertensos acudían de manera periódica a sus citas subsecuentes, lográndose en estos casos un buen control de sus patologías, condición que es determinante para disminuir el riesgo de presentar las complicaciones derivadas de sus enfermedades. Sin embargo, aún no se alcanza para ninguna de las enfermedades crónico degenerativas que se contemplaron en el programa el mínimo de 70% de pacientes con un control adecuado, por lo que queda pendiente aumentar esfuerzos y planear actividades de prevención y concientización con el objeto de lograr captar a la mayor parte de los enfermos crónicos dentro de la población con la que se trabaja.

Debe señalarse que el tema de la prevención dentro del centro de salud se limita a la presentación de pláticas a la población en general, esto resulta un serio problema, ya que existen condiciones dentro de la comunidad que aumentan el

riesgo para presentar estas enfermedades y sus complicaciones; por ejemplo, la dieta, que por cuestiones culturales y económicas es rica en carbohidratos, el consumo de bebidas edulcoradas y carbonatadas se da con gran intensidad dentro de la población, lo que representa una problemática de gran impacto en la salud de niños y adultos; también hacia la edad adulta incrementan los factores de riesgo como sobrepeso y obesidad; por ello es importante aumentar el impulso de actividades en el área preventiva, así como continuar con los filtros para lograr la captación de un mayor número de pacientes, porque en la actualidad la población no acude a consulta de manera regular, pero asiste cuando presenta algún malestar sintomático y esto dificulta la detección inmediata de algunas de estas patologías; obstáculo que puede ser superado al informar de manera clara la importancia de la atención oportuna.

En cuanto a la promoción y educación es evidente que aún quedan muchas brechas por cubrir en este programa, es importante enfatizar que es durante la consulta el momento ideal para que el médico explique a los pacientes la importancia de los correctos hábitos higiénico dietéticos que podrían evitar estas enfermedades, los factores de riesgo, así como de las posibles complicaciones prevenibles en las personas ya diagnosticadas con alguna de estas patologías.

Por último, en cuanto a la referencia del paciente a un segundo y tercer nivel de atención para el correcto seguimiento de su patología; nos enfrentamos nuevamente a una serie de inconvenientes, uno de ellos es provocar que el paciente sufra un gasto secundario al traslado, complicando la asistencia a sus citas por falta de recursos económicos y por lo tanto, disminuyendo la probabilidad de un diagnóstico oportuno de complicaciones, favoreciendo la progresión silenciosa y resultados adversos de una detección tardía. El otro problema al que se enfrenta el paciente es la alta demanda de los servicios de especialidad que genera que la cita se agende hasta después de 3 meses o más, después del envío.

3.3.6 PROGRAMA: TALLERES COMUNITARIOS PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

La promoción de la salud es una de las principales actividades consideradas en la elaboración de políticas públicas en salud, esto debido a que permite concientizar y proporcionar a la población las herramientas teóricas necesarias para prevenir enfermedades.

3.3.6.1 OBJETIVOS Y METAS

El principal objetivo de este programa es lograr la prevención de enfermedades y conservar la salud en los integrantes de las familias que forman parte del programa oportunamente.

Dentro de las metas de este programa se tiene contemplado:

- Alcanzar una asistencia del total de la población beneficiaria del programa a los talleres, donde se esclarezcan todas sus dudas con respecto a temas relacionados a la salud y el autocuidado de esta.
- Mantener a las y los participantes del programa informados en temas de prevención de enfermedades.
- Promover y fomentar cambios higiénico-dietéticos para mejorar la salud.
- Brindar información comprensible y didáctica para cada uno de los talleres; cuidando que esta sea sensible a la edad y sexo.

3.3.6.2 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Para la ejecución de este programa se tienen proyectadas actividades a nivel intramuros del centro de salud, consistentes en la impartición de talleres comunitarios para el autocuidado de esta, los cuales son impartidos principalmente por los médicos responsables de los núcleos básicos y del personal de enfermería; además de la información, orientación y consejería que se dan de manera individual durante las consultas. Por otro lado se plantea la emisión de mensajes colectivos por medio de medios de comunicación como la prensa, radio y televisión.

Es necesario decir que la capacitación para el autocuidado de la salud se lleva a cabo de manera mensual en la unidad de salud y va dirigida a todos los integrantes

de la familia mayores de 15 años, dividiéndose por grupo de edad, riesgo y atendiendo a la situación epidemiológica o estacional de la región; enfocándose principalmente en las madres de familia, las cuales son titulares en el programa oportunidades ya que son las que adoptan un papel de responsables del cuidado de la familia.

3.3.6.3 RESULTADOS Y ANÁLISIS

Debido al poco contacto que se tuvo con los núcleos básicos, no se cuenta con la información necesaria para determinar el porcentaje de asistencia a las pláticas y talleres; sin embargo por lo que pudo observarse, debido a la gran demanda y a las diversas actividades que se debían coordinar dentro de estos núcleos, algunas de las pláticas que se tenían agendadas tuvieron que ser suspendidas, limitándose únicamente al pase de lista de asistencia. No se cuenta con los temas revisados en cada uno de las pláticas y talleres asignados.

Durante la impartición de pláticas y talleres pudo contemplarse una dinámica de trabajo de carácter multidisciplinario, donde los médicos y enfermeras de cada núcleo básico recibían el apoyo por parte de los servicios de psicología, odontología e incluso ocasionalmente del personal de la jurisdicción.

En cuanto a la consejería médica durante la consulta atendida en los núcleos básicos, se pudo observar que, aunque sujetos a la cuestión del poco tiempo con el que se contaba, los médicos buscaban proporcionar una información adecuada para cada uno de los grupos etarios atendidos en el consultorio, sin embargo muchas veces se daba por hecho la adecuada comprensión de los temas sin dar espacio a dudas o preguntas.

3.3.6.4 COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA

Resulta complicado realizar un análisis crítico y verídico acerca de este programa, ya que debido al poco contacto con los núcleos básicos no se cuenta con suficiente información para evaluar la efectividad y despliegue de las actividades realizadas; asimismo, al no llevarse un correcto registro de los temas impartidos y de la asistencia, se desconoce el impacto que se tiene sobre la población.

Considero importante mencionar como sugerencia, la integración del pasante a estas actividades en coordinación con los médicos y personal de otras áreas, ya que esto podría resultar beneficioso para el programa, al permitir que este tenga la oportunidad de relacionarse más con la población atendida, además de que permitiría un desfogue de funciones para el personal de los núcleos básicos, permitiendo que los médicos encargados puedan enfocarse en proporcionar más tiempo a los pacientes para aclarar dudas y enfatizar en temas de prevención.

Es necesario hacer hincapié en que debe insistirse con los médicos responsables de los núcleos básicos, que es de suma importancia explicar al paciente de manera comprensible, empática y adecuada a su cosmovisión; los mecanismos de fisiopatología de las enfermedades, ya que no se puede prevenir algo que se desconoce o que no se comprende; por lo que no basta con aclarar dudas, sino también de presentar modelos de enfermedad para que la población pueda dimensionar el impacto e importancia de las medidas higiénico dietéticas para prevenir enfermedades y conservar la salud.

3.4 GENERALIDADES DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Durante el periodo Agosto 2013-Julio 2014 se brindó un total de 5,934 consultas en los turnos matutino, vespertino y nocturno; de las cuales 5,010 (84.4%) fueron de primera vez en el servicio, mientras que 924 (15.5%) fueron seguimientos.

Pudo observarse una mayor asistencia a este servicio durante el periodo de noviembre a febrero, donde se tiene registrado un 40% del total de consultas durante el año; esto probablemente asociado a la época de frío y a las descompensaciones metabólicas secundarias a las transgresiones dietéticas las festividades de esos meses. Asimismo pudo observarse en el mes de mayo un pico mayor en las consultas, esto asociado a las épocas de calor donde hay mayor incidencia de enfermedades gastrointestinales y de vías urinarias, que provocan deshidratación, golpes de calor, entre otras patologías.

**CONSULTAS REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
AGOSTO 2013-JULIO 2014 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION SALTO
DE AGUA.**

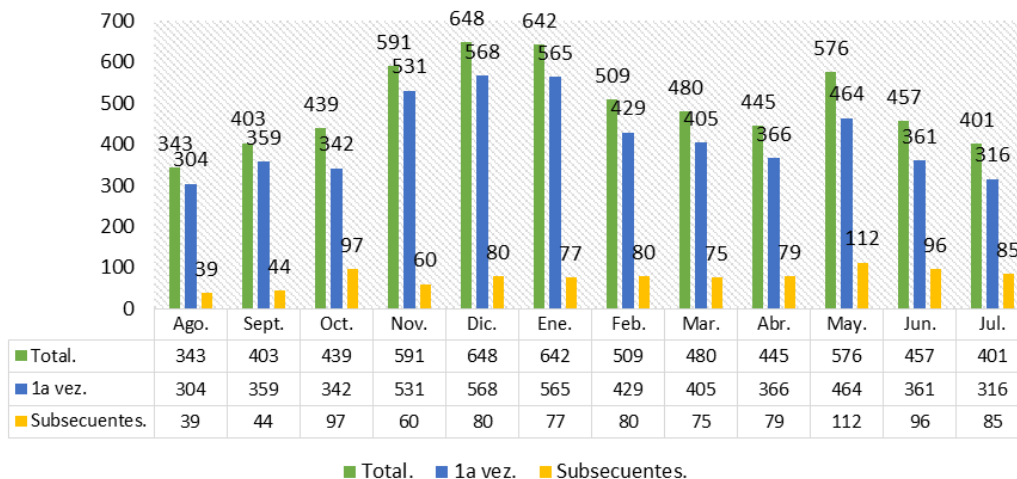


Grafico 51. Consultas realizadas por el servicio de urgencias en el Centro de Salud con Hospitalizacion Salto de Agua, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Hojas diarias de consulta.

Dentro del centro de salud se cuenta con el apoyo de dos especialidades, un servicio de cirugía que trabaja de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas, y un servicio de ginecología que labora únicamente los fines de semana.

En el servicio de cirugía se atendieron 373 consultas, 193(52%) de primera vez y 180 (48%) subsecuentes; mientras que en el servicio de ginecología se dio un total de 128 consultas, 40 (31%) de primera vez y 88 (69%) subsecuentes.

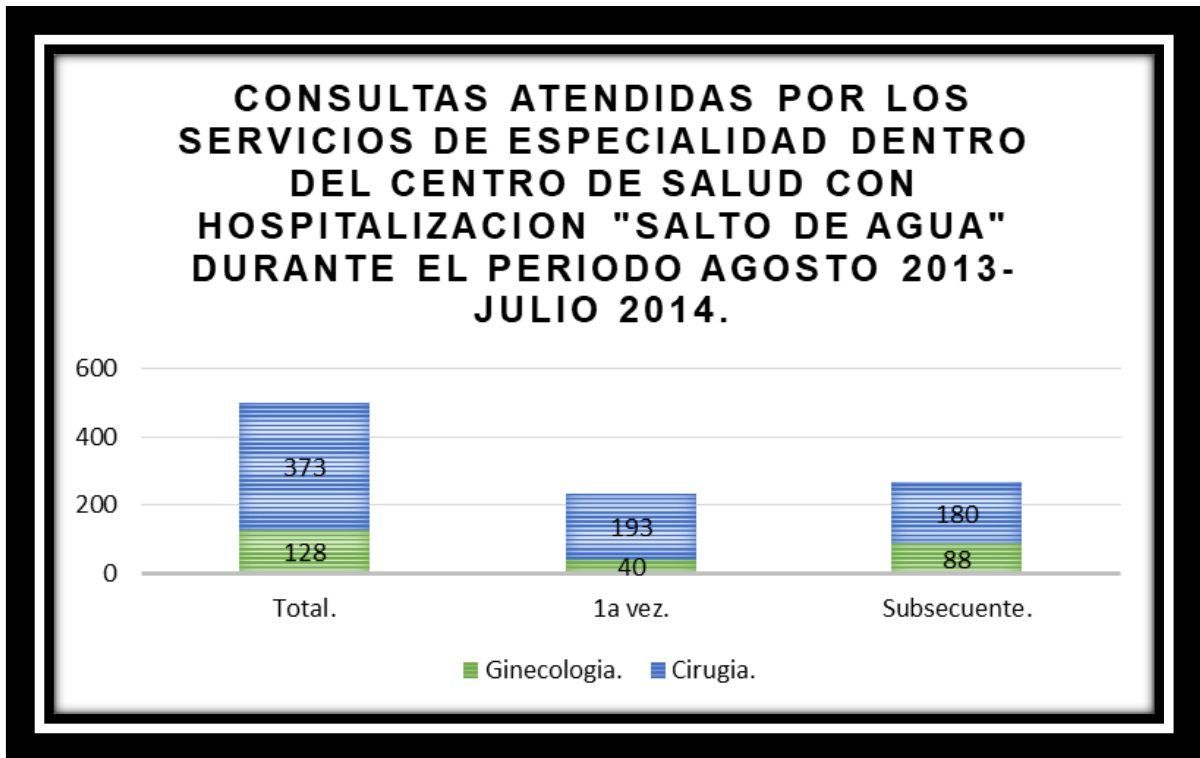


Grafico 52. Consultas atendidas por los servicios de cirugía y ginecología, dentro del Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Hoja diaria de consulta de los servicios mencionados.

A pesar de contar con los servicios médicos antes mencionados en el centro de salud, debe señalarse que la carencia de recursos humanos y materiales limita el alcance sobre las necesidades sanitarias de la población, haciendo necesario el envío de ciertos pacientes para valoración por un segundo o tercer nivel. Es por esto que durante el periodo agosto 2013- julio 2014 se enviaron 473 pacientes por parte de los núcleos básicos de salud y de los servicios de urgencias, cirugía y ginecología; para recibir atención especializada. Esto dio como resultado un promedio de 39.4 referencias mensuales, siendo el mes de enero cuando más pacientes fueron referenciados con un 11% del total de estas, mientras que agosto se enviaron 29 (6%) pacientes para valoración.

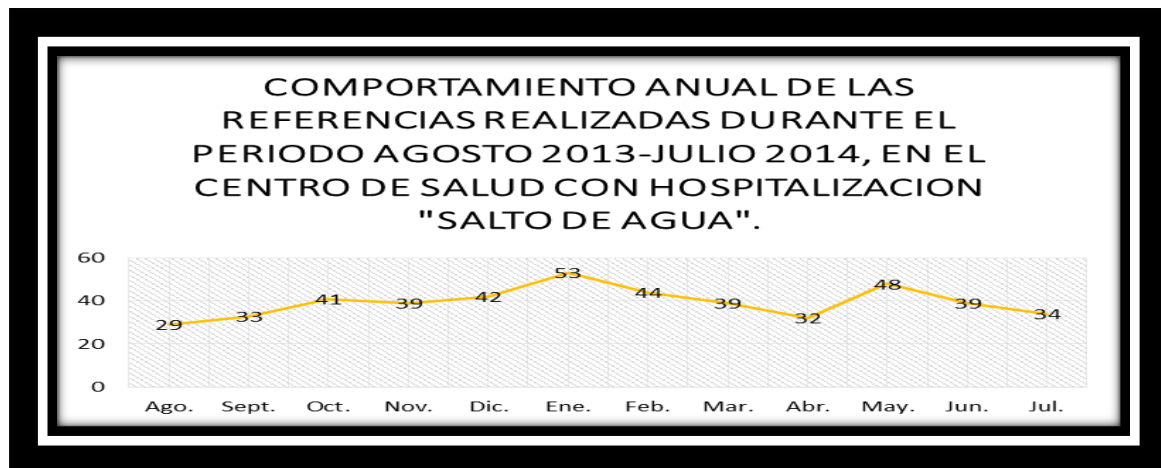


Grafico 53. Comportamiento anual de las referencias realizadas durante el periodo agosto 2013- julio 2014, en el Centro de Salud con Hospitalizacion Salto de Agua. Fuente: Hoja diaria de consulta.

De los servicios solicitados para recibir a los pacientes referenciados, pudo observarse que el mayor porcentaje (29%), fue para ginecología, pese a que se cuenta con este servicio dentro del centro de salud; esto es debido a que únicamente los fines de semana se dispone de un ginecólogo que atienda a las mujeres que requieren de esta atención especializada, quedando el resto de la semana la carencia de alguien que pueda atender este tipo de consultas. Una situación similar se da en el caso de urgencias, de donde un 24.5% del total de referencias fue enviado a otros hospitales con mejor infraestructura, resulta llamativo que a pesar de contar con un área para hacer frente a situaciones de urgencias, la carencia de recursos materiales limita su correcto funcionamiento, donde del total de consultas efectuadas durante el año, un 2% requirió traslado.

El tercer servicio más solicitado fue el de cirugía, con un 17% de las referencias, ocurriendo la misma situación, se cuenta con un servicio que labora toda la semana, sin embargo no se cuenta con los recursos materiales necesarios para realizar los procedimientos quirúrgicos necesarios dentro del centro de salud. Quedando el servicio de pediatría con un 16% de las referencias y el servicio de medicina interna con un 14% de estas.

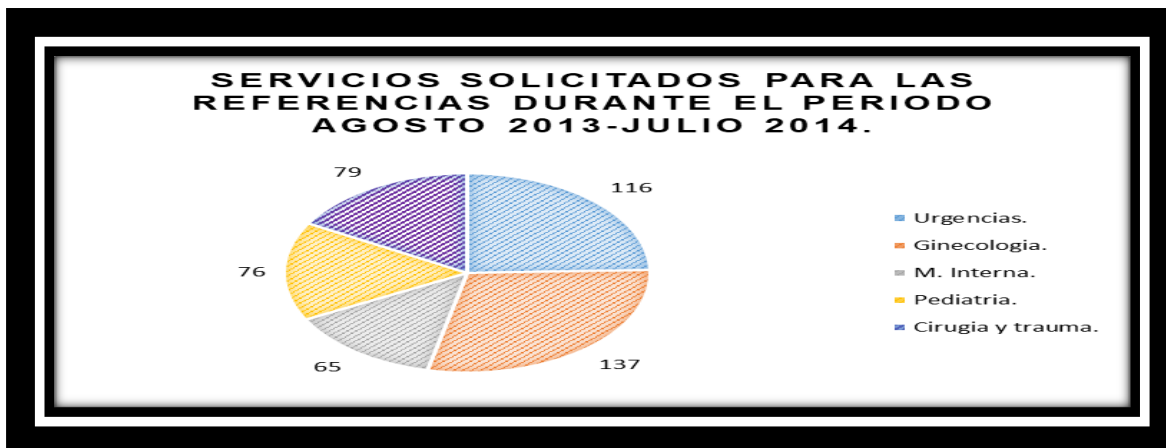


Grafico 54. Servicios solicitados para las referencias durante le periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Hojas diarias de consulta, Centro de Salud con Hospitalizacion Salto de Agua.

En cuanto a la red hospitalaria receptora del sistema de referencias y contra referencias a nivel estatal; existió un mayor apoyo por parte del Hospital General de Palenque, de la SSA, que cubrió un 48% de las referencias de los servicios solicitados. Por otro lado, por parte de estado de Tabasco se contó con el Hospital General de Macuspana, de la SSA, que cubrió un 16% de las referencias enviadas; mientras que el Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasus, cubrió un 12% de estas y por último el Hospital General Dr. Gustavo A. Rovirosa abarco un 4.7%. En menor proporción se contó con la atención especializada de instituciones como el Hospital de la mujer (9.5%), el Hospital del niño 8.5% y el Hospital Militar en un 1.3%.

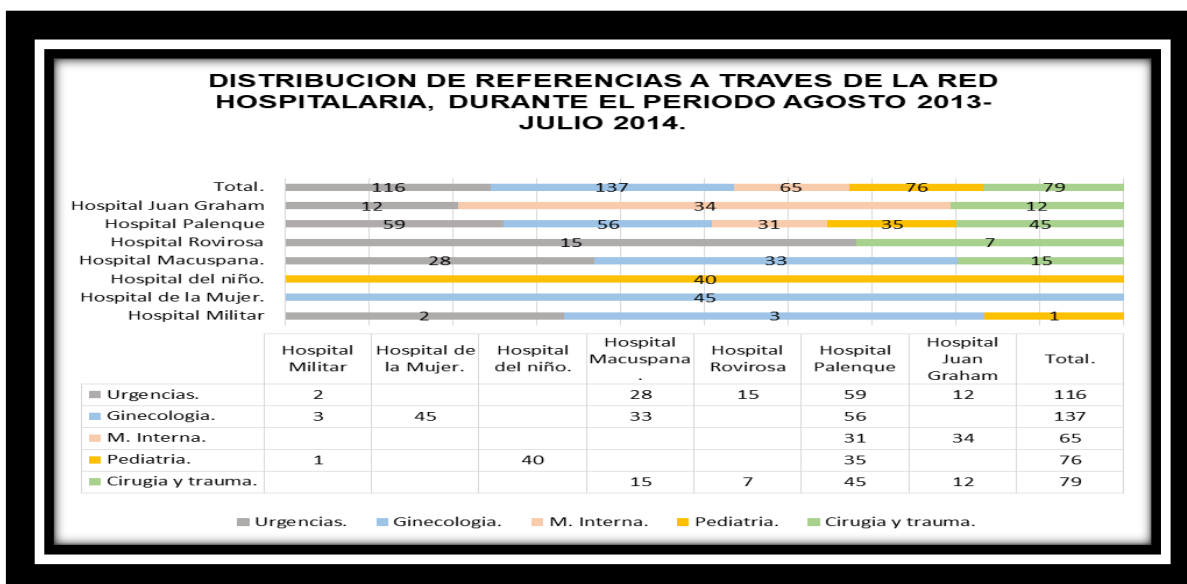


Grafico 55. Distribución de referencias a través de la red hospitalaria, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: Hoja diaria de consultas, contra referencias, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

3.4.1 ANALISIS DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Resulta importante mencionar que el CSCH Salto de Agua posee la infraestructura mínima básica para la realización de procedimientos quirúrgicos, contando con un quirófano, área de esterilización, sala de labor y de choque en urgencias; sin embargo no se dispone de los recursos humanos necesarios para realizar procedimientos de esta índole. Asimismo existen carencias de material que impiden mantener la estabilidad de los pacientes críticos, no se cuenta con oxígeno, las mascarillas reservorio disponibles no funcionan, el medicamento que se encuentra en el carro rojo está caduco. Sin olvidar que cada año en los meses de diciembre y enero no se dispone de guantes, gasas, tiras reactivas para glucómetro, entre otros materiales; esto debido al cambio de administración de la farmacia proveedora de los recursos materiales. Pese a lo anterior, es necesario decir que el servicio de urgencias resulta resolutivo, ya que sólo el 2% de la consulta total que se dio durante el periodo Agosto 2013- Julio 2014 fue referida a una especialidad.

Uno de los mayores problemas a los que se enfrenta este centro de salud es el traslado de los pacientes, ya que para su transporte es necesario que el paciente o familiares cubran el costo de la gasolina para la ambulancia, esta situación obstaculiza y entorpece el traslado oportuno, sobre todo en el turno nocturno; a su vez, se evidencia una inequidad más dentro de este sistema de salud, ya que mientras la población en general tiene que costear estos gastos, para los pobladores del municipio de Salto de Agua se cuenta con el apoyo económico por parte del Ayuntamiento, que incluso pone a la disposición del CSCH la ambulancia de protección civil.

Por ultimo como propuesta, se sugiere un aumento del personal en el servicio de urgencias, ya que debido a la sobresaturación en la demanda del servicio, resulta imposible atender de manera oportuna las urgencias que se presentan en el centro de salud, situación que permite que la condición sanitaria de los usuarios se complique, requiriendo a la larga, que estos sean referenciados a instituciones de salud especializadas. Esta misma situación ocurre con los servicios de cirugía y ginecología; donde si fuera posible contar con más personal y con el material

necesario, podría hacerse frente de manera integral y no parcial; a las necesidades de la población con respecto a estos servicios. De esta manera se evitarían gastos, tanto de transporte, como de estancia dentro de hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

3.5 PERFIL DE MORBILIDAD

El perfil de morbilidad es una herramienta objetiva que permite la visualización de las condiciones de salud de una población determinada, dentro de un periodo de tiempo determinado; que con apoyo del diagnóstico comunitario, permite identificar y analizar los factores que modifican el panorama sanitario de la población, de acuerdo al género y grupo etario; esto con el objetivo de formular y planificar adecuadas políticas públicas sanitarias, las cuales dependen en gran medida de la disponibilidad de información efectiva y oportuna, la cual se obtiene de los centros salud.

Para la realización de este perfil de morbilidad se tomaron en cuenta los datos obtenidos de las consultas otorgadas a la población de la cabecera municipal de Salto de Agua, durante el periodo agosto 2013-julio 2014, por parte de los 3 núcleos básicos del Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua; los cuales están plasmados en las hojas de consulta diaria y las hojas del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), omitiendo a los pacientes con seguimiento en algún programa.

Se otorgaron 2,241 consultas a pacientes dentro de los núcleos básicos, donde un 55% fueron para la población femenina, mientras que el otro 45% correspondió a personas del sexo masculino. Se pudo observar un promedio de 186.7 consultas realizadas por mes, siendo el mes de enero en el que más pacientes se atendieron con 276 consultas, seguido del mes de octubre con 268 consultas; por otro lado el mes de abril fue en el que menos consultas fueron registradas con únicamente 134 de estas.

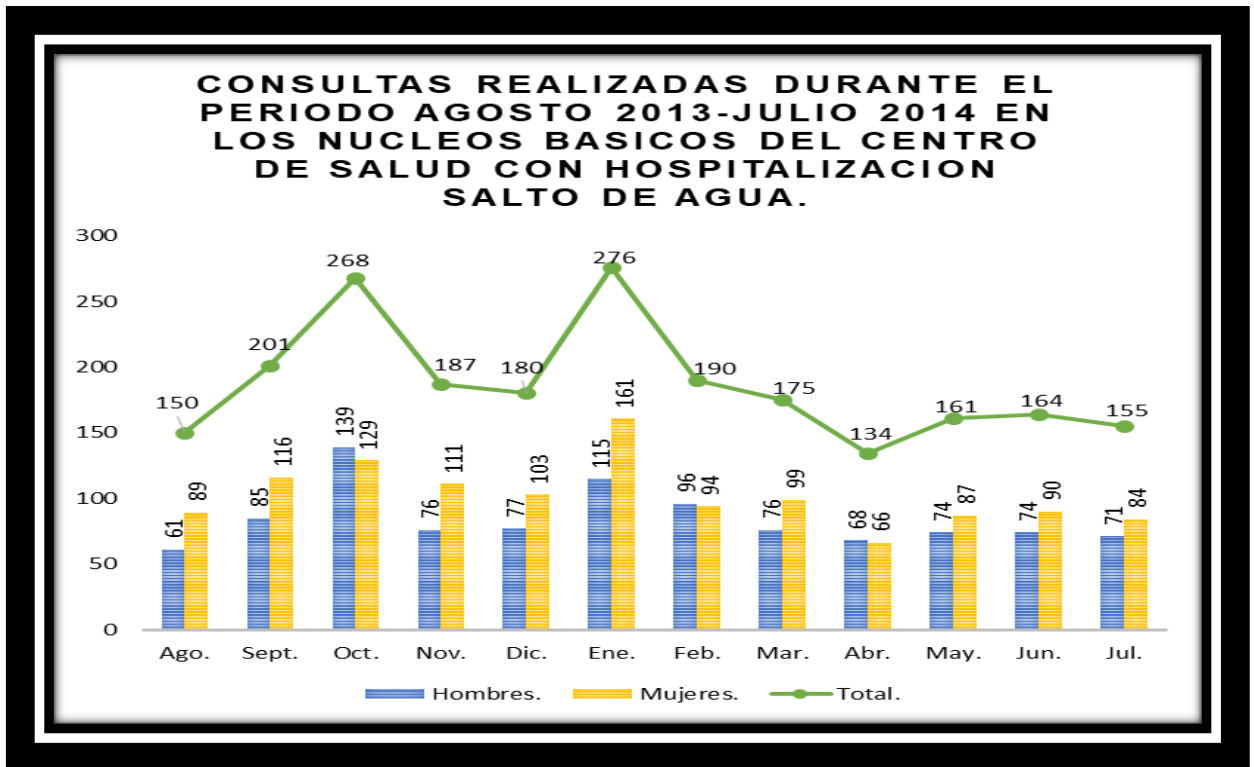


Grafico 56. Consultas realizadas durante el periodo agosto 2014-julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua. Fuente: SIS mensual.

Para la elaboración de este perfil de morbilidad se realizó un concentrado de las patologías diagnosticadas de primera vez, que una vez sumadas y agrupadas; permitieron identificar las 10 primeras patologías en general que se encontraron durante la consulta en Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, durante el periodo agosto 2013-julio 2014. Para poder hacer un análisis del comportamiento de estas enfermedades se realizó una comparativa con las 10 principales causas de morbilidad, así como sus tasas⁵ de incidencia, a nivel nacional y estatal para el año 2014 según la dirección general de epidemiología.

De las 2,241 consultas realizadas en los núcleos básicos, se identificaron 2,290 casos en total, de los cuales 2,074 (90.5%) correspondieron a los diez padecimientos más comunes durante el año, este dato resulta de suma utilidad, ya que nos permite visualizar las problemáticas de salud más comunes en la comunidad, dando pie a que se puedan planear actividades y medidas adecuadas para disminuir estos problemas sanitarios, los cuales disminuirían de manera muy

⁵ Tasas realizadas por cada 1,000 habitantes.

drástica si se toman las medidas adecuadas de prevención orientadas a estas patologías.

Dentro de las diez principales patologías del perfil de morbilidad, existe un predominio de las enfermedades transmisibles, las cuales representan un 93% de esta lista, siendo el motivo principal de la población para acudir a la consulta debido a las limitantes que pueden generar estas para desarrollarse en su vida cotidiana; destaca el porcentaje de las infecciones respiratorias con un 53.7% de los 10 principales diagnósticos realizados, seguidas por las gastroenteritis de origen infeccioso que alcanzan un 15.4%, mientras que las infecciones de vías urinarias representan un 12.2%, en menor proporción se encuentran los casos de gastritis con un 4.3%, las otitis medias con un 4%, los casos de fiebre tifoidea cubren un 2.6%, mientras que existe un 2.5% de casos de colitis, los casos de vulvovaginitis representan un 1.9%, mientras las conjuntivitis representan un 1.6%, por último los casos de amebiasis intestinal representan un 1.4% de los casos de este listado.

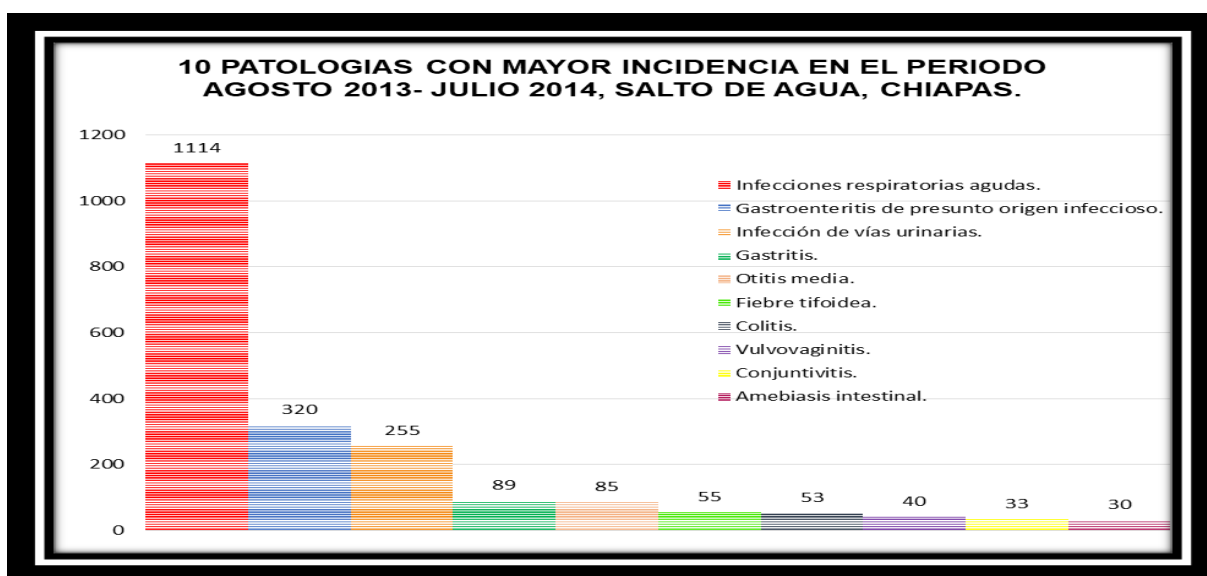


Grafico 57. Diez patologías con mayor incidencia durante el periodo agosto 2013- julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, Arroyo Granizo, Chiapas. Fuente: SIS mensual.

Al realizar un comparativo entre la incidencia anual a nivel comunitario frente a los niveles nacional y estatal, pudieron encontrarse similitudes en cuanto a la frecuencia con que estas patologías se presentan, incluso en las 4 primeras se comparte el mismo orden de relevancia; sin embargo, las tasas de incidencia que se presentaron en los núcleos básicos, resultan más altas que en las reportadas en los otros dos niveles; como es el caso de las infecciones respiratorias altas que si bien, son

superadas a nivel nacional por 31.8 casos por cada mil habitantes, a nivel estatal se presentan 70.82 casos por cada mil habitantes menos que a nivel local. En el caso de las infecciones intestinales existen 15.6 casos por cada mil habitantes más que a nivel nacional y 24.9 casos por cada mil habitantes más que a nivel estatal; con respecto de las infecciones de vías urinarias el margen de diferencia es más estrecho ya que únicamente se supera con 9.8 casos por cada mil habitantes a nivel nacional y con 21.1 casos por cada mil habitantes a nivel estatal; mientras que se encuentran similitudes con los casos de gastritis donde estas tasas únicamente superan al nivel nacional con 3.3 casos por cada mil habitantes y al estatal con 3.7 por cada mil habitantes.

Tabla 20. Principales causas de morbilidad general.

No	Salto de Agua.			Chiapas.			México.		
	Patología.	Casos.	Tasa anual*	Patología.	Casos.	Tasa anual*	Patología.	Casos.	Tasa anual*
1	Infecciones respiratorias agudas.	1114	198.2	Infecciones respiratorias agudas.	664,703	127.38	Infecciones respiratorias agudas	27,493,239	230
2	Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	320	56.9	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.	166,674	31.94	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4,941,427	41.3
3	Infección de vías urinarias.	255	45.3	Infección de vías urinarias.	126,564	24.2	Infección de vías urinarias	4,244,053	35.5
4	Gastritis.	89	15.8	Úlceras, gastritis y duodenitis.	62,908	12.05	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,497,802	12.5
5	Otitis media.	85	15.1	Amebiasis intestinal.	25,405	4.86	Gingivitis y e. periodontales	1,119,159	9.36
6	Fiebre tifoidea.	55	9.7	Otras salmonelosis.	20,398	3.90	Otitis media aguda	639,625	5.35
7	Colitis.	53	9.4	Otitis media aguda.	20,032	3.83	Hipertensión arterial	480,332	4.01
8	Vulvovaginitis aguda. ⁶	40	13.6	Gingivitis y enfermedades periodontales.	19,646	3.76	Conjuntivitis	456,283	3.81
9	Conjuntivitis.	33	5.8	Vulvovaginitis aguda. ⁷	14,944	5.5	DM2	381,099	3.18
10	Amebiasis intestinal.	30	5.3	Hipertensión arterial.	14,489	2.77	Obesidad	356,712	2.98

*Tabla 20. Principales causas de morbilidad en la cabecera municipal de Salto de Agua, Chiapas, durante el periodo agosto 2013- julio 2014 en comparativa con los niveles estatal y nacional. Fuente: SIS mensual y la dirección general de epidemiología, de la secretaría de salud, 2014. Población de referencia de acuerdo a los datos de encuesta intercensal INEGI 2015. *Tasas calculadas por cada 1,000 habitantes.*

⁶ Población femenina dentro de la cabecera municipal: 2,932 habitantes.

⁷ Población total femenina en el estado de Chiapas: 2,679,221 habitantes.

Los casos de otitis media, que a nivel comunitario ocupan el quinto puesto en la incidencia, tienen una tasa anual de 15.1, mientras que a nivel nacional ocupan el sexto puesto con una tasa de 5.35 y a nivel estatal ocupa el séptimo lugar con una tasa de 3.83 casos por cada mil habitantes, puede notarse una diferencia de 9.7 casos por cada mil habitantes más que a nivel nacional y de 11.2 más que a nivel estatal; esto probablemente asociado a las altas tasas de incidencia de infecciones respiratorias altas y su atención tardía, lo que favorece la aparición de estas enfermedades.

Con respecto a los casos de salmonelosis, estas ocupan a nivel comunitario tasas de incidencia francamente altas en comparación con las presentadas a nivel nacional y estatal; ocupando el sexto puesto en las enfermedades más comunes detectadas por primera vez dentro de la cabecera municipal, presenta una tasa de incidencia de 9.7 casos, debe mencionarse que a nivel nacional esta enfermedad no forma parte de las primeras causas de morbilidad, sin embargo se comparte el mismo puesto en el estado, con una diferencia de 5.5 casos por cada mil habitantes a favor de la tasa de la cabecera municipal; esto puede estar asociado a un problema de subregistro a nivel estatal y nacional; o de casos confirmados únicamente por clínica y no por serología, situación que eleva la tasa de incidencia anual, además de que nos habla de un probable mal seguimiento de medidas higiénico dietéticas, que podrían mejorar si se enfatiza en las campañas de educación.

A partir del séptimo puesto en esta lista puede notarse que existen diferencias claras en el orden y en las tasas de incidencia; como es el caso del séptimo lugar, correspondiente a los casos de colitis donde esta patología no se tiene contemplada dentro de las diez primeras causas de morbilidad estatal o nacional. Por otro lado las vulvovaginitis reportadas en la cabecera municipal ocupan el octavo puesto con tasas de 13.6 casos por cada mil mujeres, que si bien esta patología no se tiene contemplada dentro de las más importantes a nivel nacional, a nivel estatal ocupa el noveno lugar de relevancia, pero con tasas de 5.5 casos por cada mil mujeres, esto puede asociarse a las temperaturas de la región, la dieta rica en maíz que

alcaliniza el ph vaginal y los inadecuados hábitos higiénicos. De manera inversa, a nivel estatal no se considera a la conjuntivitis como una de las primeras causas de enfermedad, sin embargo a nivel nacional ocupa el octavo puesto con tasas de 3.81, cifra superada por el noveno puesto de morbilidad estatal que corresponde a la misma patología, con una tasa de incidencia de 5.8, quedando una diferencia de 2 casos más por cada mil mujeres.

La última patología más relevante dentro de este listado en la cabecera municipal, fue la amebiasis intestinal, la cual está asociada a piso de tierra, inadecuada tratamiento de agua y malos hábitos higiénicos; esta patología alcanzó una tasa anual de 5.3 casos por cada mil habitantes, cifra muy aproximada a los 4.86 casos de amebiasis por cada mil habitantes dentro del estado, por lo que en este ocupa el quinto lugar de importancia de aparición.

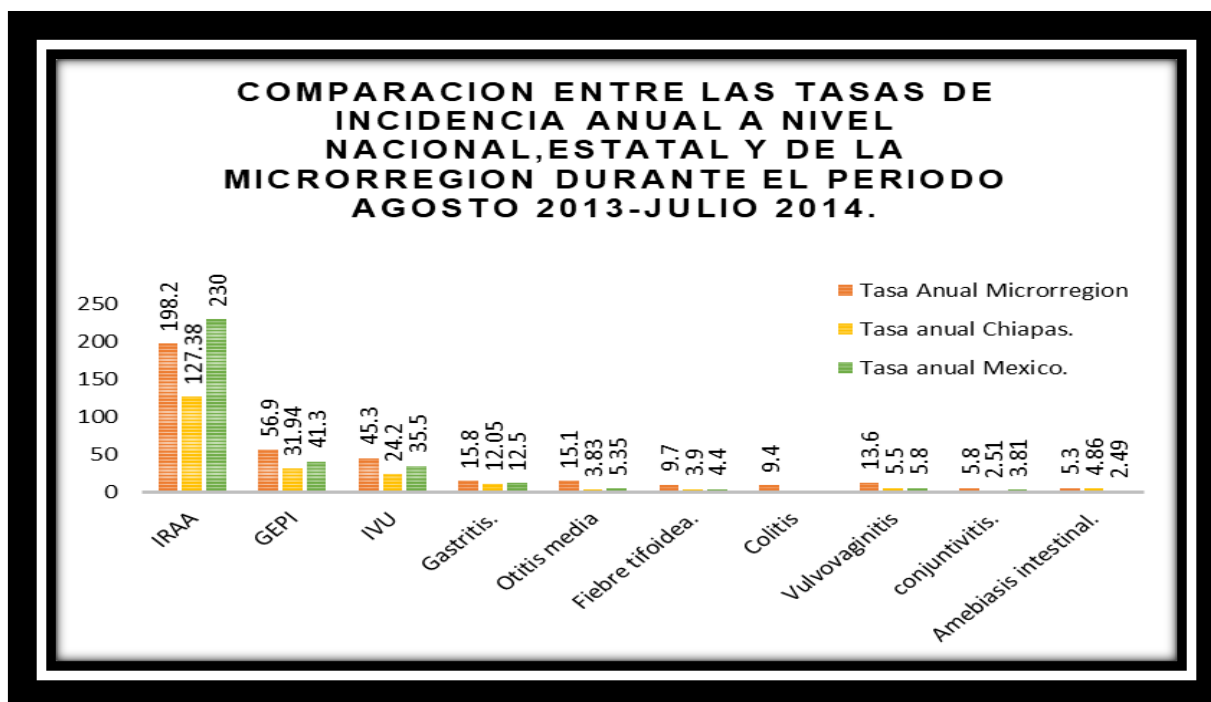


Grafico 58. Comparacion entre las tasas de incidencia anual a nivel nacional, estatal y de la microrregión; durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, la dirección general de epidemiología, de la secretaría de salud, 2014. Población de referencia de acuerdo a los datos de encuesta intercensal INEGI 2015. *Tasas calculadas por cada 1,000 habitantes.

Tomando en cuenta lo anterior y para una mejor visualización de los datos obtenidos, se analizaron por separado las patologías, estableciéndose de igual manera los 10 diagnósticos encontrados con mayor frecuencia en los padecimientos transmisibles y los no transmisibles.

3.5.1 PERFIL DE MORBILIDAD DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Las enfermedades transmisibles son aquellas en las que interviene un microorganismo, ya sea de origen bacteriano, viral o parasitario; como agente causal del padecimiento, por lo tanto, bajo ciertas condiciones pueden contagiarse a otros individuos. Del número de casos incluidos en el perfil de morbilidad, 2,015 fueron de este tipo, es decir un 87.9% del total de casos registrados durante el año; de estos, algunos sólo se sumaron y otros se agruparon para poder ser medibles, encontrándose un total de 19 patologías transmisibles diferentes a lo largo del año, que representan el 55% de los diagnósticos considerados en el perfil. A continuación se presentan las 10 principales durante el año.

Tabla 21. Tasa anual y comportamiento de las diez principales patologías transmisibles durante el periodo agosto 2013-julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

	Patologías.	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Total.	Tasa anual.
1	IRAA.	35	99	157	107	112	165	112	75	61	73	61	57	1114	198.2
2	GEPI	26	19	31	19	17	28	24	32	30	32	30	32	320	56.9
3	IVU.	21	16	26	28	18	31	22	19	11	12	24	27	255	45.3
4	Otitis media.	6	7	8	6	2	12	7	6	8	9	6	8	85	15.1
5	Fiebre tifoidea.	8	7	5	1	0	3	4	5	5	7	4	6	55	9.7
6	Vulvovaginitis.	7	8	6	1	4	5	2	0	1	3	2	1	40	13.6
7	Conjuntivitis.	3	3	3	3	0	4	2	1	3	4	4	3	33	5.8
8	Amebiasis intestinal.	4	3	4	1	1	3	1	3	2	4	2	2	30	5.3
9	Ascariasis.	3	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1	3	12	2.1
10	Micosis superficial.	2	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	12	2.1

Tabla 21. Tasa anual y comportamiento de las diez principales patologías transmisibles durante el periodo agosto 2013-julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, Chiapas; dirección general de epidemiología, de la secretaría de salud, 2014.

En la tabla 21 se puede observar que en esta lista se representa un 97% de las patologías transmisibles, si nos enfocamos en los primeros cinco padecimientos se notara que estos son un 90.7% de los casos de este tipo de enfermedades,

sumando 1,829 casos, lo cual representa un 79.8% del total en el perfil de morbilidad, esto significa que si se toman medidas adecuadas para prevenir estas patologías se estaría disminuyendo considerablemente la morbilidad en la población.

Dentro de las patologías de carácter infeccioso, se pudo encontrar que las tres más comunes representan un 73.7% del total de los diagnósticos contemplados en el perfil y un 83.8% de las enfermedades transmisibles diagnosticadas por primera vez; puede observarse que por cada paciente con gastroenteritis infecciosa hubo 3.4 pacientes con una infección respiratoria alta, mientras que por cada paciente diagnosticado con una infección de vías urinarias se tuvo un registro de 4.3 pacientes con una infección respiratoria alta.

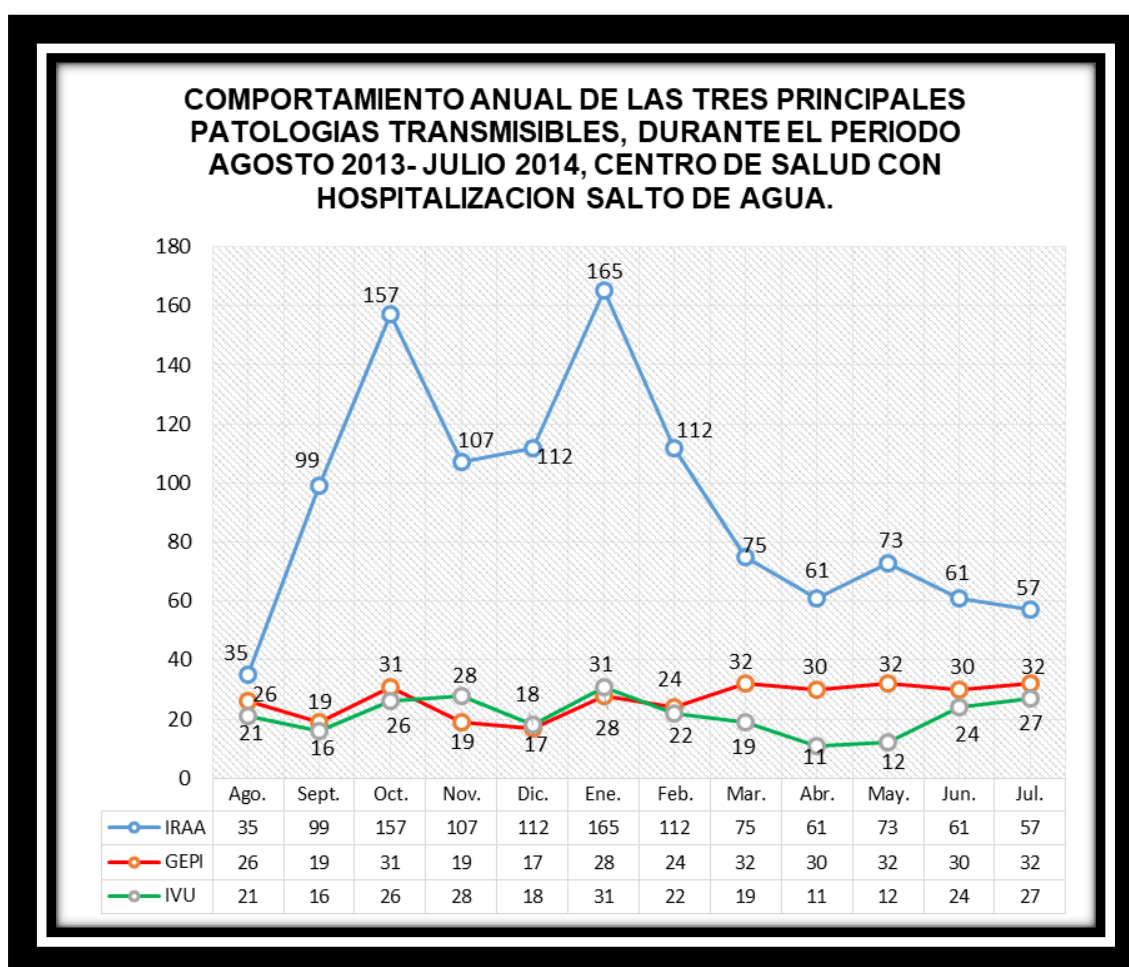


Grafico 59. Comportamiento anual de las tres principales patologías transmisibles durante el periodo agosto 2013- julio 2014, Centro de Salud con Hospitalizacion Salto de Agua. Fuente: SIS mensual.

Las enfermedades respiratorias agudas altas ocupan el primer lugar en esta lista con 1,114 casos, siendo los hombres los que más presentaron este tipo de padecimientos con 560 casos (50.2%) y las mujeres con 554(49.8%). Llama la atención que la cantidad de diagnósticos realizados para este tipo de enfermedades, representando el 48.6% del total de los diagnósticos tomados en cuenta en el perfil de morbilidad y el 55.2% de los casos infecciosos durante el año.

Puede observarse que el comportamiento de dichas enfermedades está relacionado con la temporada de frío, el cual favorece un ambiente idóneo para la aparición de este tipo de padecimientos, debido a que generan cambios de temperatura que afectan directamente al tracto respiratorio alto, que queda vulnerable a la colonización de microorganismos; si a esto agregamos que las lluvias en la región son frecuentes y que la gran mayoría de la gente se moja de manera constante por lo intempestivas que pueden ser estas y por las condiciones de vivienda, donde las características de los materiales y el hacinamiento favorecen estas patologías.

El menor número de casos presentados durante el año fue en agosto con 35 casos y el mayor en enero con 165 casos; el promedio fue de 92.8 casos por mes.

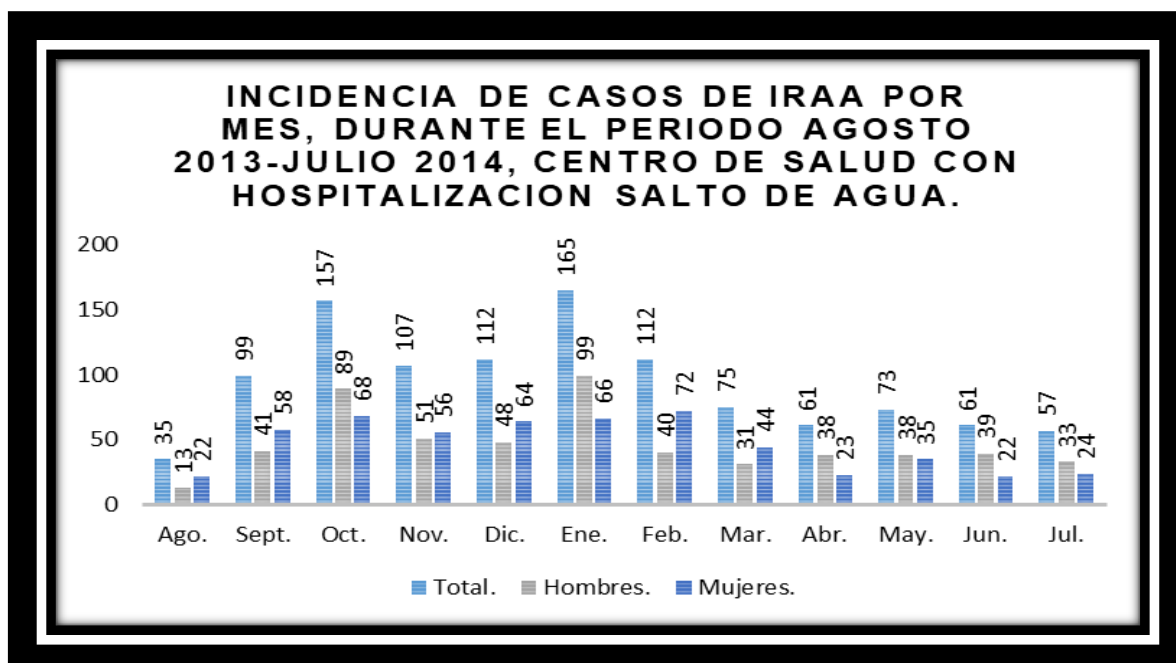


Grafico 60. Comportamiento anual de incidencia de las infecciones respiratorias agudas altas en el periodo agosto 2013-julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua. Fuente: SIS mensual.

La segunda enfermedad de carácter infeccioso más común se trata de las gastroenteritis de presunto origen infeccioso, cuya incidencia de 320 casos representa un 15.8% de las patologías infecciosas y un 13.9% de las patologías en general. Siendo más común en hombres con 175 casos (54.6%) que en mujeres con 145 casos (45.4%) durante el año.

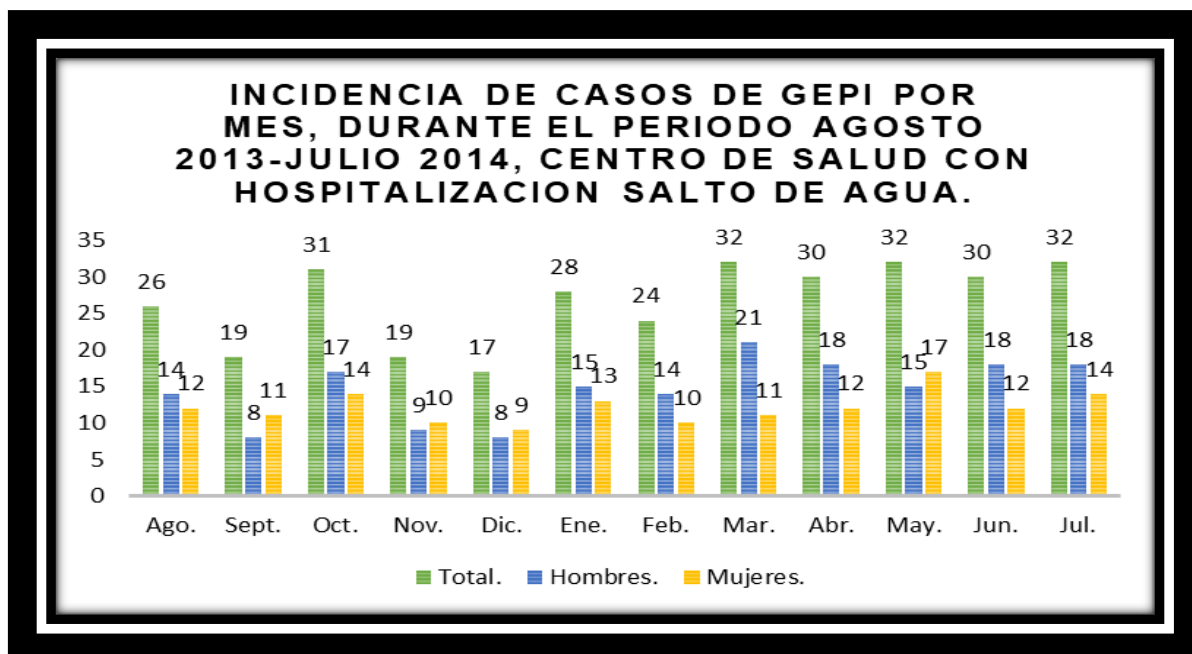


Grafico 61. Comportamiento anual de incidencia de las Gastroenteritis de presunto origen infeccioso, durante el periodo agosto 2013- julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua. Fuente: SIS mensual.

Las causas más comunes de esta patología en nuestro país, están relacionadas con el mal manejo del agua y alimentos, así como con la convivencia con animales en casa. Pueden observarse tres picos en los meses de marzo, mayo y julio; con 32 casos (10%) respectivamente, lo cual se puede relacionar con la temporada de calor en la región, a diferencia de esto, septiembre, noviembre y diciembre; meses que fueron los menos calurosos, presentan el número de casos más bajos del año, con 19, 19 y 17 respectivamente; el promedio por mes fue de 26.6 casos.

Las infecciones de vías urinarias ocupan el tercer lugar dentro de este perfil, habiendo un total de 255 pacientes de primera vez, que representan el 12.6% de las patologías infecciosas y el 11.1% del total de casos, Se puede observar en esta patología un predominio existente en el sexo femenino con 185 casos (72.5%), mientras que en el sexo masculino solo llegó a 70 (27.5%) durante el año.

Debe tomarse en cuenta que uno de los factores para presentar estas patologías es la falta de consumo de líquidos, esto aunado al calor que provoca que el cuerpo retenga líquidos y disminuya la eliminación de desechos a través de la vía renal, condicionando orina más concentrada, la cual favorece al crecimiento bacteriano, por lo que es comprensible que se haya observado esta patología durante todo el año.

El mes con menos casos fue abril sólo con 11 y el de mayor presentación fue enero con 31, el promedio de casos fue de 21.2 por mes.

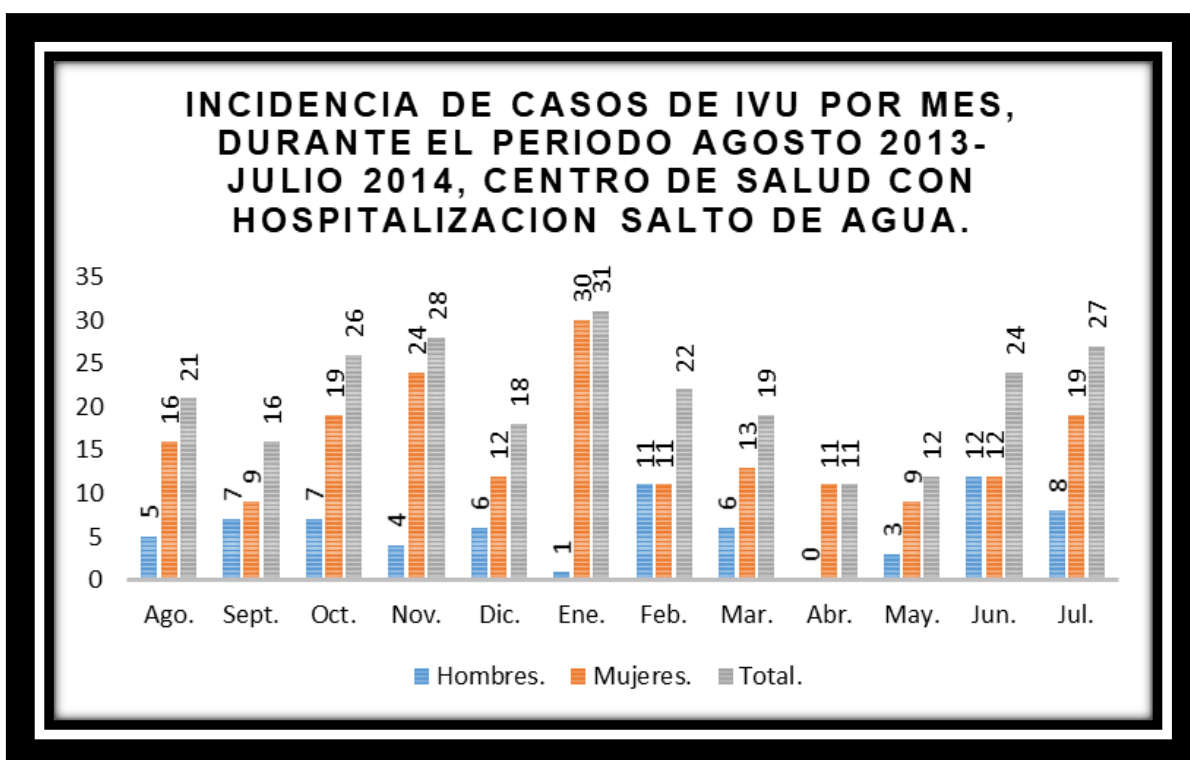


Gráfico 62. Comportamiento anual de incidencia de las infecciones de vías urinarias, durante el periodo agosto 2013-julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua. Fuente: SIS mensual.

3.5.2 PERFIL DE MORBILIDAD DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades no transmisibles son aquellas donde el mecanismo fisiopatológico de la enfermedad no implica la presencia de un agente infeccioso, por lo tanto no se contagian.

Del total de los 2,290 diagnósticos considerados para el perfil de morbilidad, 275 fueron del tipo no transmisible, esta cifra representa un 12%, lo cual significa que este tipo de patologías fueron poco comunes durante el año.

Una vez agrupados estos padecimientos, se alcanzó un total de 22 diagnósticos diferentes (56.4% de los contemplados en el perfil) con los cuales se pudieron identificar las 10 principales patologías no transmisibles identificadas, las cuales se muestran especificando el número de casos por mes y su respectiva tasa de incidencia en la tabla 22.

Tabla 22. Tasa anual y comportamiento de las diez principales patologías no transmisibles durante el periodo agosto 2013-julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.															
	Patologías.	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Total.	Tasa anual.
1	Gastritis.	8	5	8	8	12	11	9	9	7	4	4	4	89	15.8
2	Colitis.	3	3	5	6	8	5	6	5	3	4	2	3	53	9.4
3	Enfermedades osteomusculares.	3	2	1	1	2	0	0	1	0	3	3	3	19	3.3
4	Accidentes y violencia.	1	2	1	1	2	2	0	2	1	1	4	1	18	3.2
5	Asma.	4	3	3	2	1	1	0	1	0	0	1	0	16	2.8
6	Dermatitis.	4	4	1	1	0	1	0	3	1	0	1	0	16	2.8
7	DM2.	0	0	2	1	1	1	0	2	1	0	1	1	10	1.7
8	HAS.	1	1	2	0	0	1	0	2	0	0	2	0	9	1.6
9	Trastorno depresivo.	1	3	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	9	1.6
10	Parálisis facial	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	5	0.8

Tabla 22. Tasa anual y comportamiento de las diez principales patologías no transmisibles durante el periodo agosto 2013-julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, Chiapas; dirección general de epidemiología, de la secretaría de salud, 2014.

Se puede observar que en esta lista se abarca un 88.7% del rubro de las patologías no transmisibles, con 244 casos, que son un 10.6% del total de casos en el perfil de morbilidad.

Al revisar el listado de las diez enfermedades más comunes en general dentro de la comunidad, se notará que únicamente figuran los casos de gastritis y colitis; los cuales representan un 6.8% de esta lista. Esto refleja una poca asistencia por parte de los pacientes cuando se trata de este tipo de padecimientos, los cuales son atendidos por sus propios medios como la herbolaria y acudiendo a los representantes de sus sistemas de salud como los hueseros, los sobadores, incluso por medio de la automedicación.

Dentro del listado de las diez patologías no transmisibles más comunes, se pudo encontrar que las tres primeras representan un 7% del total de los diagnósticos contemplados en el perfil y un 65.9% de las enfermedades no transmisibles diagnosticadas por primera vez; puede observarse que por cada paciente con colitis hubo 1.6 pacientes con gastritis, mientras que por cada paciente diagnosticado con una enfermedad osteomuscular se tuvo un registro de 4.6 pacientes con gastritis.

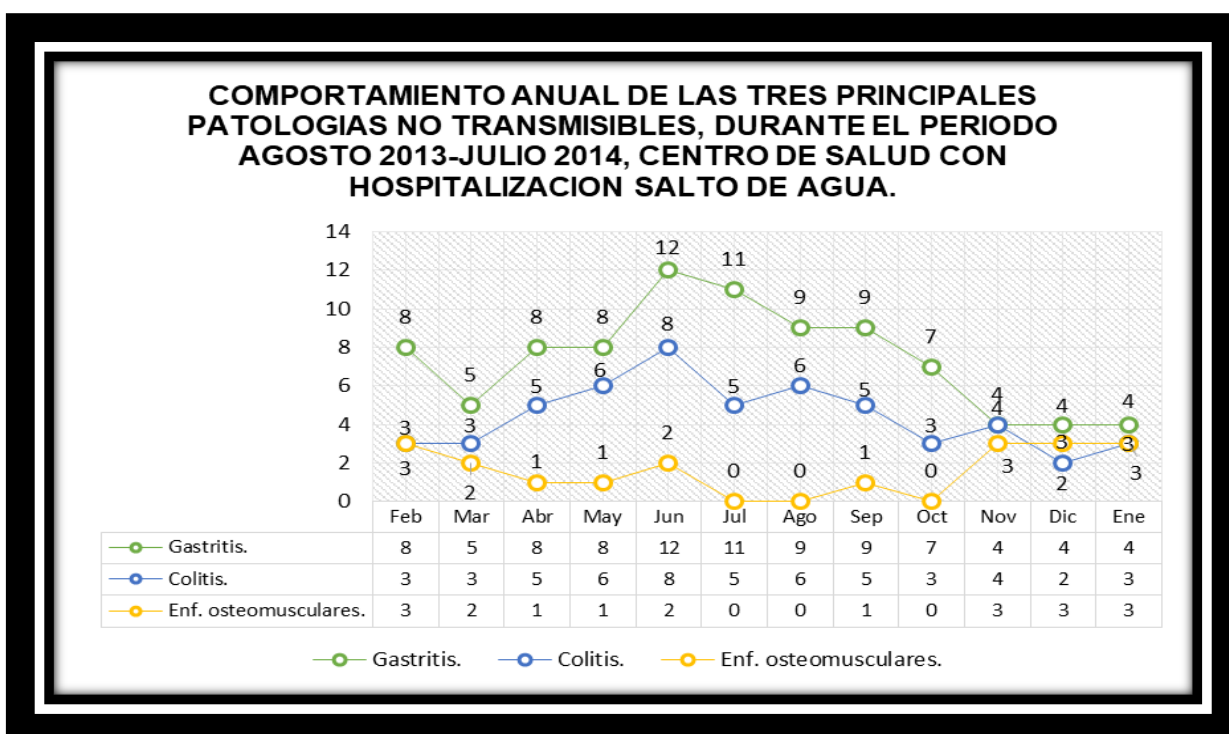


Grafico 63. Comportamiento anual de las tres principales patologías no transmisibles durante el periodo agosto 2013-julio 2014, Centro de Salud con Hospitalizacion Salto de Agua. Fuente: SIS mensual.

En primer lugar se encuentran los casos de gastritis como la enfermedad no transmisible más común dentro de la población, con un total de 89 casos, que representan el 32.3% de las patologías no transmisibles y el 3.8% del total de casos dentro del perfil. Hubo en esta patología un predominio existente en el sexo

femenino con 62 casos (69.6%) frente al sexo masculino donde se pudo identificar en 27 ocasiones de primera vez (30.4%). Los meses con menos casos fueron mayo, junio y julio sólo con 4 casos respectivamente y el mes de mayor incidencia fue diciembre con 12, el promedio de casos fue de 7.4 por mes.

Esta patología no presenta una relación significativa con alguna época del año, se asocia directamente con inadecuados hábitos alimenticios, periodos de ayuno prolongado, un consumo frecuente de irritantes como picante, café, refresco, así como de cosas fritas; se considera que afecta más al sexo femenino debido a razones socio-culturales, ya que son las que menos alimento consumen en los hogares, ya sea por falta de recursos o por falta de apetito, otro factor a mencionar es que el estrés de ver por la salud y bienestar de toda la familia genera tendencias aprehensivas y depresivas.

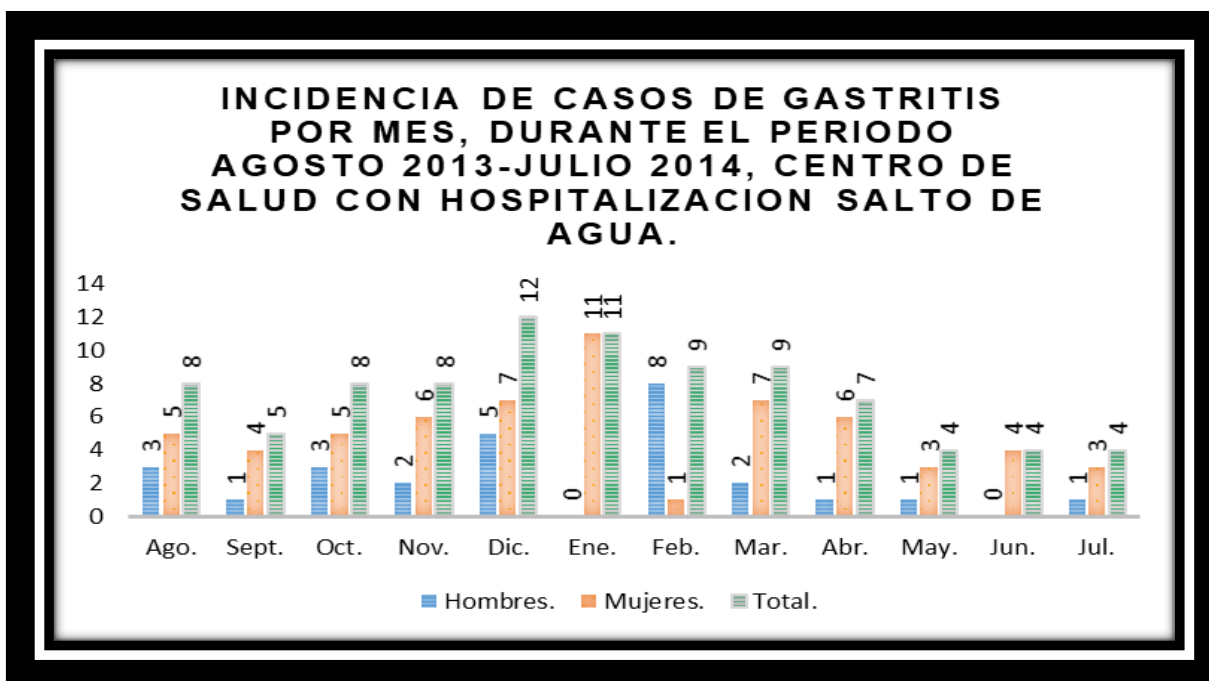


Grafico 64. Comportamiento anual de incidencia de gastritis, durante el periodo agosto 2013- julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua. Fuente: SIS mensual.

El segundo lugar en incidencia es ocupado por los casos de colitis, que si bien esta patología no aparece en el ámbito nacional y estatal; la tasa anual de incidencia en la población fue de 9.4 casos por cada mil habitantes.

Dentro del perfil realizado, se encontró una incidencia de 53 casos durante el año, un 2.3% de las patologías en general y un 19.2% del total de patologías no transmisibles. Esta enfermedad tuvo un predominio en las mujeres con 41 casos (77.4%), mientras que únicamente 12 hombres (22.6%) acudieron por presentar sintomatología sugerente de esta patología.

Esta enfermedad al igual que los casos de gastritis, tiene una incidencia asociada a inadecuados hábitos alimenticios y estrés; puede notarse que el número de casos aumenta en las épocas de festividades que van de octubre a febrero, donde se presentó un 56.6% del total de estos casos, donde nuevamente es el sexo femenino el más afectado.

El número de casos varía desde dos casos (3.7%) en el mes de junio, hasta ocho casos (15%) en el mes de diciembre, hubo un promedio de 4.4 casos mensuales.

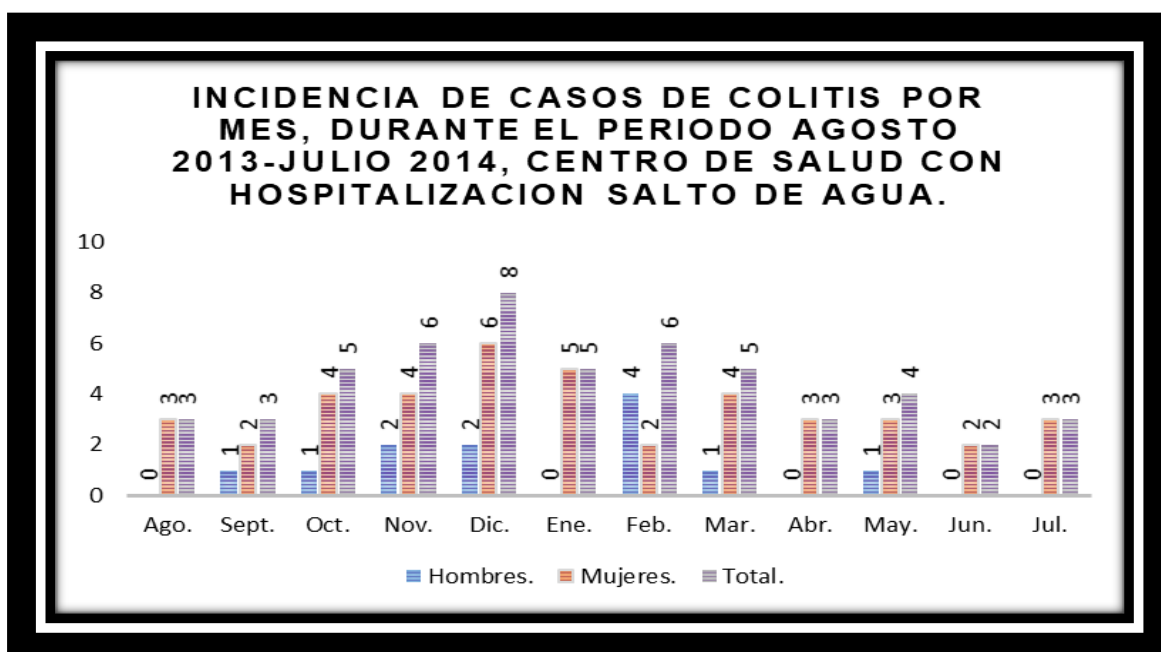


Grafico 65. Comportamiento anual de incidencia de colitis, durante el periodo agosto 2013- julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua. Fuente: SIS mensual.

Las enfermedades osteomusculares ocupan la tercera posición en la lista de las diez principales patologías no transmisibles, presentándose 19 casos durante el año, por lo que su tasa anual de incidencia fue de 3.38 casos por cada 1000 habitantes.

Este conjunto de patologías representaron un 0.82% de las patologías en general y un 7% del total de patologías no transmisibles. Se presentó un predominio en los

hombres con 11 casos (57.9%), mientras que únicamente 8 mujeres (42.1%) acudieron por presentar sintomatología sugerente de estas patologías.

La incidencia de estos padecimientos está asociada al exceso de trabajo y a una mala higiene postural, donde el esfuerzo relacionado a las labores propias del campo favorece su aparición, sobre todo en las épocas de siembra y cosecha.

Puede observarse que durante los meses de agosto, mayo, junio y julio se presentaron 3 casos por mes respectivamente, mientras que en enero, febrero y abril no se presentó un solo caso de estas. Hubo un promedio de 1.5 casos mensuales.

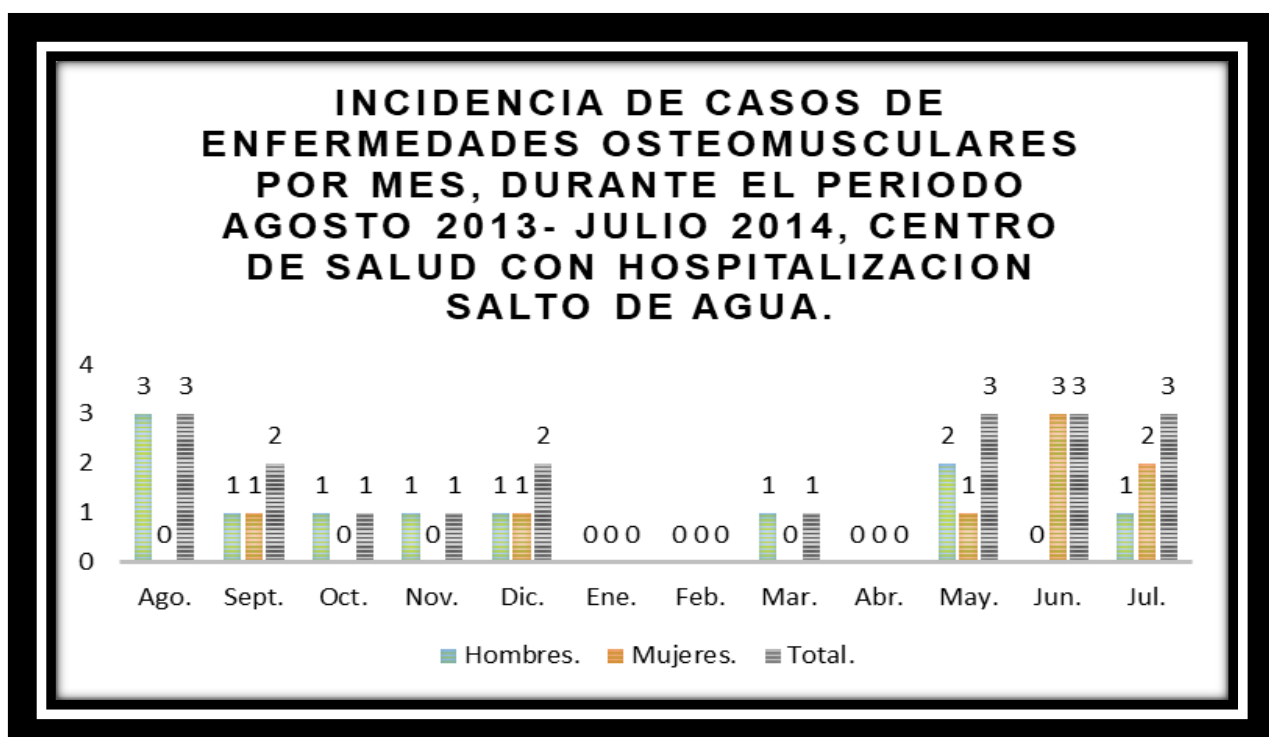


Gráfico 66. Comportamiento anual de incidencia de enfermedades osteomusculares, durante el periodo agosto 2013-julio 2014, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua. Fuente: SIS mensual.

3.6 DAÑO DIFERENCIAL

Con base en los datos obtenidos, es posible estructurar un daño diferencial centrado en identificar de manera más específica, las patologías de mayor impacto epidemiológico para cada sexo, en un grupo etario determinado; lo cual permitirá establecer estrategias sanitarias adecuadas para brindar una atención integral y satisfactoria para todos y cada uno de los miembros de la población atendida.

Los rangos de edad utilizados a lo largo de todo el servicio social y de este reporte, se presentan a continuación:

- De 0 a 1 año.
- De 1 a 4 años.
- De 5 a 14 años.
- De 15 a 44 años.
- De 45 a 64 años.
- De 65 años y más.

Durante el periodo agosto 2013- julio 2014, como ya se mencionó antes, se obtuvo un total de 2,290 diagnósticos de primera vez. El siguiente gráfico muestra la distribución de los diagnósticos considerados en el perfil de morbilidad, de acuerdo al sexo y rango de edad.

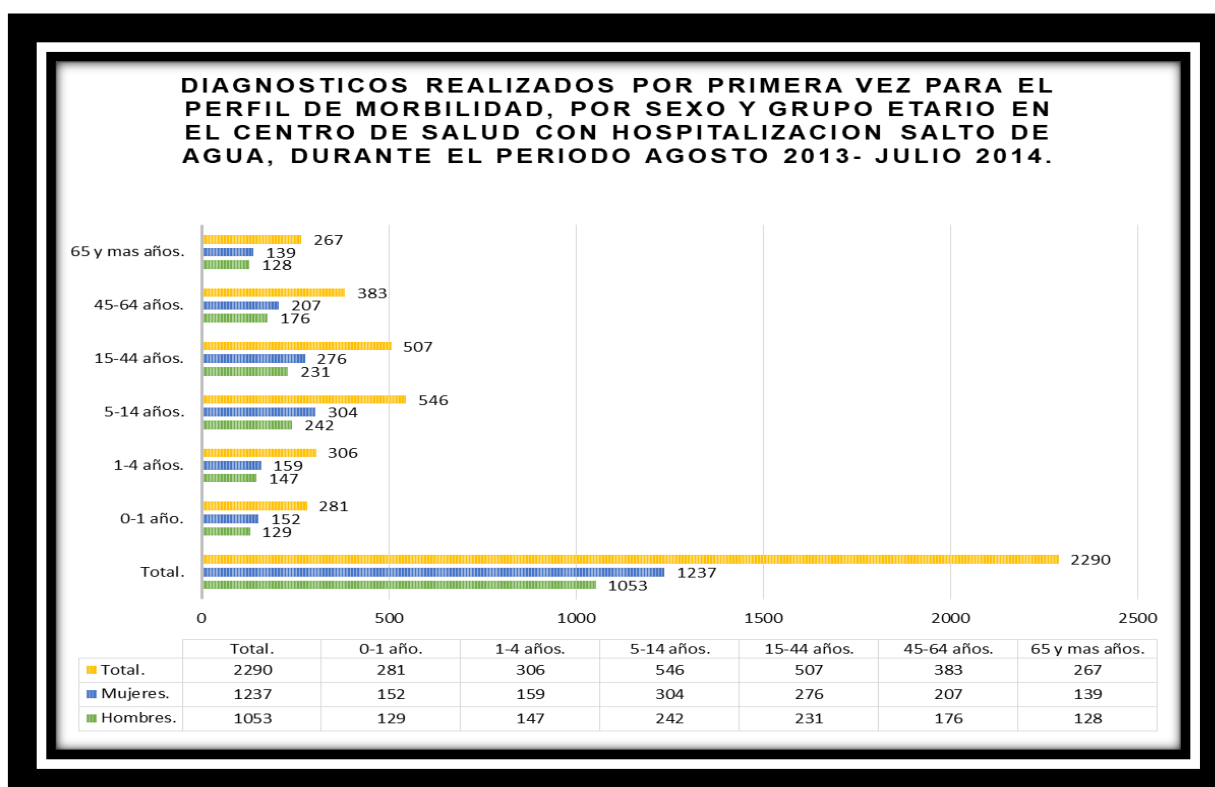


Grafico 67. Diagnósticos realizados por primera vez para el perfil de morbilidad, por sexo y grupo etario en el Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual.

Como se puede observar, del total de casos contemplados en el perfil de morbilidad, existió un predominio del género femenino en todos los grupos etarios, el cual abarca un 54% de los diagnósticos, mientras que el sexo masculino alcanza un 46%.

A nivel de daño diferencial por sexo, se pueden observar notables diferencias, encontrando en el sexo masculino a las enfermedades respiratorias agudas altas

como la principal patología con 560 casos, seguido por gastroenteritis probablemente infecciosa en 175 pacientes, quedando las infecciones de vías urinarias como tercera patología más frecuente con 70 casos durante el año; mientras que en el sexo femenino las patologías más comunes resultaron ser las infecciones respiratorias altas con 554, cifra inferior a la de los hombres con esta patología por 6 casos; seguido de las infecciones de vías urinarias con 185 casos, cifra que supera más del doble a los del sexo masculino y por último los casos de gastroenteritis infecciosas con 145 casos, siendo esta cifra 30 casos inferior a los masculinos.

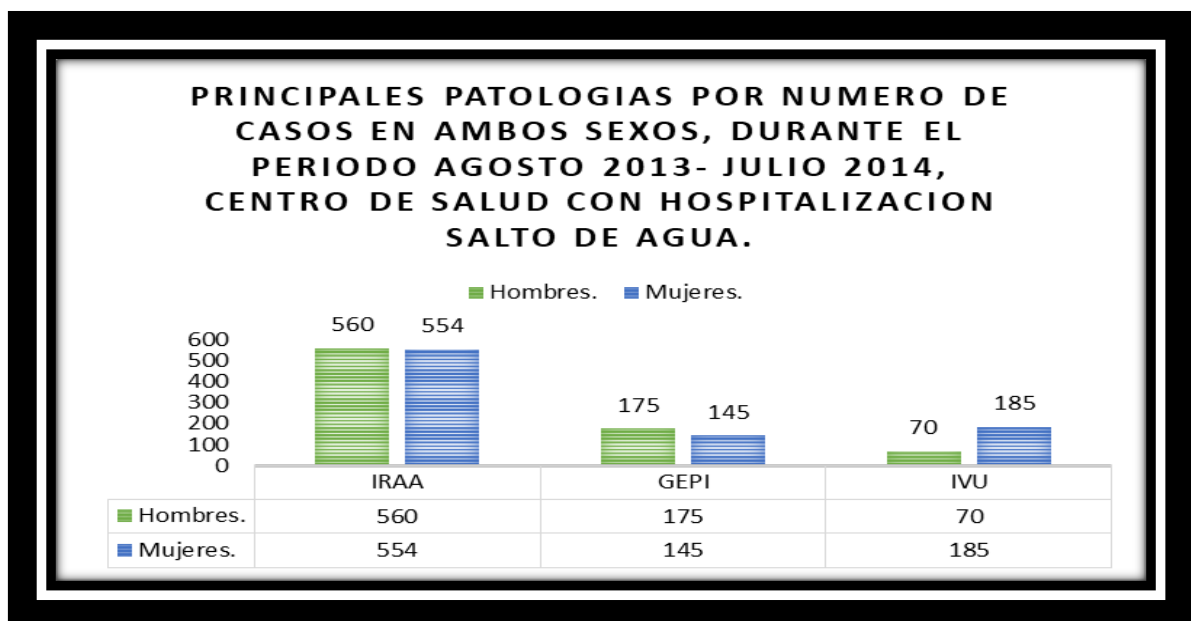


Grafico 68. Principales patologías por número de casos en ambos sexos durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua.

Es importante señalar que también fue posible identificar importantes diferencias en cuanto a la incidencia de los principales padecimientos de acuerdo al grupo etario, esto resulta de suma importancia, ya que permite detectar las edades donde la población es más susceptible a ciertas patologías.

De los 2,290 diagnósticos tomados en cuenta para el perfil de morbilidad, pudo observarse una distribución de patologías muy variado, siendo los grupos de 5 a 14 y de 15 a 44 años, los más activos con 546 y 507 casos respectivamente; siendo el grupo de 65 y más años como el que menos casos tiene registrados con únicamente con 267 casos.

Es notable como en todos los grupos etarios las patologías de carácter transmisible fueron las más comunes, dejando dentro de las primeras causas a las infecciones respiratorias altas, las gastroenteritis de presunto origen infeccioso y las infecciones de vías urinarias.

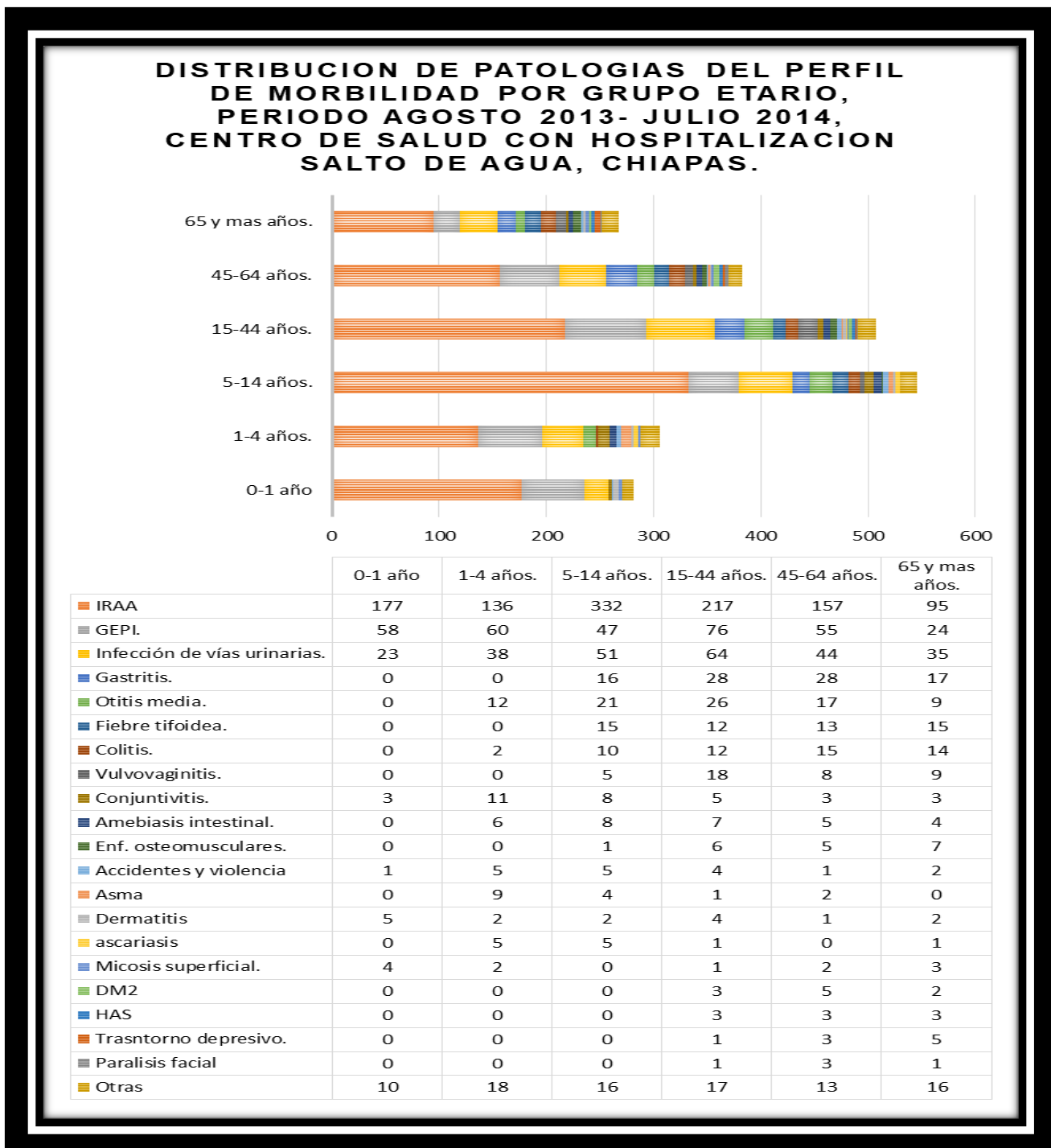


Grafico 69. Distribucion de patologias del perfil de morbilidad por grupo etario, durate el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente SIS mensual, Centro de Salud con Hospitalizacion Salto de Agua.

3.6.1 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 0 A 1 AÑO DE EDAD

Se trata de uno de los grupos etarios más vulnerables, esto debido a que su sistema inmune se encuentra en proceso de maduración, además de que se encuentran en un proceso de adaptación a un ambiente distinto al intrauterino.

Este grupo etario es el segundo con menor demanda dentro del centro de salud, alcanzando un 12.2% de los diagnósticos tomados en cuenta de este perfil, con un total de 281 casos, 129(45.9%) fueron diagnósticos realizados en masculinos y 152(54.1%) en femeninos. A continuación se muestran las 3 principales patologías por número de casos en la siguiente tabla.

Tabla 23. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 0 a 1 año, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, agosto 2013- julio 2014			
Patología.	Hombres.	Mujeres.	Total de casos.
IRAA	83	94	177
Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	31	27	58
Infecciones de vías urinarias.	7	16	23

Tabla 23. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 0 a 1 año, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

Dentro de este grupo etario existe un predominio de las patologías de carácter transmisible, siendo las Infecciones respiratorias altas las más comunes con un 63% del total de los diagnósticos. De este porcentaje, un 53.1% se presentó en niñas y un 46.9% en niños. Sin embargo, al analizar por separado los casos registrados por sexo, puede notarse como es el sexo masculino el más afectado, ya que los casos de IRAA representan un 64.3% del total de sus casos, mientras que en mujeres alcanzan un 61.8%.

En segundo lugar se ubican las gastroenteritis de presunto origen infeccioso en menor grado de incidencia, con tan solo un 20.6% del total de los diagnósticos de este grupo. Nuevamente es el sexo masculino el más afectado en un 53.4%, cifra que significa un 24% del total de casos para niños en esta edad; mientras que en las niñas el 46.6% representa un 17.7% de los diagnósticos contemplados en el perfil.

La tercera causa de morbilidad más común para este grupo etario fueron las infecciones de vías urinarias, abarcando un 8.1% del total de los diagnósticos. Existen condiciones en esta población que favorecen el crecimiento bacteriano y la

colonización por vía ascendente; como los son las características anatómicas y el uso prolongado del pañal. Por lo tanto, es la población femenina la más afectada en un 69.5% de los casos para esta edad, cifra que representa un 10.5% de los diagnósticos realizados por primera vez en niñas. Esta misma patología afecta en un 30.5% a los varones, representando un 5.4% del total de diagnósticos contemplados en el perfil pertenecientes a este sexo y grupo etario.

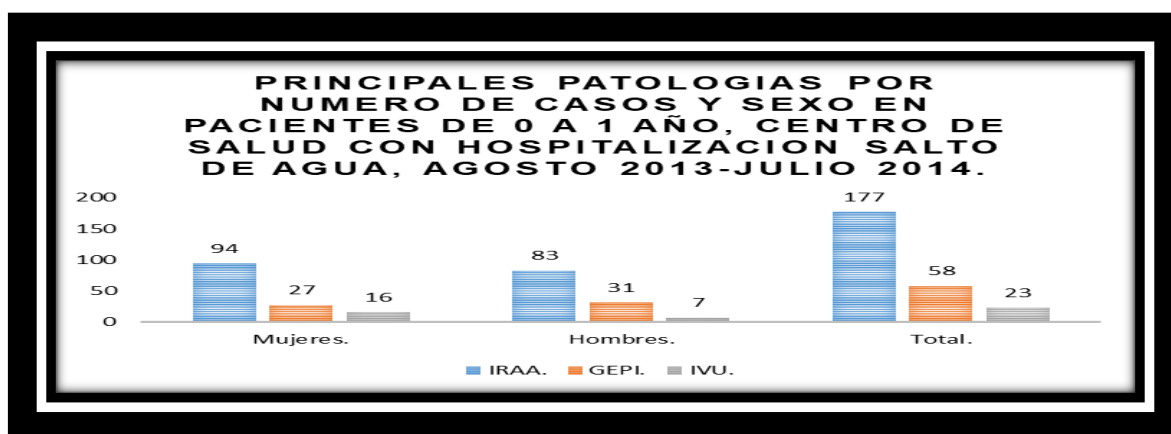


Grafico 70. Tres principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 0 a 12 meses de edad, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

De acuerdo con los datos de la ENSANUT 2012, la tendencia de estas patologías en este grupo etario, mantiene una similitud con los datos de la dirección general de epidemiología de la secretaría de salud en México, donde a nivel nacional y estatal para este grupo de edad se pueden identificar a las infecciones respiratorias agudas en primer lugar de incidencia, seguidas por las Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas; dejando en último lugar a las Infecciones de vías urinarias.

3.6.2 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD

Este grupo de edad, también es considerado uno de los más vulnerables, ya que son parte de los denominados extremos de la vida. Se encontró un total de 306 diagnósticos, que representan un 13.3% del total de diagnósticos considerados en el perfil de morbilidad, de los cuales 147(48%) fueron en hombres y 159 (52%) en mujeres.

La siguiente tabla muestra las 3 patologías principales para este grupo de edad.

Tabla 24. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 1 a 4 años, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, agosto 2013- julio 2014			
Patología.	Hombres.	Mujeres.	Total de casos.
IRAA.	71	65	136
Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	31	29	60
Infecciones de vías urinarias.	7	31	38

Tabla 24. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 1 a 4 años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

Nuevamente puede observarse que las infecciones respiratorias altas son las que mayor incidencia presentan, representando un 44.4% del total de los diagnósticos realizados en este grupo de edad y afectando en casi la misma proporción a ambos sexos. Un 52.2% de los casos fue en hombres, en cuyo caso estas patologías representan un 48.2% de sus casos. En cuanto a las niñas, estas presentaron en un 47.8% los casos de IRAA, siendo la principal causa de enfermedad, con un 40.8% de las patologías presentadas.

En segundo lugar se ubican las gastroenteritis de presunto origen infeccioso alcanzando un 19.6% de los diagnósticos realizados en niños de estas edades. Se pudo apreciar un predominio de la patología en el sexo masculino con un 51.6% de los casos, cubriendo el 21% del total de sus diagnósticos; mientras que en las niñas solo un 48.3% fue identificado con esta enfermedad, quedando en un tercer orden de importancia como patología con más incidencia, con un 18.2% de sus casos.

Las infecciones de vías urinarias alcanzan en este grupo un puesto importante, siendo la tercera enfermedad más común, con un 12.4% de las patologías identificadas en este grupo. Existe una amplia diferencia en la incidencia para ambos géneros, siendo el femenino el más afectado con un 81.6% de los casos, por lo que para ellas esta fue la segunda patología más común representando un 19.4% de sus casos contemplados. Mientras tanto, en cuanto al género masculino esta patología solo se presentó en un 18.4%, alcanzando un tercer puesto en incidencia para los niños en esta edad, cuyos casos representaron un 4.7% de sus diagnósticos.

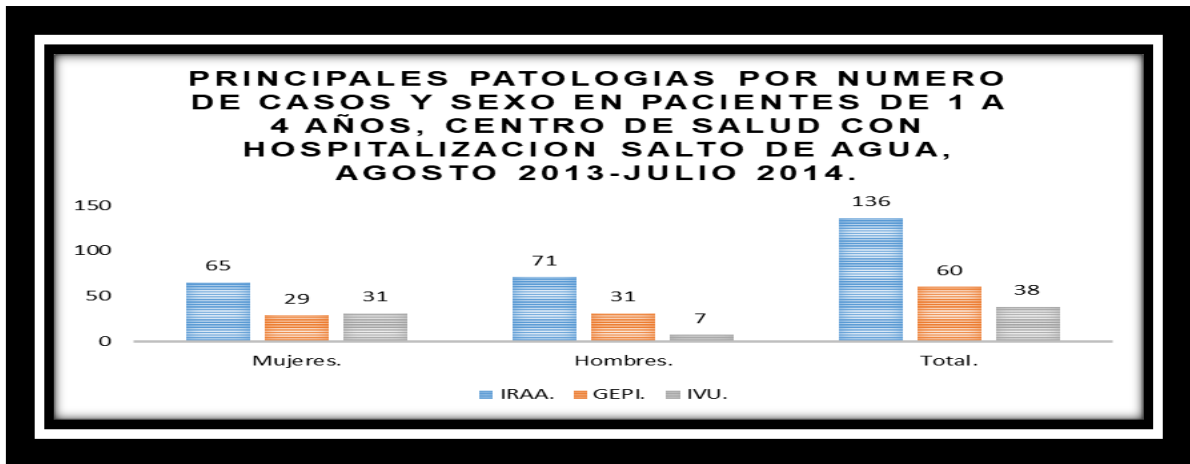


Grafico 71. Tres principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 1 a 4 años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

Se puede notar un predominio de las enfermedades infecciosas en este rango de edad, si se analizan los datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en México durante el 2014 para este grupo etario, la incidencia de las infecciones respiratorias altas se mantienen como primera causa de enfermedad en la población infantil a nivel nacional y en la comunidad, seguidas por las Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas y las Infecciones de vías urinarias como la segunda y tercera causa de morbilidad más común.

Una situación a destacar es que al sumar el rango de 0 a 1 año de edad con 12.2% de diagnósticos, junto con el de 1 a 4 años que representa un 13.3% de los padecimientos, se encontrara que un 25.5% de los diagnósticos fue en menores de 5 años, haciendo evidente la necesidad de poner especial atención en la educación y prevención de la salud, para buscar lograr un inicio sano de una vida saludable de este grupo que resulta vulnerable.

3.6.3 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD

El total de diagnósticos para este grupo fue de 546, siendo el grupo etario donde más diagnósticos se realizaron durante el año, con un 23.8% de los tomados en cuenta para el perfil de morbilidad, de estos 242 (44.3%) fueron en hombres y 304 (55.7%) en mujeres.

En la tabla siguiente se muestran las 3 principales enfermedades con el número de casos.

Tabla 25. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 5 a 14 años, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, agosto 2013- julio 2014			
Patología.	Hombres.	Mujeres.	Total de casos.
IRAA.	156	176	332
Infección de vías urinarias.	12	39	51
Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	24	23	47

Tabla 25. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 5 a 14 años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

Dentro de este rango de edades, las infecciones respiratorias altas se siguen manteniendo como la principal causa de morbilidad con un 58.9% del total de diagnósticos realizados en este grupo, seguidas las infecciones de vías urinarias en un 9.3% de esta población y aparecen las gastroenteritis infecciosas como tercera causa más frecuente de enfermedad en un 8.6% del total de diagnósticos realizados para los niños de estas edades;

Se pueden observar similitudes en la incidencia de las infecciones respiratorias altas en ambos sexos, donde un 47% fue de hombres y un 53% de mujeres; esto mismo ocurrió en el caso de las gastroenteritis infecciosas donde un 51% fue de hombres y un 49% se presentó en mujeres. Únicamente en el caso de las infecciones de vías urinarias existe una desproporción en la incidencia, donde se observa un predominio de los casos en mujeres con un 76.5% de los casos, mientras que solo un 23.5% correspondió al sexo masculino.

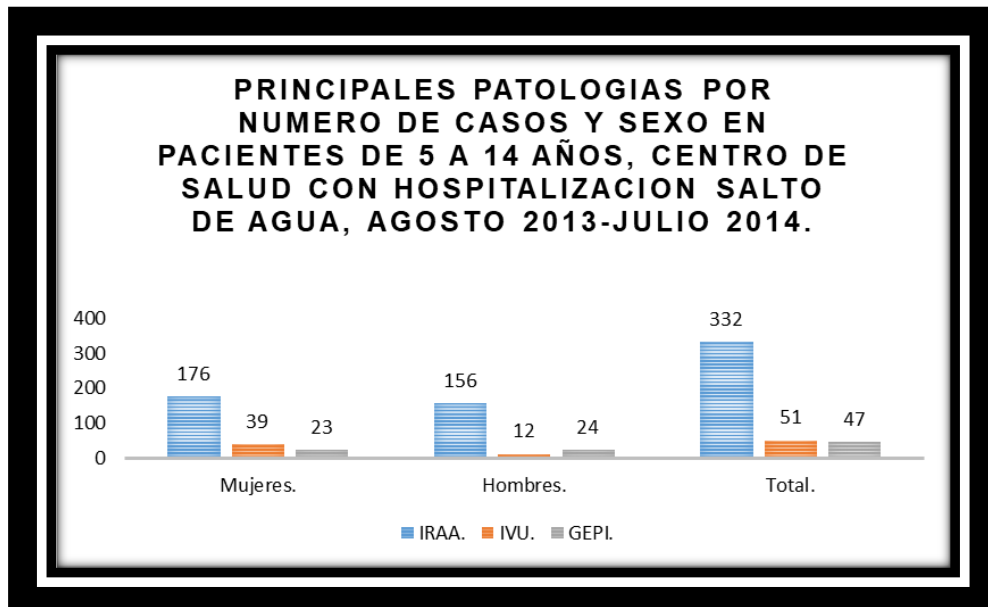


Grafico 72. Tres principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 5 a 14 años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

En el caso del sexo femenino se puede observar que se presenta el mismo orden de incidencia de las patologías más comunes para este grupo etario, encontrando a las infecciones respiratorias altas en un 57.8% de los diagnósticos, en segundo plano quedan las infecciones de vías urinarias alcanzando un 12.8% y por último un 7.5% de los diagnósticos en mujeres dentro de este rango de edad presento gastroenteritis infecciosa.

En el caso de los niños en estas edades, las infecciones respiratorias altas ocupan el primer puesto con un 64.4% de sus diagnósticos; sin embargo en el segundo puesto, a diferencia de la lista en general, son las gastroenteritis infecciosas las que ocupan la segunda causa de morbilidad para los niños de este grupo etario con un 10%. Por último las infecciones de vías urinarias y nuevamente las otitis medias cubren respectivamente un 5% de los casos. Llama la atención como las otitis medias son patologías recurrentes en los hombres del grupo de 1 a 4 y de 5 a 14 años; sin identificarse una causa para esta situación.

Si se compara esta información con la de la dirección general de epidemiología de la secretaría de salud en México en el año 2014, se encuentran similitudes en cuanto al orden de incidencia de las infecciones de vías respiratorias altas como primera causa de enfermedad, las gastroenteritis de presunto origen infeccioso como la segunda y las infecciones de vías urinarias como la tercera patología más común para este grupo; puede notarse en estas dos últimas como a nivel de la microrregión el orden cambia, siendo las infecciones urinarias la segunda patología más común, seguida de las gastroenteritis infecciosas.

3.6.4 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD

Este grupo de edad fue el segundo con mayor cantidad de diagnósticos realizados durante el año con un total de 507 casos, los cuales representan un 22.1% del total contemplado en el perfil de morbilidad; de estos, un total de 276(54.5%) casos fueron del sexo femenino y 231 (45.5%) del sexo masculino.

La siguiente tabla muestra las 3 principales patologías de este grupo de edad, así como el número de casos.

Tabla 26. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 15 a 44 años, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, agosto 2013- julio 2014

Patología.	Hombres.	Mujeres.	Total de casos.
IRAA.	122	95	217
Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	39	37	76
Infección de vías urinarias.	15	49	64

Tabla 26. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 15 a 44 años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

En este rango de edad, la incidencia de las enfermedades transmisibles sigue ocupando los primeros puestos en cuanto a las patologías más comunes, quedando en primer puesto los casos de IRAA, los cuales alcanzan un 42.8% de los diagnósticos en este grupo de edad, presentándose principalmente en hombres en un 56.3% y en mujeres en un 43.7%.

En segundo lugar se ubican las gastroenteritis infecciosas con un 15% del total de casos, predominando en hombres en un 51.3%, seguidos por un 48.7% de mujeres. La tercera causa más importante de enfermedad en este grupo etario fueron las infecciones de vías urinarias, presentándose en un 12.6% de los diagnósticos realizados en este grupo, siendo las mujeres las que más se enfermaron de esta patología con un 76.5% de los casos, mientras que los hombres únicamente representan un 23.5%.

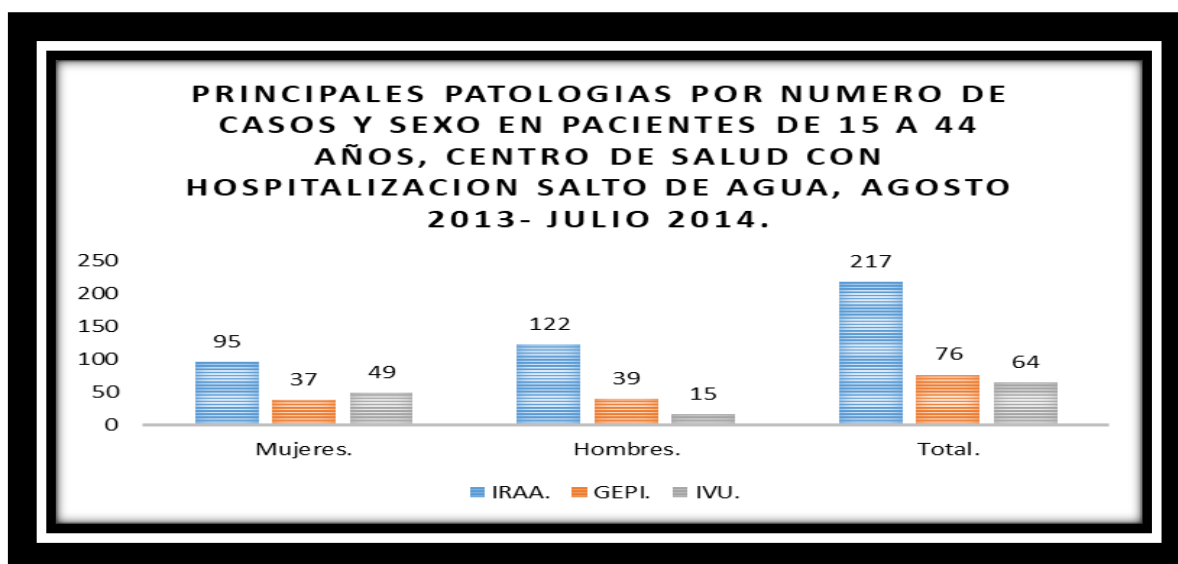


Gráfico 73. Tres principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 15 a 44 años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

Al ubicar las patologías más comunes de este grupo etario por sexo, se puede notar como en los hombres el orden de incidencia se mantiene, encontrando casos de IRAA en un 52.8% de sus casos, la segunda patología más común fueron las gastroenteritis de presunto origen infeccioso en un 16.8% y por último las infecciones de vías urinarias en un 6.5% de los casos masculinos en este grupo etario. Cabe mencionar que nuevamente las otitis medias presentaron el mismo número de casos que la tercera causa más común de enfermedad en este grupo, representando un 6.5% de los casos.

En el caso del sexo femenino las infecciones respiratorias altas son las patologías que más se pueden encontrar, afectando a un 34.4% de las mujeres contempladas; se presentan las infecciones de vías urinarias como segunda causa de enfermedad más importante en un 17.7%, dejando en tercer lugar a las gastroenteritis infecciosas que afectaron a un 13.4% de los casos femeninos pertenecientes a este grupo etario.

Según los datos de la dirección general de epidemiología de la secretaría de salud en México, en el año 2014 a nivel nacional en este grupo de edad, las infecciones respiratorias agudas se encontraron en primer lugar de incidencia, seguidas por las infecciones de vías urinarias y en tercer orden las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas; situación que a nivel comunitario tiene un orden distinto, donde se mantiene el orden de importancias para las infecciones respiratorias altas, pero son las gastroenteritis infecciosas ocupan el segundo lugar, desplazando a las infecciones de vías urinarias al tercer puesto de importancia.

3.6.5 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 45 A 64 AÑOS DE EDAD

Se encontró un total de 383 diagnósticos, siendo el tercer grupo donde más casos se pudieron encontrar y que representan un 16.7% del total de diagnósticos considerados en el perfil de morbilidad, de los cuales 176 (46%) fueron en hombres y 207 (54%) en mujeres.

A continuación se presentan las 3 patologías principales para este grupo de edad.

Tabla 27. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 45 a 64 años, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, agosto 2013- julio 2014			
Patología.	Hombres.	Mujeres.	Total de casos.
IRAA.	72	85	157
Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	35	20	55
Infección de vías urinarias.	18	26	44

Tabla 27. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 45 a 64 años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

Nuevamente puede observarse en la tabla 27, como las enfermedades transmisibles son la principal causa de enfermedad en la cabecera municipal, siendo las infecciones respiratorias altas las más comunes cubriendo un 40.9% del total de diagnósticos realizados en este grupo etario, donde son las mujeres las más afectadas con un 54.2% de los casos, mientras que los hombres representan un 45.8% de estos. La segunda patología más común fueron las gastroenteritis infecciosas, que cubren un 14.3% del total de diagnósticos, de los cuales un 63.6% fueron hombres y un 36.4% mujeres. Por ultimo las infecciones de vías urinarias abarcaron un 11.4% de los diagnósticos de este grupo de edades, siendo las mujeres afectadas en un 59%, mientras que en hombres fue un 41%.

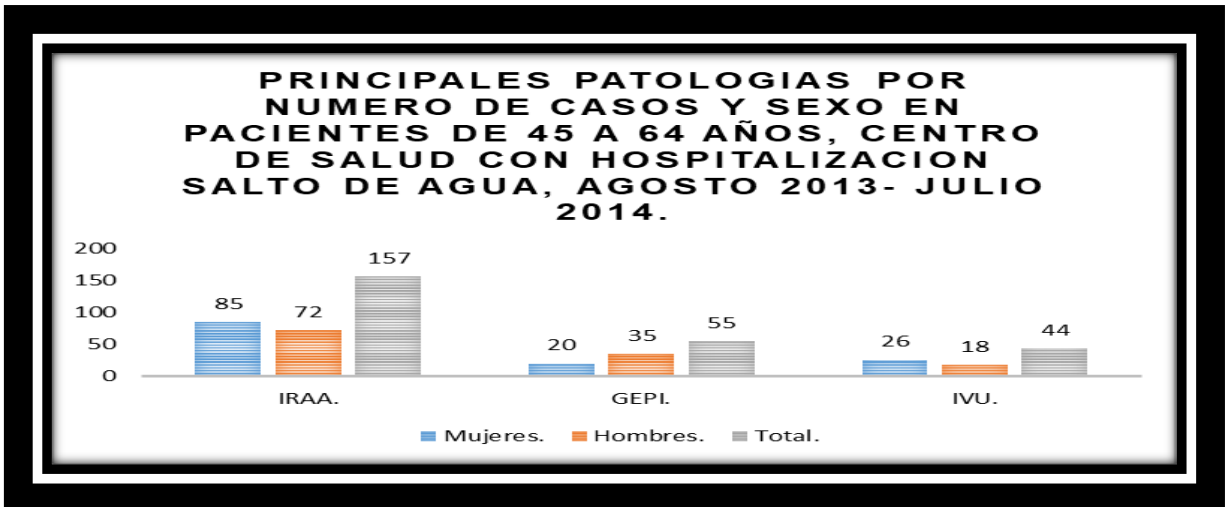


Gráfico 74. Tres principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 45 a 64 años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

Al realizar el análisis de incidencia de los casos por sexo en estas edades, se puede notar que los casos de infecciones respiratorias altas se presentan en primer lugar en ambos géneros afectando a un 41% de los hombres considerados en estas edades y a 41% de las mujeres; es importante destacar que a pesar de que el

número de casos es mayor en las mujeres, la proporción de los pacientes diagnosticados con estas enfermedades es idéntica.

En cuanto al sexo femenino se puede observar que la segunda causa de morbilidad más frecuente fueron las infecciones de vías urinarias afectando a un 12.5% del total contemplado en este grupo y en tercer lugar las gastroenteritis infecciosas en un 9.6%.

La segunda y tercera patologías más frecuentes en los hombres resultaron ser las gastroenteritis infecciosas afectando a un 19.8% y las infecciones urinarias en un 10.2% del total de casos masculinos.

En el año 2014 la dirección general de epidemiología de la secretaría de salud en México, reporta que para este grupo de edad, las primeras tres causas de morbilidad siguen siendo las mismas que en el grupo etario pasado; de la misma forma a nivel de la cabecera municipal el orden de incidencia es similar al grupo etario pasado, quedando en primer puestos las infecciones respiratorias altas, seguidas de las gastroenteritis infecciosas y por ultimo las infecciones de vías urinarias.

3.6.6 DAÑO DIFERENCIAL DEL GRUPO DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD

Se trata del grupo etario con menos casos dentro del perfil de morbilidad, el total de diagnósticos para este grupo fue de 267, un 11.6% de los tomados en cuenta para el perfil de morbilidad, de estos un 48% fue en hombres y 52% en mujeres.

En la tabla siguiente se muestran las 3 principales enfermedades con el número de casos.

Tabla 28. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 65 y más años, Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua, agosto 2013- julio 2014			
Patología.	Hombres.	Mujeres.	Total de casos.
IRAA.	56	39	95
Infección de vías urinarias.	11	24	35
Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	15	9	24

Tabla 28. Principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 65 y más años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

Nuevamente puede observarse como existe un predominio de las enfermedades transmisibles frente a las no transmisibles, presentándose en un mayor porcentaje las infecciones respiratorias altas en adultos mayores (35.6%), predominando en el

sexo masculino en un 59%, frente a un 41% del sexo femenino, puede relacionarse esta situación a la vulnerabilidad del sistema inmune propio de la edad, además de la exposición a humo de leña. Quedan en segundo orden de importancia las infecciones de vías urinarias que alcanzan un 13.1% de los casos registrados para estas edades, afectando más a las mujeres en un 68.5% y por ultimo las gastroenteritis infecciosas en un 9% de la población mayor de los 65 años, que afecta más a los hombres con un 62.5% de los casos.

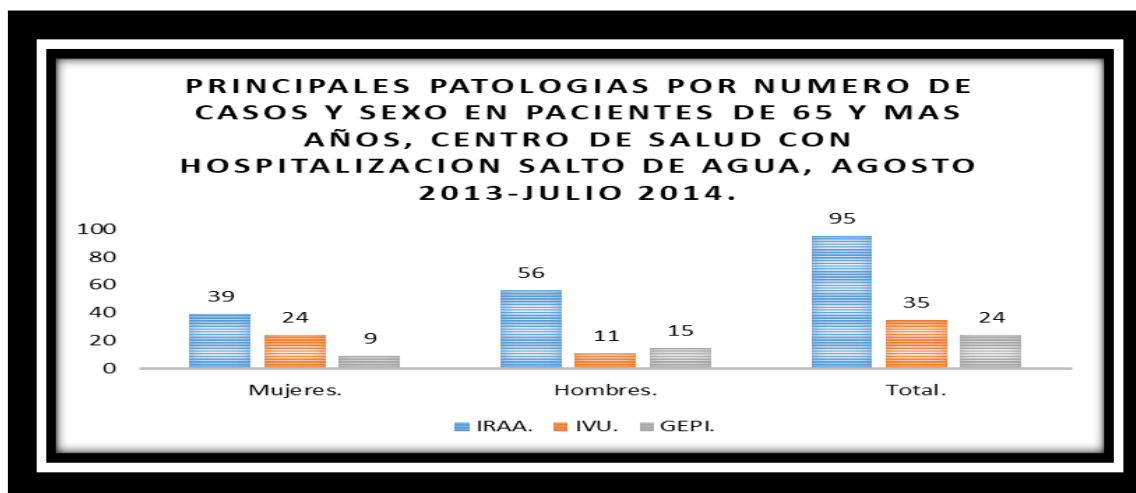


Grafico 75. Tres principales patologías por número de casos y sexo en pacientes de 55 y más años, durante el periodo agosto 2013- julio 2014. Fuente: SIS mensual, Centro de Salud con hospitalización Salto de Agua, Chiapas.

En el caso de los hombres considerados en este grupo etario se puede observar que la patología más común resultaron ser las infecciones respiratorias altas en un 43.7%, seguido de las gastroenteritis infecciosas en un 11.7% y por último las infecciones de vías urinarias que se diagnosticaron en un 8.5% de los casos encontrados para hombres en este grupo etario.

Con respecto a las mujeres, se pudo encontrar de igual manera como primera causa de enfermedad a las infecciones respiratorias altas en un 28%, cifra superada casi al doble por los casos del sexo masculino. Dejando en segundo lugar a las infecciones de vías urinarias con un 17.2%, cifra que supera al doble el porcentaje de pacientes masculinos con estas patologías. En tercer lugar de incidencia para el sexo femenino aparecen los casos de gastritis con un 9.3% de los casos, esto asociado a la poca ingesta de alimentos, ayunos prolongados y factores emocionales como estrés.

Es indispensable resaltar la importancia en el cuidado de los adultos mayores de los 65 años, ya que para ellos en muchas ocasiones, la asistencia a la clínica resulta complicada debido a múltiples situaciones, como la incapacidad de movilidad hasta el centro de salud, el descuido por parte de la familia, entre otras causas; quedando vulnerables y a disposición de que algún familiar pueda llevarlos a consulta para atender sus patologías.

3.7 ANÁLISIS DEL PERFIL DE MORBILIDAD

Los resultados obtenidos en esta sección permiten identificar la situación epidemiológica de la microrregión donde se trabajó, además de delimitar las principales problemáticas de salud a las que se encuentra expuesta la población; lo cual es fundamental para la toma de medidas y acciones sanitarias, que busquen la mejora y solución de estas situaciones.

Considerando las 2,241 consultas realizadas durante el año en los tres núcleos básicos dentro del Centro de Salud con Hospitalización “Salto de Agua”, puede asumirse que se brindó servicio a un 39.8% de la población total en la cabecera municipal. Debe decirse que pese a que la distribución por género de estas consultas es casi proporcional, la población que más beneficiada resulta con la existencia de este espacio son las mujeres, las cuales representaron el 55% del total de los pacientes atendidos, esto puede comprenderse como una situación benéfica para la salud de la mujer, ya que son las que mayor número de casos patológicos presentaron, lo cual puede traducirse como que son las que se encuentran más vulnerables en cuestiones de salud, esto debido a múltiples factores, tanto biológicos como sociales; sin embargo al contar con este espacio se tiene la oportunidad de hacer frente a los problemas sanitarios que las y los afectan. Se tuvo un promedio de 186.7 consultas por mes, siendo el mes de enero cuando más alta fue la demanda, con 276 consultas; mientras que en durante el mes de abril únicamente se atendieron 134 personas.

En cuanto a la cantidad de diagnósticos realizados, se obtuvo un total de 2,290 diagnósticos de primera vez, los cuales fueron representados por 19 patologías de

carácter transmisible con 2,015 casos y 22 patologías de carácter no transmisible con 275 casos. Es necesario decir que si se realiza la sumatoria del número de casos de las diez principales patologías en general, estos representan un 90.5% del total de los diagnósticos tomados en cuenta en el perfil, este dato puede ser de gran importancia para la comunidad ya que si se toman medidas de prevención y atención oportuna para estas, se estarían disminuyendo considerablemente los problemas de salud comunitarios.

Durante el periodo agosto 2013- julio 2014, existió un predominio de las patologías de carácter transmisible, lo cual indica un grado de marginación importante, el cual condiciona un rezago en el acceso a las determinantes en salud adecuadas, además de que es un reflejo de hábitos higienico-dietéticos no adecuados dentro de la población, consecuencia de malas estrategias en cuanto a educación y promoción de la salud; asimismo no se descarta que exista una situación de subdiagnóstico en las enfermedades crónico-degenerativas, además de que muchas de las patologías de carácter no transmisible no son consideradas por los pacientes como motivo de consulta, hasta que limitan su desarrollo personal y laboral; buscando previamente solución para estos problemas por parte de su propio sistema sanitario, como hueseros, sobadores, yerberos, etc.

Pudo notarse que existieron coincidencias con el orden de incidencia presentado a nivel nacional en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, así como en los datos reportados a nivel estatal durante el 2014 por la Dirección General de Epidemiología; sin embargo las tasas de incidencia dentro de la microrregión resultaron en su mayoría más elevadas que en las reportadas a nivel nacional y estatal.

Si se revisan por separado las diez enfermedades transmisibles más comunes resulta notable como estas en conjunto representan un 87.9% del total de diagnósticos dentro del perfil y un 90.7% de las patologías de este tipo, además de que son las enfermedades más comunes en México y en el estado; encontrando en primer lugar a las infecciones respiratorias altas, que representan un 55.2% de estas patologías y un 48.6% de los diagnósticos del perfil en general, estas se presentan como la patología más común en todos los grupos etarios de la población, lo cual

puede relacionarse con la falta de vacunación que es un punto determinante para para presentar infecciones respiratorias, además de manera general están asociadas con las características de las viviendas, donde los materiales no perdurables en techo y paredes, así como la presencia de cocinas con fogón condicionan cambios drásticos de temperatura que vulneran el tracto respiratorio. En el grupo de 0 a 12 meses es la causa de enfermedad más común en un 63% de los casos presentados por este grupo.

Las gastroenteritis de presunto carácter infeccioso que también son parte de las patologías transmisibles, son la segunda causa de morbilidad más frecuente dentro de la población, representando un 13.9% de las patologías que se consideraron en el perfil, afectando principalmente a los menores de 4 años que cubren un 36.8% de estos diagnósticos, siendo el sexo masculino el más perjudicado, esto puede estar relacionado con el estado nutricional que presentan los niños en estas edades que se refleja en los casos de retraso del crecimiento, situación que está muy presente en los niños de 0 a 5 años en esta microrregión; por otro lado las condiciones de piso de tierra y el ambiente donde se desarrollan, además de los hábitos higiénicos que se practican en la región que son factores de riesgo para presentar estas patologías.

Las infecciones de vías urinarias ocupan el tercer lugar dentro de este perfil, habiendo un total de 255 casos, que representan el 12.6% de las patologías infecciosas y el 11.1% del total de casos, Se puede observar en esta patología un predominio existente en el sexo femenino con 185 casos (72.5%), mientras que en el sexo masculino solo llegó a 70 (27.5%) durante el año. Debe tomarse en cuenta que uno de los factores para presentar estas patologías es la falta de consumo de líquidos, esto aunado al calor que provoca que el cuerpo retenga líquidos y disminuya la eliminación de desechos a través de la vía renal, condicionando orina más concentrada, la cual favorece al crecimiento bacteriano, por lo que es comprensible que se haya observado esta patología durante todo el año.

De los 2,290 diagnósticos tomados en cuenta para el perfil de morbilidad, pudo observarse una distribución de patologías muy variado, siendo el grupos de 5 a 14

el más activo con 546 casos; mientras que el grupo de más de 65 años fue el que menos casos tiene registrados con únicamente con 267.

Existe una relación entre el número de casos por grupo etario con la autonomía que tienen para acudir a la consulta, para demostrar esto basta con ver que un 49.3% de los casos fue para los menores de 15 años, los cuales eran llevados por los padres a recibir atención, esto demuestra el interés de los padres por el estado de salud de sus hijos; mientras que los mayores de 65 años solo representan un 11.6% de los diagnósticos considerados en el perfil, lo cual demuestra que se trata del grupo más vulnerable, con menos alcance del servicio de salud que se brinda en el centro de salud, por quedar a la disposición de ser llevados a este, pese a ser el grupo más susceptible por presentar un sistema inmunológico comprometido a merced de un ambiente propicio para las complicaciones de sus estado de salud.

Para concluir puede decirse que en general se logró una correlación esperada entre las condiciones de vida y las enfermedades más comúnmente encontradas en la comunidad, y a pesar de que estas pueden no llegar a coincidir en patrones con las cifras nacionales, muchos de estos padecimientos tienen un impacto severo en la población debido a la marginación a la que se encuentran sometidos.

4. CONCLUSIONES FINALES

Considero que durante este periodo en el que tuve el placer de realizar el servicio social en la cabecera municipal de Salto de Agua, significó para mí una gran oportunidad para retribuirle a la sociedad la educación gratuita que recibí y pese a que no fue difícil adaptarme al lugar o las personas; resultó complicado enfrentarme a las múltiples carencias materiales que están presentes en este espacio para poder llevar a la práctica lo aprendido a lo largo de mi proceso formativo; asimismo realizar la pasantía en una comunidad marginada me dio la oportunidad de ofrecer un servicio de atención médica a personas sin el acceso a esta, además de que me permitió dimensionar la realidad que se vive en el día a día en el ámbito social y sanitario del país, permitiéndome establecer una relación más estrecha con la población.

Esta experiencia, alejado del estilo de vida al que estaba acostumbrado, en un sitio donde la población tiene una cosmovisión, costumbres y formas de vida completamente distintas a las que conocía; me permitió enfrentarme a la realidad que día a día viven las personas de esta región, donde existe pobreza, discriminación e inequidades que se hacen presentes de manera cotidiana, y pese a que sabía que estas condiciones eran una realidad, no había tenido la oportunidad de presenciar. Esto me ha permitido comprender que es necesario conocer a los pacientes, ya que la forma en la que viven, sus carencias, su forma de concebir la vida, la salud y la enfermedad; son las que en gran medida determinan su situación sanitaria.

En lo personal, considero que existió una buena comunicación tanto dentro del espacio laboral como fuera de él, esto me permitió ayudar a orientar a los pacientes para la comprensión de sus padecimientos, así como la prevención de estos; debo mencionar que no fue un proceso inmediato, requirió de mucha práctica buscar entablar una comunicación asertiva, sensible y empática; aprendí a dedicar el tiempo necesario para escuchar y comprender cómo vive el paciente, no solo en Chiapas sino en todo el país, solo así se podrá establecer una relación médico-paciente ideal y se lograrán resultados efectivos en el estado de la salud de las personas.

Al considerar a la salud como una necesidad indispensable para el desarrollo de la vida, se comprenderá el por qué esta ha ascendido a la condición de derecho fundamental de todos los seres humanos, donde se comprende que para alcanzar el grado de completo bienestar biopsicosocial, se requiere de la satisfacción de otras necesidades que determinan esta condición y que estas a su vez son consideradas derechos fundamentales. Lo anterior explica la creación de leyes, tratados y acuerdos a nivel nacional e internacional, con el objetivo de proteger y satisfacer estos derechos buscando el alcance de una vida digna y justa para todos los seres humanos. Bajo tales lineamientos, el Estado mexicano ha planteado estrategias proyectadas en las políticas públicas, para alcanzar estas condiciones que determinan a la salud, sin embargo la ejecución de estas, muchas veces se ha limitado a cubrir los requisitos mínimos y su implementación no ha logrado realizarse de manera equitativa para todos los mexicanos.

Esta situación se puede observar en el estado de Chiapas, donde la pobreza y la marginación que viven los habitantes, indígenas en su mayoría; están relacionadas con el poco o nulo alcance a las determinantes sociales en salud adecuadas, existiendo condiciones como el poco acceso a la educación por falta de espacios educativos y programas que desconocen el contexto cultural de la región, la mala alimentación, la carencia de recursos económicos por la falta de trabajos dignos y bien remunerados, las precarias condiciones de vivienda con piso de tierra y materiales de construcción no perdurables; así como el poco acceso a servicios básicos como agua potable, drenaje, recolecta de basura y por último el limitado alcance de los servicios de salud, alejados de las comunidades, con graves carencias tanto humanas como materiales.

En el caso de la cabecera municipal de Salto de Agua, las condiciones previamente presentadas en la segunda sección permiten establecer la relación de las determinantes en salud que viven los pobladores, con las principales patologías identificadas en el centro de salud, encontrando una mayor presencia de enfermedades infecto-contagiosas propias del subdesarrollo, infecciones respiratorias, digestivas y urinarias principalmente, que se asocian a condiciones de

vivienda, alimentación y acceso a servicios básicos no adecuados, es necesario decir que si el sistema de salud se enfocara en la educación, prevención y promoción; por medio de políticas de salud eficaces y eficientes, se vería disminuida drásticamente la morbilidad en la microrregión, debido a que si tan solo se trabajara en los diez padecimientos más frecuentes, los cuales representan un 90.5 % del total de los casos considerados en este perfil de morbilidad, se podría disminuir de manera drástica la morbilidad y mortalidad de la región y esto no sería una cuestión imposible, ya que en su mayoría son enfermedades prevenibles, demostrándose que queda pendiente en México un modelo preventivo en salud eficaz.

En cuanto a los programas instaurados es necesario decir que lejos de hacerse efectiva la protección en salud y la equidad social, solo se ha mantenido la inequidad y la injusticia social por medio de servicios de salud que se reducen a la cuestión asistencial, carentes de infraestructura y de recursos humanos suficientes para lograr las metas establecidas, logrando una cobertura parcial, que lejos de cumplir los planteamientos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, ha condicionado los servicios a cambio del cumplimiento de reglas como asistencia mínima y contar con documentos oficiales, que segregan a la población no afiliada y que ignora las necesidades y costumbres de la población; sometiéndolos a trámites burocráticos para recibir atención, que cuando es otorgada, resulta inadecuada, ya que ni se ofrece la información necesaria al paciente sobre su estado de salud, ni existe un trato humanizado, ni se da cumplimiento de las normas que se han establecido y peor aún, más allá generar un cambio en las determinantes sociales, se ha ignorado por completo el concepto básico de que no puede haber programas de protección a la salud eficaces si no se contemplan otros derechos sociales, económicos y culturales que permitan un desarrollo integral, tanto a nivel individual como de manera colectiva. En estos programas, se pudo encontrar una participación regularmente activa por parte de los pacientes, que aunque no se han alcanzado las metas esperadas en la asistencia o en el número de pacientes ingresados, donde una de las principales problemáticas que se identificaron para su desarrollo fue la carencia de un registro adecuado, secundario a la gran demanda de atención dentro de los núcleos básicos que no permite un correcto seguimiento

de los pacientes, cuyo estado de salud pasa a segundo término y que los resultados de los programas se limitan a evaluarse por el simple acto de presencia y recepción de sus medicamentos; para dar prioridad a la consulta general.

Para concluir este trabajo extiendo un agradecimiento especial a la comunidad que me recibió por permitirme vivir esta experiencia que me hizo ubicarme en la situación actual que se vive en muchas partes del país, con este año de servicio social como pasante llevaré siempre presentes las lecciones aprendidas durante el año, también las grandes satisfacciones de haber tenido buenos resultados con los tratamientos de algunos pacientes, de saberme valorado y apreciado por personas y amigos,

5. BIBLIOGRAFIA

- Alcántara Moreno, Gustavo (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Vol. 9, Núm. 1, junio, pp. 93-107.
- Carbonell José y Carbonell Miguel (2013). *El derecho a la salud: una propuesta para México*. Departamento de Investigaciones Jurídicas. UNAM. México.
- Gómez Esteban Rosa (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Fundamento, Madrid.
- Granados Cosme, José Arturo. (2009). Artículo y seguridad social en México. *Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios*. OPS.
- López Hernández José Ricardo y Teodoro Méndez José Manuel (2006). La cosmovisión indígena zotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Ra Ximhai*, Universidad Autónoma Indígena de México. El fuerte, México. Vol. 2. Núm. 1. Enero-Abril 2006: 15-26.
- López-Rojas, J. (2002). *Diversidad faunística en la Selva Lacandona*. Tertulia # 3, enero-marzo. CUID-UNICACH. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 36 pp.
- Ocampo Rodas María del Rocío. Relación médico paciente, *Salud en Chiapas*. Año I. No. 2, abril - junio de 2013.
- Organización Mundial de la Salud (2008). El derecho a la salud. [Folleto]. No 31, Derechos humanos. Ginebra, Suiza.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (2014). *Numeralia 2014. Mortalidad Materna en México*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
- Robledo Santiago Edgar (2007). *Lecturas chiapanecas*. Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

- Rodríguez Arce María Antonieta (2008). *Relación médico-paciente*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Roth Deubel André-Noël (2012) Introducción (coautora: Gloria Molina Marín) en Molina G., Cabrera G A. (comp.), *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Universidad de Antioquia, Medellín, 2008, p. 3-6.
- Winslow, C. (1923). *The significance of the modern Public Health Campaign*. New Haven: Yale University.

Congresos y conferencias

- Rodríguez Lilia. (s.f.) Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva Trabajo presentado en el *Congreso No. III de la Asociación Latino Americana de la Población, ALAP*, realizado en Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Septiembre de 2008.
- Manuel Lee Gabriel, (2002). Tópicos selectos en la relación médico-paciente. Revista CONAMED.

Tesis y tesinas

- Cárdenas Vázquez Zaira Estela. (2013). *Diagnóstico de salud del “Centro de Salud con Hospitalización Salto de Agua”*. [Tesis]. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. México.
- Díaz Barriga Rodríguez Arturo (2018). *Diagnóstico de Salud Comunitario, Reporte Final de Servicio Social: Centro de Salud con Hospitalización salto de Agua, Secretaria de Salud, Salto de Agua, Chiapas*. [Tesis]. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. México.
- Olivera Quintana Silvia Monserrat (2015). Reporte de servicio social. Centro de Salud Urbano Palenque: Núcleo Básico 1. [Tesis]. Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. México.

- Vidal Medrano Alejandro Antonio. (2011). *Diagnóstico de salud comunitario de la cabecera municipal de Salto de Agua, Chiapas*. [Tesis]. Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. México.

Contenido y documentos electrónicos

- Ágreda Peiro Javier, Yanguas E. (2001). El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, [en línea] Vol. 24, supl. 2, 65-72. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5899/4754>

- Amoroz Solaegui, Iliana (2011). El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas. *Revista Pueblos y Fronteras* [en línea], junio-noviembre. V.6, N. 11: 8-37. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/906/90618647002.pdf>

- Banco Interamericano de Desarrollo. Plan de Adaptación, Ordenamiento y Manejo integral de las cuencas de los ríos Grijalva y Usumacinta (PAOM) PAOM: Diagnóstico integrado con identificación de áreas prioritarias. Resumen Ejecutivo. [Catálogo/Folleto] del BID; 128 [en línea]. Disponible en: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6459/PAOM_Diagn%C3%B3stico%20Integrado_%20IDB_MG_207.pdf?sequence=2

- Banco Mundial, Sitio oficial. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/>

- Battistella Gabriel (2006). Salud y enfermedad, Venezuela [en línea]. Disponible en: <http://148.228.165.6/PES/fhs/Dimension%20Educacion%20para%20la%20salud/Salud%20y%20enfermedad.pdf>

- Campos Navarro Roberto. (s.f.) La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud, [en línea], Universidad Autónoma de Yucatán. Disponible en: <http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/interculturalidad.pdf>

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo. México, [en línea]. Disponible en: www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general N° 14, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra, [en línea]. Disponible en: www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf
- Contreras-Landgrave, Georgina; Tetelboin-Henrion, Carolina. (2011). El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, [en línea], vol. 10, núm. 21, julio-diciembre: 10-32. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54522293002.pdf>
- Dirección general de Epidemiología. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inicio_anuarios.html
- Elizondo Mayer-Serra, Carlos. (2007) El Derecho a la Protección de la Salud. *Salud Pública de México*, [en línea], marzo-abril. Vol. 49, No.2: 144-155. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n2/a10v49n2.pdf>
- Fábregas Ruiz Andrés (2012). El mosaico chiapaneco. Etnografía de las culturas indígenas, *Revista Pueblos y Fronteras* [en línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/906/90643038011.pdf>
- Frenk, Julio, González-Pier, Eduardo, Gómez-Dantés, et. al (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, [en línea]. Núm. 49: s23-s36. México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700007&lng=es&tlng=es
- Gobierno de Chiapas. Sitio oficial. Disponible en: <http://www.chiapas.gob.mx/ubicacion>
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la república (2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, [en línea]. México. Disponible <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>

- H. Ayuntamiento de Palenque, Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Chiapas, [en línea]. Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07065a.html>.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012) Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos. México. Disponible en: http://www3.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/07/07109.pdf

_____ (2014). Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2014. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México, [en línea]. Disponible en: http://www.datatur.sectur.gob.mx/ITxEF_Docs/CHIS_ANUARIO_PDF.pdf

_____ (2015) Encuesta Intercensal (2015) México, [en línea]. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/2015/doc/eic2015_resultados.pdf

_____ (2015). Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2015. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México y Gobierno de Chiapas, [en línea]. Disponible en:

http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2015/702825077150.pdf

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales. 1ª Ed. México, [en línea]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

- Juan López Mercedes, Presente y futuro de la atención de la salud en México, *Instituto de Investigaciones Jurídicas – Universidad Nacional Autónoma de México*, [en línea], Disponible en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/357/4.pdf>

- Knaul Felicia Marie et al (2013), Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública México* [en línea], vol.55, n.2: 207-235.

Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634

- La Declaración de los Derechos Humanos [en línea]. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

- Ley general de Salud (2006). Diario Oficial de la Federación. Reforma aplicada el 19-09-2006. México. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref28_19sep06.pdf

- López Arellano Oliva, Carlos Escudero José y Dary Carmona Luz (2008). Los determinantes sociales de la salud. *Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud en ALAMES*. Vol. 3, No. 4, noviembre, [en línea]: 323-335. Disponible en: isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/los_determinantes_sociales_alames.pdf

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

- Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA-2012, Para la prevención, tratamiento y control de la dislipidemia.

- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

- Programa de vacunación universal y semanas nacionales de salud, Lineamientos generales. (Centro Nacional para la Salud de la infancia y la adolescencia)

- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar
- Organización Mundial de la Salud, sitio oficial. Disponible en: www.who.int/es
_____, “Determinantes sociales de la salud”. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización de las Naciones Unidas, sitio oficial. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml>
_____, Historia de la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos, [en línea], Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>
- Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (2005). Derecho a la salud. Situación en los países de América Latina. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, [en línea]. Disponible en: www.epsjv.fiocruz.br/upload/CoopInterDoc/idioma1/16.pdf
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2014). Nuevos salarios mínimos 2014, por área geográfica y generales, [en línea]. Disponible en: http://www.conasami.gob.mx/nvos_sal_2014.html
- Secretaría de Desarrollo Social. (2010). Catálogo de localidades, Salto de Agua Chiapas. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=07&mun=077>
- Secretaría de Salud. (2004). México 2004. Información para la rendición de cuentas. Secretaría de Salud. México, D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2004/sm2004.pdf>

_____ (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013

_____ (2014). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf

_____ (2014). Dirección General de Epidemiología Anuario de Morbilidad 1984 - 2016. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

- Salud y Desarrollo Comunitario. Disponible en: <http://www.sadec.org.mx/>

- Tobar Federico (2012). Políticas de salud: Conceptos y herramientas” En: Garo (Coordinador) quiere actualizar el libro (colectivo; que yo coordine) llamado “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012.

- La Organización Mundial de la Salud cumple 50 años (1998). Sección Temas de actualidad, en *Revista Panamericana de Salud Pública*: 282 - 286. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v4n4/4n4a9.pdf>

- Vallejo Samudio, Álvaro Roberto (2006). Medicina indígena y salud mental, *Acta Colombiana de Psicología*, [en línea], Vol. 9, núm. 2, noviembre: 39-46 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79890205>

- Villalobos, J. Á. (2010). Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). México. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/CAUSES2016.pdf>

- Zamarrón Serratos Nayeli. (2012). Análisis sobre la cobertura universal del Seguro Popular en México. Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional

Autónoma de México. No. 10. Enero-Abril 2012. Disponible en:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/encrucijada/article/view/58436/51690>