



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Ciencias Biológicas y de la Salud
Licenciatura en Medicina

Reporte de Servicio Social: Diagnóstico Comunitario y perfil
de morbilidad de localidad *Arimatea, Palenque, Chiapas*

1ro de Agosto del 2015- 31 de Julio del 2016

Nombre: Parrao De la Rosa Sergio Iván

Matricula: 209324623

Asesor: Mtro. Joel Heredía Cuevas

Introducción	4
Sección 1.....	5
Introducción	5
Capítulo 1 Aspecto Personal	5
Capítulo 2 Aspecto Comunitario	7
Capítulo 3 Aspecto Institucional	10
Sección 2.....	11
Introducción	11
Capítulo 1 La Constitución Mexicana y el Derecho a la Salud	11
Capítulo 2 Ley general de salud en México	14
Capítulo 3 La OMS y el derecho a la salud	16
Capítulo 4 Pacto internacional sobre los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales	17
Capítulo 5 Determinantes Sociales en Salud	18
Capítulo 6 Contexto Regional y Microregional.....	21
Indicadores Fisiográficos	21
Indicadores Sociales	24
Indicadores Económicos.....	49
Indicadores Políticos	51
Indicadores Culturales	52
Etnicidad	52
Indicadores de Salud.....	54
Conclusiones	61
Sección 3.....	63
Introducción	63
Capítulo 1 El Banco Mundial	64
Capítulo 2 Objetivos de Desarrollo del Milenio	65
Capítulo 3 Políticas de salud en México, su relación con el Banco Mundial.....	68
Capítulo 4 Políticas de salud del Sexenio Actual.....	70
Capítulo 5 Seguimiento de programas	73
Planificación familiar.....	74
Control prenatal parto y puerperio.....	78
Vacunación	86
Nutrición del niño	92
Atención a la salud del adulto y adulto mayor	96
Prevención y control de la Enfermedad de Chagas	103
Capítulo 6 Perfil de Morbilidad.....	112

Introduce e

Las diez principales patologías en la microrregión	112
Las diez principales patologías transmisibles	115
Las diez principales patologías no transmisibles	122
Daño Diferencial	132
Capítulo 7 Conclusiones de la sección	143
Evaluación del Servicio Social	146
Conclusiones Generales	147
Bibliografía.....	148
Anexo	154

Introducción

El presente reporte tiene como propósito documentar, analizar y reflexionar sobre mi experiencia durante el año de servicio social realizado en el Centro de Salud Rural Arimatea, en el municipio de Palenque, Chiapas.

En este documento expongo tanto el proceso personal de adaptación al contexto rural e indígena, como el diagnóstico comunitario, el análisis institucional y el perfil de morbilidad de la microrregión atendida. Mi intención es integrar la vivencia práctica con el marco legal, social y epidemiológico que determina el derecho a la salud en México, para comprender de manera más amplia los desafíos que enfrentan las comunidades en situación de vulnerabilidad.

El reporte se organiza en tres secciones principales. En la primera describo mi llegada a la comunidad, las condiciones sociales y culturales que influyeron en mi práctica médica, y las responsabilidades que asumí como médico pasante dentro de la estructura de la Secretaría de Salud. En la segunda sección presento el marco jurídico y conceptual que sustenta el derecho a la salud, así como los determinantes sociales y las características fisiográficas, económicas y culturales de la región, elementos indispensables para contextualizar la situación sanitaria de Arimatea. Finalmente, en la tercera sección desarrollo el análisis de los programas de salud, el seguimiento de sus indicadores y el perfil de morbilidad de la población, con el objetivo de identificar los principales problemas de salud y sus posibles causas.

A través de este documento busco aportar una mirada crítica y reflexiva sobre las condiciones reales en las que se ejerce la medicina en zonas rurales e indígenas. Considero que comprender estas realidades es fundamental para fortalecer la práctica profesional y para contribuir, desde mi formación, a la construcción de un sistema de salud más justo, accesible y culturalmente pertinente.

Sección 1

Introducción

En esta sección se presenta el proceso de adaptación al servicio social en el (Centro de Salud Rural) CSR Arimatea; se describe la experiencia de tratar con una población que tiene una lengua y una etnia de la cual no formas parte en diversos aspectos, y las funciones que se te asignan como representante de la SSA (Secretaría de Salud).

Capítulo 1 Aspecto Personal

Soy Sergio Parrao y todo comienza el 23 de julio del 2015. Esa mañana es el día que tomé plaza para realizar mi servicio social.

El servicio social en medicina es la cúspide, la piedra angular y el último punto en la formación médica, puesto que después de 4 años de academia y un año de internado se considera que los futuros médicos de este país se encuentran listos para tener su primer contacto laboral como profesionales de la salud.

Es conocido por la comunidad médica que el servicio social es una gran experiencia por los diversos retos que se presentan como profesionistas, pero también son conocidos los riesgos a los que eres expuesto.

Por consiguiente, es necesario desarrollar habilidades médicas, sociales y personales para adaptarse de la mejor forma posible a tu nuevo entorno y completar satisfactoriamente el año de servicio.

En el Estado de Chiapas, es necesario desarrollar estas habilidades, debido a que te encuentras lejos de tu red de apoyo y en condiciones climáticas, sociales, culturales y económicas completamente diferentes a las que estás acostumbrado.

Asimismo, te enfrentas a problemas de narcotráfico, migración y movimientos indígenas que existen en México y que afectan el desarrollo del servicio social.

Si bien el panorama es bastante complejo, el nivel de complejidad aumenta con la práctica tradicional de reasignar plazas por parte de la Jurisdicción Sanitaria porque esta práctica no tiene la finalidad de asignar una plaza con mejores condiciones sino de satisfacer promesas políticas.

Este órgano es responsable de asignar tus nuevas responsabilidades y obligaciones asimismo tiene la obligación de presentarte ante el consejo ejidal de la comunidad, capacitarte en lo que concierne a los diversos programas de salud que la jurisdicción sanitaria opera. Dicho proceso de inducción no ocurre, lo cual limita tus decisiones al momento de diagnosticar y tratar un paciente.

El primer contacto que tienes con la comunidad es una experiencia impresionante; es en este momento donde dimensionas los problemas a los que te vas a enfrentar como médico rural y entiendes que el motivo del servicio social ¿es? para mejorar las condiciones de la población menos favorecida.

Establecer la relación médico-paciente con una persona que pertenece a tu entorno y que comparte tus usos y costumbres es una tarea difícil, sin embargo, desarrollar este vínculo con una persona que pertenece a otra etnia y que habla una lengua diferente a la tuya se vuelve un proceso difícil de concretar. Cabe señalar que en las comunidades a mi cargo Arimatea, El Progreso, Nueva. Galilea y A. Corona Del Rosal la figura del médico sigue siendo de autoridad, que inspira respeto y cierto grado de temor y en otros casos desconfianza.

En estas comunidades la relación médico-paciente se establece explicando a los pacientes en su lengua o con palabras simples su cuadro clínico, así como su diagnóstico y el tratamiento procurando un trato cálido, empático y personalizado a cada paciente. Posteriormente este vínculo toma fuerza y se afianza con los pobladores cuando observan que el diagnóstico y el tratamiento funcionan y que el paciente se recupera en su totalidad; de igual forma cuando estableces una conversación casual con ellos fuera del consultorio te humanizan por lo que adquieren más confianza en ti.

Esa confianza en mi caso la sentí reflejada cuando me pidieron ser juez en el festival de día de madres y apadrinar a un niño que nació el primer día que llegué a la comunidad.

En conclusión, el desarrollar la relación médico-paciente es un proceso complejo que requiere el interés del médico para con las necesidades del paciente siempre tomando en cuenta sus usos y costumbres, dicho proceso considero que se logra en estas comunidades.

Capítulo 2 Aspecto Comunitario

Como profesionales de la salud, los médicos tenemos un concepto estructurado en el precepto de que el ser humano debe gozar mayor bienestar en 3 esferas: lo físico, lo mental y lo social. Si bien este concepto académico es aceptado internacionalmente, el mismo es modificado por la composición pluricultural de la especie humana.

Este concepto toma matices completamente diferentes en la microrregión. Es por esto que para los pobladores de la microrregión este no es un concepto acuñado a el 100% sino que se entiende como un estado en el cual lo más importante es poder realizar tus actividades de la vida cotidiana, siendo la capacidad de realizar tu trabajo la más importante de todas.

Ergo, el concepto de salud gira en torno a poseer la capacidad de realizar tu trabajo sin ninguna limitación o molestia. Asimismo, es importante destacar que algunas patologías no son percibidas como enfermedades sino parte de la cotidianidad o que no son percibidas dentro de este universo de enfermedades; tal es el caso de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Por otra parte, las enfermedades son concebidas o definidas como una entidad independiente al ser humano y que intrínsecamente tienen el propósito o la función de limitar tus interacciones del día a día.

De igual forma las enfermedades son descritas y entendidas de acuerdo con la región anatómica que estén afectando. Es decir, el caso de una otitis es descrita como dolor de oído (k'ush chikin), excepto en algunos padecimientos comunes en los cuales se hace referencia al síntoma principal tal es el caso de un resfriado común sea descrito como tos (oh bal).

Es necesario mencionar que en las comunidades rurales existen diversos practicantes de la salud, por ejemplo: abuelas, parteras, hueseros, médicos, enfermeras, farmacéutico y en ocasiones brujos o brujas. Si bien la capacidad para discernir sobre cual practicante de la salud consultar depende de las características del individuo afectado y del conocimiento empírico que este posea, es en función de la severidad del padecimiento la toma de decisiones.

Como mencionamos anteriormente algunos padecimientos no integran este universo de enfermedades y es obligación de los profesionales de la salud romper este paradigma para dichos padecimientos sean concebidos como enfermedades y adquieran la importancia necesaria.

De igual forma, cabe señalar que los profesionales de la salud son bien aceptados por la mayor parte de la población para la atención de sus padecimientos y dudas en materia de salud. Los profesionales de salud tienen una participación en los centros de educativos de la comunidad con sesiones sobre diversos temas de educación para la salud.

Es por esto por lo que el diagnóstico de los padecimientos que aquejan a los pobladores es realizado en gran parte por el médico rural u otros profesionales de la salud, y una fracción de estos son diagnosticados por los demás practicantes de la salud previamente mencionados.

En consecuencia, la mayor parte de los pobladores son tratados por profesionales de la salud, principalmente por médicos y en una menor proporción personal de enfermería. Es importante señalar que las mujeres pertenecientes a la comunidad prefieren ser tratadas por profesionales de salud de su mismo sexo en lo que corresponde a planificación familiar.

En lo referente a la atención y los cuidados del embarazo, parto y puerperio los pobladores consultan parteras y médicos por igual; siendo de gran peso la opinión de la partera durante el embarazo.

Así pues, son las parteras el segundo practicante de la salud más consultado. En general, las parteras son madres de familia o abuelas que han adquirido el conocimiento por la experiencia y saberes que les han transmitido sus antecesoras.

En tercera instancia, encontramos que los farmacéuticos y hueseros. Los farmacéuticos, aunque generalmente no tienen formación en materia de salud también son consultados sobre los efectos de ciertos medicamentos o el tratamiento específico para determinada patología. Los hueseros son practicantes de salud que son consultados usualmente por patologías ortopédicas o traumáticas, ya sean fracturas luxaciones y esguinces. Estos son consultados predominantemente por personas del sexo masculino y en ocasiones para el tratamiento de patologías de otro origen (urológico).

Por último, tenemos a las brujas y brujos. Este grupo de practicantes usualmente son consultados por diversos motivos y raramente en materia de salud debido a su connotación social negativa. Sin embargo, son consultados cuando una patología es de origen incierto o difícil de tratar, dichas patologías generalmente son atribuidas a envidias y al rencor que permanece después de una discusión o pelea.

Algunos de los procedimientos maléficos que padecen los pacientes y atribuidos a la práctica de la brujería es que introducen un sapo o reptil en el estómago, o algunas enfermedades dermatológicas.

Debemos mencionar que cuando un poblador acude con un a un practicante de la salud distinto de un médico o una enfermera puede reflejar el acceso limitado a los servicios de salud en muchas comunidades. Aun así, la decisión no depende solo de la disponibilidad: también influyen factores socioculturales como la lengua, las prácticas tradicionales de atención y las concepciones locales sobre la enfermedad.

En consulta, a menudo se escucha que muchos pobladores acuden primero a hueseros, en el caso de las embarazadas a parteras antes que al médico. Esto sugiere que los sistemas tradicionales no solo persisten, sino que aportan detección temprana, acompañamiento.

Tales condiciones incluyen la baja disponibilidad de servicios (en materia de recursos humanos y equipamiento), o la presencia de barreras para la utilización de los servicios, generalmente económicas, aunque también se encuentran presentes barreras personales, sociales y culturales.

Los tratamientos que emplea la población para sus padecimientos parten de lo que podemos llamar la medicina convencional a la medicina tradicional; y estas no son mutuamente excluyentes. La práctica más común es que se opte por una de las dos, siendo la más empleada para el tratamiento la medicina convencional.

Algunos de los tratamientos que se emplean en la medicina tradicional están basados en el uso de hierbas medicinales; generalmente en forma de infusiones y pastas o ungüentos. Tal es el caso de la ruda, usada en remedios para recién nacidos ya sea machacada con alcohol para que tengan fuerza para alimentarse o en una pasta acompañada de alcanfor, cempaxúchitl, hoja de cocoite y hoja de chile para enfriar la cabeza del bebé.

En conclusión, los pobladores de la comunidad rural de Arimatea han desarrollado un sincretismo en campo de la medicina empleando técnicas tradicionales y convencionales con el fin estar lo más sano posible, optimizando los recursos que están a su alcance.

Capítulo 3 Aspecto Institucional

La Secretaría de Salud (SSA) es el organismo encargado de establecer políticas públicas en materia de salud a nivel federal. Asimismo, el gobierno de Chiapas tiene su propia instancia de salud encargada de administrar recursos e implementar las políticas públicas que el gobierno federal diseñe.

En función de lo anterior, la SSA del estado se encuentra constituida por diferentes áreas que se encargan de administración y las finanzas de la institución, de la parte operativa y de desarrollo; teniendo a la cabeza de la institución un Secretario de Salud. Las Jurisdicciones Sanitarias son responsables de replicar este sistema y operar los programas, el responsable de esta es un Jefe Jurisdiccional.

El rol del Médico pasante de servicio social (MPSS) depende de la plaza asignada. Esto responde a diversos factores: a las condiciones de la plaza, es decir, si la unidad de salud tiene asignado un director u otro médico o médicos y otros profesionales de la salud; el tamaño de la población atendida; y el espacio físico de la unidad; entre otros.

Generalmente el MPSS desempeña 2 roles: el primero como médico de la comunidad y el segundo como director de la unidad, lo que implica realizar actividades administrativas para las que no te encuentras preparado. Entre estas actividades se encuentra la administración de los espacios del CSR como son farmacia y almacén; gerente de recursos humanos; y la implementación de medidas sanitarias en beneficio de la población.

En consecuencia, el MPSS tiene la obligación de cuidar la infraestructura del CSR, el equipo de la clínica, el material de curación y medicamentos, así como realizar la vigilancia epidemiológica de la comunidad, capacitar a la población en materia de residuos, control de vectores y cuidados generales de ciertas enfermedades, a la par de las actividades en el consultorio.

Las actividades que realiza el MPSS en el consultorio siguen una lógica y esta es el seguimiento de programas de salud. Los principales programas que el MPSS trabaja son: Salud Reproductiva, atención a la salud del adulto y el adulto mayor, Atención a la salud de la infancia y la adolescencia, Atención a urgencias epidemiológicas y desastres, Enfermedad de Chagas.

Cabe señalar que estos no son todos los programas que el CSR opera. El resto de los programas son Enfermedades del rezago, Salud Comunitaria.

En conclusión, realizar el servicio social en la SSA es una experiencia altamente demandante, donde el MPSS debe adquirir diferentes habilidades para concluir con éxito este año de servicio.

Sección 2

Introducción

En esta sección se presenta una reseña sobre el marco legal y social a nivel nacional e internacional del derecho a la salud y los elementos inherentes a este derecho que lo hacen derecho fundamental de la especie humana y su interdependencia con los derechos humanos.

Asimismo, se presentan los principales aspectos fisiográficos, sociales, económicos y culturales de México, Chiapas, y la microrregión a la que brindaba atención el CSR Arimatea misma donde se realizó el Servicio Social.

Capítulo 1 La Constitución Mexicana y el Derecho a la Salud

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) es la norma máxima de nuestro país teniendo como fundamento la democracia y los derechos humanos. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Delgadillo & Lucero, La jerarquía del orden jurídico en el derecho mexicano, 2006)

LA CPEUM fue promulgada el 5 de febrero de 1917, al finalizar la revolución mexicana un acontecimiento social en que el pueblo mexicano luchaba contra el hambre, la explotación y marginación. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Gonzalez, 1988)

Su ordenamiento está integrado por dos partes fundamentales. La primera es la parte dogmática y está formada por los derechos elementales de los individuos que en ella se reconocen y se destaca que la existencia de estos derechos no está abierto a discusión alguna. La segunda parte es la parte orgánica y aquí se versa sobre los órganos encargados del ejercicio del poder. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Delgadillo & Lucero, Derecho Constitucional Mexicano, 2006)

La parte dogmática es la que reconoce los derechos elementales de los individuos y cimienta los principios de igualdad y libertad nombradas en los primeros 29 artículos, exceptuando el artículo 25° y 26° constitucionales. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Moreno, 1965)

Estos, para su entendimiento jurídico, recibieron el nombre de garantías individuales al momento de ser promulgada la constitución, pues se buscaba denotar con mayor eficacia el respeto a los derechos elementales. Sin embargo, la reforma a la CPEUM en junio del 2011 sustituye este término por el de Derechos Humanos (DH). Esta reforma no solo buscaba hacer un cambio de nomenclatura, sino que se avoca a lograr una protección más amplia de estos derechos. (Medellín & Fierro, 2015; Carreon, 2012)

La CPEUM reconoce los DH y se asegura de crear medidas para su protección. Asimismo, señala que estos derechos se rigen bajos los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Medellín & Fierro, 2015)

Estos principios básicos señalan que la aplicación de los DH es inherente a todos los humanos, por consecuencia deben de ser inviolables; que están relacionados entre sí ergo no pueden ser separados y que los DH que el ciudadano ha adquirido no deben disminuir sino ir aumentando. (Carreon, 2012)

LA CPEUM se compromete a defender los DH en todo el territorio nacional, garantizando igualdad jurídica a los diversos grupos vulnerables; por ejemplo: indígenas, mujeres, niños, personas con orientación sexual diversa. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas en México, 2012)

Con lo previamente mencionado, el artículo 2° constitucional busca crear medidas de protección para los diversos grupos indígenas de nuestro país. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas en México, 2012)

Estas medidas se encuentran contenidas en dos apartados. El primer apartado garantiza la libre determinación de los pueblos y su autonomía. El segundo establece las medidas que toma la federación para promover la igualdad de oportunidades y la no discriminación. Siempre en apego al marco jurídico en materia de DH. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas en México, 2012)

El artículo 4° constitucional agrupa diversos derechos conocidos como Derechos Económicos Sociales y Culturales, conocidos como DH de Segunda Generación únicamente para su estudio. No todos los derechos vertidos en el artículo cuarto constitucional pueden ser catalogados como Derechos de Segunda Generación. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; López & López, 2015)

Entre los DH aquí vertidos se encuentran el derecho a la libertad reproductiva, a la alimentación, a la salud, al medio ambiente sano, al agua, a una vivienda digna y decorosa, acceso a la cultura y la cultura física. También se incluyen derechos de los niños, por ejemplo: derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; López & López, 2015; Alfaro, Gonzalez-Delgado, López, & Rivera-Marquez, 2015)

Al analizar la organización de este artículo, destaca que tiene como eje principal lograr que el ciudadano se desarrolle plenamente y alcance el máximo de sus capacidades, siendo esto materia del Derecho a la Salud (DS). (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Alfaro, Gonzalez-Delgado, López, & Rivera-Marquez, 2015)

El DS en la CPEUM se encuentra vertido en los artículos 2°, 4°, 73° y 123°, siendo el artículo 4° constitucional el que norma cuales son la bases para acceder a los servicios de salud y el artículo 2° constitucional el que asegura que todos los pueblos y comunidades indígenas tengan un acceso efectivo a servicios de salud. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016)

Los Artículos 73° y 123° constitucionales versan sobre la legislación en materia de salud y de cómo se regula la salud de los trabajadores. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016)

El artículo 4° constitucional señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” Es decir que el Estado Mexicano reconoce a la salud como DH y que, a su vez, el propio Estado creará

medidas para la protección de la salud. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Jarillo, Londoño, & Rojas, 2015)

El cumplimiento del derecho a la protección de la salud en México es responsabilidad de las instituciones públicas que existen en el país, siendo algunas de estas la SSA, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otras. (Jarillo, Londoño, & Rojas, 2015)

Estas instituciones establecen modelos de aseguramiento para los derechohabientes. Dichos modelos no aseguran por completo a la población mexicana. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 revela que el 25.43 % de la población mexicana no se encuentra afiliada a ningún servicio de salud, para 2016 la ENSANUT indica que este porcentaje ha disminuido al 13.4% siendo el Seguro Popular (SP) el modelo con mayor porcentaje de afiliados. (Jarillo, Londoño, & Rojas, 2015; Cuevas-Nasu, y otros, 2012; Cuevas-Nasu, Hernández-Ávila, Rivera-Dommarco, & Shamah-Levy, 2016)

Los datos de la ENSANUT 2016 arrojan que el SP asegura al 43.5% de la población mexicana. El principal problema del SP es la cobertura limitada, dado que el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2016 solo abarca 287 intervenciones en salud de las cuales 113 forman parte del segundo nivel de atención. (Cuevas-Nasu, Hernández-Ávila, Rivera-Dommarco, & Shamah-Levy, 2016; Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016, 2016; Jarillo, Londoño, & Rojas, 2015)

El estudio realizado por Edgar Jarrillo, Rojas Soledad y Julián Londoño (2015) compara la cobertura que proporciona el SP con la del IMSS utilizando algunos indicadores, por ejemplo: el porcentaje de recetas surtidas, la mortalidad, los egresos, el número de eventos quirúrgicos y los resultados arrojan una cobertura significativamente mayor en el IMSS. (Jarillo, Londoño, & Rojas, 2015)

De igual manera, valoraron con diversos indicadores la situación de salud de México, encontrando que el derecho a la protección a la salud en Guerrero, Oaxaca y Chiapas es menos efectivo en comparación con el resto del país. Siendo los estados con mayor número de comunidades originarias los más afectados. (Jarillo, Londoño, & Rojas, 2015)

Capítulo 2 Ley general de salud en México

El artículo 4° constitucional versa sobre el derecho a la protección de la salud. Para darle cumplimiento se expide la Ley General de Salud (LGS) en 1984, que reglamenta este derecho constitucional. La LGS es la encargada de regular y garantizar servicios de salud a toda la población; estableciendo las bases y modalidades para el acceso a la salud con aplicación en toda la República Mexicana. (Ley General de Salud, 2016; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016; Moctezuma, 2000)

Dicha ley está constituida por 482 artículos organizados en 18 Títulos que versan sobre la distribución de competencias, programas y recursos en materia de salud; asistencia y seguridad social; y vigilancia y control sanitario. (Ley General de Salud, 2016; Moctezuma, 2000)

La LGS fue promulgada en la década de 1980 y obedece a las modificaciones en 1983 del artículo 4° constitucional en materia de salud, donde se eleva el derecho a la protección a la salud a rango constitucional; y al Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 propuesto por el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado en respuesta a la crisis económica en la que se encontraba México. (Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, 1983; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016)

La crisis económica de la década de 1980, conocida como la crisis que hizo que México iniciara negociaciones con el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) para solicitar préstamos para su rescate. Estos préstamos fueron otorgados al gobierno federal condicionados a la firma de cartas compromiso donde se establecen una serie de convenios con políticas de estabilización y ajuste estructural. (Guillermo & Graizbord, 1995; Manrique, 2001)

El seguimiento de estas políticas se refleja en las reformas estructurales que realizó el gobierno mexicano, en el sector salud con la promulgación de la LGS. (Granados & Hernandez, 2003)

Estas reformas buscaban la descentralización de los servicios de salud, lo que permitirá que el sistema de salud funcionará de forma más eficiente. En 1983, el Ejecutivo Federal emitió el Decreto para la Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud y Asistencia, donde se establecen que los lineamientos para la descentralización serían definidos por el propio Ejecutivo Federal, las entidades federativas, la SSA, Secretaría de Programación y Presupuesto. (Granados & Hernandez, 2003)

Posteriormente, las entidades federativas celebraron los Acuerdos de Coordinación para el Programa de Descentralización de los servicios, en los cuales se vierten las asignaciones y atribuciones que tendrán los Estados y la Federación. Estas acciones se vieron reflejadas en la Reforma a la LGS en 1987. Entre las competencias que pasan a ser jurisdicción de los Estados se encuentran los programas de salubridad general y de regulación y control sanitarios. (Lopez, 2012; DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, 1987)

Durante el mandato de Salinas de Gortari (1988-1994), el discurso político en materia de salud consistía descentralizar, modernizar y mejorar la calidad de los servicios de salud, así como atenuar las desigualdades sociales con especial énfasis en atención de las zonas marginadas urbanas y

rurales. En virtud de lo anterior, se crea la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL). (Lopez, 2012; Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, 1989)

Cuando Ernesto Zedillo asume la Presidencia el panorama nacional era complejo, pues el país atravesaba por una crisis económica que culminó con la devaluación del peso; así como una crisis política derivada del levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) y el asesinato de Luis Donaldo Colosio. En consecuencia, el Gobierno Federal implementó el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y la reforma a la LGS en 1997. Esta nueva ola de descentralización de los servicios salud estaba encaminada a incrementar la eficiencia y calidad de los servicios; a transferir la responsabilidad de los servicios a los estados; a mejorar la equidad en la distribución de los recursos federales; y a la ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de intervenciones para beneficio de los grupos marginados. (Beguer & Ugalde, 2008; DECRETO por el que se reforma la Ley General de Salud., 1997; Lopez, 2012)

Durante el sexenio de Vicente Fox, el discurso político en materia de salud iba encaminado a culminar la descentralización de la Secretaría de Salud y municipalizar los servicios de la salud. Sin embargo, la principal política pública de su administración fue la implementación del Sistema de Protección Social en Salud también conocido como Seguro Popular. (Lopez, 2012; Beguer & Ugalde, 2008)

La LGS fue reformada nuevamente en 2003 para dar paso al SP con el propósito de brindar cobertura universal a la población mexicana. Este modelo de aseguramiento en 2003 incluía 78 intervenciones y 169 medicamentos. Sin embargo, el SP no contiene intervenciones en materia de seguridad social. (DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud., 2003; Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016, 2016; Lopez, 2012)

A pesar del significativo esfuerzo legislativo por el que ha pasado el país en materia del derecho a la salud, Guerrero, Oaxaca y Chiapas – es decir, los más pobres y con mayor porcentaje de población indígena – son las entidades federativas que menor índice de acceso a servicios de salud registran. (Amoroz, 2011; Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas, México 2015 , 2015; Medición de la pobreza, 2015)

Capítulo 3 La OMS y el derecho a la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo directivo en asuntos sanitarios internacionales. Fundada en 1948 por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

La OMS se encuentra conformada por 194 Países Miembros de Organización de las Naciones Unidas (ONU) Dichos Países Miembros aceptan las disposiciones vertidas en la Constitución de la OMS. La finalidad de la OMS es que todos los pueblos gocen del grado más alto de salud que puedan alcanzar. (Organización Mundial de la Salud , 2017)

En consecuencia, la OMS define el concepto de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La OMS insta a los Países Miembros al fomento y protección de la salud mediante la adopción de adecuadas medidas sanitarias y sociales. (Constitución Organización Mundial de la Salud, 2014)

Del mismo modo la OMS desarrolla políticas sanitarias a nivel mundial para que sean adoptadas por los Países Miembros teniendo como ejes de trabajo: las enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, promoción de la salud en las diferentes etapas de la vida, sistemas de salud. (Constitución Organización Mundial de la Salud, 2014)

Como se mencionó previamente la finalidad de la OMS es que todos los pueblos gocen del grado más alto de salud que puedan alcanzar ergo la OMS reconoce en su constitución como derecho fundamental del hombre el derecho a la salud. (Constitución Organización Mundial de la Salud, 2014)

La OMS sostiene que el DS y los DH se encuentran estrechamente relacionados y que la desatención de los DH puede traer graves consecuencias a la salud. Es a causa de esto que la OMS desarrolla estrategias de salud con base en los DH; con el propósito de respetar la dignidad humana, garantizar la igualdad y la no discriminación. (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Es por esto por lo que la OMS enfoca una parte importante de sus acciones en los grupos vulnerables, para facilitar su desarrollo. En consecuencia, el Comité Ejecutivo de la OMS junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptan en 1993 la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. (Salud de los Pueblos Indígenas, 1993)

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas son una serie de recomendaciones sobre políticas y estrategias de salud dirigidas hacia las poblaciones indígenas. (Salud de los Pueblos Indígenas, 1993)

Capítulo 4 Pacto internacional sobre los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales

Como se mencionó previamente la finalidad de la OMS es que todos los pueblos gocen del grado más alto de salud que puedan alcanzar; esta interpretación del DS es la más aceptada internacionalmente y fue tomada del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). (Organización Mundial de la Salud, 2002)

El PIDESC es un tratado internacional adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 el cual insta a los Estados a promover y proteger los derechos económicos, sociales y culturales. (Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, 2007)

Los derechos económicos, sociales y culturales son DH relacionados con el trabajo, la seguridad social, la familia, el acceso a la cultura, la vivienda, la alimentación, el agua, la educación y la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2002; Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, 2007)

La adhesión del Estado mexicano a este pacto fue en 1981 con reservas al Artículo 8 del PIDESC, pues el Estado Mexicano interpretará este derecho acorde a lo establecido CPEUM y a las leyes y reglamentos que de ella emanan. (Pacto Internacional de Derechos Económicos, 2017)

El PIDESC consta de 31 artículos y 5 partes en los cuales se establecen DH y se hace énfasis en que estos son iguales e inalienables en todos los individuos. (Pacto Internacional de Derechos Económicos, 2017)

El DS se encuentra vertido en el artículo 12 del PIDECS el cual señala que todos los individuos tienen derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, 2017) y que para hacer efectivo este derecho los Estados parte adoptarán las medidas necesarias para:

“Reducir de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños.

El mejorar en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

El concepto de DS vertido en el PIDESC no debe entenderse solamente desde el aspecto biológico sino como conjunto de factores sociales, económicos, ambientales, que permiten al individuo “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” Este conjunto de factores sociales, económicos, ambientales, se conocen como de Determinantes Sociales de la Salud. (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado, 2000)

Capítulo 5 Determinantes Sociales en Salud

En 1978 tuvo lugar la Conferencia Internacional de Alma Ata, en la cual se concluyó que la organización política y económica de los pueblos tiene influencia sobre el estado de salud de las personas. Asimismo, se destacó la importancia de establecer un orden económico que contribuya a mejorar la calidad de vida. (Mejía, 2013)

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias son el resultado de la organización política, económica y la distribución de la riqueza y de los recursos a nivel mundial. (Mejía, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2017)

Dichas circunstancias tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad. Por ejemplo, en el caso de Japón la esperanza de vida es de 80 años mientras que en la India es de 63, y dentro de un mismo país la esperanza de vida y la morbilidad cambian de acuerdo con la situación socioeconómica de una población. (O. Panamericana de la Salud, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2008; Puyol, 2012)

Por lo tanto, cuanto más baja es la situación socioeconómica de un individuo peor es su estado de salud, en función de la inequidad sanitaria que prevalece en cada país. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Es por esto por lo que el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales adopta la Observación General 14 sobre el artículo 12 del PIDESC. En este documento se vierten las obligaciones de los Estados Parte y cuestiones fundamentales para la aplicación del DS. Asimismo, se reconoce que el estado de salud de una persona depende de diversos factores o determinantes. (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado, 2000)

En la Observación General se señala que el DS debe ser comprendido como un derecho inclusivo que no solo comprenda la atención oportuna, sino que introduzca y abarque los DSS como son el acceso al agua, a condiciones sanitarias, el suministro a alimentos sanos, una vivienda adecuada, condiciones sanas de trabajo y ambientales, entre otras. (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado, 2000; Organización Mundial de la Salud, 2002)

De igual manera, señala que la aplicación del DS consta inherentemente de 4 elementos:

- Disponibilidad – el DS no se limita a suficientes establecimientos, sino también al personal médico y profesional capacitado.
- Accesibilidad – se refiere a la posibilidad de cualquier individuo de acceder a un establecimiento o servicio de salud. Se compone de 4 elementos: 1) física, supone que los servicios deben estar al alcance geográfico de toda la población en especial grupos vulnerables; 2) económica, en tanto que los pagos de los servicios de salud deberán basarse en el principio de equidad con el propósito de que estén al alcance de todos; 3) acceso a la información, implica que cualquier individuo tiene derecho a enviar, recibir información acerca

de cuestiones relacionadas a la salud; y 4) no discriminación, se refiere a que los establecimientos y servicios de salud deben ser accesibles a los grupos vulnerables de la población sin discriminación alguna.

- Aceptabilidad – los establecimientos de salud tendrán que ser respetuosos de la cultura y la confidencialidad del individuo.
- Calidad – los establecimientos de salud deberán ser apropiados y suficientes desde la perspectiva médica y científica. (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado, 2000; Organización Mundial de la Salud, 2002)

Este documento hace hincapié en que los Estados Parte deben desarrollar medidas específicas que permitan a los pueblos indígenas un mejor acceso a los servicios de salud, asegurándose de que sean apropiados desde el punto de vista cultural. (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado, 2000)

Reconociendo que existen condiciones desiguales de salud el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales insta a los Estados parte a disminuir estas condiciones. A causa de esto la OMS crea en 2005 la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, con el propósito de recabar datos científicos sobre DSS y crear medidas que promuevan la equidad sanitaria. (Organización Mundial de la Salud , 2017)

En 2008 la Comisión sobre los DSS publica un informe donde se propone corregir los DSS en 30 años, el informe contiene medidas para disminuir y terminar con las desigualdades. Dichas medidas siguen 3 principios de acción:

- Mejorar las condiciones de vida protección a la primera infancia, mantener un entorno saludable, condiciones trabajo digno, seguridad social y cobertura universal en servicios de salud.
- Luchar contra la distribución desigual del poder y los recursos-propone que se generen políticas públicas y financiamiento que se rijan con el principio de equidad sanitaria.
- Medir la magnitud del problema, analizar y evaluar las intervenciones- Es decir desarrollar herramientas para la medición de los DSS y a su vez generar acciones que permitan un seguimiento de la equidad sanitaria de un país. (Organización Mundial de la Salud, 2008; Organización Mundial de la Salud , 2017)

Es por esto por lo que en 2013 se publica en DOF el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en el cual se describen líneas de acción afines a las estrategias que propone la OMS para corregir los DSS. (S. de Salud , 2013)

De igual forma se crea el Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, cuyo propósito es hacer un México más incluyente y equitativo; proponiendo estrategias metas e indicadores que garanticen los derechos sociales de los mexicanos. (S. de Salud , 2013)

En conclusión, un sistema de salud no solo debe proponer cobertura universal para toda su población como es el caso del SP; también debe entender, aceptar e incluir todos los componentes culturales, geográficos, sociales y económicos de su población con el propósito de lograr la equidad sanitaria.

México ha dado ha avanzado en su proceso legislativo para no limitar el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud de los mexicanos sin embargo, reconocer las carencias del sistema es el primer paso para eliminarlas.

Capítulo 6 Contexto Regional y Microregional

Indicadores Fisiográficos

Chiapas es un Estado de la República mexicana su capital es Tuxtla Gutiérrez, se encuentra conformado por 122 municipios, organizados en 15 regiones. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2017)

Su extensión territorial de 74,415 km² y se localiza al sureste mexicano; colinda con Tabasco al norte, Veracruz y Oaxaca al este, al sur con el Océano Pacífico y con la República de Guatemala al oeste. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2017)

Su extensión litoral es de 260 kilómetros y su extensión con la frontera guatemalteca es de 658.5 kilómetros. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2017)

Palenque es un municipio del estado (Figura 2), conformado por 694 comunidades y tiene una extensión territorial de 1,122.80 Km². Se encuentra en las coordenadas: Latitud: 17.51, Longitud: -91.9815 y su altitud es de 60 msnm. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2017)

Colinda al norte con los municipios Catazajá y La Libertad; al sur Chilón; al sureste Ocosingo; al suroeste Salto de Agua; al noreste Tenosique; al noroeste Macuspana, y al norte Emiliano Zapata, los tres últimos en el Estado de Tabasco. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2017)

El municipio cuenta con un aeropuerto y carreteras federales que comunican con otros municipios.

A 21 Km de la cabecera municipal tiene su sede CSR Arimatea en la comunidad rural homónima y adscritas a la sede se encuentran 3 comunidades: A. Corona el Rosal, Nva. Galilea, El Progreso (Figura 3). (Secretaría de Salud; Gobierno del Estado de Chiapas , 2015)

Arimatea fue fundada el 10 de enero de 1967; se accede por una desviación de terracería ubicada en el kilómetro 8 de la carretera Chancalá Zapote-Roberto Barrios (Imagen 4), la comunidad tiene una extensión de 2600 hectáreas y se encuentra en las coordenadas Latitud: 17.34, Longitud: -91.876 y su altitud es de 260 msnm. (Secretaría de Salud; Gobierno del Estado de Chiapas , 2015; INEGI , 2017 ; Secretaría de Gobernación, 1967)

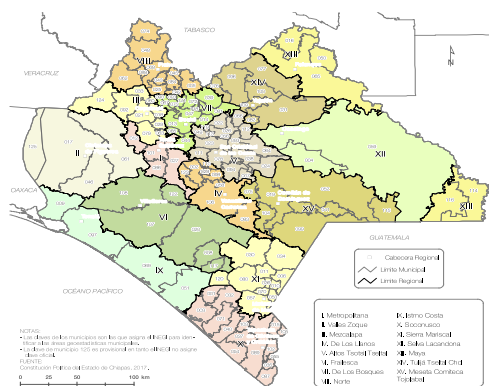


Imagen 1 Mapa de Chiapas, México división municipal y regional.

Fuente: Constitución Política del Estado de Chiapas, 2017.

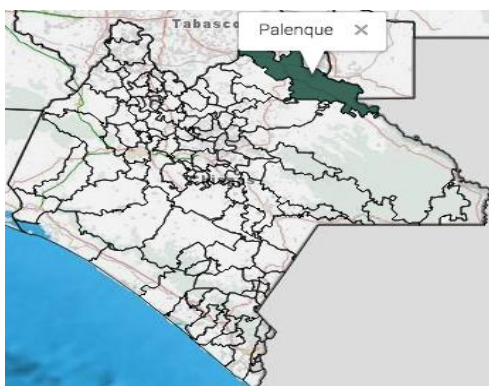


Imagen 2 Mapa de Palenque Chiapas, México

Fuente: INEGI, 2017

Los medios de transporte para acceder a Arimatea o alguna de sus comunidades son limitados; los principales medios de transporte que tiene los pobladores son las redilas o vehículos tipo van.

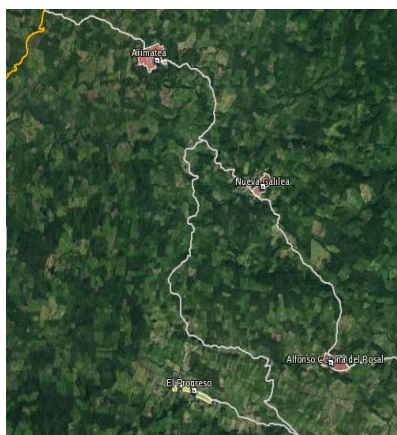


Imagen 3 Distribución de las microrregiones.
Fuente INEGI, 2017

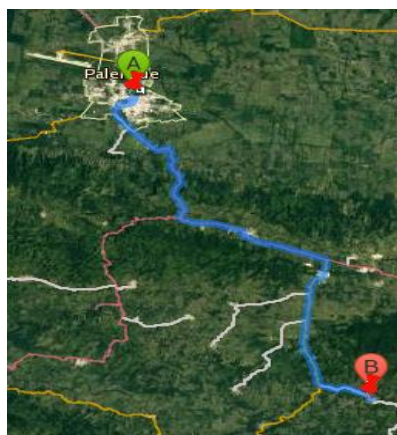


Imagen 4 Punto A Cabecera municipal de Palenque, punto B comunidad rural Arimatea.
Fuente: INEGI, 2017

Clima

El estado de Chiapas presenta dos variedades climáticas las cuales son clima cálido y templado (Figura 5). El primero se encuentra presente en más del 50% de territorio y abarca sus 4 subvariedades (C. húmedo, C. subhúmedo, C. semicálido húmedo y C. semicálido subhúmedo). (INEGI, 2017)

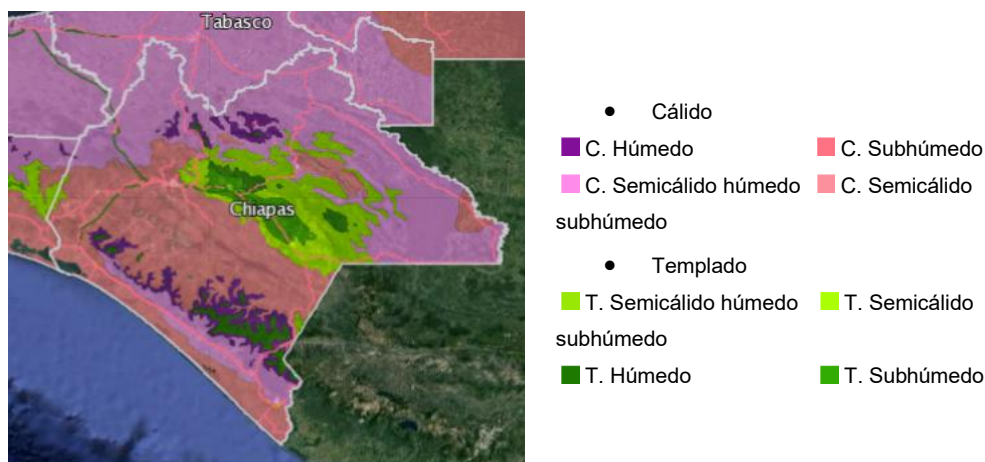


Imagen 5 Mapa climatológico de Chiapas con unidades climáticas.
Fuente: INEGI, 2017.

El clima templado se encuentra presente en el resto del territorio, y este a su vez únicamente presente 4 de sus 6 subvariedades (T. Semicálido húmedo, T. Semicálido subhúmedo, T. Húmedo, T. Subhúmedo, T. Semifrio húmedo y T. Semifrio subhúmedo). (INEGI, 2017)

El municipio de Palenque únicamente presenta el clima cálido Semicálido húmedo en todo el territorio (Imagen 6). (INEGI, 2017)

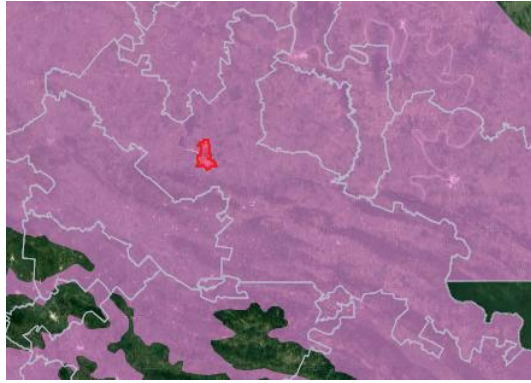


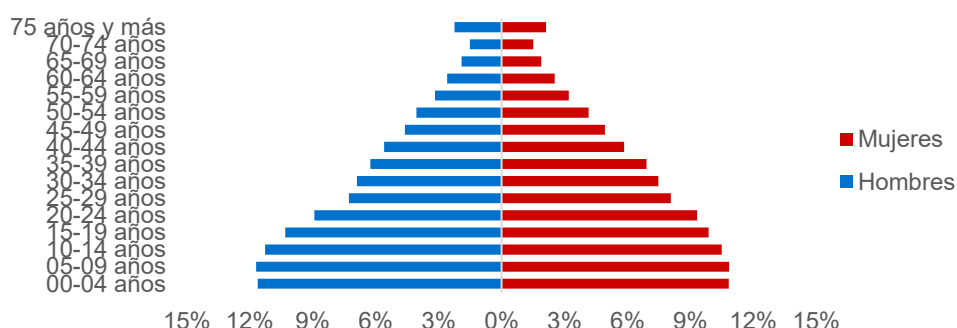
Imagen 6 Mapa climatológico de Chiapas con unidades climáticas.
Fuente: INEGI, 2017.

Indicadores Sociales

Demografía

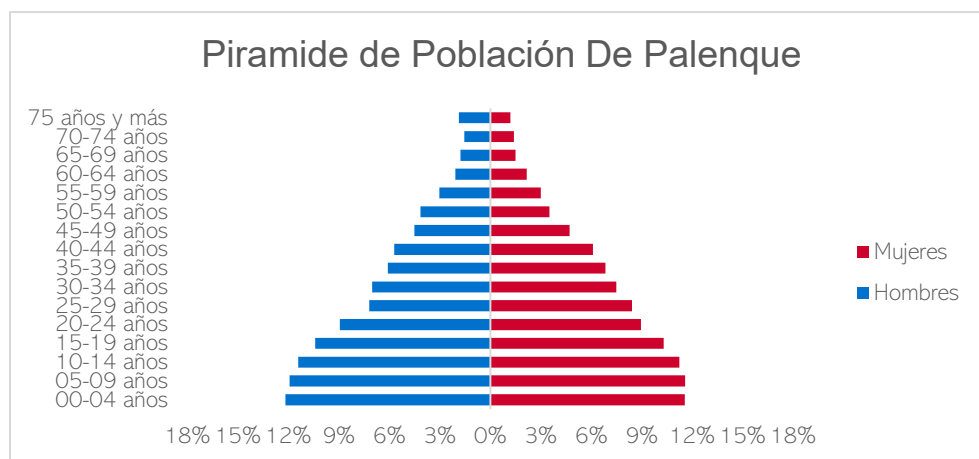
La población total de Chiapas es de 5, 217, 908 habitantes lo que representa el 4.4% de la población nacional; la edad media de la población se encuentra en los 23 años de edad, en la pirámide de población (Gráfica 1) se aprecia que el 51.4% de la población pertenece al sexo femenino y el resto al sexo masculino, por lo tanto, la relación hombres-mujeres es de 94.6 habitantes del sexo masculino por cada 100 del sexo femenino. De igual forma se puede observar la Gráfica 1 que el grueso de la población se encuentra en los rangos de edad de los 0 a los 14 años. (INEGI, 2016; INEGI, 2017)

Piramide de Población de Chiapas



Gráfica 1 Piramide de Población de Chiapas.
Fuente: INEGI 2017. Elaboración propia.

La población total de Palenque en 2015 es de 199,826 habitantes lo que representa a el 2.3% de la población estatal; la edad media de la población se encuentra en los 22 años, en la gráfica 2 observamos que el 51.2% de la población pertenece al sexo femenino y el 48.8% al sexo masculino, por lo tanto la relación hombres-mujeres es de 95.2 habitantes del sexo masculino por cada 100 del sexo femenino. De igual forma apreciamos en la pirámide de población de Palenque que esta tiene una morfología clásica lo que denota que es una población joven y en crecimiento.



Gráfica 2 Pirámide de Población de Palenque.
Fuente: INEGI 2017. Elaboración propia.

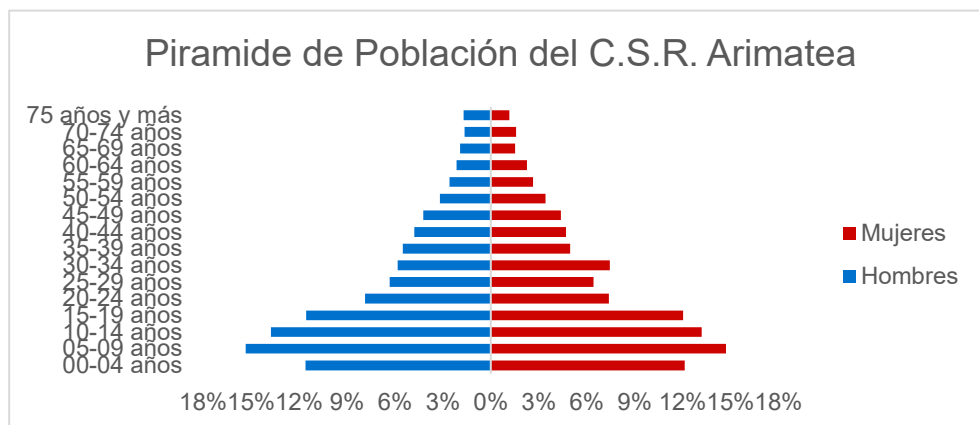
Asimismo, la población atendida por el C.S.R. Arimatea para el 2015 es de 3713 habitantes distribuidos en 4 comunidades de la siguiente forma:

- Arimatea 855
- El Progreso 970
- Nva. Galilea 1376
- A. Corona el Rosal 512

Esto representa 3.1% de la población municipal; la edad media de la población se encuentra en los 24.9 años, en la gráfica 3 observamos que el 51% de la población pertenece al sexo femenino y el 49% al sexo masculino, por lo tanto, la relación hombres-mujeres es de 95.9 habitantes del sexo masculino por cada 100 del sexo femenino. De igual forma apreciamos en la pirámide de población del C.S.R. Arimatea (Gráfica 3) tiene una morfología regresiva en el primer grupo de edad, es decir que el número de nacimientos en este grupo de edad han disminuido. Esto puede ser consecuencia de un mayor acceso, disponibilidad y aceptabilidad de los métodos de planificación familiar.

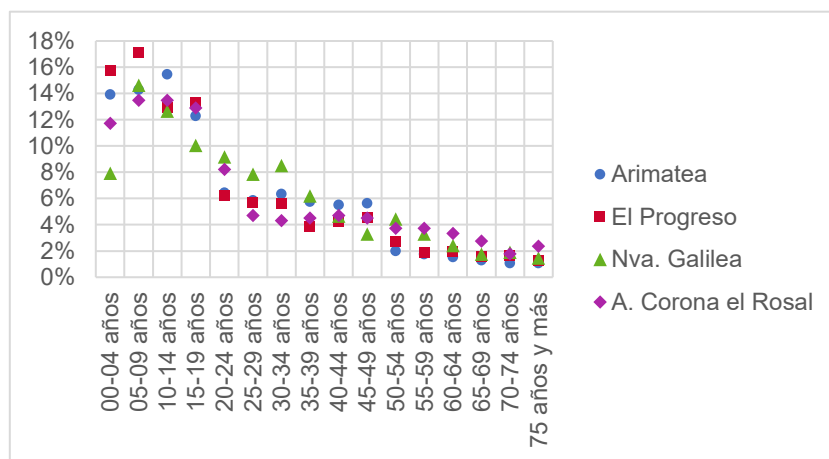
Hombres						Grupo Etario	Mujeres					
A. Corona el Rosal	Nueva Galilea	El Progreso	Arimatea	Total	Porcentual		Porcentual	Total	Arimatea	El Progreso	Nueva Galilea	A. Corona el Rosal
6	10	13	5	34	0.92	-1 año	1.13	42	8	19	11	4
6	11	17	7	41	1.1	1 año	0.94	35	7	14	7	7
4	17	12	14	47	1.27	2 años	1.45	54	17	18	11	8
8	11	14	13	46	1.24	3 años	1.32	49	16	13	14	6
5	7	15	16	43	1.16	4 años	1.35	50	16	18	10	6
38	101	79	61	279	7.51	5-9 años	7.51	279	61	87	100	31
13	35	29	31	108	2.91	10-11 años	3.1	115	37	29	34	15
27	52	37	26	142	3.82	12-14 años	3.64	135	38	30	53	14
28	71	62	49	210	5.66	15-19 años	6.14	228	56	67	67	38
27	60	30	26	143	3.85	20-24 años	3.77	140	29	30	66	15
11	53	27	24	115	3.1	25-29 años	3.29	122	26	28	55	13
8	51	23	24	106	2.85	30-34 años	3.8	141	30	31	66	14
10	47	20	23	100	2.69	35-39 años	2.53	94	26	17	38	13
11	37	18	21	87	2.34	40-44 años	2.4	89	26	23	27	13
12	15	26	24	77	2.07	45-49 años	2.24	83	24	18	30	11
10	30	12	6	58	1.56	50-54 años	1.75	65	11	14	31	9
10	23	9	5	47	1.27	55-59 años	1.35	50	10	9	22	9
9	15	9	6	39	1.05	60-64 años	1.16	43	7	10	18	8
8	14	8	5	35	0.94	65-69 años	0.78	29	6	7	10	6
4	13	8	5	30	0.81	70-74 años	0.81	30	4	8	13	5
9	9	8	5	31	0.83	75 y + años	0.59	22	4	4	11	3
264	682	476	396	1818	48.96		51.04	1895	459	494	694	248

Tabla 1 Población CSR Arimatea por grupo etario y comunidad,
Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar 2015. Elaboración propia



Gráfica 3 Piramide de Población del C.S.R. Arimatea.
Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar 2015. Elaboración propia

Para ayudar entender este fenómeno la población en el rango 00-04 años (Gráfica 4) en Nva. Galilea disminuyó al menos un 6% con respecto a el rango de 05-09 años a diferencia de las otras comunidades que fue del 1.16%.



Gráfica 4 Distribución de grupos quinquenales por comunidad.
Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar 2015. Elaboración propia

Natalidad y Fecundidad

En el 2015 el INEGI registro en México se registraron 2,353,596 nacimientos, de los cuales 145,526 ocurrieron en Chiapas, 3% de los nacimientos pertenecen al municipio de Palenque. (INEGI, 2018)

Año	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
2015	2,353,596.00	145,526.00	4,423.00	76.00
2014	2,463,420.00	164,912.00	5,121.00	76.00
2013	2,478,889.00	164,102.00	4,674.00	101.00
2012	2,498,880.00	144,423.00	3,884.00	95.00
2011	2,586,287.00	168,256.00	4,494.00	93.00

Tabla 2 Nacimientos registrados en el CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México en los años 2011-2015.

Fuente: INEGI 2017. Elaboración propia

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) en México para 2015 sería de 18.52 por cada mil habitantes y en Chiapas de 25.90; de igual forma la Tasa Global de Fecundidad (TGF) para México es de 2.14 y el estado es de 3.01 en el mismo año. (CONAPO, 2018)

Año	México	Chiapas
2015	18.25	25.90
2014	18.68	26.17
2013	19.06	26.35
2012	19.49	26.62
2011	20.02	27.05
2010	20.54	27.50

Tabla 3 Tasa Bruta Natalidad de Chiapas y México del año 2010-2015

Fuente: CONAPO 2017. Elaboración propia

Año	México	Chiapas
2015	2.14	3.01
2014	2.18	3.03
2013	2.22	3.05
2012	2.26	3.09
2011	2.32	3.14
2010	2.37	3.20

Tabla 4 Tasa Global de Fecundidad para Chiapas y México en los años 2010-2015

Fuente:

Los resultados de la Encuesta Intercensal (EIC) 2015 realizada por el INEGI arrojan que la TGF para México es 2.29 para Chiapas es de 2.87 y Palenque 2.1 en 2014. (INEGI, 2017)

Conforme lo expuesto la Tabla 4 se aprecia una disminución de la TGF nacional, estatal y municipal; en Palenque la TGF decreció en comparación con la TGF nacional. Lo cual habla un mayor acceso y disponibilidad a métodos de planificación familiar.

Año	México	Chiapas	Palenque
2014	2.29	2.87	2.10
2009	2.39	3.07	2.70

Tabla 5 Tasa Global de Fecundidad para Palenque, Chiapas, México en los años 2009-2014
Fuente: INEGI 2017 Elaboración propia

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) del CSR Arimatea en el año 2015 fue de 20.46 nacimientos por cada 1000 habitantes: mientras que la Tasa Global de Fecundidad (TGF) estimada para ese mismo año fue de 2.62 hijos por mujer.

Al comparar la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) y la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de México, Chiapas y el CSR Arimatea utilizando tanto las estimaciones de CONAPO como los datos de INEGI, se observa un patrón en el panorama nacional México presenta los valores más bajos en ambas tasas, reflejando una transición demográfica.

Chiapas, por el contrario, mantiene niveles más elevados de natalidad y fecundidad; en este contexto, los valores obtenidos para el CSR Arimatea (TBN de 20.46 por mil y TGF de 2.62 hijos por mujer) se sitúan de manera intermedia: son inferiores a los registrados para Chiapas según las estimaciones de CONAPO e INEGI, pero superiores a los valores nacionales. Esto indica que el CSR Arimatea presenta una fecundidad relativamente más baja que el promedio estatal, posiblemente asociada a factores locales como el acceso de métodos anticonceptivos, lo que lo posiciona en una etapa intermedia del proceso de descenso de la fecundidad.

Para obtener la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) se utilizó el número total de nacimientos registrados en el CSR Arimatea durante 2015 (76 nacimientos) y la población total estimada para ese mismo periodo (3,713 habitantes).

La TBN se calculó aplicando la fórmula demográfica clásica:

$$TBN = (Nacimientos / Población total) \times 1000$$

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se estimó mediante el método directo, utilizando la población femenina por grupos quinquenales de edad (15–49 años) y la distribución de nacimientos registrada entre agosto y diciembre de 2015 esto debido a que no se cuenta con la información previa al inicio del servicio.

Primero se clasificaron los nacimientos de ese periodo parcial según la edad de la madre y se calculó la proporción correspondiente a cada grupo etario. Posteriormente, esta distribución se extrapoló al total anual de nacimientos 76, manteniendo la estructura relativa observada en los meses disponibles.

Con los nacimientos anuales estimados y la población femenina de cada grupo de edad, se calcularon las Tasas Específicas de Fecundidad (TEF) dividiendo los nacimientos estimados entre la población femenina correspondiente.

Grupo de edad	Nacimientos estimados en el año	Población femenina	TEF (nacimientos por mujer)
15–19 años	17	228	0.0746
20–24 años	34	140	0.2429
25–29 años	0	122	0
30–34 años	17	141	0.1206
35–39 años	8	94	0.0851
40–44 años	0	89	0
45–49 años	0	83	0

Tabla 6 Tasas Específicas de Fecundidad (TEF) por grupo quinquenal de edad en el CSR Arimatea, 2015.
Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar 2015, Elaboración propia MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa

Finalmente, la suma de todas las TEF cuyo valor es 0.5231 por cinco, correspondiente al ancho de cada intervalo quinquenal, obteniéndose así una TGF de 2.62 hijos por mujer para el CSR Arimatea en 2015.

Mortalidad

En el año 2015 el INEGI registró 655,688 defunciones en México, 26,519 en Chiapas, 580 en Palenque. Como se mencionó previamente Chiapas registro 26, 519 defunciones 14, 571 defunciones corresponden al sexo masculino y 11, 943 corresponden al sexo femenino. (INEGI, 2018)

Año	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
2015	655,688.00	26,519.00	580.00	1.00
2014	633,641.00	24,568.00	468.00	
2013	623,599.00	23,121.00	431.00	
2012	602,354.00	22,411.00	431.00	
2011	590,693.00	21,199.00	390.00	
2010	592,018.00	21,721.00	354.00	

Tabla 7 Defunciones registradas en el CSR Arimatea, Palenque, Chiapas y México del año 2010-2015

Fuente: INEGI 2017. Elaboración propia.

El CRS Arimatea en 2015 registro 1 defunción de un adulto mayor que residía en Arimatea, la causa aparente fue choque séptico secundario a neumonía.

Indicador	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
T. Bruta de mortalidad	5.41	5.08	4.71	0.26

Tabla 8 Tasa Bruta de Mortalidad 2015 estimada para el CSR Arimatea, Palenque, Chiapas y México.

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: INEGI 2017. Elaboración propia

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) para 2015 muestra diferencias importantes entre los distintos niveles territoriales analizados. México, Chiapas y Palenque, lo que refleja patrones de mortalidad propios de poblaciones grandes y con estructuras demográficas más equilibradas. En contraste, el CSR Arimatea registra una TBM extremadamente baja (0.26), debido principalmente a su población reducida, lo que hace que una sola defunción genere una tasa muy pequeña.

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) se calculó utilizando la fórmula demográfica estándar, que consiste en dividir el número total de defunciones registradas durante el año entre la población total estimada a mitad del mismo periodo y multiplicar el resultado por 1,000 para expresarlo en defunciones por cada mil habitantes. Con esta operación fue posible obtener la TBM para México, Chiapas, Palenque y el CSR Arimatea, permitiendo comparar la mortalidad general entre poblaciones de distinto tamaño y características demográficas.

Mortalidad Infantil

México registró 26,057 defunciones en menores de un año en 2015, 1,515 defunciones ocurrieron en Chiapas y 16 en Palenque, el CSR Arimatea no ocurrieron defunciones en menores de un año en año de estudio. (INEGI, 2018)

Año	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
2015	26,057.00	1,515.00	16.00	0
2014	26,399.00	1,479.00	25.00	
2013	27,817.00	1,390.00	14.00	
2012	28,956.00	1,522.00	34.00	
2011	29,050.00	1,411.00	14.00	
2010	28,865.00	1,326.00	4.00	

Tabla 9 Defunciones en menores de un año registradas en el CSR Arimatea, Palenque, Chiapas y México del año 2010-2015.

Fuente: INEGI 2017. Elaboración propia

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta una Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) para México 14.2 por cada 1000 nacidos vivos esta cifra para el 2014.

Año	México	Chiapas
2015	12.30	12.86
2014	12.39	13.38
2013	12.77	13.95
2012	13.18	14.56
2011	13.62	15.23
2010	14.08	15.95

Tabla 10 Tasa de Mortalidad Infantil para Chiapas, México periodo 2010-2015.

Fuente: CONAPO 2017. Elaboración propia

La Tabla 10 se aprecia la TMI estimada por el CONAPO para México y Chiapas en el periodo 2010-2015. La TMI estimada por el que suscribe para Palenque para el 2015 es de 0.9 por cada 1000 nacidos vivos siguiendo la metodología propuesta por Cardenas 2009. (OPS, 2018)

Muerte Materna

En 2015 el INEGI registro 778 muertes maternas en México, 87 en Chiapas y 1 en Palenque; para obtener este dato, se utilizó el sistema de consulta interactiva de Estadísticas de Mortalidad del INEGI, seleccionando el conjunto de datos correspondiente a las “Defunciones maternas totales” del año 2015. A partir de esta base, se aplicaron filtros por entidad federativa y municipio de ocurrencia. (INEGI, 2026)

el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) registro 778 muertes en 2015 la cifra estatal para Chiapas acorde al OMM es de 77. (Observatorio de Mortalidad Materna, 2024)

El CSR Arimatea no registro ninguna muerte materna en el año de trabajo, los auxiliares de salud refieren que no ha ocurrido una muerte con estas características en los últimos 5 años. Los pobladores de la comunidad Arimatea refieren que ocurrió una muerte con estas características hace más de 20 años.

Año	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
2015	778.00	81.00	1.00	0.00
2014	872.00	77.00	0.00	
2013	861.00	63.00	3.00	
2012	960.00	67.00	4.00	
2011	971.00	60.00	1.00	
2010	992.00	67.00	4.00	

Tabla 11 Muertes Maternas registradas por el INEGI en el CSR Arimatea, Palenque, Chiapas y México en el periodo 2010-2015
Fuente: INEGI, 2017. Elaboración propia

Al comparar la Tabla 11 y 12 se aprecia una disparidad en las muertes registradas por el INEGI y el OMM en Chiapas, pues para el 2015 el INEGI registró 81 y el OMM reporta 77.

Año	México	Chiapas
2015	778.00	77.00
2014	872.00	77.00
2013	861.00	62.00
2012	960.00	68.00
2011	971.00	60.00
2010	992.00	69.00

Tabla 12 Muertes Maternas Registradas por el OMM en Chiapas y, México en periodo 2010-2015.
Fuente OMM, 2017. Elaboración propia.

La Razón de Muerte Materna (RMM) reportada en México para 2015 de acuerdo OPS y el OMM es de 38.6 por cada 100 mil nacidos vivos. En Chiapas la RMM calculada por el OMM es de 68.5 por cada 100 mil nacidos vivos en el mismo año, 77.4% mayor que la media nacional. (Observatorio de Mortalidad Materna, 2024) (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Año	México	Chiapas
2015	34.60	68.50
2014	38.90	68.10
2013	38.20	54.80
2012	42.30	60.60
2011	43.20	52.60
2010	51.50	73.20

Tabla 13 Razón de Muerte Materna por la OPS en Chiapas y México en el periodo 2010-2014.

Fuente OPS, 2017. Elaboración propia.

Morbilidad

En el 2015 la SSA registró 40,660,526 atenciones médicas a nivel nacional, de las cuales las infecciones respiratorias agudas (IRAS) registran mayor cantidad de atenciones, en la Tabla 12 podemos apreciar las 20 principales causas de morbilidad en México, las enfermedades infecciosas siguen siendo la principal causa de atención médica en los servicios de salud del país. (Gobierno de Mexico, 2017).

Diagnosticos	México
Infecciones respiratorias agudas	23 755 831
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4 899 424
Infección de vías urinarias	4 098 042
Úlceras, gastritis y duodenitis	1 429 474
Gingivitis y enfermedades periodontales	1 146 950
Conjuntivitis	835 313
Otitis media aguda	614 253
Vulvovaginitis aguda	477 644
Obesidad	472 012
Hipertensión arterial	440 322
Síndrome febril	403 480
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	369 146
Intoxicación por picadura de alacrán	272 695
Asma y estado asmático	266 803
Amebiasis intestinal	255 368
Candidiasis urogenital	206 775
Insuficiencia venosa periférica	192 099
Otras helmintiasis	189 200
Varicela	179 165
Neumonías y Bronconeumonías	156 530
Total 20 principales causas	40 660 526

Tabla 14 Morbilidad de México en el año 2015
Fuente: SSA, 2017. Elaboración propia

La SSA del estado de Chiapas se registró 1 251 121 atenciones médicas, 616 096 son IRAS (Tabla 12). A diferencia de la morbilidad nacional se aprecia que en Chiapas las enfermedades periodontales son desplazadas por síndromes febriles y Amebiasis intestinal.

Diagnósticos	Chiapas
Infecciones respiratorias agudas	616 096
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	179 811
Infección de vías urinarias	135 561
Úlceras, gastritis y duodenitis	61 889
Síndrome febril	38 131
Amebiasis intestinal	25 782
Gingivitis y enfermedades periodontales	25 585
Otras salmonelosis	20 331
Otitis media aguda	20 138
Conjuntivitis	18 531
Vulvovaginitis aguda	17 839
Hipertensión arterial	14 087
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	13 210
Otras helmintiasis	12 648
Candidiasis urogenital	12 148
Obesidad	11 768
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	9 343
Asma y estado asmático	8 074
Fiebre tifoidea	5 213
Escabiosis	4 936
Total 20 principales causas	1 251 121

Tabla 15 Morbilidad de México en el año 2015
Fuente: SSA, 2017. .Elaboración propia

Al comparar la Tabla 14 y 15 con el panorama nacional demuestra que el estado sigue siendo impactado por enfermedades asociadas a la pobreza y falta de acceso a servicios básicos.

Educación

En México el INEGI en la EIC 2015 señala 5.48% de población era analfabeta, asimismo el 7.28% de la población mexicana no tiene escolaridad. En Chiapas se registró un 14.84% de población analfabeta y el 14.29% de la población sin escolaridad. (INEGI, 2018)

Escolaridad	CSR Arimatea
Analfabetas	700.00
Alfabetas sin escolaridad	182.00
Primaria incompleta	229.00
Primaria completa	302.00
Secundaria Completa	189.00
Secundaria inompleta	398.00
Preparatoria	141.00
Profesional	73.00

Tabla 16 Escolaridad de los pobladores

Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar 2015. Elaboración propia

En el CSR Arimatea existen 700 habitantes en condición de analfabetismo; el analfabetismo lo define el INEGI como:

“Situación social que afecta a la población adulta y a jóvenes mayores de 15 años que se caracterizan por no saber leer ni escribir, ni conocer y manejar nociones matemáticas elementales, lo cual dificulta y obstaculiza su incorporación al sector productivo.”

Vivienda

La EIC 2015 registró 31,949,709 viviendas particulares en México, 1,238,565 en Chiapas, 28,585 en Palenque; el CSR Arimatea registro 724 viviendas en las 4 comunidades distribuidas de la siguiente manera:

- Arimatea 167
- El Progreso 185
- Nva. Galilea 257
- A. Corona el Rosal 116

El INEGI en la EIC 2015 propone 6 tipos de viviendas y las clasifica de la siguiente manera:

1. Casa única en el terreno
2. Casa que comparte terreno con otra(s)
3. Casa dúplex, triple o cuádruple
4. Departamento en edificio
5. Vivienda en vecindad o cuartería
6. Otro tipo de vivienda

En la Tabla 17 observamos la distribución porcentual de las viviendas en México, Chiapas, Palenque de acuerdo a la clasificación propuesta por el INEGI en la EIC 2015, el 100% de las viviendas adscritas al CSR Arimatea se encuentran dentro de las categorías 1-3. (INEGI, 2018)

Tipo de Vivienda	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Casa única en el terreno	73.1	82.82	94.9	100.00
Casa que comparte terreno con otra(s)	16.66	12.9		
Casa dúplex, triple o cuádruple	2.12	0.72		
Departamento en edificio	5.01	0.86	1.34	
Vivienda en vecindad o cuartería	1.73	1.66	2.27	
Otro tipo de vivienda	0.11	0.04	0.05	

Tabla 17 Distribución porcentual por tipos de viviendas en el CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México año 2015.

Fuente: INEGI 2017; Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

Con este indicador se observa una condición de menor desarrollo habitacional en las comunidades adscritas al CSR Arimatea, dado que no se identifican otros tipos de vivienda fuera de las categorías 1 a 3. La concentración total en estas tres tipologías refleja una limitada diversidad constructiva, lo que sugiere un nivel de desarrollo inferior en comparación con los patrones registrados a nivel municipal, estatal y nacional.

Características de las Viviendas

Para distinguir la calidad y las características constructivas de las viviendas en México el INEGI en la EIC 2015 toma 3 variables (Material en Paredes, Material en Pisos, Material en Techos) con las que se identifican los principales materiales de las viviendas en México.

Los materiales industrializados reflejan una vivienda de mejor calidad de la vivienda, esto se debe a que estos materiales tienen una mayor resistencia.

El *tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto* es principal material utilizado en las paredes de las viviendas en México sin embargo en el CSR Arimatea se registra un alto porcentaje de viviendas con paredes de madera (69.2%); la comunidad Nva. Galilea reportó 80.15% paredes de madera; este dato es de suma importancia porque impacta la salud de los habitantes haciéndolos más propensos a cierto tipo de enfermedades porque no se encuentran completamente protegidos contra lluvias o las bajas temperaturas. (INEGI, 2018)

Material en Paredes	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto	88.72	73.13	81.25	30.80
Madera o adobe	9.21	23.07	17.80	69.20
Embarro o bajareque, lámina de asbesto o metálica, carrizo, bambú o palma	1.19	3.03	0.45	
Material de desecho o lámina de cartón	0.31	0.45	0.03	
Material no especificado	0.57	0.31	0.48	

Tabla 18 Distribución porcentual por material en paredes en las viviendas del CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México año 2015.

Fuente: INEGI 2017; Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

El *cemento o firme* es el material más usado en México, Chiapas, Palenque y en las comunidades del CSR Arimatea.

Material de Pisos	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Tierra	3.55	10.62	8.01	35.68
Cemento o firme	52.67	75.30	73.97	63.54
Mosaico, madera u otro recubrimiento	43.17	13.69	17.48	0.78

Tabla 19 Distribución porcentual por material en pisos en las viviendas del CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México año 2015.

Fuente: INEGI 2017; Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

En la Tabla 19 se observa que el piso de *tierra* representa una parte importante de las viviendas a las que brinda atención del CSR Arimatea hasta un 35.68%.

La comunidad de Arimatea es la que tiene una cantidad más alta de viviendas (89 viviendas) con piso de *tierra* lo cual representa un 43.71% d esta comunidad.

Pisos	Arimatea	El Progreso	Nueva Galilea	A. Corona el Rosal	CSR Arimatea
Cemento	89	147	145	80	461
Madera	5	0	0	0	5
Tierra	73	37	112	36	258
Otros	0	0	0	0	0

Tabla 20 Distribución de tipos de piso en viviendas por comunidad y total del CSR Arimatea para el 2015
Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar,2015. Elaboración propia.

La losa de concreto o viguetas con bovedilla es el material más usado en las viviendas mexicanas seguido de la Lámina metálica, lámina de asbesto, lámina de fibrocemento, palma o paja, madera o tejamanil, esta distribución se invierte en el estado y el municipio; en las viviendas adscritas al CSR Arimatea el material más utilizado es la Lámina metálica, lámina de asbesto, lámina de fibrocemento, palma o paja, madera o tejamanil, seguida de la losa de concreto o viguetas con bovedilla y se destaca la prevalencia del uso materiales tradicionales como la palma que se encuentra en la categoría *teja o terrado con vigería*. (INEGI, 2018)

Material en Techos	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Material de desecho o lámina de cartón	1.49	0.73	0.88	2.62
Lámina metálica, lámina de asbesto, lámina de fibrocemento, palma o paja, madera o tejamanil	20.21	60.75	72.51	65.88
Losa de concreto o viguetas con bovedilla	75.13	32.18	25.87	17.68
Teja o terrado con vigería	2.57	6.01	0.24	13.81
Material no especificado	0.61	0.34	0.50	

Tabla 21 Distribución porcentual por material de techos en las viviendas del CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México año 2015.
Fuente: INEGI 2017; Cedula de Microdiagnóstico Familiar,2015. Elaboración propia.

Como se mencionó anteriormente el material más usado en las comunidades del CSR Arimatea es la *Lámina metálica* esto se debe a que es el material más disponible y barato para los pobladores de la comunidad porque es subsidiado por el gobierno del estado de Chiapas; este material es catalogado como indicador de pobreza y carencia social por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL, 2014)



Imagen 7 Fotografía de una vivienda en Arimatea.

Combustible usado para cocinar

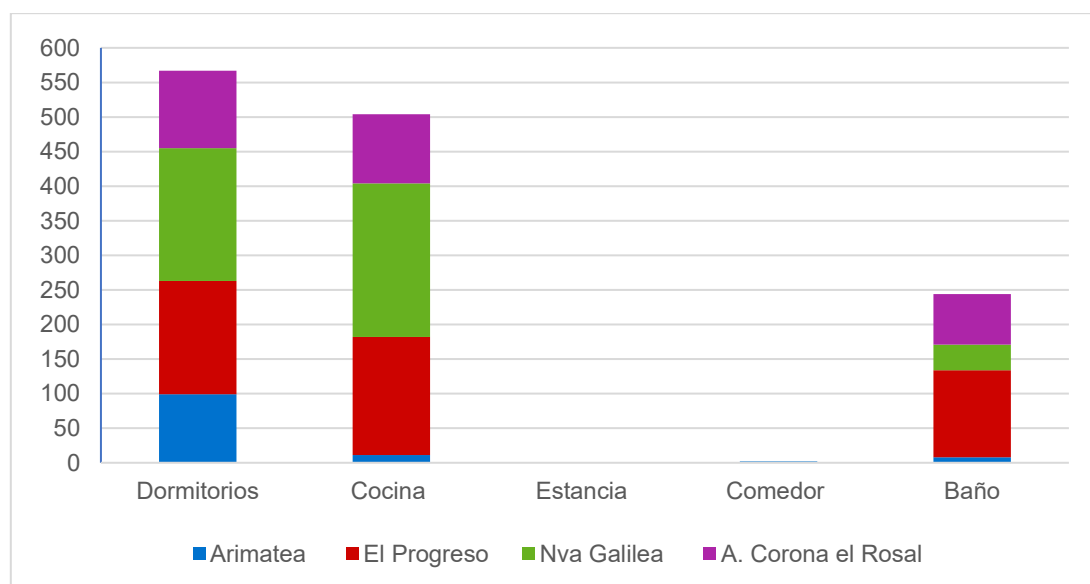
El gas es el combustible más usado en México sea este gas natural o tanque. Las viviendas en Chiapas y Palenque, por lo general usan *leña o carbón* como principal combustible; de igual forma en las comunidades del CSR Arimatea. Lo que indica en una población carencia de servicios básicos. (CONEVAL, 2014)

Tipo de Combustible	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Leña o carbón	14.79	51.03	56.33	85.22
Gas	82.50	46.69	40.32	14.78
Otro combustible	0.76	0.48	0.52	0.00
Los ocupantes no cocinan	1.90	1.50	2.46	0.00
No especificado	0.05	0.30	0.37	0.00

Tabla 22 Distribución porcentual por Tipo de Combustible en las viviendas del CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México año 2015.

Fuente: INEGI 2017; Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia

la Gráfica 5 se aprecia el uso que se le da a cada cuarto. Se destaca que la mayor parte de los cuartos se usa para dormir y después para preparar alimentos, por último, para ir al baño



Gráfica 5 Distribución de tipos de cuartos por comunidad.

Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia

Como se mencionó previamente el CSR Arimatea registro 724 viviendas entre las 4 comunidades, estas viviendas suman 1318 cuartos de acuerdo a la definición operativa del INEGI en la EIC 2015, en la Tabla 20 se aprecia la distribución de cuartos y viviendas por comunidad. (INEGI, 2018)

	Arimatea	El Progreso	Nva Galilea	A. Corona el Rosal
Cuartos	121.00	461.00	451.00	285.00
Viviendas	167.00	184.00	257.00	116.00

Tabla 23 Distribución de cuartos y viviendas en las comunidades CSR Arimatea 2015.

Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

La comunidad de Arimatea es la que presenta el menor número de cuartos por vivienda, con un promedio inferior a un cuarto por unidad habitacional. Esta condición evidencia una marcada insuficiencia de espacios y hacinamiento importante.

Saneamiento y Servicios Básicos

Acceso al Agua

El acceso agua es un indicador importante que permite medir el rezago social y la pobreza de la población, la CPEUM menciona que toda persona tiene derecho acceso, disposición y saneamiento del agua.

El INEGI reporta que el 94.58% de las viviendas mexicanas disponen agua entubada, el 5.35% restante dispone de este recurso, pero a través del acarreo a sus viviendas. Las comunidades del CSR Arimatea disponen al 100% del agua entubada siempre que las comunidades cuenten con energía eléctrica. (INEGI, 2018)

Acceso al agua	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Disponibilidad de Agua Entubada	94.58	86.46	92.33	100.00

Tabla 24 Distribucion porcentual por Disponibilidad de agua en entubada CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México año 2015.

Fuente:Cedula de Microdiagnóstico Familiar,2015. Elaboración propia

Es importante destacar que la definición de agua entubada del INEGI no es sinónimo de agua potable. El agua que reciben las comunidades proviene de ríos aledaños a las comunidades y esta no recibe tratamiento previo al ser recibida en la vivienda. Los pobladores de las comunidades le dan tratamiento al agua que reciben principalmente hirviéndola.



Imagen 8 Fotografía Agua brotando en Arimatea.

Método de Potabilización	CSR Arimatea
Clorada	1.19
Hervida	79.31
Sin tratar	19.50

Tabla 25 Distribución porcentual por método de potabilización del agua en las viviendas del CSR Arimatea.

Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

Drenaje

El INEGI en la EIC 2015 define drenaje como: “Sistema de tuberías que permite desalojar de la vivienda las aguas utilizadas en el excusado, fregadero, regadera u otras instalaciones similares.” Asimismo, reporta que 6.5% de las viviendas en México no cuenta con drenaje, esta cifra se ve casi duplicada en el panorama estatal y municipal. Lo que se traduce en menor acceso a este servicio a nivel estatal y municipal. (INEGI, 2018)

Viviendas	México	Chiapas	Palenque
Disponen de drenaje	92.82	86.93	86.48
No disponen de drenaje	6.50	12.68	12.96

Tabla 26 Distribución porcentual por disposición de drenaje en las viviendas del CSR Arimatea.

Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

En el panorama comunitario 52.04% de las familias cuentan con *drenaje* de acuerdo a la definición de la EIC 2015, estas viviendas no tienen acceso a la red pública de desagües y desalojan en fosas sépticas.

El acceso a drenaje es considerado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) como un indicador de calidad en las viviendas; en consecuencia, el 47.96% de la viviendas a las que el CSR Arimatea brinda cobertura no tienen drenaje haciéndolas carentes de servicios básicos de acuerdo al CONEVAL. Recordemos que la CPEUM dice que todos los mexicanos tienen de derecho a una vivienda digna y decorosa.

Energía Eléctrica

Acorde a la EIC 2015 el 98.72% de las viviendas disponen de energía eléctrica sin importa la forma en que esta sea suministrada ya sea por el estado o paneles solares. En las comunidades el 100% de la vivienda cuenta con energía eléctrica suministrada por el estado, aunque el servicio no es constante, dejando a las comunidades sin energía hasta por meses. (INEGI, 2018)

Acceso a la Energía Eléctrica	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Disponen de Electricidad	98.72	97.54	98.36	100.00

Tabla 27 Distribución porcentual por disposición de energía eléctrica en las viviendas del CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México.

Fuente:INEGI, 2017; Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

Manejo de Basura

Los residuos generados en las viviendas de México se *entregan al servicio público de recolección* principalmente, el resto generalmente son quemados. Esta relación se invierte en el panorama municipal, esto se debe a que el servicio de recolección es casi nulo en las comunidades y en las zonas urbanas el servicio es escaso. (INEGI, 2018)

Eliminación de Residuos	México	Chiapas	Palenque
Entregan a servicio público de recolección	79.42	57.68	44.27
Tiran en el basurero público o colocan en el contenedor o depósito	7.27	3.51	2.01
Queman	11.94	35.72	52.66
Entierran o tiran en otro lugar	0.88	2.81	0.80
No especificado	0.49	0.27	0.26

Tabla 28 Distribución porcentual método de eliminación de residuos en las viviendas de Palenque, Chiapas, México.

Fuente:INEGI, 2017. Elaboración propia.

En el contexto comunitario las familias adscritas al CSR Arimatea eliminan sus desechos quemándolos a cielo abierto.

Eliminación de Residuos	CSR Arimatea
Entregan a servicio público de recolección	0.00
Tiran en el basurero público o colocan en el contenedor o depósito	0.00
Queman	96.71
Entierran o tiran en otro lugar	3.29
No especificado	0.00

Tabla 29 Distribución porcentual método de eliminación de residuos en las viviendas del CSR Arimatea.

Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia

Servicios de Salud

Afiliación

En México 82.18% de la población está afiliada a un servicio de salud, el servicio de salud con mayor porcentaje de afiliación es el Seguro Popular (SP), el porcentaje de población afiliada a este servicio en el panorama estatal y municipal casi se duplica. (INEGI, 2016)

Condición de Afiliación	México	Chiapas	Palenque
Afiliada	82.18	82.34	83.13
No afiliada	17.25	17.28	16.48

Tabla 30 Distribución porcentual condición de afiliación en la población de Palenque, Chiapas, México

Fuente:INEGI, 2017. Elaboración propia.

Modelo de Aseguramiento	México	Chiapas	Palenque
IMSS	39.18	12.37	6.85
ISSSTE e ISSSTE estatal	7.71	5.44	4.02
Pemex, Defensa o Marina	1.15	0.77	0.09
Seguro Popular o para una Nueva Generación	49.90	82.09	89.53
Institución privada	3.27	0.79	0.30
Otra institución	1.55	1.26	0.53

Tabla 31 Distribución porcentual modelo de aseguramiento en la población de Palenque, Chiapas, México

Fuente:INEGI, 2017. Elaboración propia.

En el contexto comunitario el 97.76% de las familias están afiliadas a un servicio salud, principalmente al SP.

El resto de las familias no están afiliadas a otro modelo de aseguramiento público federal.

Modelo de Aseguramiento	CSR Arimatea
Seguro Popular	97.63
IMSS	0.00
ISSSTE estatal	0.13
Pemex, Defensa o Marina	0.00

Tabla 32 Distribución porcentual modelo de aseguramiento en las viviendas del CSR Arimatea.

Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia

La LGS menciona que toda persona que no forme parte de ningún modelo de aseguramiento en deberá ser adscrita al SP; el CONEVAL considera que si una persona no se encuentra adscrita a ninguna institución que le provea servicios médicos se encuentra en carencia por acceso al servicio. (CONEVAL, 2014)

Uso de anticonceptivos

El CSR Arimatea atiende a una población de 1093 mujeres en edad fértil; 93 mujeres en edad fértil usan algún método anticonceptivo, es decir el 9.01% de las mujeres en edad fértil, siendo el más usado la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y en segundo lugar anticonceptivos inyectables.

Cobertura de inmunizaciones menores de 1 año

El CSR Arimatea tiene una población de 76 menores de un año, 100% de esta población cuenta con su esquema de inmunizaciones completo.

En este punto es importante mencionar los servicios de salud con lo que cuenta el CSR de Arimatea, recursos humanos y materiales, días y horarios de atención.

Y en el caso de Palenque el Hospital, como centro de referencia de 2° nivel. Servicios con los que cuenta para interconsulta y urgencias.

En ambos casos ubicar disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Indicadores Económicos

La EIC 2015 reporta al 50.26% de la población mayor de 12 años mexicana como *población económicamente activa* (PEA) y el 49.37% restante *población no económicamente activa* (PNEA). El INEGI en la EIC 2015 define a la PEA y a la PNEA como:

- PEA: *Personas de 12 y más años de edad que en la semana de referencia tuvieron un vínculo con la actividad económica o que buscaron tenerlo.*
- PNEA: *Personas de 12 y más años de edad que en la semana de referencia únicamente realizaron actividades no económicas y no buscaron trabajo.*

Ocupación de la población	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Población económicamente activa	50.26	44.48	43.77	41.33
Población no económicamente activa	49.37	55.27	56.01	58.67

Tabla 33 Distribución porcentual por ocupación de la población del CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México

Fuente: INEGI, 2017; Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

La PEA del CSR Arimatea consta de 915 personas y 1299 PNEA. El 100% PEA de CSR Arimatea es población ocupada es decir la población que tenía empleo.

PEA productiva	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Población económicamente activa	50.26	44.48	43.77	41.33
Ocupada	95.94	95.62	97.9	100.00
Desocupada	4.06	4.38	2.1	

Tabla 34 Distribución porcentual PEA productiva de la población del CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México

Fuente: INEGI, 2017; Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

La PNEA consta de las personas que no realizaron actividades económicas y que no buscaron trabajo, la PNEA se compone de estudiantes, personas dedicadas al trabajo doméstico que no reciben ningún tipo de pago, personas con algún tipo discapacidad entre otros. (INEGI, 2018)

Ocupación de la PNEA	México	Chiapas	Palenque	CSR Arimatea
Población no económicamente activa	46,167,449.00	2,110,249.00	48,223.00	1,299.00
Pensionados o jubilados	6.25	1.91		
Estudiantes	32.03	29.58		41.19
Personas dedicadas a los quehaceres del hogar	46.68	54.62		58.81
Personas con alguna limitación física o mental que les impide trabajar	3.46	3.40		
Personas en otras actividades no económicas	11.57	10.48		

Tabla 35 Distribución porcentual de la ocupación PNEA de la población del CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México

Fuente:INEGI, 2017; Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia.

En el contexto comunitario PNEA se compone por personas dedicadas al trabajo doméstico y estudiantes.

La EIC 2015 organiza a la PEA de acuerdo al sector de actividad económica en el que trabajan. El sector primario comprende las actividades de agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza; el secundario abarca minería, extracción de petróleo y gas, industria manufacturera, electricidad, agua y construcción; la categoría de servicios incluye transporte, gobierno y otros servicios, estos pertenecen al sector terciario.

	México	Chiapas	Palenque
Primario	11.08	36.38	44.62
Secundario	25.16	14.61	9.94
Comercio	18.34	13.98	13.15
Servicios	43.77	33.91	31.33

Tabla 36 Distribución porcentual por sector de actividad económica en el que trabaja la población del CSR Arimatea, Palenque, Chiapas, México.

Fuente:INEGI, 2017. Elaboración propia.

La PEA adscrita al CSR Arimatea se compone por 811 campesinos y 104 empleados en el sector terciario.

Indicadores Políticos

El estado de Chiapas se compone por 24 regiones electorales de acuerdo al artículo 12 del Código Electoral del Estado de Chiapas. Las elecciones para diputados del 2015 muestran los partidos políticos con mayor presencia en el estado.

Partidos P. con presencia en Chiapas	Chiapas	Palenque
PVEM	45.49	51.45
PRI	23.80	17.83
MORENA	6.17	9.42
PRD	5.46	4.77
PAN	4.00	1.66
PT	2.77	3.66
Nueva Alianza	2.07	1.50
Movimiento Ciudadano	1.80	1.08
Encuentro Social	1.45	0.59
Partido Humanista	1.17	0.63

Tabla 37 Distribución porcentual de partidos políticos con presencia en Palenque y Chiapas
Fuente:IEPC, 2017. Elaboración propia

El Partido Verde Ecologista de México, el Partido Revolucionario Institucional, así como Movimiento Regeneración Nacional son los partidos políticos con más presencia en el estado.

No se cuenta con información electoral precisa o con cierto rigor metodológico y/o estadístico a nivel de localidad que permita identificar la preferencia política específica de la población del CSR Arimatea.

No obstante, durante el año de servicio se observe una notable presencia de propaganda del Partido Verde Ecologista de México (PVEM) en las comunidades que integran el CSR Arimatea. Esta nos sugiere una mayor visibilidad de dicho partido, aunque no permite inferir de manera concluyente el voto local.

Indicadores Culturales

Etnicidad

La gran diversidad de pueblos indígenas en México hace que la población mexicana tenga una composición multicultural; el INEGI en la EIC 2015 introduce la autoadscripción para determinar si una persona o no pertenece a una etnia. (INEGI, 2018)

Autoadscripción indígena	México	Chiapas	Palenque
Se considera	21.50	36.15	52.48
Se considera en parte	1.59	1.00	1.13
No se considera	74.67	61.50	45.32
No sabe	1.28	0.73	0.42

Tabla 38 Distribución porcentual por autoadscripción indígena la población de Palenque, Chiapas, México.

Fuente:INEGI, 2017. Elaboración propia.

Chiapas es uno de los estados en los que reside gran parte de la población indígena de México. En el CSR Arimatea no existe un registro oficial que permita determinar con precisión qué proporción de la población se reconoce como indígena.

Durante el año de servicio observamos, diversos elementos culturales y lingüísticos sugieren la presencia de población indígena, muchos habitantes prefieren no identificarse abiertamente como tal debido a los prejuicios y estigmas negativos asociados al ser indígena. En consecuencia, la autoidentificación indígena no es reportada de manera abierta, lo que impide contar con un dato preciso sobre la composición cultural de la comunidad.

Lengua

El Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) publicó su catálogo de las lenguas indígenas en DOF el 14 de enero del 2008 en cual se agrupan las lenguas indígenas de México y otros países de América. (Diario Oficial de la Federación, 2008)

El INEGI en el EIC 2015 registra y agrupa las lenguas indígenas de México de acuerdo al *Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales*. La lengua más hablada en México es el Náhuatl seguido del Maya, en Chiapas la lengua más hablada es el Tseltal. (INEGI, 2018)

Lengua Indígena	México	Lengua Indígena	Chiapas
Náhuatl	23.37	Tseltal	39.48
Maya	11.64	Tsotsil	34.78
Tseltal	7.54	Ch'ol	15.43
Mixteco	7.01	Zoque	4.08
Tsotsil	6.61	Tojolabal	4.02
Zapoteco	6.49	Mam	0.59
Otomí	4.17	Q'anjob'al	0.41
Totonaco	3.63	No especificado	0.28
Ch'ol	3.41	Chuj	0.19
Mazateco	3.24	Akateko	0.19

Tabla 39 Distribución porcentual por prevalencia de lengua indígena habladas de Chiapas y México.
Fuente:INEGI, 2017. Elaboración propia

En el panorama comunitario la lengua más hablada es el Ch'ol seguido del Tseltal; la única comunidad en la que la mayoría habla Tseltal es Arimatea.

En México 6.58% de la población habla alguna lengua indígena de los cuales 12.32 % no habla español. Para Palenque esta cifra se eleva hasta el 16.54%.

	México	Chiapas	Palenque
Habla español	84.58	68.87	81.86
No habla español	12.32	29.34	16.54

Tabla 40 Distribución porcentual por prevalencia de condición de habla española de Chiapas y México.
Fuente:INEGI, 2017. Elaboración propia

En el panorama comunitario el 100% de población originaria habla lengua indígena, sea esta Tseltal o Ch'ol. Dos residentes de Arimatea son originarias de Tabasco y no hablaba lengua indígena por lo que se comunican en español.

Indicadores de Salud

En este apartado se presentan los principales recursos del CSR Arimatea, con base en los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud establecidos en la Observación General núm. 14.

El CSR Arimatea se organiza en cuatro microrregiones cada microrregion dispone de un espacio proporcionado por la propia comunidad para la atención médica. A continuación, se describen los espacios de salud de cada microrregión.

Arimatea

Arimatea cuenta con una casa de salud construida con piso de cemento, paredes de block y techo de lámina.

- Distribución del espacio: recibidor, consultorio, almacén-farmacia y una oficina que funcionaba como archivo.
- Equipamiento del consultorio: cama de exploración, escritorio, mesa de mayo y archivero.



Imagen 9 Instalaciones del C.S.R. Arimatea. Fuente MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016. Elaboración Propia.

Nueva Galilea

El espacio destinado a la atención médica en Nueva Galilea no fue diseñado originalmente para ese fin, ya que era un anexo de la cárcel comunitaria.

- Características del espacio: piso de tierra, paredes de piedra y techo de lámina de cartón.
- Equipamiento del consultorio: una mesa y una cama de exploración adaptada.

El Progreso

El Progreso cuenta con un espacio anexo a la sala de reunión ejidal.

- Características del espacio: piso de tierra, paredes de piedra y techo de lámina.
- Equipamiento del consultorio: mesa con silla y cama de exploración.



Imagen 10 Casa de Salud Rural El Progreso.
Fuente MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto
2015 Julio 2016. Elaboración Propia.

A. Corona el Rosal

A. Corona el Rosal cuenta con un espacio diseñado específicamente como casa de salud, con consultorio de paredes de block, techo tipo teja y piso de cemento.

- Características del espacio: piso de tierra, paredes de piedra y techo de lámina.
- Equipamiento del consultorio: mesa de exploración y mesa pequeña para atención.



Imagen 11 Instalaciones de Casa de Salud Rural A. Corona el Rosal Fuente MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016. Elaboración Propia.

De igual forma se presentan los indicadores de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

Disponibilidad

Disponibilidad	CSR Arimatea
1. Número de médicos disponibles por turno	1 médico pasante en un solo turno.
2. Número de enfermeras/os por turno	1 enfermera, 1 auxiliar de salud, 3 pasantes de enfermería.
3. Disponibilidad de medicamentos del cuadro básico	Acceso al cuadro básico, pero no me surtieron medicamentos durante el año de servicio
4. Existencia de material de curación suficiente	No se contaba con material suficiente
5. Disponibilidad de vacunas y biológicos	No, la unidad no contaba con red de frío
6. Disponibilidad de equipo médico funcional	Estetoscopio; baumanómetro; glucómetro con tiras; termómetro de mercurio; oxímetro; báscula; báscula pediátrica; cinta métrica; equipo de curación; equipo de sutura; equipo de exploración ginecológica (espéculo, pinza possey, pinza de anillos); lámpara de exploración; cama de exploración; mesa de mayo; autoclave; equipo para hemoglobina/hematocrito
7. Horario efectivo de atención	08:00 a 14:00 horas
8. Disponibilidad de transporte para referencia y contrarreferencia	No disponible (la comunidad depende de transporte externo)
9. Existencia de servicios básicos	Energía eléctrica disponible solo cuando la comunidad contaba con el servicio
10. Disponibilidad de personal administrativo o de apoyo	Ninguno

Tabla 41 Indicadores de Disponibilidad del CSR Arimatea.

Fuente MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016. Elaboración Propia.

La disponibilidad del CSR Arimatea es limitada, aunque se cuenta con un médico pasante y personal de enfermería por turno, la ausencia total de surtimiento de medicamentos del cuadro básico y la insuficiencia de material de curación vulneran directamente la capacidad resolutive de la unidad. El equipo médico esencial está presente y funcional, pero la falta de red de frío impide la conservación de biológicos, lo que afecta la continuidad de los programas de vacunación. Asimismo, la inexistencia de transporte para referencia, la intermitencia del suministro eléctrico y la ausencia de personal administrativo reflejan una infraestructura mínima que condiciona la prestación efectiva de servicios.

Accesibilidad

Accesibilidad	CSR Arimatea
1. Distancia promedio entre la comunidad y el CSR Arimatea	Nueva Galilea: 30 min (terracería); El Progreso: 45 min (terracería); Adolfo Corona del Rosal: 50 min (terracería)
2. Tiempo de traslado al hospital de referencia	30 minutos aproximadamente
3. Costo del transporte para acudir a la unidad	Entre \$25 y \$50 pesos, según la comunidad
4. Condiciones del camino	Terracería en todo el trayecto
5. Disponibilidad de transporte público o comunitario	Transporte de particulares en vehículos tipo van y redilas
6. Barreras geográficas	No especificadas (puedo ayudarte a redactarlas si me dices cuáles observaste)
7. Accesibilidad para personas con problemas de movilidad	Ninguna adaptación disponible
8. Claridad de la información sobre horarios y servicios	Información clara y visible
9. Tiempo de espera para ser atendido	Entre 20 y 30 minutos
10. Acceso a servicios de urgencias en horarios no laborales	El CSR no está capacitado para urgencias reales; solo se brinda acompañamiento al Hospital General de Palenque

Tabla 42 Indicadores de Accesibilidad del CSR Arimatea.

Fuente MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016. Elaboración Propia.

La accesibilidad se ve afectada principalmente por las distancias prolongadas entre las comunidades y el CSR Arimatea, así como por las condiciones de terracería en todo el trayecto, lo que incrementa tiempos y costos de traslado. Aunque existe transporte comunitario, este depende de particulares y no garantiza disponibilidad continua. El costo para acudir a la unidad puede representar una barrera económica para familias de bajos ingresos. Además, no existen adaptaciones para personas con movilidad reducida, lo que limita el acceso universal.

Aceptabilidad

Aceptabilidad	CSR Arimatea
1. Percepción del trato recibido por el personal de salud	El trato brindado fue respetuoso y cordial hacia los pacientes.
2. Respeto a la cultura, lengua y costumbres de la comunidad	Se brindó consulta con traducción simultánea, realizada por el personal de enfermería cuando fue necesario.
3. Preferencia de la población por acudir al CSR vs. curanderos o privados	La población también acude con parteras, hueseros y médicos privados; no se cuenta con porcentaje exacto.
4. Nivel de confianza en el personal médico y de enfermería	No se dispone de información precisa sobre este indicador.
5. Percepción de privacidad y confidencialidad durante la atención	No se cuenta con datos para evaluar este aspecto.
6. Satisfacción general con los servicios recibidos	La satisfacción fue limitada, principalmente por la falta de surtimiento de medicamentos.
7. Aceptación de programas de salud	Buena aceptación en vacunación, control prenatal y seguimiento general; baja adherencia en pacientes crónicos.
8. Percepción de seguridad dentro de la unidad	No se cuenta con información específica sobre este indicador.
9. Disposición de la población para acudir a consultas de seguimiento	Baja asistencia en hipertensos, diabéticos, dislipidemias y síndrome metabólico; los hombres acudían con menor frecuencia.
10. Percepción de respeto y no discriminación durante la atención	No se dispone de datos para evaluar este indicador.

Tabla 43 Indicadores de Aceptabilidad del CSR Arimatea.

Fuente MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016. Elaboración Propia.

La aceptabilidad de los servicios es moderada: el trato del personal fue respetuoso y se brindó atención con traducción, lo que refleja sensibilidad cultural. La satisfacción general se vio afectada por la falta de medicamentos, y no se cuenta con información suficiente sobre privacidad, confidencialidad o percepción de seguridad, lo que limita la evaluación integral de este componente. La adherencia a programas de salud fue buena en áreas preventivas, pero baja en pacientes crónicos, especialmente en hombres.

Calidad

Calidad	CSR Arimatea
1. Oportunidad en la atención	Tiempo promedio de espera: 10 minutos
2. Resolutividad del CSR	Alta, especialmente en IRAS y EDAS atendidas localmente
3. Adecuación del diagnóstico y tratamiento	no se surtieron recetas por falta de medicamentos
4. Continuidad de la atención	Pobre, los pacientes no acudían por incompatibilidad entre horario laboral y horario del CSR
5. Referencias adecuadamente justificadas	Principalmente para trabajo de parto; referencias justificadas
6. Tiempo de respuesta del hospital de referencia	Laboratorio: 15 días; Ultrasonido: 20–30 días; Medicina interna: 30 días
7. Registro clínico	Notas elaboradas en formato SOAP
8. Funcionamiento del equipo médico esencial	Equipo funcional
9. Cumplimiento de esquemas de vacunación	Parcial, afectado por la huelga sanitaria
10. Satisfacción del usuario sobre calidad técnica	No disponible

Tabla 44 Indicadores de Calidad del CSR Arimatea.

Fuente MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016. Elaboración Propia.

La calidad de la atención presenta fortalezas y debilidades. La oportunidad en la atención es adecuada, con tiempos de espera cortos, y la resolutividad es alta en padecimientos comunes como IRAS y EDAS. No obstante, la falta de medicamentos impide completar tratamientos, afectando la calidad técnica. La continuidad de la atención es deficiente debido a la incompatibilidad entre horarios laborales de la población y el horario del CSR, lo que limita el seguimiento de enfermedades crónicas. Las referencias están justificadas, pero los tiempos de respuesta del hospital de referencia son prolongados, lo que retrasa diagnósticos y tratamientos. Aunque el equipo médico es funcional y se elaboran notas SOAP, no se cuenta con indicadores de satisfacción del usuario.

Las condiciones identificadas en el CSR Arimatea tienen implicaciones sobre la salud de la población, especialmente en la continuidad del tratamiento de enfermedades crónicas. Frente a este panorama, se recomienda fortalecer el abastecimiento regular del cuadro básico, garantizar la disponibilidad de biológicos mediante la instalación de una red de frío funcional, mejorar la infraestructura mínima de las casas de salud, establecer mecanismos comunitarios de transporte para referencia oportuna; además, es necesario implementar estrategias de educación en salud culturalmente pertinentes que incrementen la adherencia terapéutica y la confianza en los servicios.

Conclusiones

La CPEUM establece en su artículo 4º que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, lo que obliga al Estado mexicano a diseñar e implementar modelos de atención que garanticen dicho derecho. Sin embargo, estos modelos no logran asegurar un acceso efectivo y una cobertura homogénea, pues limitan la disponibilidad de ciertos servicios y o atenciones.

Como resultado, una parte de la población cuenta con mayor protección y acceso que otra. Esta situación evidencia que las políticas públicas en materia de salud y seguridad social continúan siendo inequitativas.

La LGS desde su promulgación ha experimentado una serie de reformas para dar paso a un sistema de salud, mas equitativo e incluyente con acceso universal, de igual forma generar un modelo universal de salud.

La OMS considera que el DS de los grupos indígenas se ve particularmente vulnerado por las escasas condiciones de acceso y disponibilidad en las que se encuentra por lo tanto enfoca parte sus acciones en estos grupos.

EL PIDECS es un tratado internacional adoptado por la ONU que versa en materia de DH y da un carácter legal a los DH; en este documento se instrumenta el DS.

El derecho a la salud se encuentra vertido el artículo 12 del PIDESC, de este documento emana la observación general numero 14; en este documento se reconoce que la salud es modificada por la diversas condiciones en las que una persona vive, estas condiciones además de ser injustas pueden perjudicar el desarrollo de un individuo.

De igual forma la Observación General número 14 señala que para la aplicación del DS son necesarios 4 elementos, estos son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Al comparar el desarrollo de las comunidades que atienden el CSR Arimatea con el panorama nacional y estatal resulta evidente que hay un claro rezago en materia de educación, acceso a servicios básicos, vivienda y servicios de salud.

El entorno donde habitan las personas tiene un fuerte impacto en su calidad de vida y tiene un papel sumamente importante en el desarrollo de las mismas. Las familias del CSR Arimatea tienen escaso acceso a materiales de calidad en la vivienda, en consecuencia, carecen de espacios suficientes para una vivienda digna lo cual impacta negativamente su salud y su calidad de vida.

Asimismo, carecen de servicios básicos indispensables en una vivienda; la carencia de servicios básicos impacta fuertemente en las condiciones sanitarias de la personas. En el CSR Arimatea los pobladores carecen de al menos dos servicios básicos agua potable y drenaje.

Las condiciones socioeconómicas de los pobladores a los que brinda atención el CSR Arimatea limitan el acceso a ciertos servicios salud, particularmente los servicios médicos privados y algunos públicos.

Tomando en cuenta lo anterior, los servicios médicos accesibles para la población del CSR Arimatea no son suficientes para satisfacer todas las necesidades de los pobladores, considerando que el equipamiento, así como los suministros recibidos y los espacios físicos son inadecuados e insuficientes para atender las demandas en materia de salud de la población.

A lo anterior debemos sumar el hecho de que hay contexto social negativo alrededor de las personas que pertenecen a un grupo indígena en gran parte de territorio nacional, generando así cierto rechazo por parte de los grupos indígenas a las instituciones del país no solo en materia de salud.

Este rechazo genera que los pobladores no acudan con determinado profesional de la salud limitando aún más los servicios de salud a los que pueden tener acceso.

Sección 3

Introducción

La tercera sección de este reporte aborda dos áreas principales del servicio social: el seguimiento de los programas de salud en la unidad médica y la elaboración del perfil de morbilidad de la población adscrita. La estructura se basa en un marco teórico sobre políticas de salud, análisis del funcionamiento de los programas y sistematización epidemiológica utilizando casos nuevos registrados durante el año.

Primero, se presenta un panorama de las políticas de salud en México —incluyendo antecedentes históricos, reformas, programas nacionales y metas sexenales— para contextualizar los programas de primer nivel. Luego, cada programa se analiza según nombre, objetivos, metas, estrategias, actividades, resultados, coherencia interna y propuestas de mejora.

Por último, el perfil de morbilidad considera únicamente casos de primera vez e incluye las diez patologías más comunes, tanto transmisibles como no transmisibles, y el daño diferenciado por edad y sexo. Los datos se muestran en tablas y gráficas, con un análisis interpretativo que relaciona enfermedad y determinantes sociales. Esta organización permite identificar a qué grupos afecta más cada patología, su temporalidad e influencia de las condiciones de vida.

En síntesis, esta sección integra información programática y epidemiológica en un análisis crítico y contextualizado, facilitando la comprensión de la interacción entre políticas, programas, enfermedades y factores sociales que inciden en la salud de la población.

Capítulo 1 El Banco Mundial

El Banco Mundial (BM) es una organización internacional que tiene como objetivo acabar con la pobreza extrema y fomentar la prosperidad de todos los países. El BM está constituido por 189 países miembro y este a su vez está conformado por dos instituciones. (Grupo Banco Mundial , 2018)

La creación del BM se remonta a julio de 1944 en Bretton Woods, Estados Unidos donde se celebró la Conferencia Monetaria y Financiera de las Naciones Unidas también conocida como Bretton Woods en la cual participaron 44 países uno de ellos México. (Banco Mundial , 2009; Grupo Banco Mundial , 2018; Urzúa C. , 2007)

En dicha conferencia se dio a conocer al mundo la creación del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). El BIRF tendría el propósito de ayudar a reconstruir el mundo que en ese momento se encontraba devastado por la segunda guerra mundial. (Matte, 2012)

En 1959 en la junta de gobernadores del BIRF se crea la Asociación Internacional de Fomento (AIF), con el propósito de ayudar al desarrollo económico de las naciones menos favorecidas. (Matte, 2012)

La AIF y el BIRF son las dos instituciones que conforman al BM y estas a su vez que pertenecen al Grupo del Banco Mundial. El Grupo del Banco Mundial está conformado por 5 instituciones:

- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)
- La Asociación Internacional de Fomento (AIF)
- La Corporación Financiera Internacional (IFC)
- el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (MIGA)
- el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI)

Estas organizaciones colaboran entre si para ayudar al desarrollo de los países con el propósito de erradicar la pobreza. (Grupo Banco Mundial , 2018; Banco Mundial , 2009)

Actualmente el BM concentra sus acciones en lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) primordialmente busca erradicar la pobreza mejorando las condiciones de salud, educación y medio ambiente. (Banco Mundial , 2009)

Capítulo 2 Objetivos de Desarrollo del Milenio

En el año 2000 en Nueva York, Estados Unidos la ONU tuvo lugar la primer cumbre del milenio en la cual participaron 189 países. En dicha cumbre los países firmaron la Declaración del Milenio. (Ferreira, 2008)

La Declaración del Milenio es un documento en el cual los países se comprometen: “liberar a nuestros semejantes, hombres, mujeres y niños de las condiciones abyectas y deshumanizadoras de la pobreza extrema.” Con el propósito de vivir en mundo más prospero, justo y pacifico. (Naciones Unidas, Asamblea General, 2000)

Los Objetivo del Desarrollo del Milenio (ODM) son una 8 metas establecidas por las Naciones Unidas para el desarrollo de los países, son resultado de los compromisos adquiridos en la Declaración del Milenio. (Robles, 2006; Naciones Unidas, Asamblea General, 2002; Naciones Unidas, Asamblea General, 2000)

Como se mencionó anteriormente los ODM son 8 metas que debían ser cumplidas en el año 2015 (ver Imagen 1), que tienen como propósito el liberar a la humanidad de la pobreza extrema en sus múltiples dimensiones sean estas el hambre, la enfermedad, la sostenibilidad ambiental entre otras. (ONU México , 2018)



Imagen 12 Objetivo del Desarrollo del Milenio
Fuente Organización de las Naciones Unidas, 2015.

Los ODM y sus metas son:

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

- Meta 1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día
- Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal

- Meta 3. Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

- Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015

Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil

- Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

- Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

- Meta 7. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

- Meta 9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente
- Meta 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable
- Meta 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurio

Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

- Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.

Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.

- Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.

Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza.

- Meta 14. Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General).
- Meta 15. Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.
- Meta 16. En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.
- Meta 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.
- Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones. (ONU México , 2018)

Para realizar el seguimiento y cumplimiento de las metas y objetivos establecidos la ONU junto a el BM y el FMI propusieron evaluar estas metas con 48 indicadores cuantitativos en el informe “Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio”.

A pesar del esfuerzo mundial por lograr los ODM estos no se cumplieron, es por esto que en septiembre del 2015 el mundo adopta los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible son 17 objetivos (Ver Imagen) y 149 metas que proponen luchar contra la pobreza, la desigualdad haciendo frente a los retos del cambio climático para el año 2030.



Imagen 13 Objetivos de Desarrollo Sostenible.
Fuente Organización de las Naciones Unidas, 2016.

Capítulo 3 Políticas de salud en México, su relación con el Banco Mundial

Antecedentes

En la década 1970 la economía mexicana creció de forma importante, esto a causa del incremento en el precio del petróleo y el descubrimiento de nuevos yacimientos petrolíferos; lo cual volvió a la economía mexicana sumamente dependiente del petróleo. (Schmidt & Stamos, 1996)

Es en esta década cuando la deuda externa se disparó, pasó de 118 millones de dólares en 1973 a 460 millones en 1981; México al poseer nuevas reservas petroleras se volvió un país sumamente atractivo para recibir crédito de diversas instituciones bancarias con el aval de BM y el FMI. (Toussaint, 2020)

En consecuencia, a el incremento de las tasas de interés por parte de Estados Unidos los países de la OPEP especialmente Arabia Saudita en 1981 incrementan la producción de petróleo haciendo que el precio del petróleo cayera. Lo cual repercutió significativamente en la economía mexicana haciéndola incapaz de hacer frente al pago de la deuda externa, decretando el 20 de agosto de 1982 una moratoria de 6 meses en los pagos de la deuda. (Urzúa C. M., 2000)

México se vio en la necesidad de pedir préstamos a las instituciones de Bretton Woods el FMI y el BM para así hacer frente a la deuda. El FMI y el BM cambiaron sus políticas crediticias condicionando los préstamos a la aplicación de reformas estructurales conocidas como políticas de ajuste estructural. (Chávez Ramírez, 1996)

Las políticas de ajuste estructural son una serie de medidas para reordenar el gasto público con el propósito de sanar la economía.

México aceptó las condiciones del BM y el FMI a los préstamos solicitados, generando reformas en sus políticas públicas y aceptando las recomendaciones del BM en materia de salud. (Chávez Ramírez, 1996)

Asimismo 1980 el BM publica el “informe sobre desarrollo mundial” de amplias tendencias neoliberalistas donde criticaba los sistemas de salud de los países en desarrollo asegurando una mala asignación de recursos para la salud y la inequidad al acceso de los servicios de salud. (Menéndez, 2005)

De igual forma se proponían una serie de medidas para mejorar las condiciones de vida y salud de la población dichas medidas consistían en:

1. Incrementar la producción de alimentos
2. Alfabetizar a la población
3. Fortalecer el primer nivel de atención

A causa de esto se hacen modificaciones a la Constitución de 1917 para incluir el derecho a la protección de la salud y se promulga la LGS en 1983 creando sistemas estatales de salud y transfiriendo la responsabilidad de estos a los estados. (Homedes Begue & Ugalde, 2008; Menéndez, 2005)

Durante el sexenio de Salina de Gortari (1988-1994) se implementa el Programa Nacional Solidad (PRONASOL), que se manejó en primera instancia por la presidencia y después por Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) creada en dicho sexenio. Con PRONASOL se financiaron acciones con el propósito de erradicar la pobreza, inversiones en infraestructura, nutrición, educación, salud, vivienda, agua y saneamiento electricidad. (Homedes Begue & Ugalde, 2008) (Muñoz Patraca, 2010)

Si bien el discurso político seguía siendo de descentralización, el estado reordenó que una parte del gasto público se asignara a la población en situación de pobreza, que aumentó como consecuencia de las políticas de ajuste estructural. (Homedes Begue & Ugalde, 2008; Muñoz Patraca, 2010)

Es a mitad de los 90's cuando Zedillo asume la presidencia por lo que se retoman acciones en materia de descentralización y de formar un modelo de atención de bajo costo para el estado, constituidas por un paquete de acciones prácticamente exclusivas en el primer nivel de atención. (Homedes Begue & Ugalde, 2008; Muñoz Patraca, 2010)

No se incluían intervenciones quirúrgicas o de alto grado de especialidad y en caso de que un paciente los necesitará debía pagar cuotas de recuperación, dificultando el acceso a la población que se encontraba en situación de pobreza. (Muñoz Patraca, 2010)

El 1ro de noviembre del 2000 Fox asume la presidencia de México y junto a él vienen una serie de políticas reformadoras guiadas por el modelo de sistema de salud llamado "pluralismo estructurado" que tiene como propósito distribuir los recursos en materia de salud de forma más equitativa evitando la duplicidad en servicios de salud. (Homedes Begue & Ugalde, 2008; Menéndez, 2005)

En 2002 arranca el seguro popular como programa piloto y en 2003 se hace una enmienda a la LGS el propósito el SP era desarrollar un sistema único y universal de protección en salud que se adecuara a las posibilidades de las familias mexicanas. (Homedes Begue & Ugalde, 2008; Muñoz Patraca, 2010)

Como se mencionó anteriormente en septiembre del 2000 tuvo lugar la cumbre del Milenio, donde se firmó la Declaración del Milenio que, en términos de salud, las propuestas giraron en torno a tres objetivos:

1. Reducir de manera decisiva la mortalidad materna
2. Disminuir la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años
3. Detener la propagación de la pandemia de VIH/SIDA y otras enfermedades de relevancia internacional.

Es por esto que en el programa nacional de salud 2007-2012 se reconocen la mortalidad infantil, la muerte materna y la propagación del VIH. Asimismo, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 proponía avanzar universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad. (Muñoz Patraca, 2010)

El BM ha asumido el propósito ayudar a los gobiernos a lograr la cobertura sanitaria en 2030 es decir que todas las personas obtengan servicios médicos de calidad. (Muñoz Patraca, 2010)

Capítulo 4 Políticas de salud del Sexenio Actual

La CPEUM es la norma máxima de nuestro país y ahí se encuentran vertidos los derechos elementales de los individuos; de igual forma se plasma que será el estado quien garantice el desarrollo de la nación (Artículo 25), distribuyendo de una forma equitativa y justa su riqueza; fomentado el desarrollo económico. (Diario Oficial de la Federación , 2013)

Con relación al artículo 25 el artículo 26 establece que el estado propondrá un plan nacional de desarrollo a los cuales estarán sujetos los programas de la respectiva administración. (Diario Oficial de la Federación , 2013; Diario Oficial de la Federación , 2013)

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 dispone de estrategias, objetivos y líneas de acción a la que deberán adherirse las instituciones del gobierno federal. El PND 2013-2018 presentado la administración de Enrique Peña Nieto consta de 5 metas nacionales:

1. Un México en Paz
2. Un México Incluyente
3. Un México con Educación de Calidad
4. Un México Prospero
5. Un México con Responsabilidad Global

Estas metas obedecen a la problemática social que vive México, es decir que se garantice el ejercicio de la democracia y la seguridad de la población, así como disminuir los índices de delito; de igual forma busca garantizar ejercicio de los derechos sociales de los mexicanos particularmente garantizar el acceso al derecho a la salud. Garantizar el desarrollo integral de todos los mexicanos con educación de calidad. Todo esto aunado a un mayor desarrollo económico que impacte de forma positiva en el mundo. (Diario Oficial de la Federación , 2013)

Para lo cual se han establecido diversos objetivos, dichos se encuentran sometidos a estrategias transversales que son:

1. Democratizar la Productividad.
2. Gobierno Cercano y Moderno.
3. Perspectiva de Genero

Esto con el propósito de que se fortalezca y modernicen las instituciones con el objetivo de evitar estereotipos de género, mismos que repercuten negativamente en el éxito de las políticas públicas.

La meta de Mexico en paz busca desarrollar y fortalecer la democracia, así como la seguridad Nacional para mejorar las condiciones de seguridad pública y consolidar un sistema penal eficaz, transparente e imparcial con el propósito de que se garantice el respeto a los derechos humanos de los mexicanos.

Un México Incluyente enfoca la acción del Estado en garantizar el ejercicio pleno de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social. Propone una política en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos.

De igual forma busca que los diferentes grupos sociales del país tengan ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población asimismo desarrollar sociedad equitativa e incluyente; asegurar el acceso a los servicios de salud, ampliar el acceso a la seguridad social y proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna. Estas acciones buscan disminuir la brecha social que existe hacia las poblaciones originarias y afrodescendientes del país.

México con Educación de Calidad en esta meta la administración de EPN procura un acceso equitativo de oportunidades siendo la educación de calidad la base para garantizar el derecho de todos los mexicanos a mejorar su calidad de vida y contribuir al progreso nacional. (Diario Oficial de la Federación , 2013)

Un México Próspero busca incrementar y democratizar la productividad de nuestra economía, con un enfoque que permita un acceso global a los factores de la producción.

Por último, México con Responsabilidad Global procura fortalecer la presencia de México en el mundo, se promueve el valor de México en el mundo mediante la difusión económica, turística y cultural. Ratifica el compromiso del país con el libre comercio.

Como se mencionó anteriormente el PND 2013-2018 consta de 5 metas nacionales, dichas metas constan de diferentes objetivos cada una, así como de diferentes estrategias y líneas de acción para llevar a cabo dicho objetivo. (Diario Oficial de la Federación, 2013)

Un México incluyente aborda lo concerniente en materia de salud y particularmente los objetivos 2.1 y 2.3

- Objetivo 2.1.
Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población.
- Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.
 - Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.
 - Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.
 - Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.
 - Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad
 - Estrategia 2.3.5. Promover la cooperación internacional en salud.
- Objetivo 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social

De igual forma los objetivos y metas plasmados en el PROSESA 2013-2018 deberán ser congruentes con las metas nacionales del PND 2013-2018 y las estrategias transversales del mismo (Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género). (Diario Oficial de la Federación , 2013)

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 contiene seis objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

El objetivo 1 (Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades) busca generar políticas públicas en materia de prevención, protección y promoción de la salud, es decir generar una cultura de prevención y autocuidado de la salud. Estas acciones están enfocados particularmente a las enfermedades crónicas no transmisibles.

El objetivo 2 (Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad) está pensado para asegurar atención médica a toda la población y que esta sea integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral.

Particularmente se busca mejorar la atención en primer nivel de atención.

El objetivo 3 (Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida) tiene el propósito de establecer líneas de acción que permitan controlar y prevenir la degradación ambiental producida por establecimientos y que impactan negativamente en la salud de la población.

El objetivo 4 (Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país) reconoce las condiciones de desigualdad e inequidad en el país a niños, adultos mayores, mujeres, indígenas particularmente de zonas rurales o con bajos ingresos.

Es por eso que se proponen estrategias y líneas de acción que consoliden el control de las enfermedades del rezago, abordar sistémicamente la mortalidad infantil y materna para cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. De igual forma busca lograr incidir en los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud a través de políticas intersectoriales.

El objetivo 5 (Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud busca elevar la eficiencia y la calidad del gasto en salud y avanzar hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

El objetivo 6 (Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud) pretende lograr que la población del país esté protegida continuamente por un esquema de aseguramiento público sin importar su condición laboral. (Diario Oficial de la Federación , 2013)

Capítulo 5 Seguimiento de programas

El seguimiento de los programas nos permite evaluar las acciones llevada a cabo por el CSR Arimatea durante el periodo que tuvo lugar servicio social, comprendido de agosto de 2015 a julio de 2016.

Desde la sede del CSR Arimatea se coordinó la operación de la mayor parte de los programas. Asimismo, es importante señalar que el centro contaba con tres microrregiones de influencia: Nueva Galilea, El Progreso y Adolfo Corona del Rosal. En este marco, se dio continuidad a los programas con los cuales se trabajó lo cuales fueron:

1. Planificación familiar
2. Control prenatal parto y puerperio
3. Vacunación
4. Nutrición del niño
5. Atención a la salud del adulto y adulto mayor
6. Prevención y control de la Enfermedad de Chagas

El análisis de los programas permite valorar su cobertura, aceptación, coherencia interna y capacidad de respuesta frente a las necesidades reales de la población atendida.

Planificación familiar.

Objetivos del programa.

Brindar información y acceso a métodos seguros de planificación familiar seguros y adecuados con el propósito de asegurar el derecho a la salud reproductiva permitiendo hombres y mujeres disfruten de su vida sexual, reproductiva y su libre decisión acerca del número y espaciamiento de sus hijos.

Metas

El programa de planificación familiar del CSR Arimatea cuenta con 94 usuarias activas de las cuales se les dará seguimiento mensual bimestral, semestral según sea el caso y se buscará su permanencia en el programa en contrario retiro del método anticonceptivo.

Las metas de este programa es la permanencia de las usuarias de métodos anticonceptivos e ingreso a nuevos pacientes al programa, de igual forma de darlas de baja si expresan deseos de fertilidad.

Estrategias.

1. Identificación de la población en riesgo.
2. Distribuir de métodos anticonceptivos gratuitos a la población en edad reproductiva (mayor de 15 años).
3. Educación para la salud, en materia de educación sexual sean estos pláticas y consulta a la población de igual forma promover el uso de métodos de planificación familiar.

Actividades.

Las actividades realizadas en el CSR Arimatea durante el año de servicio son:

- Pláticas para promover la planificación familiar y el uso de métodos de anticonceptivos en escuelas y en el CSR Arimatea.
- Capacitación al personal de enfermería en criterios de elegibilidad y manejo de métodos anticonceptivos.
- Ingresar pacientes al programa de planificación familiar, de igual forma aplicar y distribuir de métodos anticonceptivos. (Preservativos, anticonceptivos orales combinados anticonceptivos inyectados mensuales o bimestrales, colocación de implante subdérmico, colocación de DIU T de cobre y parche subdérmico.)

Resultados y análisis

Al inicio de año de servicio el programa contaba con 94 usuarias activas, de los cuales se encontraban distribuidos de la siguiente forma:

- 2 tomados con anticonceptivos orales mensuales.
- 15 inyectables mensuales.
- 7 inyectables bimestrales.
- 2 pacientes portadoras de DIU de cobre.
- 67 pacientes postoperadas de OTB.

Al término del año de servicio se contaba con 110 usuarias activas distribuidas de la siguiente forma:

- 3 tomados con anticonceptivos orales mensuales
- 31 inyectables mensuales
- 0 inyectables bimestrales
- 1 pacientes portadoras de DIU de cobre
- 67 pacientes postoperadas de OTB
- 5 portadores de implante subdérmico

Método anticonceptivo	Activos	Ingresos	Egresos	Totales
Anticonceptivos orales	2	3	0	5
Inyectable mensual	15	16	0	31
Inyectable bimestral	7	0	7	0
Preservativo	0	0	0	0
DIU	2	0	1	1
Implante subdérmico	0	5	0	5
OTB	67	0	0	67
Histerectomía	1	0	0	1
Totales	94	24	8	110

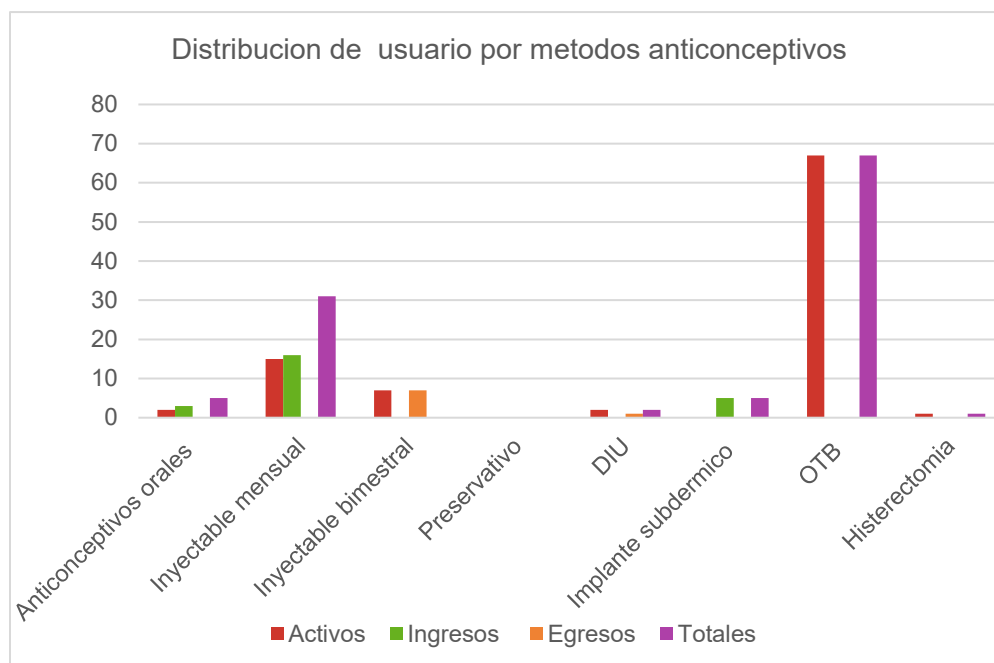
Tabla 45 Distribución de métodos anticonceptivos por condición de activos, ingresos y egresos

Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016. Elaboración propia

De igual forma, se distribuyeron 200 unidades de preservativos a los alumnos de educación media superior durante una sesión educativa sobre salud sexual y reproductiva en el CSR Arimatea. El preservativo masculino fue bien recibido por los estudiantes; ninguno acudió a consulta posteriormente para darse de inscribir al programa.

En abril de 2016, la Jurisdicción Sanitaria VI Selva anunció una campaña sanitaria para realizar OTB a las mujeres con paridad satisfecha. La jurisdicción solicitó una lista de pacientes interesadas en someterse a la OTB. Esta campaña fue bien acogida por las pobladoras adscritas al CSR Arimatea. Sin embargo, la campaña no se llevó a cabo debido a una huelga sanitaria que interrumpió las actividades de la Jurisdicción Sanitaria VI Selva.

Cabe destacar que durante la huelga sanitaria ocurrida en mayo de 2016 se interrumpió el suministro de métodos anticonceptivos por parte de la jurisdicción sanitaria. En consecuencia, se operó con los anticonceptivos inyectables mensuales almacenados en el CSR Arimatea. Las pacientes a las cuales se les proporcionaba anticonceptivos inyectables bimestrales recibieron la oferta de usar anticonceptivos inyectables mensuales.



Gráfica 6 Distribución de usuarios por método anticonceptivo según condición (activos, ingresos, egresos y totales).

Fuente: Cedula de Microdiagnóstico Familiar, 2015. Elaboración propia

La gráfica 6 muestra que los métodos más usados en CSR Arimatea son el inyectable mensual y la OTB. Por primera vez se colocaron implantes subdérmicos, con 5 casos en el año.

Coherencia interna

Aunque este programa está dirigido tanto a hombres como a mujeres, las únicas usuarias del programa son mujeres. Los hombres no acudieron al CSR Arimatea para inscribirse en el programa, a pesar de las pláticas sobre salud sexual y reproductiva y la distribución de preservativos. De igual forma, los usuarios del CSR Arimatea no acudieron para darse de baja del programa. Sería ideal que asistieran a consulta para darse de baja del programa y recibir consulta preconcepcional si tienen deseos de fertilidad.

La jurisdicción sanitaria no siempre contaba con los insumos necesarios para asegurar la operación del programa al 100%. Según mi experiencia, el proceso de solicitud de un implante subdérmico tuvo un plazo de entrega de aproximadamente cuatro semanas.

El programa es aceptado principalmente por la población femenina. Por motivos sociales, algunas pacientes mujeres acudían a este programa en secreto de sus parejas y usaban principalmente el anticonceptivo hormonal inyectable mensual.

Propuestas de mejora

1. Fortalecer la participación masculina en el programa, mediante sesiones educativas dirigidas específicamente a hombres jóvenes y adultos, enfatizando su corresponsabilidad en la salud sexual y reproductiva.
2. Implementar materiales educativos bilingües (español–lengua local) para mejorar la comprensión de los métodos anticonceptivos y reducir barreras culturales y lingüísticas.
3. Establecer un sistema de citas y seguimiento estructurado, que permita identificar oportunamente a las usuarias que abandonan el método y ofrecer alternativas adecuadas.
4. Capacitar de manera continua al personal de enfermería en criterios de elegibilidad, consejería y manejo de efectos secundarios, para asegurar la calidad del servicio.
5. Gestionar un stock mínimo de seguridad de métodos anticonceptivos en el CSR Arimatea, con el fin de evitar desabasto durante huelgas o retrasos administrativos.
6. Promover la consulta preconcepcional para usuarias que desean suspender el método, garantizando una transición segura hacia el embarazo.
7. Fortalecer la coordinación con la Jurisdicción Sanitaria, solicitando entregas programadas de insumos y reduciendo los tiempos de espera para implantes subdérmicos.

Control prenatal parto y puerperio

La salud reproductiva se debe entender como un estado general de bienestar físico, mental y social, en los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Objetivos del programa

1. Reducir la mortalidad materna
2. Vigilar y proteger la salud de las mujeres durante el embarazo parto y puerperio.
3. Detectar de forma oportuna de embarazos de alto riesgo y referirlas a segundo nivel.

Metas

1. Ingresar el 100% de las pacientes embarazadas al programa de control prenatal y brindar atención medica de calidad, así como datos de alarma
2. Identificar el 100% de las pacientes con un embarazo de alto riesgo
3. Referir el 100% de las pacientes a una unidad médica de segundo nivel para atención del evento obstétrico.
4. Realizar estudios de laboratorio y gabinete pertinentes a cada paciente.

Estrategias

1. Captar el 100% de la población con deseos reproductivos y proporcionar información a sus preguntas de igual forma entregar ácido fólico a las pacientes en edad reproductiva.
2. Proporcionar un mínimo de 5 consultas prenatales a todas las pacientes a lo largo de su embarazo.
3. Referir el 100% de las pacientes con un embarazo de alto riesgo a una unidad médica de segundo nivel para darle la atención médica especializada.
4. Entregar carta de referencia a el 100% de las pacientes embarazadas a unidad médica de segundo nivel para atención del evento obstétrico

Actividades

Se realizaron platicas en el CSR Arimatea con temas como la importancia del control prenatal, los signos de alarma del embarazo, infección de vías de urinarias y vulvovaginitis en todas las comunidades que el CSR Arimatea brinda cobertura en español, tzeltal y cho'ol.

Capacitación del personal de enfermería sobre los cuidados y atenciones básicos en una paciente embarazada y en el puerperio.

Aplicación de toxoide tetánico cuando estaba disponible.

Distribución de ácido fólico y multivitamínicos a todas las pacientes.

Se proporciono hojas de referencias a todas las pacientes con un embarazo de termino para atención del parto.

Las pacientes diagnosticadas con un embarazo de alto riesgo fueron referidas a una unidad médica de segundo nivel y se le daba seguimiento a su caso visitándolas semanalmente por parte del personal de enfermería e interrogándolas sobre signos de alarma.

Se agendaron citas en el hospital general de palenque para realizar estudios laboratorio y gabinete necesarios.

Se practicó a todas las pacientes prueba rápida de detección VIH con previo consentimiento informado firmado por la paciente.

Acompañamiento a 2 pacientes, la primera con preeclamsia a el Hospital General de Palenque y la segunda con trabajo de parto en fase activa.

Resultados y análisis

Durante el año del servicio se realizaron un total de 342 consultas de control prenatal y vigilancia del puerperio, de las cuales 62 fueron de primera vez y 280 subsecuentes.

Al inicio del año de servicio no se contaba registro de pacientes en control prenatal debido a que no se me entregó el CSR Arimatea. Sin embargo, a lo largo del año, se incorporaron un total de 58 pacientes a el programa de control prenatal.

Número de consultas de control prenatal parto y puerperio durante el año de servicio					
Agosto	Primera vez	2	Febrero	Primera vez	6
	Subsecuente	0		Subsecuente	25
Septiembre	Primera vez	16	Marzo	Primera vez	8
	Subsecuente	2		Subsecuente	29
Octubre	Primera vez	7	Abril	Primera vez	11
	Subsecuente	21		Subsecuente	26
Noviembre	Primera vez	11	Mayo	Primera vez	0
	Subsecuente	25		Subsecuente	34
Diciembre	Primera vez	1	Junio	Primera vez	0
	Subsecuente	35		Subsecuente	27
Enero	Primera vez	0	Julio	Primera vez	0
	Subsecuente	35		Subsecuente	21

Tabla 46 Número de consultas de control prenatal, parto y puerperio por mes según tipo de atención (primera vez y subsecuente).

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Fuente MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016. Elaboración propia.

Durante los meses de marzo y abril de 2016 se registró la mayor cantidad de consultas dentro de este programa. En la tabla 39 se detalla el número de consultas brindadas a lo largo del año de servicio.

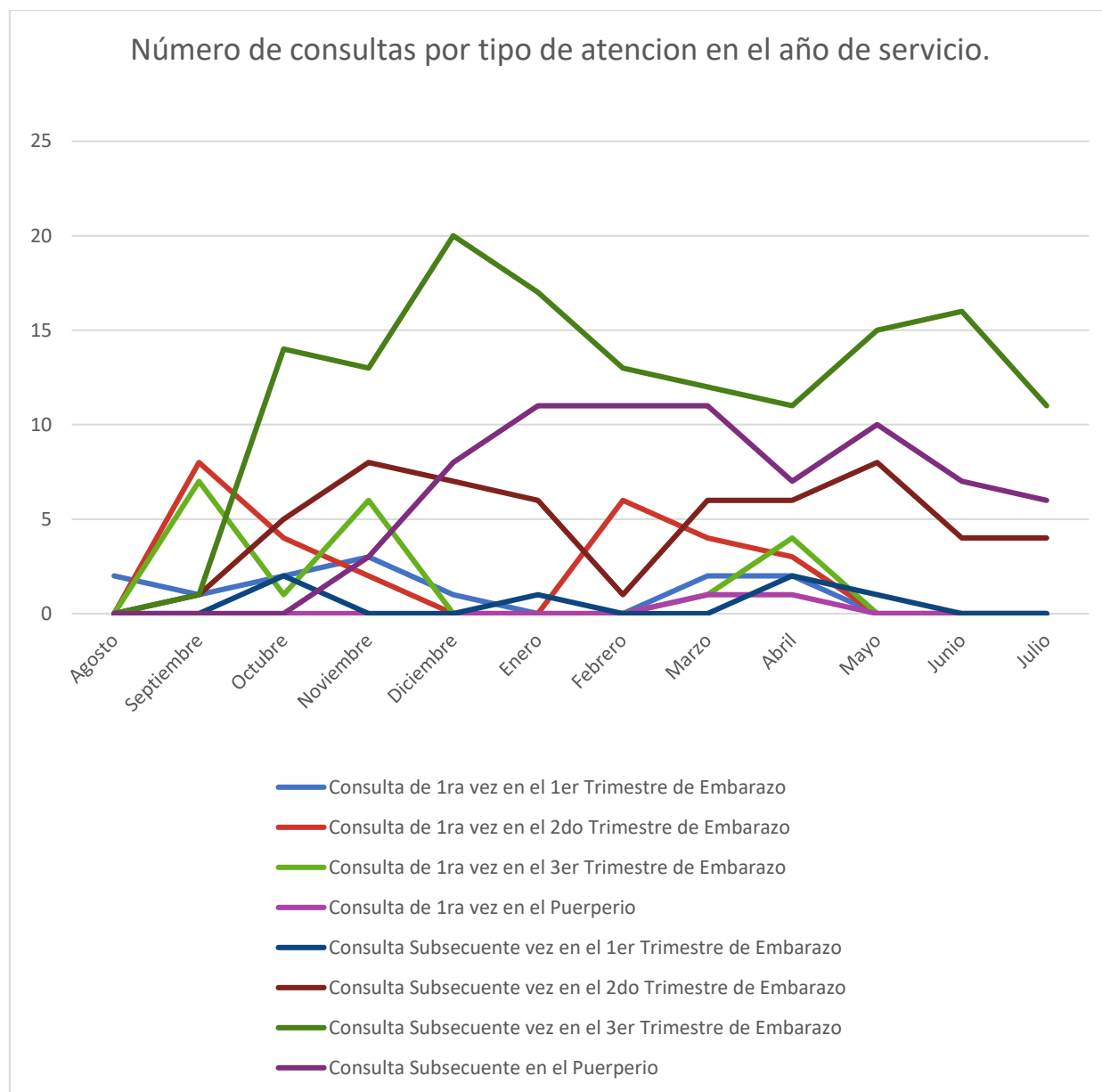
Mes	Tipo de Atención	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Puerperio	Totales
Agosto	Primera vez	2	0	0	0	2
	Subsecuente	0	0	0	0	0
Septiembre	Primera vez	1	8	7	0	16
	Subsecuente	0	1	1	0	2
Octubre	Primera vez	2	4	1	0	7
	Subsecuente	2	5	14	0	21
Noviembre	Primera vez	3	2	6	0	11
	Subsecuente	0	9	13	3	25
Diciembre	Primera vez	1	0	0	0	1
	Subsecuente	0	7	20	8	35
Enero	Primera vez	0	0	0	0	0
	Subsecuente	1	6	17	11	35
Febrero	Primera vez	0	6	0	0	6
	Subsecuente	0	1	13	11	25
Marzo	Primera vez	2	4	1	1	8
	Subsecuente	0	6	12	11	29
Abril	Primera vez	2	4	4	1	11
	Subsecuente	2	6	11	7	26
Mayo	Primera vez	0	0	0	0	0
	Subsecuente	1	8	15	10	34
Junio	Primera vez	0	0	0	0	0
	Subsecuente	0	4	16	7	27
Julio	Primera vez	0	0	0	0	0
	Subsecuente	0	4	11	6	21
Totales	Primera vez	13	28	19	2	62
	Subsecuente	6	57	143	74	280

Tabla 47 Distribución mensual de consultas de control prenatal, por trimestre de embarazo, puerperio y por tipo de atención.

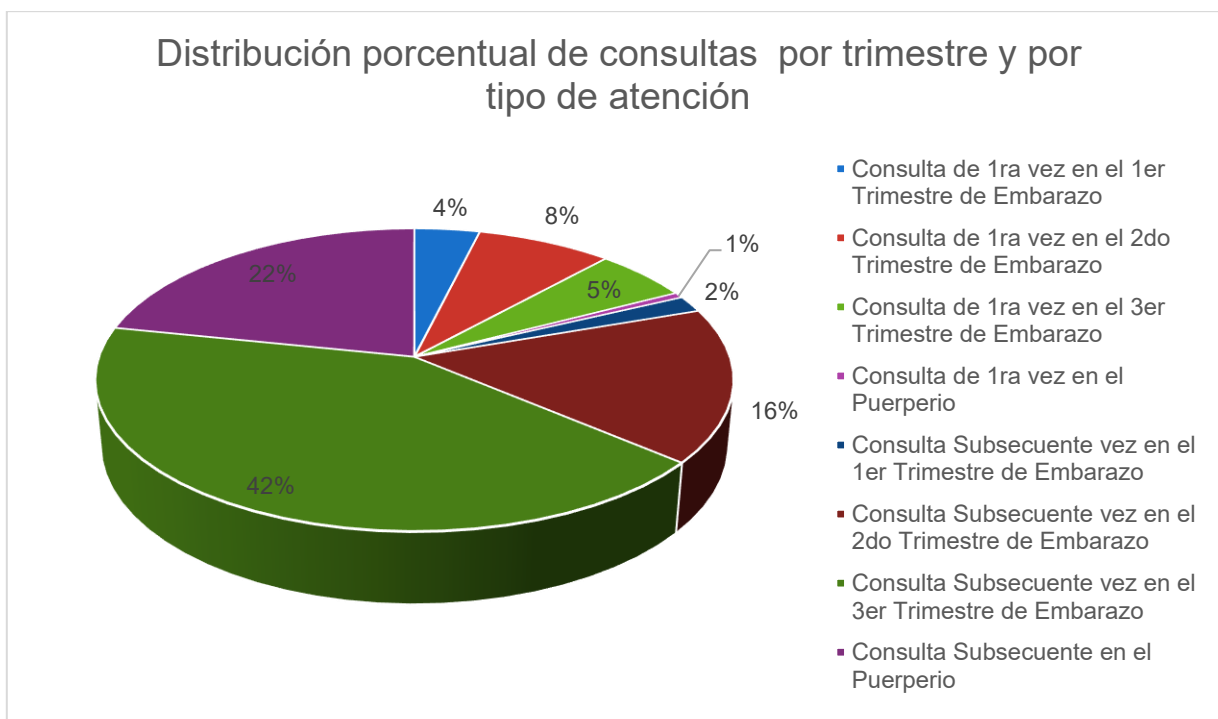
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Fuente MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016
Elaboración propia.

Las metas establecidas para captar el 100% de las embarazadas durante el primer trimestre no se alcanzaron. Solo el 20.96% del total de embarazos fue captado en el primer trimestre. Además, 28 pacientes tuvieron al menos cinco consultas de control prenatal durante el embarazo.

Se destaca que las pacientes adscritas al CSR Arimatea acudieron con mayor frecuencia a control prenatal durante el segundo trimestre del embarazo, con un apego adecuado al término de este.



Gráfica 7 Número de consultas prenatales y en el puerperio; por trimestre y tipo de atención durante el año de servicio.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia.



Gráfica 8 Distribución porcentual de consultas prenatales y en el puerperio, por trimestre y tipo de atención durante el año de servicio.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia.

En la Tabla 48 se detallan los tipos de atenciones relacionadas con control prenatal durante el año de servicio.

Registro de Atenciones en el Programa de Control prenatal	Numero de Atenciones
Consultas de Primera Vez en el Primer Trimestre	13
Control prenatal con al menos 5 consultas	28
Control Prenatal Ultrasonidos en el Primer Trimestre	6
Control Prenatal Ultrasonidos en el Tercer Trimestre	37
Control Prenatal Laboratorios en el Primer Trimestre	13
Control Prenatal Laboratorios en el Segundo Trimestre	20
Referencia para atención del evento obstétrico en Segundo nivel	32
Atención de Parto con partera	11
Atención de Parto en segundo nivel de atención	22
Cesáreas	11

Seguimiento del Puerperio sin control Prenatal	2
Seguimiento del Puerperio con control Prenatal	33
Seguimiento del Puerperio con tres consultas	29

Tabla 48 Registro de atenciones del programa de control prenatal, parto y puerperio durante el año de servicio.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016Elaboración propia.

En relación con estudios de laboratorios, 13 pacientes acudieron en el 1er Trimestre y se les agendaron citas para acudir a los mismos. 20 pacientes se les tomaron laboratorios en el 2do Trimestre.

En base a la edad gestacional, se entregó cartas de referencia para 32 pacientes a las 37.0 semanas de gestación, quienes fueron enviadas para atención del trabajo de parto en el Hospital General de Palenque.

Además, de los 44 nacimientos registrados durante el año de servicio, 11 fueron atendidos por parteras, mientras que 33 se llevaron a cabo en un segundo nivel de atención, de los cuales 22 fueron partos y 11 cesáreas.

Durante el año de servicio se identificaron 16 embarazos de alto riesgo, de los cuales se identificó como factor de riesgo la edad materna mayor a 35 años de edad 8 y 8 a embarazo adolescente, menor de los 18 años de edad. Estas pacientes fueron referidas a un segundo nivel de atención.

De igual forma se administró tratamiento a 10 pacientes con infecciones de vías urinarias y a 9 pacientes con cervicovaginitis.

Atenciones a Embarazo con Factores Comorbilidades	Numero de Atenciones
Embarazo con Factores de Riesgo	16
Embarazo con Edad Materna de Riesgo	8
Embarazo Adolescente	8
Consulta de Control de Control Prenatal + I. de vías urinarias	10
Consulta de Control de Control Prenatal + Cervicovaginitis	9

Tabla 49 Atenciones a embarazo con comorbilidades y factores de riesgo durante el año de servicio.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016Elaboración propia.

Se brindó acompañamiento y traslado al Hospital General de Palenque a dos pacientes.

La primera fue una paciente que acudió en trabajo de parto en fase activa.

La segunda fue una paciente que se presentó a consulta por primera vez, refiriendo cefalea y embarazo de 37 semanas por fecha de última menstruación se identificó con edad materna de riesgo debido a su edad (42 años) y sobrepeso. Se tomaron signos vitales y se observó hipertensión, motivo

por el cual fue referida al Hospital General de Palenque, donde se interrumpió el embarazo y se categorizó como preeclampsia con criterios de severidad.

No se registró ninguna muerte materna durante el año de servicio.

Coherencia Interna.

Los objetivos y metas propuestas dentro de este programa no son acordes a la realidad. Esto se debe a que un gran porcentaje de pacientes no acude durante el primer trimestre del embarazo.

Una gran parte de esto se explica por la falta de recursos humanos y tiempo necesario para disponer de un profesional de la salud en cada microrregión. Además, las pacientes no cuentan con los recursos materiales para realizarse una prueba de embarazo en el primer mes de amenorrea. Por esta razón, las pacientes suelen acudir solo hasta el tercer o cuarto ciclo de amenorrea.

Otro punto para destacar es el gasto que representa trasladarse al Hospital General de Palenque para la toma de laboratorios y ultrasonido durante el primer trimestre. Asimismo, debido a los tiempos de espera en el hospital, algunas pacientes no pueden realizarse el ultrasonido endovaginal.

El programa es aceptado en gran medida por la población, aunque no por el 100% de ella. Muchas pacientes optan por acudir a control con parteras, lo cual puede deberse a una preferencia por ser atendidas por personal de sexo femenino.

Las pacientes suelen percibir el puerperio como una etapa que no requiere una vigilancia médica tan estrecha, ya que no es considerado un periodo patológico por sí mismo. Como estrategia para asegurar la vigilancia durante el puerperio, se programaron revisiones del recién nacido, incentivando así la asistencia de las pacientes. En caso de que las pacientes no pudieran acudir, se enviaba personal de enfermería a su domicilio para corroborar el estado de salud de la paciente.

Considero que sería beneficioso disponer de pruebas rápidas de embarazo en el CSR Arimatea, así como contar con profesionales de la salud de planta en las microrregiones. De igual forma, sería beneficioso tener tiras reactivas para la realización de EGO.

Propuestas de mejora

1. Implementar pruebas rápidas de embarazo en el CSR Arimatea, con el fin de identificar embarazos en el primer trimestre y mejorar la captación temprana.
2. Asegurar disponibilidad continua de tiras reactivas para EGO, permitiendo la detección oportuna de infecciones urinarias, una de las principales comorbilidades identificadas.
3. Gestionar personal de salud de base en la microrregión, para garantizar continuidad en la atención y reducir la dependencia exclusiva del MPSS.
4. Fortalecer la coordinación con el Hospital General de Palenque, solicitando días específicos para ultrasonidos y laboratorios de primer trimestre, reduciendo tiempos de espera y costos para las pacientes.

5. Desarrollar sesiones educativas dirigidas a parejas, promoviendo la corresponsabilidad en el embarazo.
6. Seguimiento domiciliario estructurado, especialmente para embarazos de alto riesgo y para el puerperio, integrando visitas programadas y registro de signos de alarma.
7. Promover la consulta preconcepcional, entregando ácido fólico y consejería a mujeres en edad reproductiva para disminuir embarazos no planeados y mejorar la captación temprana.
8. Establecer un registro comunitario de embarazos, en colaboración con autoridades locales, para identificar oportunamente a mujeres que no acuden al CS.
9. Gestionar transporte comunitario para emergencias obstétricas, reduciendo retrasos en la atención de embarazos de alto riesgo y partos complicados.

Vacunación

Objetivos del programa.

Conservar la salud de la población previniendo enfermedades infecciosas aplicando inmunizaciones en diferentes grupos etarios particularmente en grupos vulnerables, generando consciencia social en la población sobre la importancia de la vacunación; en consecuencia, mejorar la condiciones de vida de la población.

Metas

Se plantea dentro de este programa que el 100% de la población adscrita al CSR Arimatea cuente con su esquema nacional de vacunación completo; con particular atención a población de 0-6 años y mujeres embarazadas. De igual forma detallamos el esquema nacional de vacunación para la población de 0-6 años.

Esquema Nacional de Vacunación				
Nacimiento	BCG	Hepatitis B		
2 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Neumococo conjugada
4 meses	Pentavalente acelular		Rotavirus	Neumococo conjugada
6 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Influenza
7 meses	Influenza segunda dosis			
12 meses	SRP			Neumococo conjugada
18 meses	Pentavalente acelular			
24 meses (2 años)	Influenza refuerzo anual			
36 meses (3 años)	Influenza refuerzo anual			
48 meses (4 años)	DPT (refuerzo)			Influenza refuerzo anual
59 meses (5 años)	Refuerzo anual Influenza (octubre-enero)			
	OPV (pollo oral) de los 6 a los 59 meses en 1ª y 2ª Semanas Nacionales de Salud*			
72 meses (6 años)	SRP (refuerzo)			

Imagen 14 Esquema Nacional de Vacunación.

Fuente Secretaría de Salud 2015

Población de 0-6 meses:

1. BCG
2. Hepatitis B 1ra, 2da y 3ra dosis
3. Pentavalente a celular 1ra, 2da y 3ra dosis
4. Rotavirus 1ra, 2da y 3ra dosis
5. Neumococo 1ra y 2da dosis
6. Influenza 1ra dosis

Población de 7-12 meses

1. Influenza 2da dosis
2. SRP 1ra dosis
3. Neumococo conjugado 3ra dosis

Población de 1 a 4 años

1. Pentavalente acelular 4ta dosis
2. Influenza refuerzo anual
3. DPT (Difteria, Pertusis, Tétanos)

Población 5 a 6 años

1. Polio oral
2. SRP refuerzo
3. Influenza refuerzo anual

Estrategias.

1. Entrega de cartillas a la población del CSR Arimatea.
2. Vacunar a la población del CSR Arimatea con biológicos que proporcione la Jurisdicción Sanitaria VI Selva.
3. Educación para la salud en materia de enfermedades infecciosas y la importancia de la vacunación
4. Aplicación de biológicos durante las Semanas Nacionales de Vacunación

Actividades.

Las actividades realizadas en el CSR Arimatea durante el año de servicio son:

1. Sesiones sobre enfermedades infecciosas y vacunación
2. Aplicación de inmunizaciones en el CSR Arimatea durante las semanas nacionales de vacunación del 10-16 de octubre 2015, 20- 26 de febrero del 2016.
3. Entrega de "Vida Suero Oral" y entrega de Albendazol 400 mg dosis única con el propósito de desparasitante.
4. El personal de la salud del CSR Arimatea aplico vacuna y distribuyo Vida Suero Oral, Albendazol 400 mg en las semanas nacionales de vacunación.

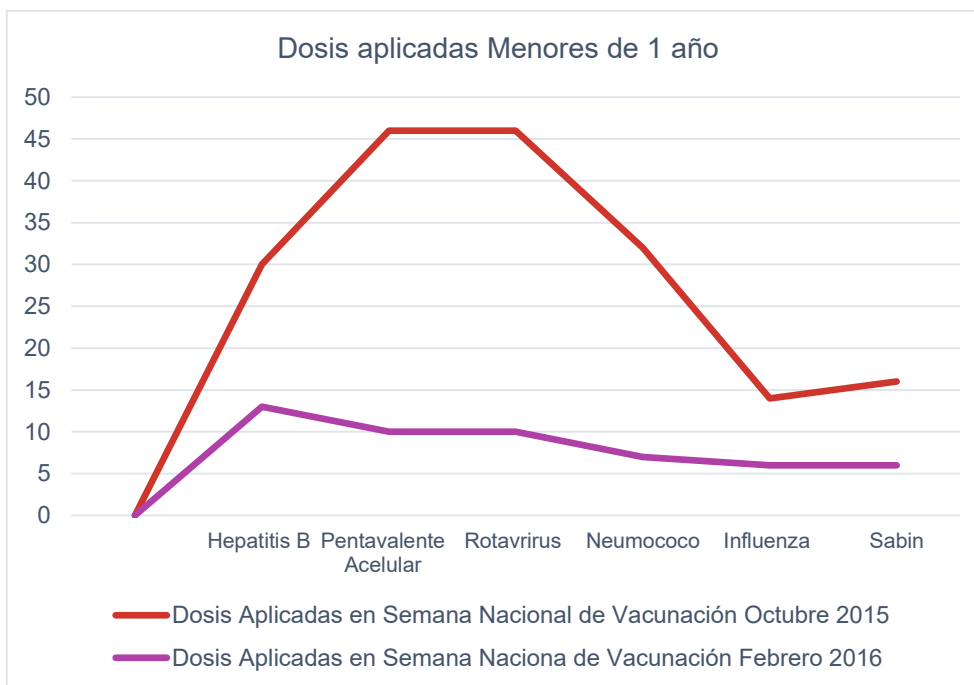
El CSR Arimatea no cuenta con red fría para conservar biológicos en la unidad por lo que se aplicaron únicamente durante las semanas nacionales de vacunación que tuvo participación el CSR Arimatea.

Debemos destacar que el CSR Arimatea no contó con personal de enfermería y auxiliar de salud durante la semana nacional de vacunación 23-29 de mayo 2016, debido a la huelga del personal sanitario adscrito a la jurisdicción VI Selva. Lo que conllevó a que durante la tercera semana nacional de vacunación no se aplicaran vacunas en el CSR Arimatea.

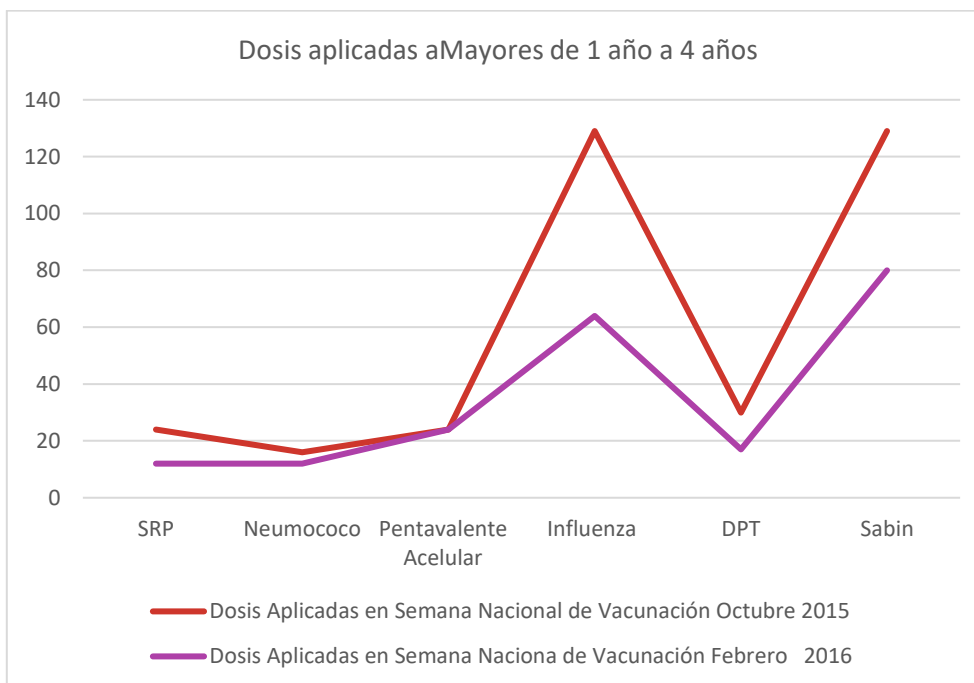
Menores de 1 año		
Vacuna	Dosis Aplicadas en Semana Nacional de Vacunación Octubre 2015	Dosis Aplicadas en Semana Nacional de Vacunación Febrero 2016
Hepatitis B	30	13
Pentavalente Acelular	46	10
Rotavirus	46	10
Neumococo	32	7
Influenza	14	6
Sabin	16	6
Mayores de 1 año a 4 años		
Vacuna	Dosis Aplicadas en Semana Nacional de Vacunación Octubre 2015	Dosis Aplicadas en Semana Nacional de Vacunación Febrero 2016
SRP	24	12
Neumococo	16	12
Pentavalente Acelular	24	24
Influenza	129	64
DPT	30	17
Sabin	129	80
Mayores de 5 años		
Vacuna	Dosis Aplicadas en Semana Nacional de Vacunación Octubre 2015	Dosis Aplicadas en Semana Nacional de Vacunación Febrero 2016
Influenza	36	9
VPH	0	0
SRP	15	8
TDPA	43	34
Sabin	94	51

Tabla 50 Dosis aplicadas por vacuna según grupo de edad durante las Semanas Nacionales de Vacunación 2015–2016.

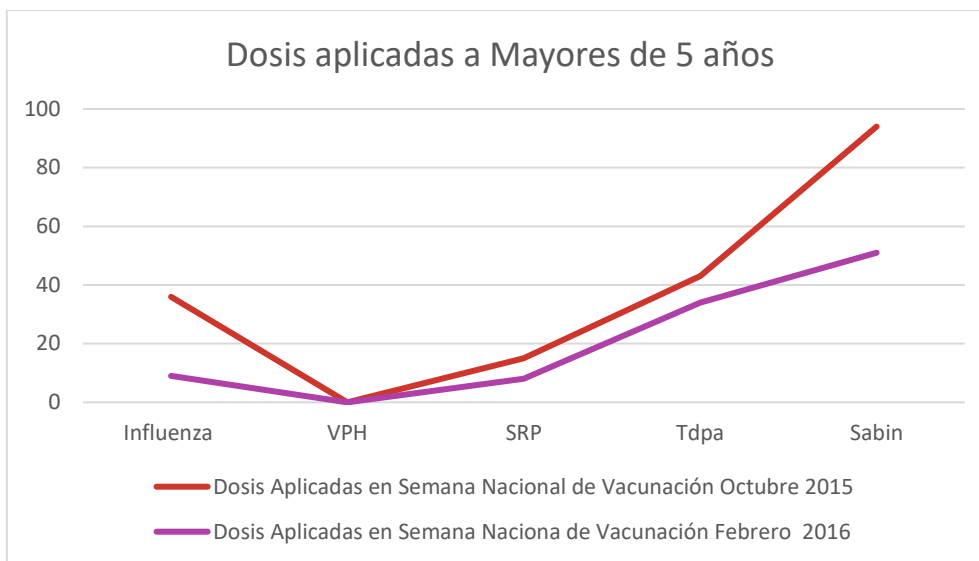
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016Elaboración propia.



Gráfica 9 Dosis aplicadas a menores de 1 año durante las Semanas Nacionales de Vacunación 2015–2016.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia



Gráfica 10 Dosis aplicadas a niños mayores de 1 a 4 años durante las Semanas Nacionales de Vacunación 2015–2016.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia



Gráfica 11 Dosis aplicadas a niños mayores de 5 años durante las Semanas Nacionales de Vacunación 2015–2016.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

Resultados y análisis.

La dinámica de aplicación de biológicos en el CSR Arimatea durante el año de servicio, se indicaba a población vulnerable (recién nacidos, menores de 1 años, mujeres embarazadas y adultos mayores) acudir a la Jurisdicción Sanitaria VI Selva para aplicación de la inmunización correspondiente.

Durante las semanas nacionales de vacunación del 10-16 de octubre de 2015, 20- 26 de febrero del 2016, se aplicaron un total de 708 dosis en octubre de 2015 y 321 dosis en febrero de 2016.

Se desconoce el dato exacto de los esquemas de inmunización completos para la última semana de vacunación debido a la huelga sanitaria. La operación del programa se vio altamente limitada, afectando el adecuado control y seguimiento de los esquemas de inmunización completos.

Coherencia interna

Al contar con menos profesionales de la salud debido a la huelga, el CSR Arimatea se vio obligado a enviar a la población a la Jurisdicción Sanitaria VI Selva, lo cual limitó la forma en que operó este programa.

Propuestas de mejora

1. Gestionar una red fría funcional para el CSR Arimatea, ya sea mediante un refrigerador con respaldo de energía o una hielera certificada, lo que permitiría aplicar biológicos de manera continua y no únicamente durante las Semanas Nacionales de Vacunación.
2. Solicitar a la Jurisdicción Sanitaria VI Selva entregas programadas de biológicos, con el fin de asegurar disponibilidad suficiente antes de cada campaña y evitar retrasos por huelgas o fallas administrativas.

3. Fortalecer la capacitación del personal de salud, especialmente en manejo de biológicos, conservación en cadena de frío y registro adecuado en cartillas y formatos oficiales.
4. Implementar brigadas comunitarias de vacunación, en coordinación con autoridades locales, para acercar los biológicos a las microrregiones y evitar que la población tenga que desplazarse al CSR Arimatea.
5. Desarrollar sesiones educativas dirigidas a madres, padres y cuidadores, enfatizando la importancia de completar esquemas y acudir puntualmente a las campañas.
6. Establecer un sistema de aviso comunitario previo a las campañas, utilizando altavoces, líderes comunitarios y escuelas para asegurar mayor asistencia.
7. Promover la corresponsabilidad familiar, incentivando que ambos padres participen en la vacunación y seguimiento del esquema infantil.
8. Solicitar apoyo interinstitucional para ampliar la cobertura durante periodos de huelga o ausencia de personal.
9. Monitorear y evaluar la cobertura por grupo de edad, identificando biológicos con menor aplicación (como influenza en mayores de 5 años) para reforzar acciones específicas.

Nutrición del niño

Objetivos del programa

1. Mejorar el nivel de salud y nutrición de los niños promoviendo la igualdad en las condiciones de salud.
2. Apoyar a las familias en condiciones de pobreza extrema con el propósito de desarrollar todas sus capacidades.
3. Prevenir y tratar las enfermedades asociadas estado de nutrición de los infantes.

Metas

1. Ingresar y mantener en el programa al 100% de la población menor a 5 años al programa.
2. Ingresar al programa a toda la población de recién nacidos.
3. Mantener al 100% de los niños inscritos en el programa dentro peso y tallas normales para la edad (OMS).

Estrategias

1. Educación para la salud en materia de nutrición, micro y macronutrientes.
2. Ingresar al programa a todos los recién nacidos cuando la madre acude a consulta de seguimiento durante el puerperio.
3. Pesar y medir una vez al mes a todos los niños ingresados en el programa.
4. Otorgar atención médica a toda la población que sean diagnosticados con desnutrición u obesidad y darle seguimiento.
5. Otorgar una consulta a los recién nacidos a la edad de 1 mes, 3, 6, 9 meses y al año.

Actividades.

Las actividades realizadas en el CSR Arimatea durante el año de servicio son:

1. Pláticas sobre ablactación y nutrición.
2. Capacitación al personal de enfermería en materia de desnutrición y obesidad.
3. Toma de peso y talla mensual a todos los niños inscritos en el programa.
4. Consulta médica y tratamiento a todos niños diagnosticados con desnutrición y obesidad.
5. Consulta médica y seguimiento a recién nacidos sanos.

Resultados y análisis

El censo poblacional registró 441 niños menores de 5 años. A estos se les tomaron medidas antropométricas al 1, 3, 6, 9 meses y al año. Los niños de 1-4 años fueron medidos cada 6 meses.

De los 121 niños consultados, se diagnosticaron 35 con desnutrición moderada, 63 con desnutrición leve, 20 con sobrepeso y 3 con obesidad.

Grupo Etareo	Desnutrición Moderada	Desnutrición Leve	Normal	Sobrepeso	Obeso	Totales
Menor 1 año	7	12	53	4	0	76
1 año a 2 años	5	10	54	6	1	76
2años a 4 años	23	41	213	10	2	289
Totales	35	63	320	20	3	441

Tabla 51 Estado nutricional por grupo etario en menores de 5 años.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016

Elaboración propia.

Los pacientes con desnutrición fueron canalizados a consulta y se les administró tratamiento. Es importante mencionar que solo 67 pacientes diagnosticados con desnutrición moderada y leve acudieron a la consulta de seguimiento, de los cuales 42 presentaban desnutrición leve y 25 desnutrición moderada.

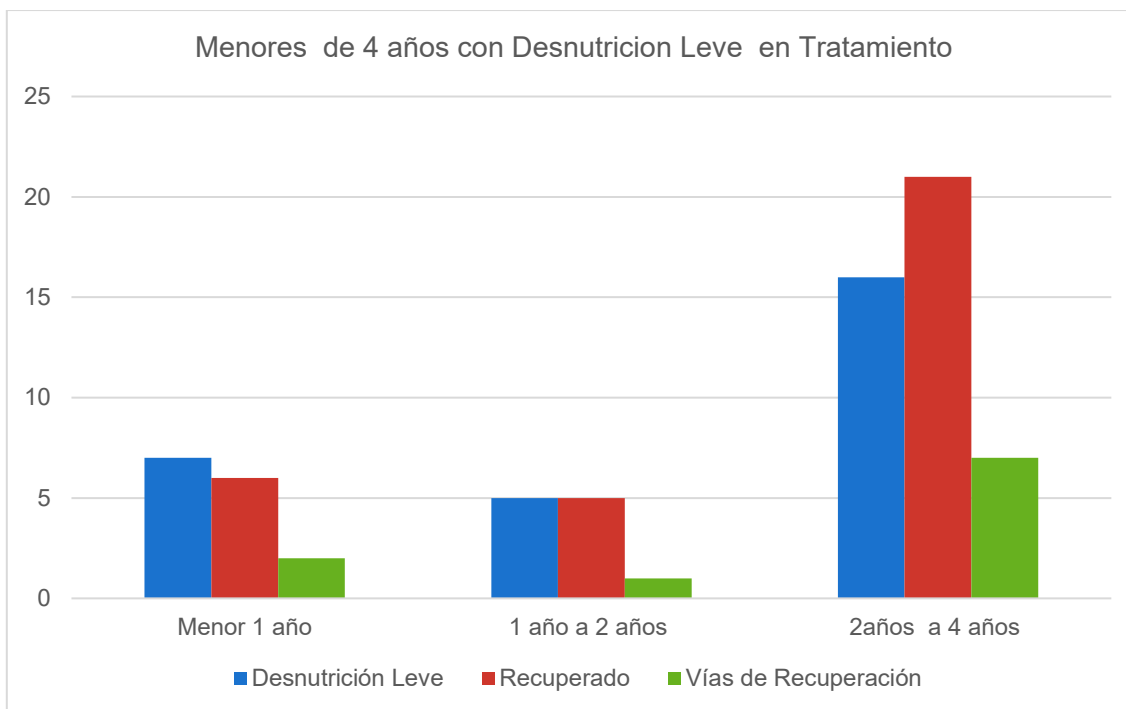
Desnutrición Leve			Desnutrición Moderada		
Grupo Etario	Recuperado	Vías de Recuperación	Grupo Etario	Recuperado	Vías de Recuperación
Menor 1 año	6	2	Menor 1 año	4	1
1 año a 2 años	5	1	1 año a 2 años	3	1
2 años a 4 años	21	7	2 años a 4 años	12	4

Tabla 52 Recuperación nutricional en menores de 5 años según tipo de desnutrición y grupo etario.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016

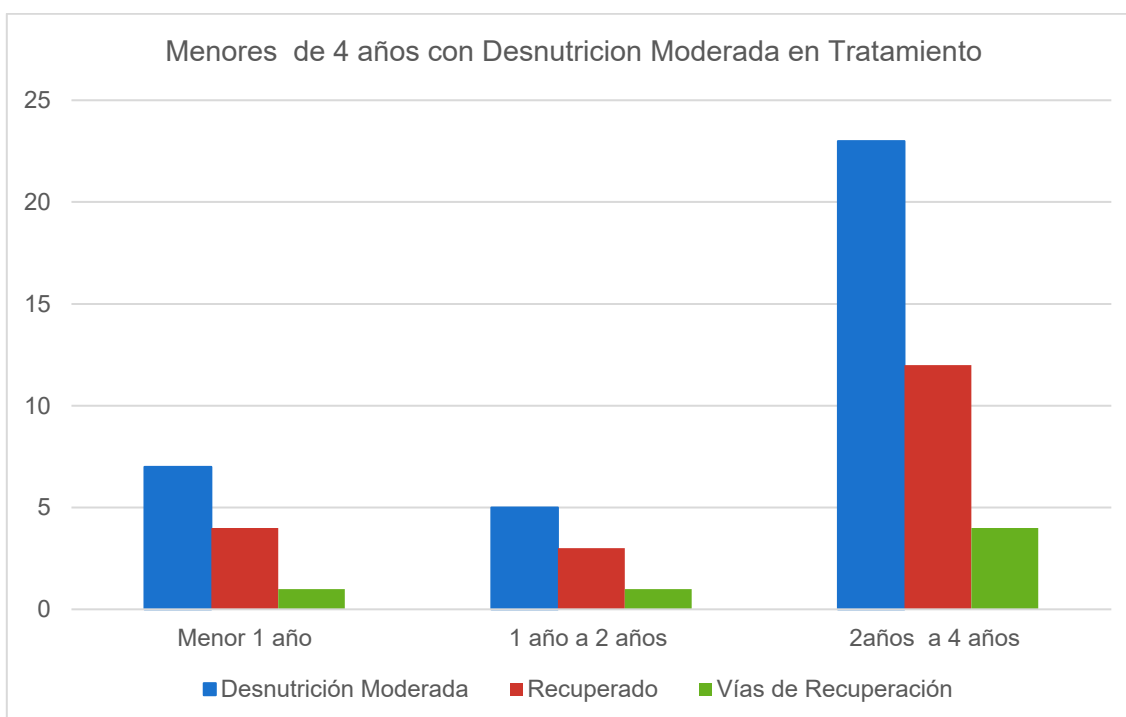
Elaboración propia

El 66% de los pacientes diagnosticados con desnutrición leve acudieron a consulta. De estos, el 50% se recuperó y el 15% está en vías de recuperación.



Gráfica 12 Menores de 4 años con desnutrición leve en tratamiento según grupo etario.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

El 71% de los diagnosticados con desnutrición moderada acudió a consulta; el 76% se recuperó y el 24% está en vías de recuperación.



Gráfica 13 Menores de 4 años con desnutrición moderada en tratamiento según grupo etario.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

Coherencia interna

Los suplementos alimenticios no son aceptados por la población por su sabor. Modificar la dieta implica mayor gasto económico, lo que no siempre es viable para todos.

El CSR Arimatea no cuenta con suficiente personal de salud para atender al 100% de la población en sus microrregiones. Durante la huelga, el personal del CSR Arimatea no apoyó el programa, afectando la operación de este programa.

Además, se deben considerar estudios paraclínicos en lugar de solo medidas antropométricas para controlar y seguir a este grupo de pacientes, quienes deberían ser canalizados a pediatras.

Propuestas de mejora

1. Fortalecer la aceptación de suplementos alimenticios, buscando alternativas con mejor sabor o presentaciones más aceptables para la población infantil, y realizando sesiones educativas dirigidas a madres y cuidadores sobre su importancia en la recuperación nutricional.
2. Gestionar apoyo alimentario complementario (frutas, verduras, cereales integrales) mediante coordinación con programas sociales, DIF municipal o comités comunitarios, para disminuir el impacto económico que implica modificar la dieta familiar.
3. Implementar un sistema de seguimiento domiciliario, especialmente para niños con desnutrición moderada o en vías de recuperación, con visitas programadas por personal de enfermería para reforzar adherencia y detectar signos de alarma.
4. Solicitar tiras reactivas, biometría hemática y coproparasitoscópicos para complementar la evaluación nutricional, permitiendo identificar anemia, parasitosis u otras condiciones que influyen en el estado nutricional.
5. Establecer un registro nominal actualizado de menores de 5 años, con alertas para identificar a quienes no acuden a medición mensual o semestral, facilitando la búsqueda activa.
6. Capacitar de manera continua al personal de salud en diagnóstico, clasificación y manejo de desnutrición y obesidad infantil, asegurando criterios homogéneos y seguimiento adecuado.
7. Promover la participación comunitaria, integrando a autoridades locales, docentes y comités de salud para reforzar mensajes sobre alimentación adecuada, higiene y prevención de enfermedades.
8. Desarrollar materiales educativos bilingües (español–tzeltal–cho'ol) sobre ablactación, alimentación complementaria y prevención de desnutrición, para mejorar la comprensión y pertinencia cultural.
9. Coordinar con pediatría del Hospital General de Palenque para referir oportunamente a los casos que requieren valoración especializada, especialmente desnutrición moderada persistente, obesidad o comorbilidades.
10. Implementar sesiones grupales de orientación alimentaria, aprovechando días de consulta o vacunación para reforzar prácticas saludables y resolver dudas frecuentes de madres y cuidadores.

Atención a la salud del adulto y adulto mayor

Objetivos del programa.

Proteger la salud y prevenir la aparición de enfermedades crónicas degenerativas en la población adulta y adulta mayor con el objetivo de elevar su calidad de vida en esta etapa.

Proteger la salud de las personas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y dislipidemia, así como prevenir la aparición de estas enfermedades y sus complicaciones en la población.

Proteger la salud de las personas que padecen o están en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Metas

1. Reducir la incidencia de Diabetes Mellitus.
2. Reducir la incidencia de Enfermedades Cardiovasculares.
3. Reducir la incidencia de comorbilidades en la población diagnosticada con Diabetes Mellitus.
4. Reducir la incidencia de comorbilidades en la población diagnosticada con alguna Enfermedad Cardiovascular.
5. Controlar la glucemia (por debajo de 126 mg/dl) en pacientes diabéticos en tratamiento.
6. Controlar las cifras de presión arterial (menos de 140/90 mmHg) en pacientes hipertensos en tratamiento.
7. Controlar los niveles en pacientes con dislipidemia (colesterol <200 mg/dl, C-HDL >40 mg/dl, C-LDL <115 mg/dl y triglicéridos <150 mg/dl).
8. Realizar un control mensual del total de los pacientes registrados.
9. Reducir la mortalidad asociada a las complicaciones de Diabetes Mellitus.
10. Reducir la mortalidad asociada a una enfermedad cardiovascular.
11. Realizar detecciones a la población en riesgo e ingresar los casos positivos al programa

Estrategias.

1. Brindar información a la población sobre la importancia y el impacto de las enfermedades crónico-degenerativas
2. Realizar toma de glicemia capilar y toma de TA a la población con antecedentes y o factores de riesgo.
3. Diagnosticar de forma oportuna a la población para proporcionar tratamiento y atención médica para disminuir y retrasar la aparición de comorbilidades.
4. Detectar comorbilidades en la población que padezca una enfermedad crónico-degenerativa y referirla a una unidad médica segundo nivel.
5. Registrar a la población diagnosticada por primera vez y a la que se le daba seguimiento en la plataforma "SIC 2.0.

Actividades.

Las actividades realizadas en el CSR Arimatea durante el año de servicio incluyen:

1. Tomas de glucemia capilar y tensión arterial a la población mayor de 20 años que acudía a consulta.
2. Charlas en las comunidades para concienciar sobre el impacto de estas enfermedades y detección de síntomas.
3. Capacitación al personal de enfermería sobre la forma correcta de tomar la tensión arterial, identificación de síntomas y signos de alarma asociados a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica.
4. Incorporación al programa de control de la población con nuevos casos de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Síndrome Metabólico con el propósito de brindar atención médica y tratamiento.
5. Referencia a segundo nivel de atención a la población que presentaba comorbilidades.
6. Programación de estudios de laboratorio requeridos por cada paciente en el Hospital General de Palenque.
7. Acompañamiento a paciente al Hospital General de Palenque.

Resultados y análisis.

Debemos mencionar que este programa se empezó a trabajar de cero por que el CSR Arimatea no me fue entregado con los demás programas que operaban.

En el programa se registraron 38 consultas en consultas de primera vez y subsecuentes. Se registraron 23 pacientes, 10 con diabetes mellitus tipo, 13 hipertensión arterial sistémica, 2 con síndrome metabólico, 1 con dislipidemia mixta.

Mes	Tipo de Atención	Diabetes Mellitus Tipo2	Dislipidemia	Hipertension Arterial Sistémica	Síndrome Metabólico	Totales
Agosto	Primera vez	0	0	0	0	0
	Subsecuente	0	0	0	0	0
Septiembre	Primera vez	4	0	2	0	6
	Subsecuente	0	0	0	0	0
Octubre	Primera vez	0	0	2	0	2
	Subsecuente	0	0	0	0	0
Noviembre	Primera vez	2	0	2	1	5
	Subsecuente	1	0	0	0	1
Diciembre	Primera vez	0	0	0	0	0
	Subsecuente	0	0	1	0	1
Enero	Primera vez	0	0	0	0	0
	Subsecuente	1	0	0	0	1
Febrero	Primera vez	2	0	0	0	2
	Subsecuente	0	0	0	0	0
Marzo	Primera vez	1	1	4	0	6
	Subsecuente	2	0	1	0	3
Abril	Primera vez	1	0	1	0	2
	Subsecuente	3	0	3	0	6
Mayo	Primera vez	0	0	0	0	0
	Subsecuente	0	0	1	0	1
Junio	Primera vez	0	0	1	1	2
	Subsecuente	0	0	0	0	0
Julio	Primera vez	0	0	0	0	0
	Subsecuente	0	0	0	0	0
Totales	Primera vez	10	1	12	2	25
	Subsecuente	7	0	6	0	13

Tabla 53 Número Consulta mensual por tipo de atención de enfermedades crónicas (DM2, dislipidemia, hipertensión y síndrome metabólico).

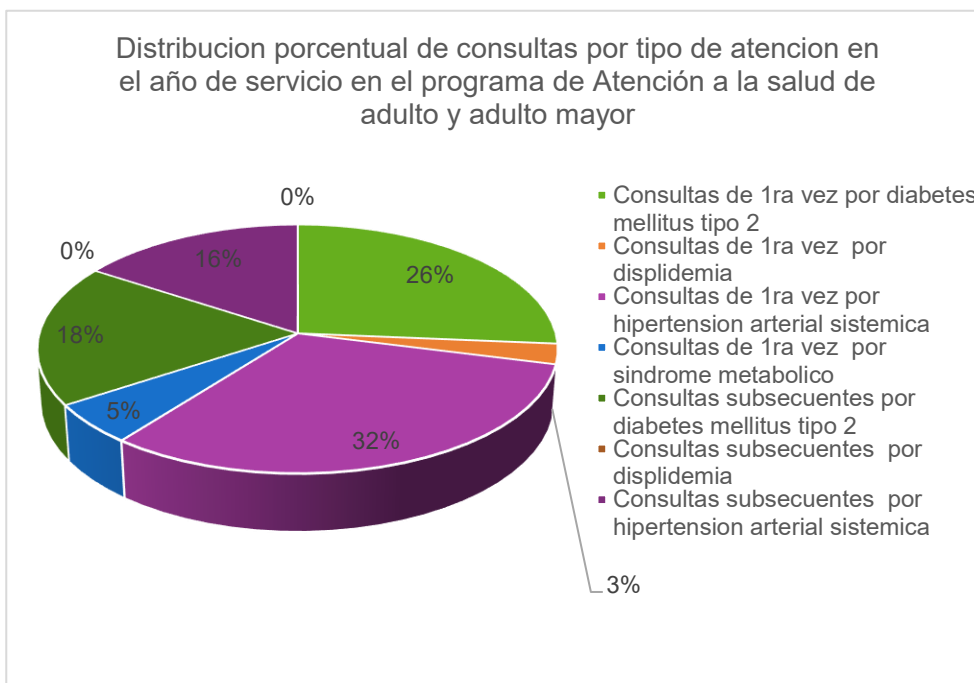
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016

Elaboración propia

En la Tabla 46 se observa que en los meses de marzo y abril tuvieron más consulta,

La forma en que se operaba este programa era: una vez captado el paciente se le solicitaba cita para estudios paraclínicos correspondientes en el Hospital General Palenque y posteriormente una valoración por el servicio de Medicina Interna si lo requiere el paciente.

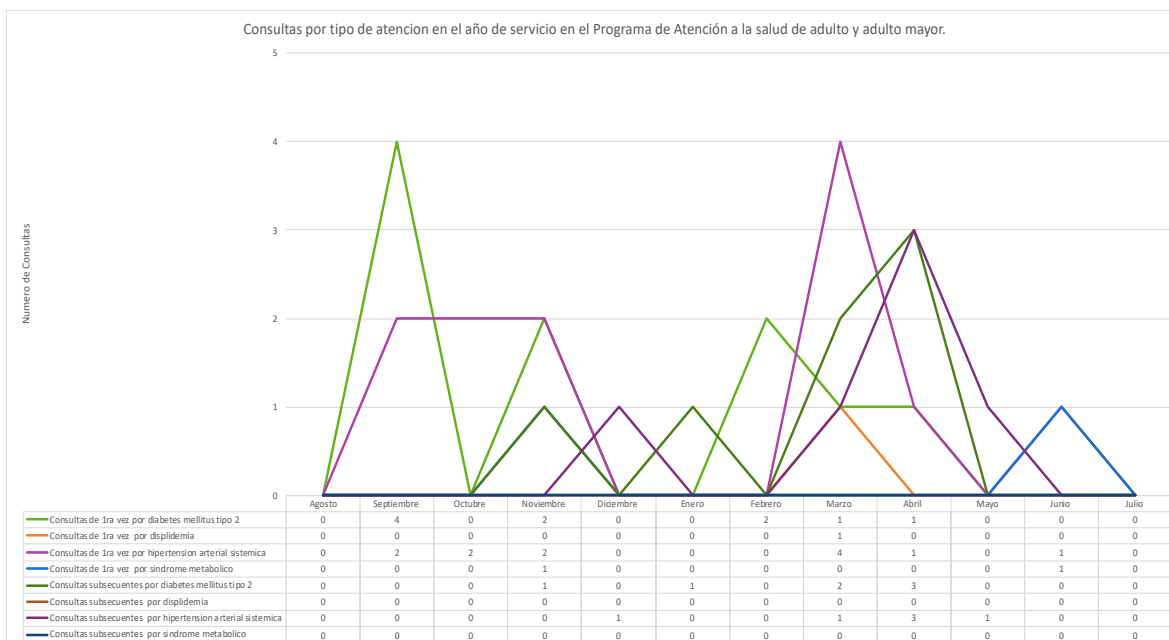
De los 23 pacientes que se registraron en el programa, 5 pacientes (2 diabéticos, 3 hipertensos) acudieron a consulta de subsecuentes de seguimiento con valoración de Medicina Interna y estudios de control. Los cuales llegaron a metas de control glucémico y cifras tensionales.



Gráfica 14 Distribución porcentual de consultas por tipo de atención en el programa de salud del adulto y adulto mayor.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa Elaboración propia

En la Gráfica 17 se observa el mayor número de consultas en este programa consultas de 1ra vez por hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus.



Gráfica 15 Distribución mensual de consultas por tipo de atención de enfermedades crónicas (DM2, dislipidemia, hipertensión y síndrome metabólico).

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia.

Dentro de las 38 consultas se registró una atención especial, un paciente masculino de 55 años quien acudió refiriendo cefalea intensa, con el antecedente de ser hipertenso sin tratamiento, se tomaron signos vitales se observaron cifras tensionales elevadas por lo que se administró tratamiento (nifedipino 10mg) y se dio acompañamiento al Hospital General de Palenque.

En este programa hay muchos factores que impactan su funcionamiento, operación y apego por parte de los pacientes, como antes mencionamos la unidad CSR Arimatea no me fue entregada y no se contaba con registro de los programas que operaba. De igual forma este programa se ve afectado por el hecho de la huelga sanitaria que tuvo lugar en a partir de mayo 2016 por parte del personal de jurisdicción sanitaria VI Selva.

El apego y seguimiento mes con mes de estos pacientes se ve afectado por la agenda del hospital general de Palenque al no contar con espacios disponibles para la toma de estudios de laboratorio y gabinete o valoración por el servicio de Medicina Interna.

De igual forma el desabasto de medicamentos por parte de la jurisdicción sanitaria, hacia complicado que se pudiera proporcionar medicamentos a los pacientes por lo que ellos tenían que conseguirlo o comprarlo si les era posible.

Otro punto para destacar es que se me entregó una laptop para operar el Programa SIC 2.0 y se nos mencionó que se nos iba a capacitar en el programa, pero esto no tuvo lugar debido a la huelga sanitaria.

Coherencia Interna

La falta de paraclínicos, la ausencia de medicamentos disponibles y el desabasto de fármacos adecuados para satisfacer las necesidades de la población afectan la operatividad de este programa.

El programa durante el año de servicio fue parcialmente aceptado por la comunidad; sin embargo, su funcionamiento no necesariamente se ajusta a las necesidades de los habitantes. Esto se debe a que la mayoría de ellos trabajan por la mañana, lo que ocasiona que muchos no puedan asistir a consultas de seguimiento o realizarse laboratorios de control y valoración en Medicina Interna del Hospital General de Palenque.

Sería recomendable implementar estrategias adecuadas para facilitar la toma de estudios de laboratorio y gabinetes dentro de la microrregión, y que estos sean procesados en el Hospital General de Palenque. Esto permitiría que los habitantes no tengan que desplazarse fuera de su comunidad, facilitando así su permanencia en el programa.

De igual forma sería importante garantizar con la Jurisdicción Sanitaria un abastecimiento adecuado y suficiente de medicamentos necesarios para el tratamiento de los pacientes. Cabe destacar que durante el año de servicio no se le proporcionaron medicamentos al CSR Arimatea; el programa operó con los medicamentos almacenados en la farmacia del CSR Arimatea.

Propuestas de mejora

1. Implementar toma de estudios de laboratorio dentro de la microrregión, mediante jornadas programadas o brigadas coordinadas con el Hospital General de Palenque, para evitar que los pacientes deban desplazarse y mejorar la adherencia al seguimiento.
2. Gestionar un abastecimiento regular de medicamentos, solicitando a la Jurisdicción Sanitaria VI Selva entregas programadas de antihipertensivos, hipoglucemiantes y estatinas, con el fin de garantizar continuidad terapéutica y evitar que los pacientes deban comprarlos por su cuenta.
3. Establecer horarios de consulta flexibles, incluyendo atención vespertina o días específicos para pacientes adultos que trabajan por la mañana, facilitando su asistencia a consultas de control.
4. Fortalecer la educación para la salud, mediante sesiones comunitarias sobre alimentación, actividad física, signos de alarma y complicaciones de enfermedades crónicas, dirigidas tanto a pacientes como a sus familias.
5. Capacitar de manera continua al personal de enfermería, especialmente en toma correcta de presión arterial, medición de glucemia, identificación de descompensaciones y criterios de referencia.
6. Solicitar capacitación formal en el sistema SIC 2.0, para asegurar un registro adecuado de pacientes y mejorar la vigilancia epidemiológica del programa.
7. Promover la corresponsabilidad familiar, involucrando a cuidadores y familiares en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, especialmente adultos mayores con limitaciones de movilidad.
8. Establecer coordinación directa con el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Palenque, para programar citas prioritarias para pacientes con descompensaciones o comorbilidades, reduciendo tiempos de espera.

9. Implementar un sistema de recordatorios comunitarios, utilizando altavoces, líderes locales o visitas domiciliarias para recordar fechas de control, toma de estudios o entrega de medicamentos.
10. Gestionar glucómetros, tiras reactivas y baumanómetros adicionales, para asegurar disponibilidad continua y mejorar la calidad del monitoreo mensual.

Prevención y control de la Enfermedad de Chagas

Este programa tiene el propósito de tratar la enfermedad de Chagas y controlar el vector.

La Comunidad que atiende el CSR Arimatea, no operaba este programa, fue hasta noviembre del año de servicio que empezó a operarlo, debido a que un paciente de la comunidad de Arimatea fue diagnosticado por investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por lo que se interrogó a los pobladores sobre el vector, varios pobladores refirieron que hace 10 años tuvieron una plaga de esta enfermedad que fue tratada con insecticidas desconocen cual.

En este programa se presenta un breve resumen de la patología y se describe el programa.

Enfermedad de Chagas.

La Enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una patología cuyo agente causal es el protozoo flagelado *Trypanosoma cruzi*, fue descubierta en Brasil por el Dr. Carlos Chagas en 1908.

Se transmite a los seres humanos y a diversos mamíferos domésticos y silvestres por un vector biológico insectos naturalmente infectados pertenecientes a la Familia Reduviidae, subfamilia Triatominae. En México son conocidos como chinche besucona, chinche de Compostela, asesina, picuda, turicata, talaje, chinche de Chagas, voladora, trompuda y papalota. (Secretaría de Salud., 2014)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en México existían en 2006, poco más de un millón de individuos infectados y cerca de 30 millones en riesgo de contraer la infección. (Secretaría de Salud., 2014)

Agente etiológico

En el intestino del triatomo (chinche) se forman los epimastigotes. El epimastigote se localiza en el intestino del triatomo, mide de 16 a 18 μm de largo y presenta forma de huso. De 15 a 30 días, en el recto de los triatomos aparecen los tripanosomas metacíclicos infectantes. (Secretaría de Salud., 2014)

El amastigote, es intracelular y se localiza en los tejidos del huésped vertebrado (músculo cardíaco estriado y fagocitos), mide de 2 a 5 μm y tiene forma semiesférica. Cuando es teñido con Giemsa, se observa el núcleo y a un lado de este el cinetoplasto en forma de bastoncillo; es la forma replicativa que ocurre por fisión binaria formando "nidos" en el citoplasma de la célula hospedera hasta que se produce su ruptura. Los parásitos liberados se convierten en promastigotes y tripomastigotes e invaden otras células, para repetir el ciclo en el huésped vertebrado. (Secretaría de Salud., 2014)

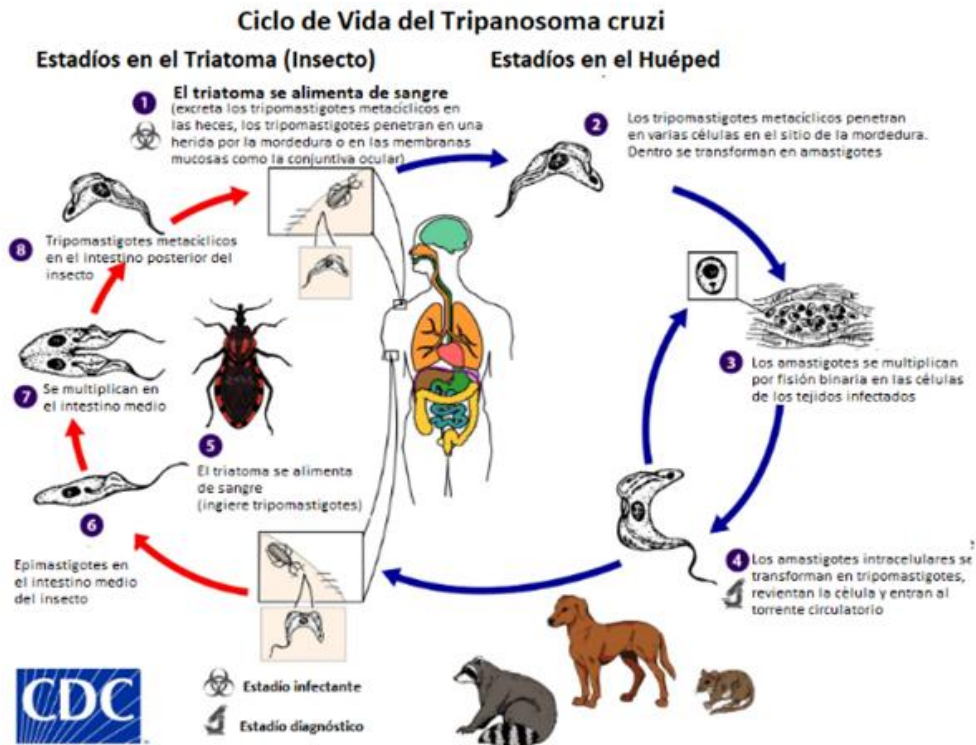


Imagen 15 Ciclo de vida de *Tripanosoma cruzi* en el vector y en el huésped.
Fuente CDC 2023.

Vector

El protozoo *T. cruzi* es transmitido a los humanos y otros mamíferos por insectos del orden Hemiptera, familia Reduviidae y subfamilia Triatominae. (Secretaría de Salud., 2014)

En México, se han identificado alrededor de 31 especies, con 8 géneros de los cuales se ha demostrado que 13 causantes de los casos registrados en humanos. (Secretaría de Salud., 2014)

Los triatominos, cumplen su ciclo biológico pasando por las siguientes fases: huevo, cinco estadios ninfales y adultos, su ciclo de vida varía de acuerdo con la especie este oscila entre 6 a 15 meses dependiendo de la especie. (Secretaría de Salud., 2014)

Las ninfas recién emergidas son blandas, de color rosáceo, su cutícula no tarda en endurecerse y oscurecerse. Inician la ingesta de sangre a los 2-3 días de la eclosión y pueden sobrevivir por varias semanas sino disponen de una fuente alimenticia. (Secretaría de Salud., 2014)



Imagen 16 Ciclo de desarrollo del triatmino: de huevo a adulto.

Fuente. CDC 2023.

Transmisión

La transmisión por la vía vectorial ocurre en el 90% de los casos, esta sucede cuando el parásito ingresa al organismo por la zona de la lesión provocada por la picadura del insecto. Posterior a su alimentación, momento en el cual pueden defecar por la compresión de sus intestinos producida por la ingesta de la sangre succionada. Las heces necesariamente deben estar contaminadas con el parásito *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*). (Secretaría de Salud., 2014)

Algunos países de Sudamérica han notificado brotes importantes de Enfermedad de Chagas por ingestión de alimentos contaminados por deyecciones del vector o el consumo accidental de triatminos, por la lactancia materna cuando hay parásitos circulantes y daño en la piel de pezones. (Secretaría de Salud., 2014)

Manifestaciones Clínicas

Existen dos fases clínicas de acuerdo con el tiempo de evolución de la enfermedad y a su vez, cada una de ellas con manifestaciones clínicas que puede o no resultar característica.

La fase aguda se caracteriza por la aparición de un conjunto de manifestaciones de intensidad variable y un periodo de incubación generalmente de 4 a 15 días, y puede tener una duración de hasta 120 días.

El cuadro agudo se asocia con un nódulo subcutáneo en el sitio de la picadura (chagoma de inoculación), que típicamente se ha reconocido como una señal de entrada del parásito, acompañado de adenitis regional, edema palpebral con adenopatías satélites (Signo de Romaña); eventualmente hepatomegalia y esplenomegalia, miocarditis y meningoencefalitis; hasta cuadros oligosintomáticos o inaparentes. (Secretaría de Salud., 2014)

Las manifestaciones sistémicas en fase aguda son variables e inespecíficas, la fiebre es lo más frecuente y usualmente es poco elevada, sin características especiales, puede acompañarse de astenia, mialgias, artralgias y hepato- y/o esplenomegalia; así como manifestaciones respiratorias. Menos del 1 % de los casos se complica con meningoencefalitis, miocarditis, pericarditis e incluso pancarditis con evolución generalmente fatal debido a arritmias ventriculares, estas son complicaciones graves de la enfermedad, que de identificarse deben ser manejadas a nivel hospitalario. (Secretaría de Salud., 2014)

La fase crónica puede ser asintomática y durar entre 5 a 20 años o más. Después de este periodo asintomático, se puede desarrollar la fase crónica sintomática, con patología demostrada y presencia de lesiones cardíacas 27% de los casos, digestivas en el 6 % y en sistema nervioso periférico en el 3%.

En países endémicos la cardiopatía chagásica, es la causa de la miocardiopatía infecciosa más frecuente. Se pueden presentar tantas alteraciones en la contractilidad y/o en la conducción eléctrica, y en su fase más avanzada, cardiomiopatía dilatada y con ello insuficiencia cardíaca. Cuando la extensión del daño es pequeña, las alteraciones son mínimas o ausentes y el trazo electrocardiográfico (ECG) puede ser normal. Estos pacientes, son típicamente asintomáticos hasta que los mecanismos fisiológicos son incapaces de compensar la insuficiencia cardíaca. (Secretaría de Salud., 2014)

Cuando se establece el daño orgánico, se presentan áreas de contracción anormal, predominantemente en la región apical y postero basal manifestándose clínicamente con disnea progresiva, algias, palpitaciones, taquicardia e incluso edema de miembros inferiores. (Secretaría de Salud., 2014)

Diagnóstico

El diagnóstico de laboratorio de la infección por *T. cruzi*, puede realizarse por, métodos en los cuales se comprueba la presencia del parásito en la muestra, métodos moleculares, en los cuales se comprueba la presencia de material genético del parásito en la muestra, método indirectos, que detectan la presencia de anticuerpos específicos contra el parásito en la muestra.

El diagnóstico previamente establecido por criterios clínico - epidemiológicos se confirma o descarta en el laboratorio con base en la correcta selección del material biológico de acuerdo con la fase clínica de la enfermedad.

La demostración de la presencia de *T. cruzi* en sangre periférica es el examen diagnóstico indiscutible de infección en la fase aguda de la enfermedad. Las técnicas más utilizadas para la fase aguda son el frotis, la gota gruesa y el examen directo en sangre fresca.

La confirmación del diagnóstico en la fase crónica de la Enfermedad de Chagas se basa en la detección de anticuerpos anti *T.cruzi*. con métodos convencionales se pueden detectar a partir de la cuarta semana de la infección; no obstante, se debe considerar que los anticuerpos IgG se elevan gradualmente hasta alcanzar su nivel máximo a las doce semanas. (Secretaría de Salud., 2014)

El diagnóstico en la fase crónica es serológico y debe ser realizado utilizando dos técnicas de diferente principio, una prueba con elevada sensibilidad ELISA con antígenos totales y otra con elevada especificidad ELISA con antígenos recombinantes. (Secretaría de Salud., 2014)

Estas pruebas pueden determinar el diagnóstico de casi el 100 % de los casos. La solución de discrepancias se puede realizar mediante una tercera técnica. Para asegurar la utilidad clínica y epidemiológica, las pruebas deben de ser verificadas y ser monitoreadas bajo un sistema de control de calidad interno y externo que aseguren la precisión y veracidad de resultados. (Secretaría de Salud., 2014)

Tratamiento.

Los medicamentos utilizados para el tratamiento antiparasitario específico son Benznidazol y Nifurtimox.

Benznidazol: 5 a 10 mg/kg/días divididos en dos tomas diarias, que se deben tomar después de los alimentos durante 30 o 60 días, sin sobrepasar la dosis máxima diaria de 300 mg. Cuando la dosis diaria sobrepasa los 300 mg, se recomienda extender el tiempo de tratamiento hasta alcanzar la dosis total calculada para 60 días.

Nifurtimox: 10 mg/kg/día en pacientes con peso menor de 40 kilogramos y 8 mg/kg/día en mayores de 40 kilogramos. Se suministra en 3 tomas diarias, después de los alimentos, durante 60 días, sin sobrepasar la dosis máxima diaria de 700 mg.

Tratamiento pediátrico

Los niños en general tienen menos efectos adversos que los adultos y toleran dosis más altas.

Benznidazol: 10 mg / kg / día, por vía oral, en dos o tres tomas diarias durante 60 días.

No se debe sobrepasar la dosis de 300 mg / día. Cuando la dosis diaria sobrepasa los 300 mg, se recomienda extender el tiempo de tratamiento hasta alcanzar la dosis total calculada para 60 días.

Al año de haber finalizado el tratamiento se deberá realizar el primer control serológico y posteriormente se continuará de forma anual hasta la negativización.

Si el tratamiento se ha interrumpido por un período menor a 14 días, se prolongará por ese mismo número de días hasta cumplir con los 60 días de administración del medicamento. Si la interrupción es superior a 14 días, será necesario reiniciar el tratamiento. (Secretaría de Salud., 2014)

Objetivos del programa.

Reducir la transmisión vectorial intradomiciliaria, así como diagnosticar y tratar a todos los pacientes diagnosticados con Enfermedad de Chagas.

Metas

1. Diagnosticar y tratar a todos los pacientes con Enfermedad de Chagas.
2. Disminuir la incidencia de Enfermedad de Chagas.
3. Administrar medicamento gratuito a todos los casos confirmados.

Estrategias.

1. Identificación de la población en riesgo.
2. Educación para la salud en materia control de vectores
3. Diagnosticar y tratar a la población que padece esta enfermedad.

Actividades.

Las actividades llevadas a cabo en el CSR Arimatea a lo largo del año de servicio son las siguientes:

1. Capacitación del personal de enfermería en materia de saneamiento ambiental, control de vectores y Enfermedad de Chagas.
2. Capacitación al personal de salud del CSR Arimatea para toma de gota gruesa a casos sospechosos de enfermedad de Chagas.
3. Referencia para toma de muestras a la población de Arimatea que referían haber estado en contacto con el vector.
4. Ingresar a la población diagnosticada al programa para proporcionar tratamiento y vigilancia médica.
5. Solicitar y agendar citas en el Hospital General de Palenque para realizar estudios de laboratorio y gabinete a la población diagnosticada con Enfermedad de Chagas.

Resultados y análisis.

Durante el mes de noviembre, se llevó a cabo la toma de gota gruesa a 30 habitantes de la comunidad de Arimatea, de los cuales 20 eran mujeres y 10 hombres. Paralelamente, en ese mismo mes, se convocó al personal de salud del CSR Arimatea, incluyendo al Enfermero Pasante de Servicio Social y al Médico Pasante de Servicio Social, para recibir capacitación específica en la técnica de toma de gota gruesa.

El diagnóstico confirmatorio de la Enfermedad de Chagas se obtuvo en febrero de 2016, identificando a 4 pacientes afectados, de los cuales 3 eran mujeres y 1 hombre.

Es importante resaltar que dos de los pacientes diagnosticados con la enfermedad de Chagas residían en el mismo domicilio. La ubicación de estos pacientes diagnosticados se presenta en la Imagen 14.



Imagen 17 Domicilio de los casos confirmados de enfermedad de Chagas.2018. Elaboración propia

En consecuencia el Coordinador de control vectores solicitó verme en la jurisdicción y me entregó la tarjeta de control de Chagas Imagen 14 para el programa y me comentó que debía solicitar a los pacientes Biometría Hemática Completa, Química Sanguínea de 6 elementos y Pruebas de Función Hepática, de igual forma solicitar electrocardiograma para los pacientes y referirlos al servicio de Medicina Interna, del Hospital General de Palenque, con el propósito de iniciar el tratamiento a los pacientes diagnosticados.

Tras el diagnóstico de pacientes con Enfermedad de Chagas, el Coordinador de control de vectores solicitó una reunión en la jurisdicción sanitaria. Durante el encuentro, entregó la tarjeta de control de Chagas Imagen 15 y 16 destinada al programa y señaló la necesidad de solicitar estudios complementarios para los pacientes diagnosticados.

En este sentido, se indicó que era imprescindible solicitar Biometría Hemática Completa, Química Sanguínea de 6 elementos y Pruebas de Función Hepática, además de gestionar un electrocardiograma para cada uno de los pacientes. Asimismo, se recomendó referirlos al servicio de Medicina Interna del Hospital General de Palenque, con el objetivo de iniciar el tratamiento adecuado a los pacientes confirmados.

Se administró tratamiento únicamente a dos pacientes del CSR Arimatea. Cabe mencionar que los pacientes restantes migraron al estado de Quintana Roo por motivos laborales, cuando regresaron y decidieron incorporarse al programa, pero la jurisdicción sanitaria se encontraba en huelga.

El tratamiento administrado (Nifurtimox), se administró únicamente tratamiento por 1 mes, debido a que la jurisdicción se fue a huelga.

La población debió ser capacitada en control de vectores cosa que no se realizó en el año de servicio.

El método diagnóstico de gota gruesa, no debería ser el método de tamizaje en la población de Arimatea debería ser ELISA debido a que los pobladores referían que padecieron una plaga de la

chinche en la década de los 1990-2000 no recordaban el año, lo cual nos puede orientar a usar el método serológico como método de elección para diagnosticar a la población de CSR Arimatea.

Coherencia Interna

Este programa propone tratar, diagnosticar y controlar el vector de esta enfermedad considerada desatendida, parte de los ODM. La anterior premisa presenta muchas dificultades, como controlar el vector, como desarrollar un método de tamizaje apropiado para la población en riesgo. De igual forma la falta de capacitación a los profesionales de salud. Debemos destacar que no se cuentan con los recursos materiales para hacer que este programa opere de una forma adecuada, porque el método diagnóstico ofrecido por la jurisdicción sanitaria no es el adecuado para la población atendida por el CSR Arimatea. El programa no funciona de forma adecuada, porque no toma en cuenta a la población que migra porque no acudían a las citas para estudio y no tenían valoración por medicina interna, en consecuencia, no se podía administrar el tratamiento.

El programa deberá desarrollar un método adecuado de tamizaje para la población de riesgo. De igual forma se deberá capacitar al personal de salud para detectar en detección del vector y toma de gota gruesa. Debemos señalar que el diagnóstico al ser por laboratorio y que la muestra no es procesada en Palenque demora mucho tiempo en tener el diagnóstico, en nuestro caso las muestras fueron tomadas en noviembre y el diagnóstico confirmatorio llegó en febrero.

Propuestas de mejora

- 1) Implementar un método de tamizaje adecuado para la población de riesgo, priorizando pruebas serológicas tipo ELISA en lugar de gota gruesa, debido a la alta probabilidad de exposición previa al vector y a la baja sensibilidad del método parasitológico en fases crónicas.
- 2) Solicitar a la Jurisdicción Sanitaria VI Selva la reactivación del control vectorial, incluyendo rociado intradomiciliario y peri-domiciliario en viviendas con antecedentes de infestación, así como vigilancia entomológica periódica.
- 3) Capacitar de manera continua al personal de salud en:
 - a) Identificación del vector
 - b) Toma de muestras adecuadas
 - c) Manejo clínico del paciente con Chagas
 - d) Criterios de referencia y seguimiento
- 4) Establecer un registro nominal de viviendas con antecedentes de presencia del vector, para priorizar acciones de vigilancia y control, y facilitar la búsqueda activa de casos.
- 5) Desarrollar sesiones educativas comunitarias sobre:
 - a) Identificación del triatomino
 - b) Medidas de prevención en el hogar
 - c) Importancia del diagnóstico temprano
 - d) Riesgos de transmisión intradomiciliaria
- 6) Gestionar disponibilidad continua de medicamentos antiparasitarios (Nifurtimox y Benznidazol), evitando interrupciones del tratamiento como ocurrió durante la huelga sanitaria.
- 7) Fortalecer la coordinación con el Hospital General de Palenque, solicitando:
 - a) Espacios prioritarios para pacientes confirmados
 - b) Procesamiento más ágil de muestras

- c) Valoración oportuna por Medicina Interna
- 8) Implementar un sistema de seguimiento comunitario, especialmente para pacientes migrantes o con movilidad laboral, asegurando continuidad del tratamiento y vigilancia clínica.
- 9) Promover mejoras en la vivienda, como:
 - a) Repellado de paredes
 - b) Eliminación de grietas
 - c) Sustitución de techos de palma deteriorados
 - d) Ordenamiento de espacios donde se refugia el vector
- 10) Solicitar apoyo interinstitucional, incluyendo universidades, programas federales y organizaciones de salud pública, para fortalecer la vigilancia entomológica y el diagnóstico.
- 11) Reducir los tiempos de confirmación diagnóstica, gestionando que las muestras se procesen en laboratorios más cercanos o con mayor capacidad, evitando retrasos como el ocurrido entre noviembre y febrero.

Capítulo 6 Perfil de Morbilidad

El CSR Arimatea registró un total de 2878 consultas durante el año de servicio. De ellas, 972 correspondieron a consultas de primera vez y 1906 a consultas subsecuentes, lo que permite dimensionar la carga global de atención brindada en la unidad.

La consulta externa aportó 787 consultas, distribuidas en 694 primeras veces y 93 subsecuentes, reflejando la demanda espontánea de atención.

Por otro lado, los programas operativos concentraron 2091 consultas, de las cuales 278 fueron primeras veces y 1813 subsecuentes, evidenciando una alta prevalencia y continuidad en el seguimiento de los usuarios.

Esta diferenciación permite distinguir claramente entre la atención general y la atención programada, mostrando la funcionalidad operativa de los programas y la adherencia de la población a los esquemas de vigilancia establecidos.

Las diez principales patologías en la microrregión

Se presentan las 10 principales patologías atendidas en el CSR Arimatea; asimismo se presentan las 10 principales patologías transmisibles y 10 principales patologías no transmisibles realizando un análisis con las tasas nacionales y estatales.

	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total Anual	Tasa Anual
Infección Respiratoria A.	5	32	59	51	21	7	17	33	29	8	23	0	285	76.76
Infección de Vías Urinarias.	2	3	13	8	2	0	9	11	6	0	7	5	66	17.78
Vulvovaginitis.	1	5	5	9	1	0	3	10	9	2	3	1	49	13.20
Enfermedad Diarreica A.	1	2	9	5	0	2	0	0	4	0	2	0	25	6.73
Enfermedad Acido Peptica.	1	4	4	4	0	1	5	1	1	1	1	0	23	6.19
Herida con Objeto Punzocortante.	1	2	3	9	2	0	0	3	0	0	1	0	21	5.66
Hipertensión Arterial Sistémica.	0	2	4	4	0	0	2	4	0	0	1	0	17	4.58
Síndrome de Intestino Irritable.	1	6	5	1	0	0	1	0	1	0	0	0	15	4.04
Lumbalgia.	2	3	0	3	2	0	0	1	1	0	0	0	12	3.23
Otitis Media A.	1	0	2	4	0	0	1	2	1	0	0	0	11	2.96

Tabla 54 10 principales patologías atendidas en el CSR Arimatea por mes con total anual y tasa anual.

Tasa calculada por 1000 habitantes. Población Total 3713 habitantes

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016 MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016

Elaboración propia.

En la tabla 54 se observa que las enfermedades infecciosas ocupan los primeros lugares de morbilidad en la población del CSR Arimatea.

En el panorama nacional y estatal se encuentran las infecciones respiratorias agudas como primera causa de atención médica, las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas la segunda y la infección de vías urinarias como la tercera.

Esta relación en el panorama regional se modifica: la infección de vías urinarias ocupa el segundo lugar y las vulvovaginitis el tercero. Este fenómeno puede explicarse por dos factores. El primero es que las mujeres son quienes acuden con mayor frecuencia al centro de salud, ya que en la microregión suelen asumir las actividades del hogar y el cuidado de los hijos, lo que las coloca como principales responsables de la salud familiar. Esto genera una mayor demanda de atención por padecimientos de indole ginecológica y urológica.

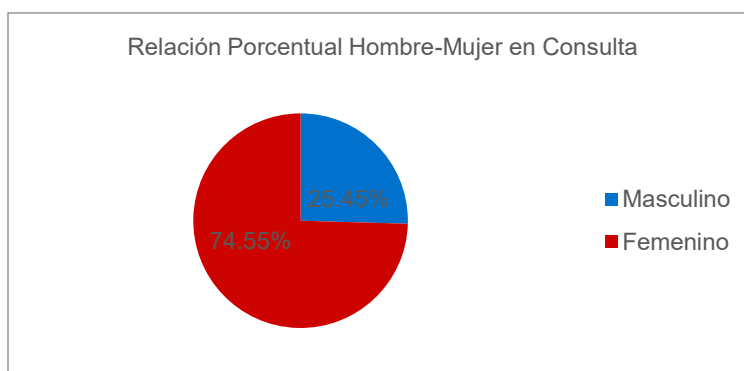
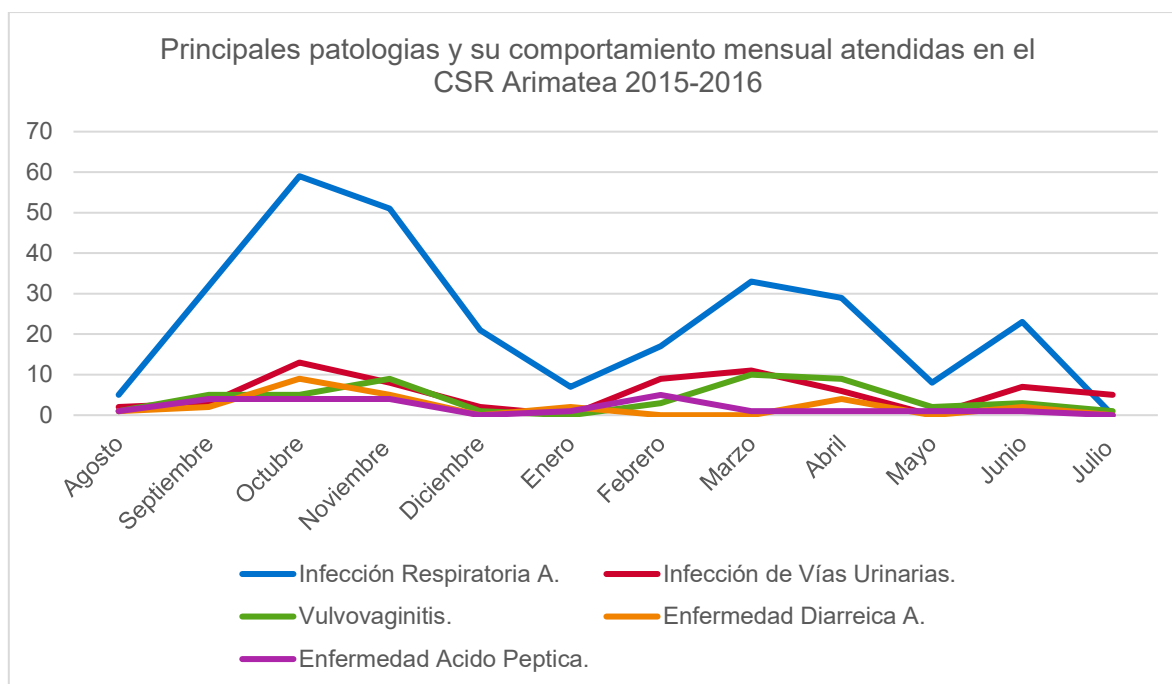


Tabla 55 Distribución Porcentual por Sexo en la Consulta.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración Propia

El segundo es que las pobladoras consideran los síntomas de una vulvovaginitis como normales o parte de la vida cotidiana, al percatarme de este fenómeno interrogaba de forma intencionada sobre la presencia de síntomas propios de una vulvovaginitis, a lo que las pacientes en su mayor parte respondían de forma afirmativa.

Hay que señalar que las pobladoras del CSR Arimatea tienen un sentimiento de pena o vergüenza al hablar sobre estos temas que involucren la sexualidad por lo cual en gran parte de los casos no acuden con un profesional de la salud cuando experimentan síntomas de esta enfermedad o cualquier otra en la zona genital.



Gráfica 16 Comportamiento Mensual de las 5 Principales Patologías Atendidas en el CSR Arimatea.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

Las diez principales patologías transmisibles

En la Tabla 56 y 57 se presentan las 10 principales patologías transmisibles de la microrregión, distribución mensual registrados en el CSR Arimatea, se presenta su número de caso y su tasa anual con población adscrita al CSR Arimatea (3713 habitantes).

	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total Anual
Infección Respiratoria A.	5	32	59	51	21	7	17	33	29	8	23	0	285
Infección de Vías Urinarias.	2	3	13	8	2	0	9	11	6	0	7	5	66
Vulvovaginitis.	1	5	5	9	1	0	3	10	9	2	3	1	49
Enfermedad Diarreica A.	1	2	9	5	0	2	0	0	4	0	2	0	25
Otitis Media A.	1	0	2	4	0	0	1	2	1	0	0	0	11
Enfermedad de Chagas	0	0	4	0	0	0	1	0	3	0	0	0	8
Parasitosis Intestinales	0	0	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	6
Dengue	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Escabiosis	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Herpes	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Impetigo	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3

Tabla 56 10 principales patologías transmisibles atendidas en el CSR Arimatea por mes y numero de caso, total anual. Población Total 3713 habitantes.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016

Elaboración propia.

	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Tasa Anual
Infección Respiratoria A.	1.35	8.62	15.89	13.73	5.65	1.89	4.58	8.89	7.81	2.15	6.19	0.00	76.76
Infección de Vías Urinarias.	0.54	0.81	3.50	2.15	0.54	0.00	2.42	2.96	1.62	0.00	1.89	1.35	17.78
Vulvovaginitis.	0.27	1.35	1.35	2.42	0.27	0.00	0.81	2.69	2.42	0.54	0.81	0.27	13.20
Enfermedad Diarreica A.	0.27	0.54	2.42	1.35	0.00	0.54	0.00	0.00	1.08	0.00	0.54	0.00	6.73
Otitis Media A.	0.27	0.00	0.54	1.08	0.00	0.00	0.27	0.54	0.27	0.00	0.00	0.00	2.96
Enfermedad de Chagas	0.00	0.00	1.08	0.00	0.00	0.27	0.00	0.81	0.00	0.00	0.00	0.00	1.89
Parasitosis Intestinales	0.00	0.00	0.54	0.54	0.00	0.00	0.00	0.27	0.27	0.00	0.00	0.00	1.62
Dengue	0.00	0.00	1.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.08
Escabiosis	0.00	0.00	0.81	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.08
Herpes	0.00	0.00	0.27	0.27	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.81
Impetigo	0.00	0.27	0.00	0.27	0.00	0.00	0.00	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00	0.81

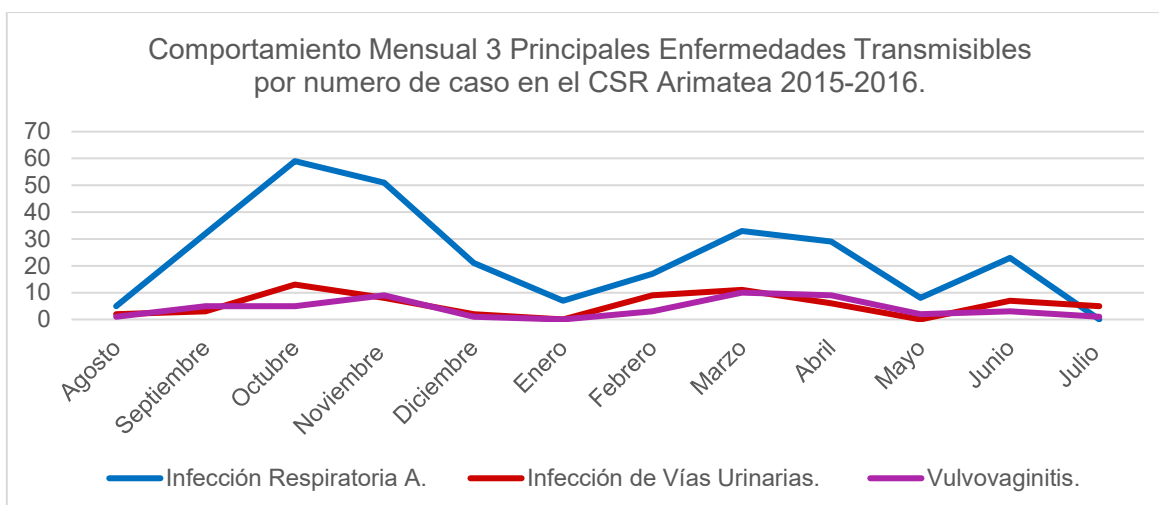
Tabla 57 10 principales patologías transmisibles atendidas en el CSR Arimatea por mes, tasa mensual, tasa anual.

Tasa calculada por 1000 habitantes. Población Total 3713 habitantes.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016

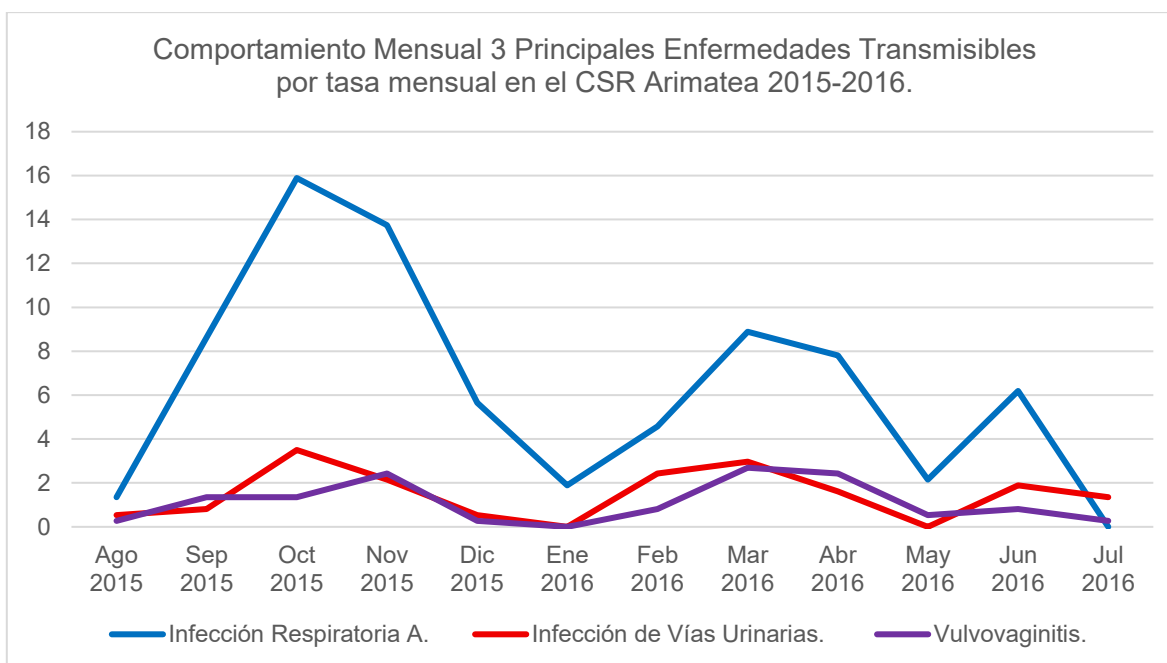
Elaboración propia.

Como se puede observar las causas de morbilidad asociadas enfermedades transmisibles de la microrregión son casi las mismas con el panorama nacional y estatal excepto por el caso de vulvovaginitis que tienen una incidencia alta.



Gráfica 17 Comportamiento Mensual de Enfermedades Transmisibles por número de caso en la microrregión Ago 2015 – Jul 2016.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia



Gráfica 18 Tendencia Mensual de Enfermedades Transmisibles de tasas Regionales Ago 2015 – Jul 2016. Tasa calculada por 1000 habitantes. Población Total 3713 habitantes.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia.

Las Gráficas 19 y 20 muestran que las Infecciones Respiratorias Agudas son, con diferencia, la enfermedad transmisible de mayor variabilidad y magnitud, con un pico muy marcado en octubre y noviembre, seguido de otro ascenso relevante en marzo, lo que sugiere una clara influencia estacional; en contraste, tanto las Infecciones de Vías Urinarias como la Vulvovaginitis mantienen un comportamiento estable y de baja fluctuación a lo largo del periodo, sin incrementos abruptos ni patrones estacionales evidentes, lo que refleja una carga sostenida pero menos volátil dentro del perfil epidemiológico del CSR Arimatea.

Transmisibles								
Nacional			Estatad			Regional		
Patología	Casos	Tasa anual	Patología	Casos	Tasa anual	Patología	Casos	Tasa anual
Infecciones Respiratorias Agudas	23,445,722	191.7	Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	561,868	105.7	Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	285	76.76
Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas	4,476,041	36.6	Infecciones Intestinales Por Otros Organismos Y Las Mal Definidas	163,706	30.8	Infección De Vías Urinarias	66	17.78
Infección De Vías Urinarias	4,106,966	33.6	Infección De Vías Urinarias	129,715	24.4	Vulvovaginitis Aguda	49	13.2

Tabla 58 Tres Principales Patologías Transmisibles Nacional, Estatal, Regional, con número de caso y tasa anual.

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: 1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

El perfil de enfermedades transmisibles evidencia que las Infecciones Respiratorias Agudas son, de manera clara, la principal causa de atención en los tres niveles analizados: nacional, estatal y regional. En el ámbito nacional, estas infecciones representan la mayor carga, con más de 23 millones de casos reportados. Si bien la tasa de incidencia disminuye progresivamente a medida que se analiza el nivel estatal y, posteriormente, el regional, las IRA continúan siendo el motivo principal de consulta.

Las infecciones intestinales ocupan el segundo lugar en cuanto a frecuencia tanto a nivel nacional como estatal, con tasas que pueden considerarse moderadas. Sin embargo, estas infecciones no figuran entre las principales en el ámbito regional.

Las infecciones de vías urinarias mantienen una presencia notable en los tres niveles estudiados. Sin embargo, se observa una reducción progresiva tanto en el número de casos como en las tasas de incidencia al pasar del ámbito nacional al regional. Esta tendencia es coherente con la disminución de la población en cada nivel de análisis y con la variabilidad en los patrones de consulta observados.

Finalmente, es importante señalar que en el nivel regional destaca la vulvovaginitis aguda, la cual no aparece entre las principales causas de consulta en los niveles nacional y estatal, pero adquiere relevancia dentro del ámbito local. Esto puede estar asociado a características demográficas particulares o a patrones específicos de atención presentes en la región y a condiciones de vida presentes en la región.

	Transmisibles					
	Nacional		Estatad		Regional	
Infección Respiratoria A.	23,755,831.00	198.74	616,096.00	118.07	285	76.76
Infección de Vías Urinarias.	4,098,042.00	34.28	135,561.00	25.98	66	17.78
Vulvovaginitis.	477,644.00	4	17,839.00	3.42	49	13.2

Tabla 59 Tres Principales Patologías Transmisibles en la Microrregión: Comparativo Nacional y Estatal por Número de Casos y Tasa Anual

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

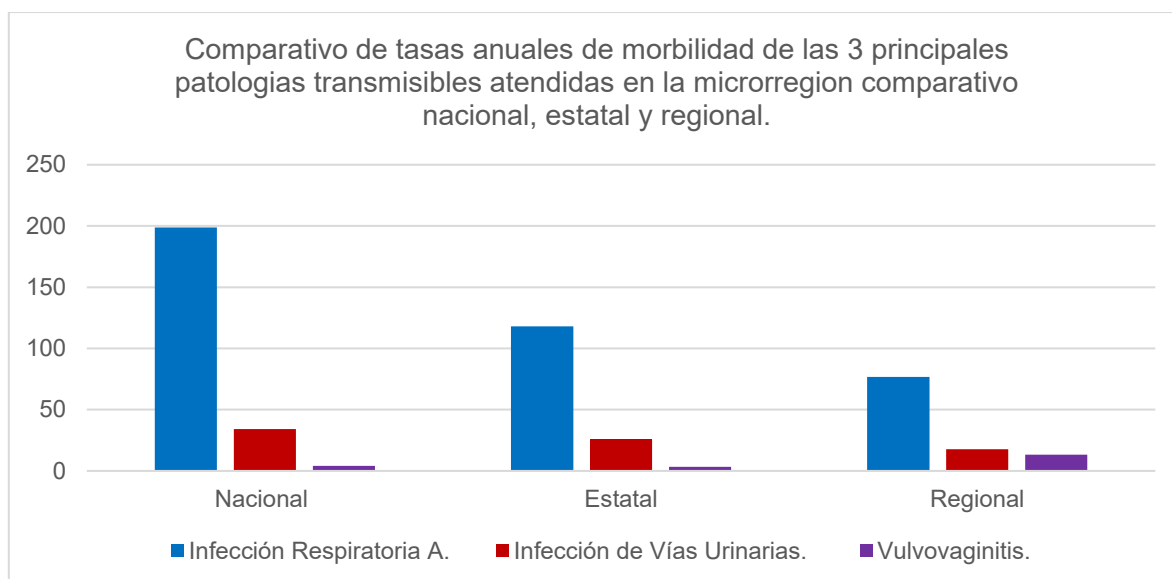
Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: 1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

Al observar la tabla 59 se puede apreciar que la tasa vulvovaginitis se triplica en microrregión; en contraste se observa una tendencia a la baja en las tasas de las infecciones respiratorias agudas y la infección de vías urinarias en el contexto nacional, estatal y microrregional.

La Gráfica 21 compara las tasas anuales de morbilidad de las tres principales patologías transmisibles —Infección Respiratoria Aguda, Infección de Vías Urinarias y Vulvovaginitis— en los niveles nacional, estatal y regional. El patrón es consistente en los tres ámbitos: las infecciones respiratorias presentan la mayor carga de enfermedad, con tasas muy superiores al resto, lo que confirma su papel como principal motivo de consulta transmisible. Las infecciones de vías urinarias ocupan el segundo lugar, con una magnitud intermedia y relativamente estable entre niveles. En contraste, la vulvovaginitis muestra las tasas más bajas, aunque en contraste la vulvovaginitis en el contexto regional presenta una tasa superior en comparación con panorama nacional y estatal.



Gráfica 19 Tasas Anuales de Morbilidad de las 3 Patologías Transmisibles en la microrregion Comparativo Nacional–Estatal–Microrregional.

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

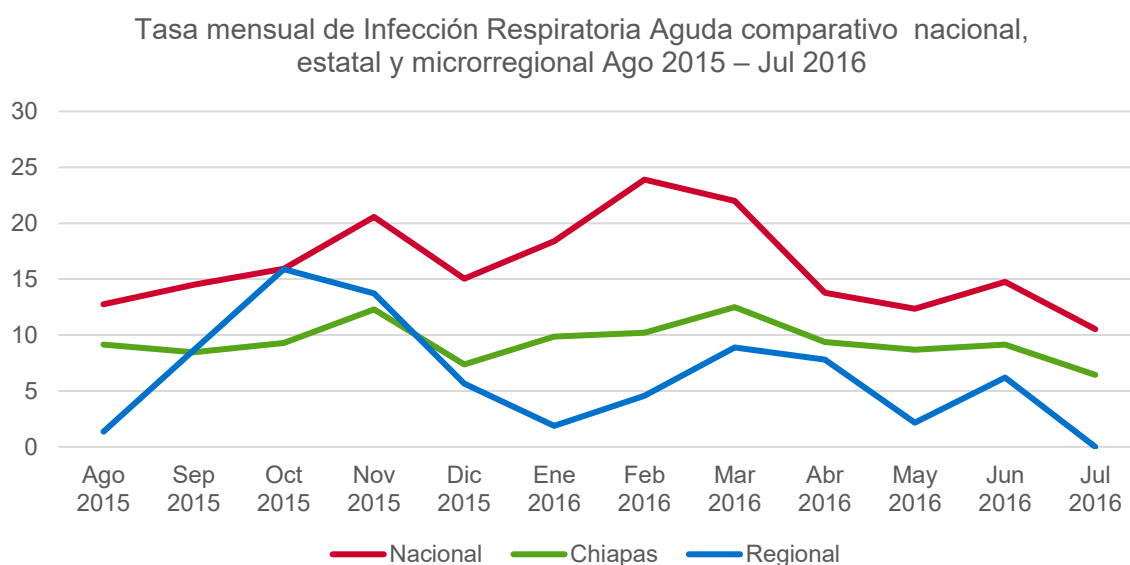
Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

De igual forma en la Gráfica 22 se observa un pico en las infecciones respiratorias agudas en los meses de esto se debe a que son meses de lluvia monzónica en Palenque aunado a esto las viviendas de las comunidades del CSR Arimatea no cuentan con las mejores condiciones necesarias para proteger contra las inclemencias del clima.

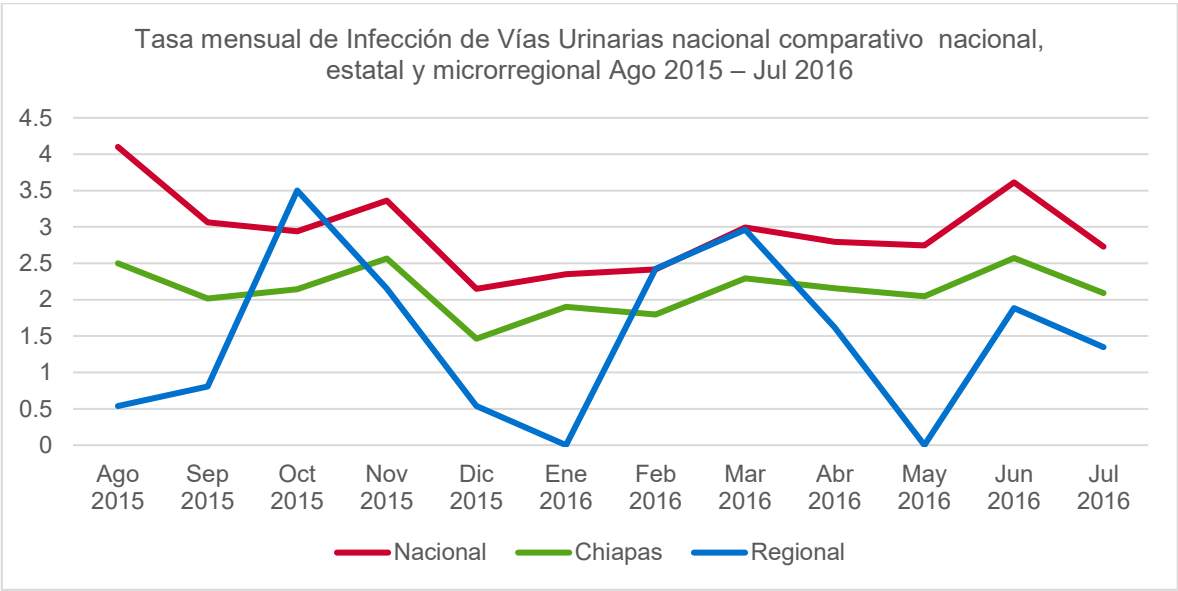


Gráfica 20 Comportamiento de la Tasa Mensual de Infección Respiratoria Aguda a Nivel Nacional, Estatal y Microrregional (Ago 2015 – Jul 2016)

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960
Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713
Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.
2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

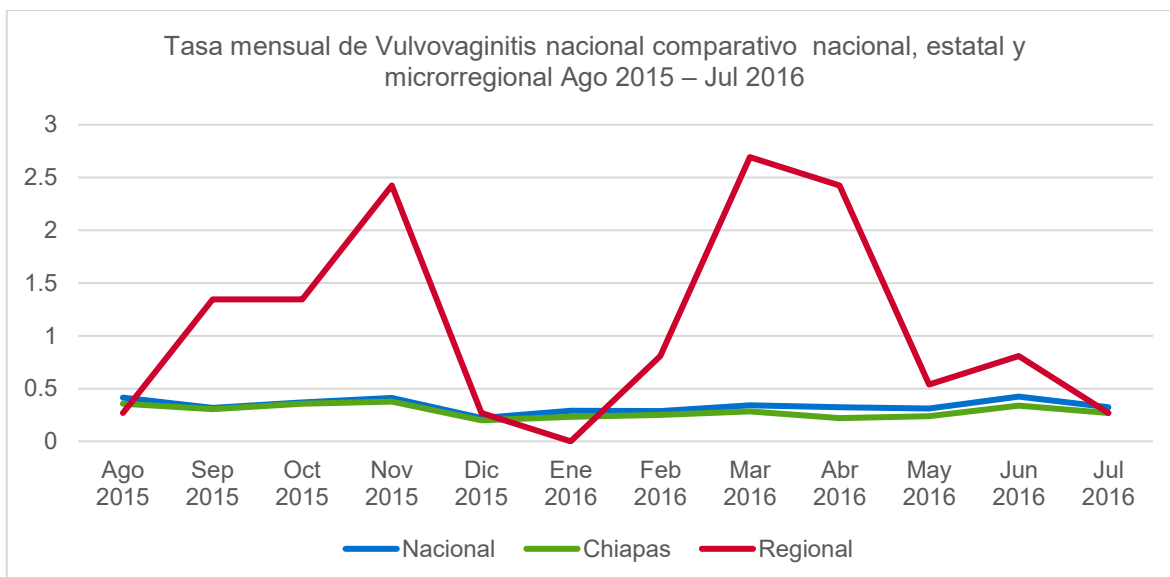
En contraste, la Infección de Vías Urinarias (IVU) también muestra una tendencia descendente al comparar los tres niveles: la tasa nacional es de 34.28, la estatal de 25.98 y la regional de 17.78 por 1000 habitantes. Esto indica que, aunque las IVU representan la segunda causa de morbilidad transmisible en la microrregión, su frecuencia es menor que la observada en contextos urbanos o semiurbanos.



Gráfica 21 Comportamiento de la Tasa Mensual de Infección de Vías Urinarias a Nivel Nacional, Estatal y Microrregional (Ago 2015 – Jul 2016)

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484
Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960
Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713
Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.
2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016.. Elaboración propia

En contraste, la Infección de Vías Urinarias (IVU) también muestra una tendencia descendente al comparar los tres niveles: la tasa nacional es de 34.28, la estatal de 25.98 y la regional de 17.78 por 1000 habitantes. Esto indica que, aunque las IVU representan la segunda causa de morbilidad transmisible en la microrregión, su frecuencia es menor que la observada en contextos urbanos o semiurbanos.



Gráfica 22 Comportamiento de la Tasa Mensual de Vulvovaginitis a Nivel Nacional, Estatal y Microrregional (Ago 2015 – Jul 2016)

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

El comportamiento de la vulvovaginitis es notablemente distinto. Mientras que a nivel nacional (4.00) y estatal (3.42) las tasas son relativamente bajas, la tasa regional (13.20) es más de tres veces mayor. Este incremento significativo refleja un fenómeno local influido por determinantes socioculturales, como la normalización de los síntomas, la falta de educación sexual, además de factores ambientales como la humedad. La elevada tasa regional sugiere un, así como la necesidad de fortalecer la educación para la salud en la microrregión.

En conjunto, la gráfica evidencia que, aunque la microrregión presenta tasas menores en IRA e IVU, la vulvovaginitis supera ampliamente los promedios estatal y nacional, lo que justifica intervenciones específicas orientadas a la educación, la detección oportuna y la reducción de barreras culturales para la atención.

Las diez principales patologías no transmisibles

La Tabla 60 y 61 presentan las 10 principales patologías no transmisibles de la microrregión, distribución mensual registrados en el CSR Arimatea, se presenta su número de caso y su tasa anual con población adscrita al CSR Arimatea (3713 habitantes).

	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total Anual
Úlceras, gastritis y duodenitis	0	1	4	4	4	1	5	1	1	1	1	0	21
Herida con Objeto Punzocortante.	2	1	2	3	9	0	0	3	0	0	1	0	20
Hipertensión Arterial Sistémica.	0	0	2	4	4	0	2	4	0	0	1	0	17
Síndrome de Intestino Irritable.	0	1	6	5	1	0	1	0	1	0	0	0	15
Lumbalgia.	2	2	3	0	3	0	0	1	1	0	0	0	12
Colecistitis	0	0	1	3	0	0	0	4	1	1	0	0	10
Diabetes Mellitus 2	0	4	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Dismenorrea	0	2	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	7
Asma	0	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6
Gingivitis y enfermedades periodontales	0	0	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	5

Tabla 60 10 principales patologías no transmisibles atendidas en el CSR Arimatea por mes, total anual y tasa anual. Población Total 3713 habitantes

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016

Elaboración propia.

	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Tasa
Úlceras, gastritis y duodenitis	0.00	0.27	1.08	1.08	1.08	0.27	1.35	0.27	0.27	0.27	0.27	0.00	5.66
Herida con Objeto Punzocortante.	0.54	0.27	0.54	0.81	2.42	0.00	0.00	0.81	0.00	0.00	0.27	0.00	5.39
Hipertensión Arterial Sistémica.	0.00	0.00	0.54	1.08	1.08	0.00	0.54	1.08	0.00	0.00	0.27	0.00	4.58
Síndrome de Intestino Irritable.	0.00	0.27	1.62	1.35	0.27	0.00	0.27	0.00	0.27	0.00	0.00	0.00	4.04
Lumbalgia.	0.54	0.54	0.81	0.00	0.81	0.00	0.00	0.27	0.27	0.00	0.00	0.00	3.23
Colecistitis	0.00	0.00	0.27	0.81	0.00	0.00	0.00	1.08	0.27	0.27	0.00	0.00	2.69
Diabetes Mellitus 2	0.00	1.08	0.54	1.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.69
Dismenorrea	0.00	0.54	0.54	0.27	0.00	0.27	0.00	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00	1.89
Asma	0.00	0.54	0.54	0.00	0.00	0.27	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.62
Gingivitis y enfermedades periodontales	0.00	0.00	0.54	0.27	0.00	0.00	0.00	0.27	0.27	0.00	0.00	0.00	1.35

Tabla 61 10 principales patologías no transmisibles atendidas en el CSR Arimatea por mes y tasa mensual, tasa anual. Población Total 3713 habitantes

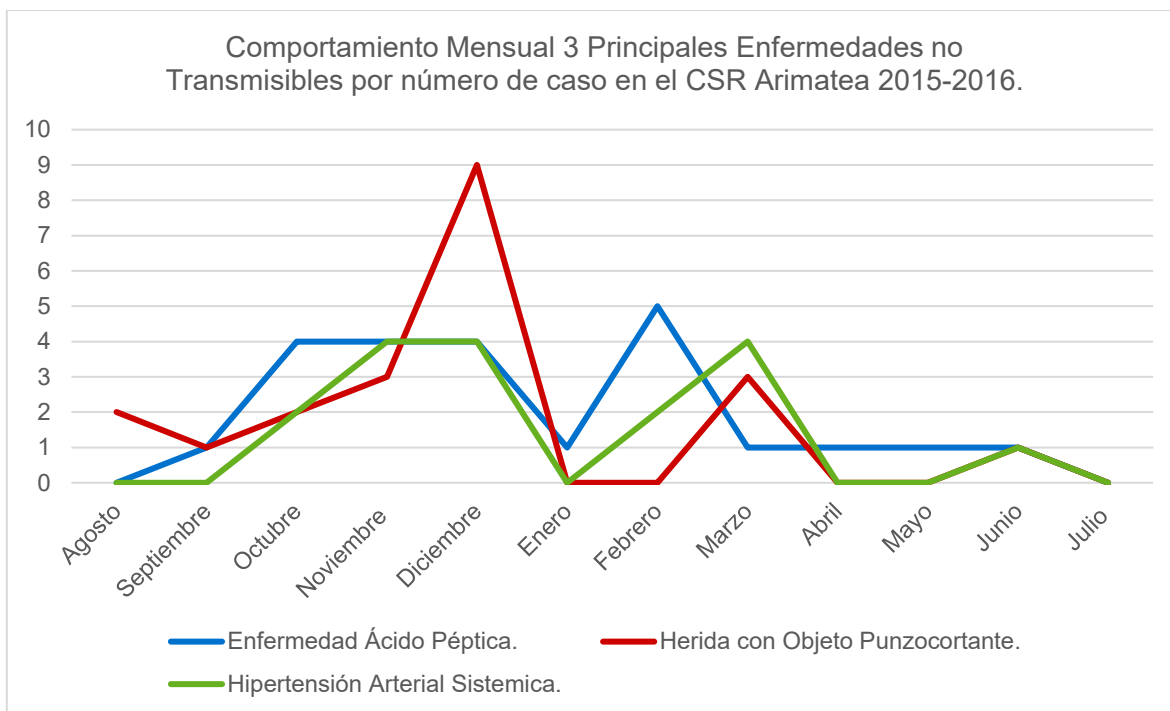
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016.

Tasa calculada por 1000 habitantes. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016

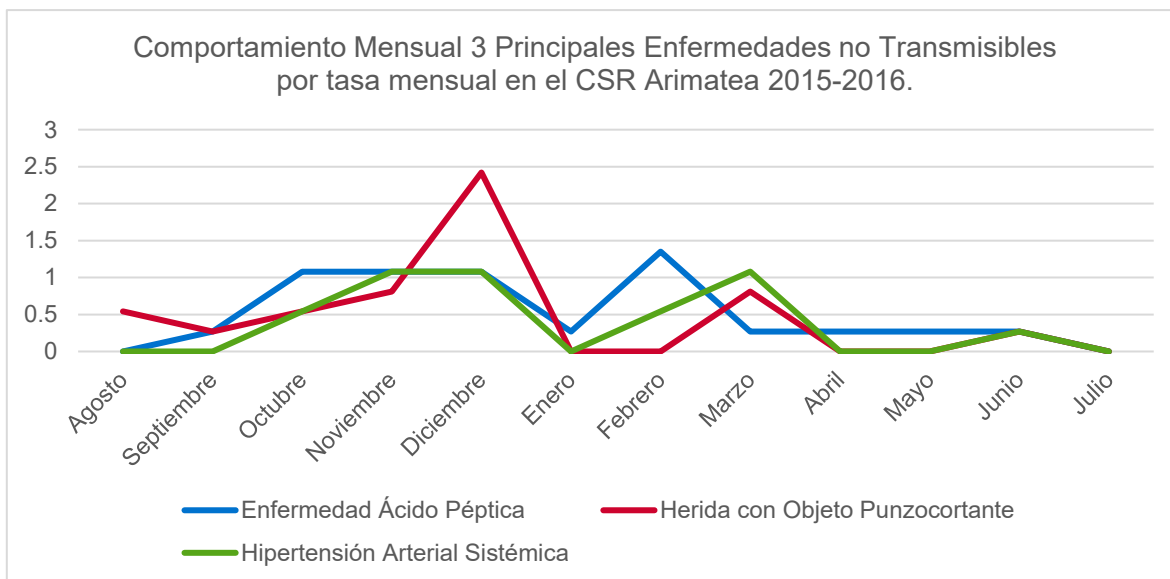
Elaboración propia

Las enfermedades no transmisibles con mayor incidencia en el panorama regional son:

- Úlceras, gastritis y duodenitis
- Herida con Objeto Punzocortante.
- Hipertensión Arterial S.



Gráfica 23 Comportamiento Mensual de Enfermedades no Transmisibles por número de casos en la microrregión Regionales Ago 2015 – Jul 2016.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia



Gráfica 24 Tendencia Mensual de Enfermedades no Transmisibles de tasas Regionales Ago 2015 – Jul 2016.
Tasa calculada por 1000 habitantes. Población Total 3713 habitantes.
Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia.

Las Gráficas 25 y 26 muestran comportamiento mensual de las tres principales enfermedades no transmisibles en el CSR Arimatea muestra variaciones consistentes: la hipertensión arterial sistémica mantiene una presencia estable durante la mayor parte del año, con un incremento marcado hacia marzo, lo que refleja su carácter crónico y sostenido en la demanda de atención.

La enfermedad ácido-péptica presenta fluctuaciones moderadas, con picos visibles entre noviembre y febrero, sugiriendo posibles influencias estacionales o relacionadas con hábitos alimentarios. En contraste, las heridas por objeto punzocortante exhiben un patrón claramente irregular, con un aumento abrupto que alcanza su máximo entre diciembre y enero, lo que apunta a factores sociales o conductuales específicos de ese periodo.

En conjunto, ambas gráficas coinciden en mostrar que mientras hipertensión y enfermedad ácido-péptica siguen patrones relativamente estables, las lesiones punzocortantes presentan un comportamiento más errático.

No Transmisibles								
Nacional			Estatad			Regional		
Patología	Casos	Tasa anual	Patología	Casos	Tasa anual	Patología	Casos	Tasa anual
Úlceras, gastritis y duodenitis	1,372,077	11.43	Úlceras, gastritis y duodenitis	57,726	10.41	Úlceras, gastritis y duodenitis	23	6.19
Gingivitis y enfermedades periodontales	1,129,195	9.41	Gingivitis y enfermedades periodontales	24,503	4.42	Herida con Objeto Punzocortante	21	5.66
Obesidad	529,280	4.41	Obesidad	13,991	2.52	Hipertensión Arterial Sistémica	17	4.58

Tabla 62 Tres Principales Patologías no Transmisibles Nacional, Estatal, Regional, con numero de caso y tasa anual.
Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484
Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960
Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713
Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.
2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

En el ámbito nacional, las enfermedades no transmisibles con mayor número de atenciones corresponden, en primer lugar, a úlceras, gastritis y duodenitis, seguidas por gingivitis y enfermedades periodontales, y en tercer lugar obesidad. Estas tres patologías concentran la mayor carga de morbilidad crónica atendida en el primer nivel de salud, reflejando tanto la magnitud de los trastornos gastrointestinales y bucales como la creciente prevalencia de condiciones metabólicas en la población mexicana.

A nivel estatal, en Chiapas, se observa un patrón similar: úlceras, gastritis y duodenitis continúan siendo la principal causa de atención, seguidas por gingivitis y enfermedades periodontales, y posteriormente obesidad. No obstante, las tasas estatales son menores que las nacionales, lo cual

puede explicarse por diferencias en la estructura poblacional, el acceso a los servicios de salud y la variabilidad en la demanda de atención.

En contraste, el perfil epidemiológico de la microrregión del CSR Arimatea muestra una composición distinta. Aunque úlceras, gastritis y duodenitis permanecen como la primera causa de atención, en segundo lugar, aparece herida por objeto punzocortante, una condición no transmisible, pero de origen traumático que adquiere relevancia local, posiblemente asociada a actividades laborales o domésticas de mayor riesgo. En tercer lugar, se ubica la hipertensión arterial sistémica, lo que evidencia la presencia de enfermedades crónicas en la región, aunque con menor magnitud relativa frente a los trastornos gastrointestinales y las lesiones accidentales.

La microrregión presenta un top 3 distinto respecto al panorama nacional y estatal, Para fines de análisis se trabajará con un conjunto ampliado de cinco enfermedades no transmisibles, lo que permitirá un análisis más completa del comportamiento epidemiológico de estas patologías entre los niveles nacional, estatal y comunitario.

	Tasa Nacional	Tasa Estatal	Tasa Regional
Úlceras, gastritis y duodenitis	11.43	10.41	6.19
Gingivitis y enfermedades periodontales	9.41	4.42	1.35
Obesidad	4.41	2.52	0.00
Hipertensión arterial	3.67	2.54	4.58
Herida por arma de fuego y punzocortantes	0.32	0.70	5.66

Tabla 63 Cinco Principales Patologías No Transmisibles en la Microrregión: Comparativo Nacional y Estatal Tasa Anual

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

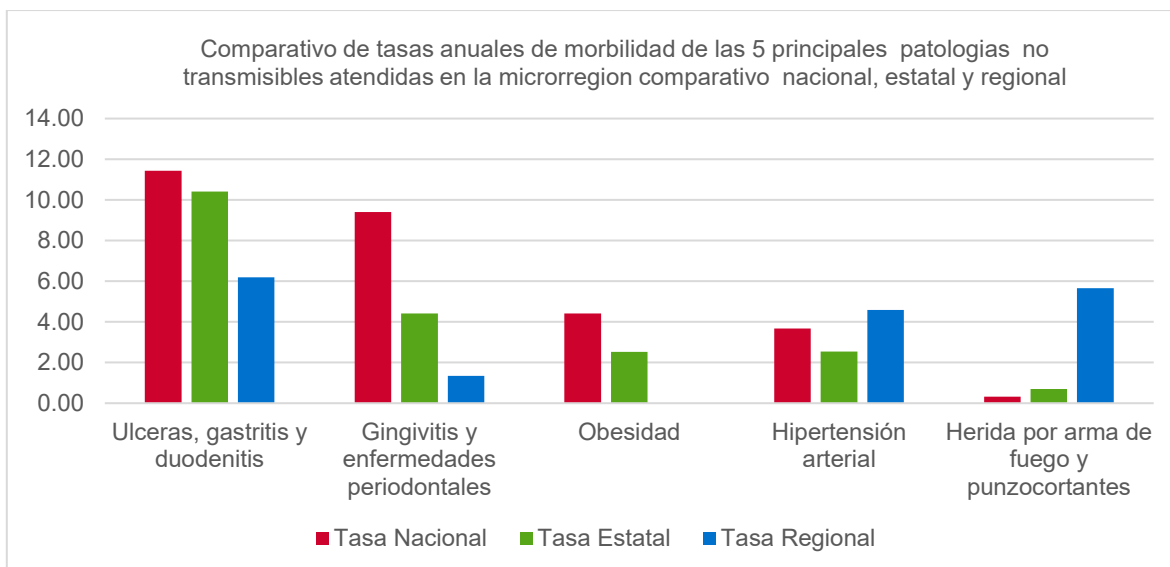
Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

Al analizar las tasas anuales, se observa que mi región presenta un comportamiento distinto al del estado y el país. Patologías frecuentes como úlceras, gingivitis y obesidad registran incidencias considerablemente inferiores a los promedios estatal y nacional; sin embargo, otras afecciones, tales como hipertensión y especialmente lesiones por objetos punzocortantes, muestran tasas significativamente elevadas. Esto evidencia que, a nivel local, las problemáticas prioritarias difieren de las del resto de Chiapas o del país, por lo que las intervenciones deben orientarse específicamente hacia estos riesgos particulares identificados en la comunidad.



Gráfica 25 Tasas Anuales de Morbilidad de las 5 Patologías no Transmisibles en la microrregión

Comparativo Nacional–Estatal–microrregional.

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

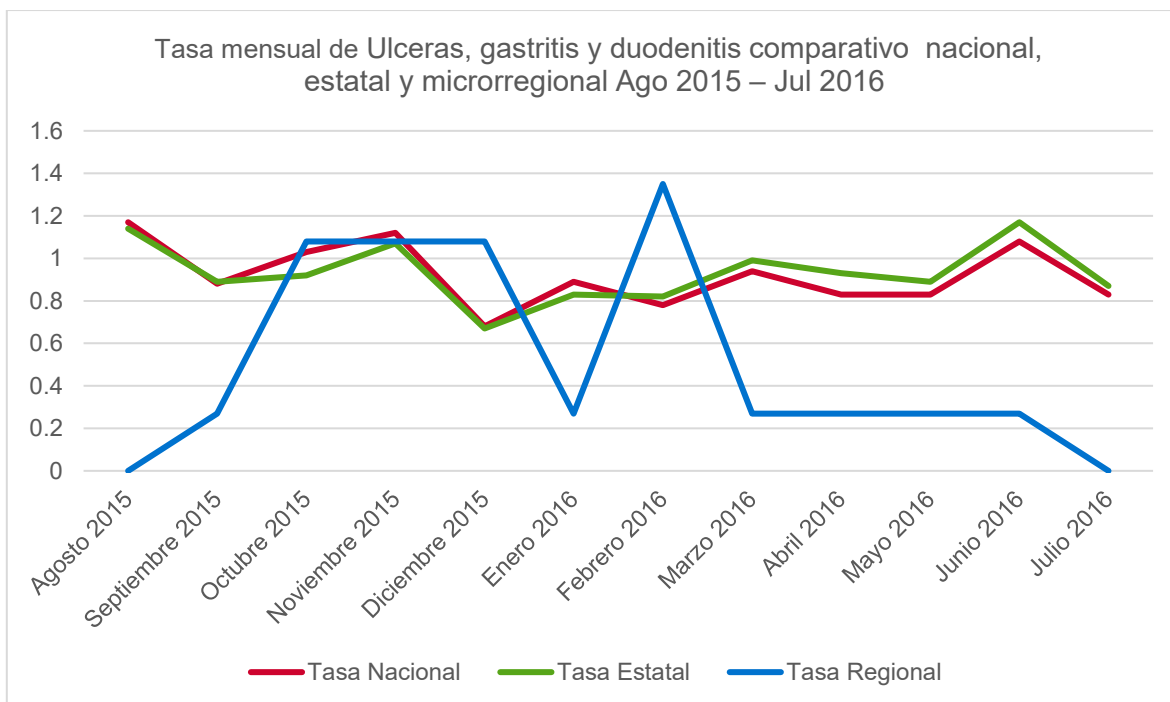
Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: 1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

La Gráfica 27 muestra que úlceras, gastritis y duodenitis presentan las tasas más altas en los tres niveles —nacional, estatal y regional—, manteniéndose como la principal causa de morbilidad no transmisibles. Le siguen gingivitis y enfermedades periodontales, también con un patrón descendente desde lo nacional hacia lo regional. Obesidad presenta tasas moderadas, con mayor carga a nivel nacional y disminución progresiva en el nivel estatal y regional es prácticamente nulo. En contraste, las heridas por arma de fuego y punzocortantes muestran un comportamiento inverso: aunque sus tasas son bajas a nivel nacional y estatal, en la región alcanzan un valor relativamente mayor, lo que evidencia un problema local más marcado asociado a riesgos ocupacionales. En conjunto, la gráfica revela una transición clara entre enfermedades crónicas predominantes a gran escala y condiciones traumáticas que adquieren mayor relevancia en el ámbito regional.



Gráfica 26 Comportamiento de la Tasa Mensual de Úlceras, Gastritis y Duodenitis a Nivel Nacional, Estatal y Microrregional (Ago 2015 – Jul 2016)

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

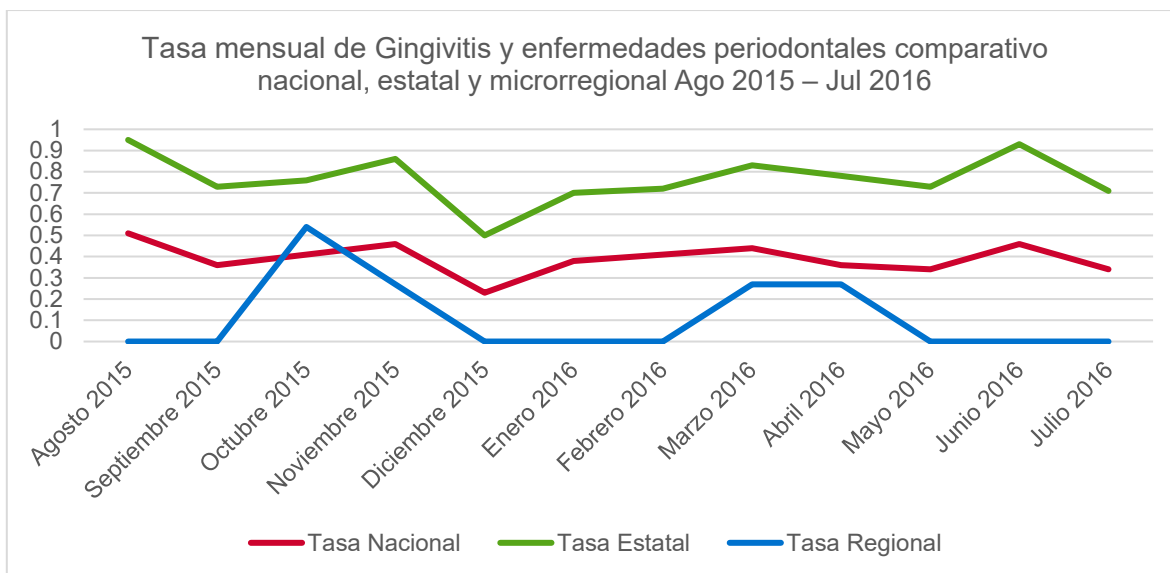
Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

La Gráfica 28 muestra que las de Úlceras, gastritis y duodenitis su la tasa nacional como la estatal mantienen un comportamiento estable durante todo el periodo, con variaciones moderadas mes a mes. En contraste, la tasa regional presenta picos aislados y meses en cero, lo cual es esperable debido al tamaño reducido de la población, cualquier caso individual genera un incremento notable. Aun así, la tendencia regional se mantiene consistentemente por debajo de los niveles estatal y nacional, lo que indica una menor carga local de esta patología.



Gráfica 27 Comportamiento de la Tasa Mensual de Úlceras, Gastritis y Duodenitis a Nivel Nacional, Estatal y Microrregional (Ago 2015 – Jul 2016)

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

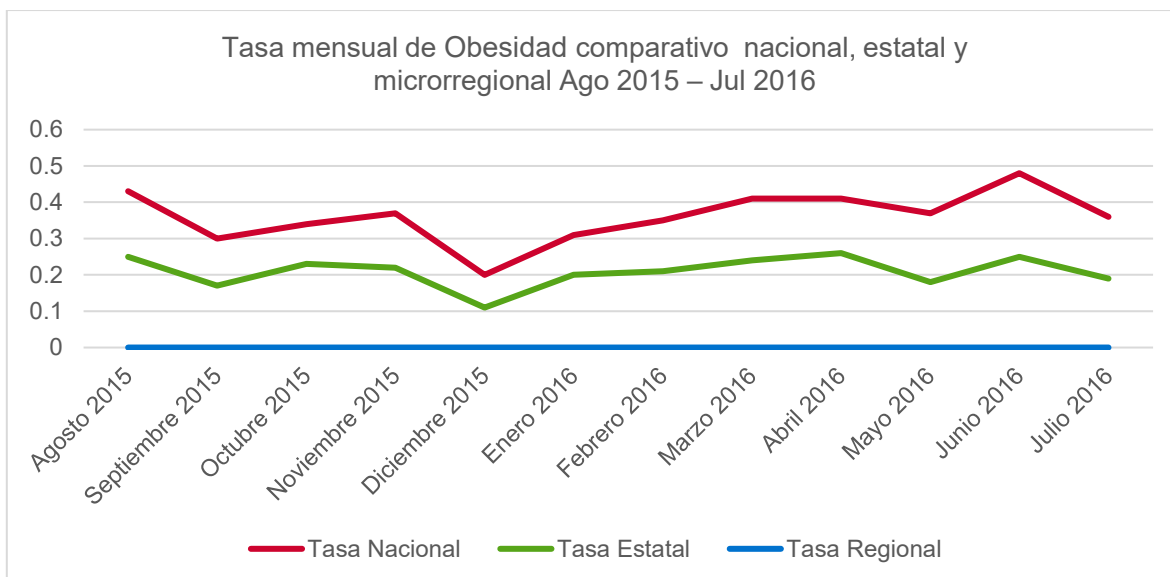
Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: 1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

La Gráfica 29 muestra que Gingivitis y enfermedades periodontales sus tasas nacionales y estatales son estables, mientras que la tasa regional permanece baja, con incrementos ocasionales. Lo que observamos respecto a que esta patología rara vez se atiende en la población que atiende el CSR Arimatea. En la comunidad, los pobladores solo buscan atención cuando sienten dolor, lo que evidencia la falta de educación para la salud y prevención dental.



Gráfica 28 Comportamiento de la Tasa Mensual de Obesidad a Nivel Nacional, Estatal y Microrregional (Ago 2015 – Jul 2016)

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

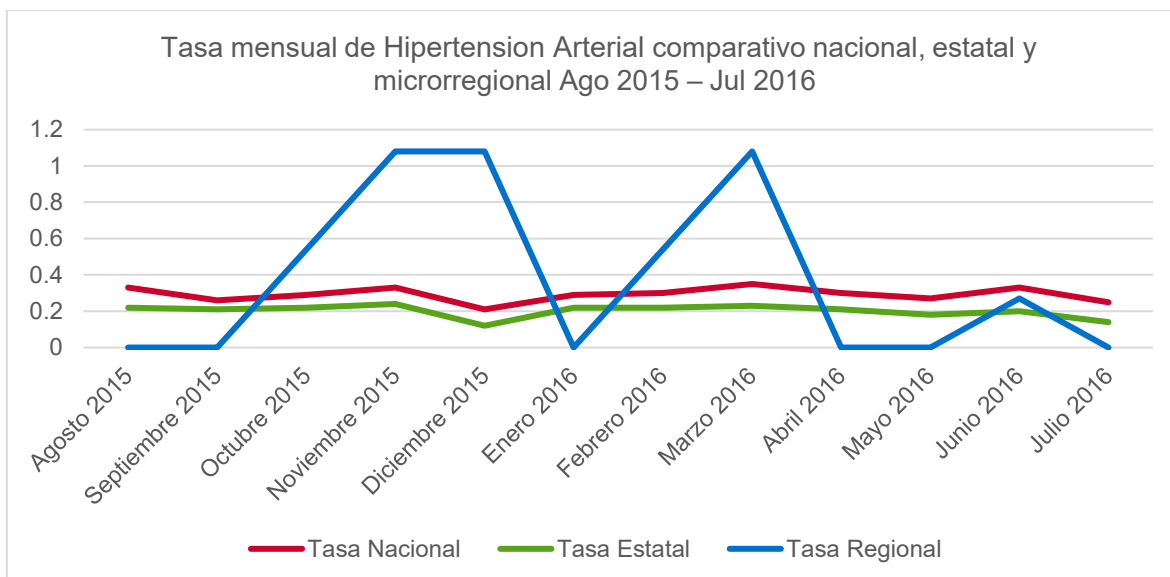
Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: 1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

La Gráfica 30 muestra que las tasas nacional y estatal se mantienen estables, típico de una patología crónica. La tasa regional es cero, ya que el sobrepeso y la obesidad no suelen ser motivo de consulta médica. Además, en la microrregión la mayoría de la población vive en condiciones de alta marginación y presenta más bien bajo peso, por lo que la obesidad prácticamente no aparece como problema de salud local, solo se registraron dos casos de obesidad en menores de 5 años.



Gráfica 29 Comportamiento de la Tasa Mensual de Hipertensión Arterial a Nivel Nacional, Estatal y Microrregional (Ago 2015 – Jul 2016)

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

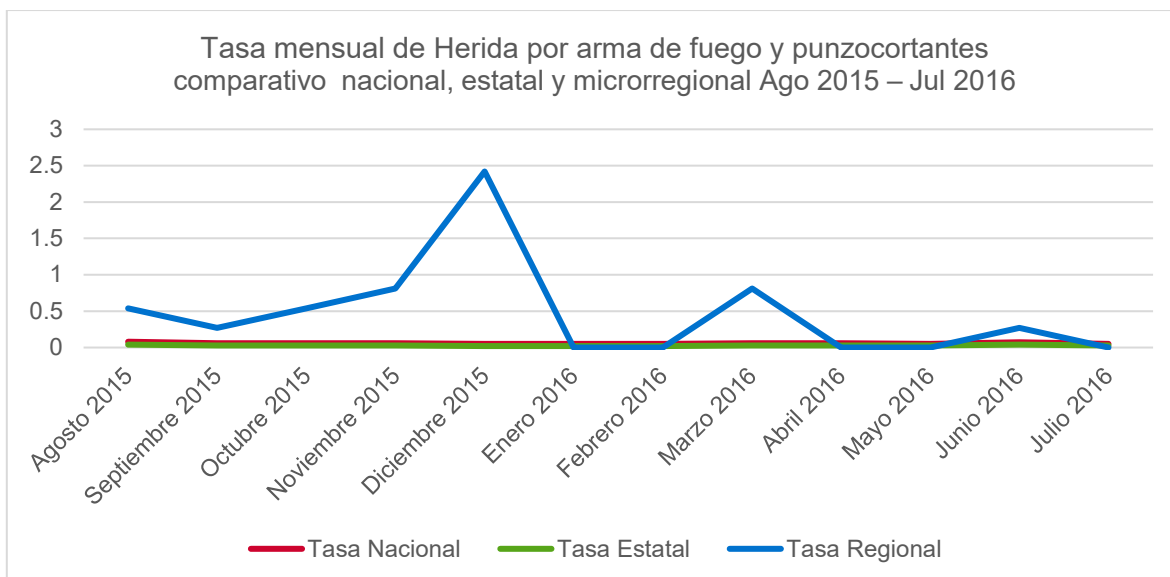
Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: 1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

La Gráfica 31 evidencia que las tasas de Hipertensión Arterial nacional y estatal se mantienen relativamente estables, con variaciones pequeñas entre meses. En cambio, la tasa regional presenta picos marcados en meses específicos, lo cual es típico en poblaciones pequeñas donde pocos casos generan tasas elevadas. A diferencia de otras patologías, aquí la microrregión sí muestra actividad relevante.



Gráfica 30 Comportamiento de la Tasa Mensual de Lesiones por Arma de Fuego y Objetos Punzocortantes a Nivel Nacional, Estatal y Microrregional (Ago 2015 – Jul 2016)

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: 1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración propia

La Gráfica 32 muestra un contraste muy claro: mientras que las tasas nacional y estatal son bajas y estables, la tasa regional presenta valores considerablemente más altos y con variaciones claras. Esto puede explicarse porque la población de la microregión realiza actividades agrícolas y de trabajo físico en la milpa, lo que implica un entorno laboral con mayor exposición a riesgos y lesiones, muy distinto al que se observa en contextos urbanos.

Daño Diferencial

Se presenta un análisis de las principales patologías que afectan a los grupos etarios de:

- 0-1año.
- 02-04 años.
- 05-14 años.
- 15-49 años.
- 50 años y más.

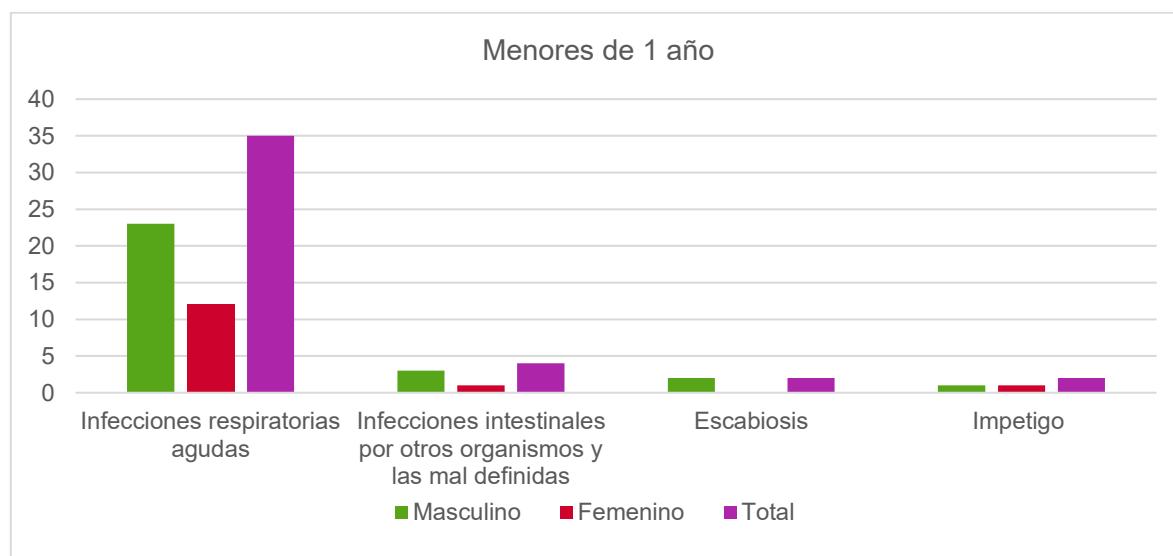
Con el propósito de observar las enfermedades que impactan más a determinado grupo etario o sexo. Para el análisis comparativo del daño diferencial se utilizaron los datos nacionales correspondientes al año 2016, debido a que este año concentra la mayor parte del periodo de servicio social (enero–julio 2016). Esto permite una comparación más precisa y metodológicamente consistente con la morbilidad observada en la unidad médica

0-1año.

	Menores de 1 año		
	Masculino	Femenino	Total
Infecciones respiratorias agudas	23	12	35
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	3	1	4
Escabiosis	2	0	2
Impétigo	1	1	2

Tabla 64 Principales Patologías en Menores de 1 Año por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016
Elaboración Propia.



Gráfica 31 Principales Patologías en Menores de 1 Año por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016
Elaboración Propia.

En el grupo de menores de un año, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen la principal causa de morbilidad, lo cual coincide con el patrón nacional y estatal, aunque con una tasa regional ligeramente menor. Este comportamiento es esperable dada la vulnerabilidad inmunológica propia de esta etapa y las condiciones ambientales que suelen influir en la incidencia de IRA, como hacinamiento, exposición biomasa a o cambios bruscos de temperatura. Las infecciones intestinales y la escabiosis e impétigo aparecen en menor frecuencia, lo que sugiere que, aunque existen factores de riesgo relacionados con higiene y saneamiento, su impacto es relativamente bajo en comparación con otros contextos del país.

En conjunto, el perfil refleja una carga de enfermedad típica de la primera infancia, donde predominan los padecimientos infecciosos agudos.

NACIONAL			ESTATAL			REGIONAL		
Patología	Casos <1 año	Tasa por 1000	Patología	Casos <1 año	Tasa por 1000	Patología	Casos <1 año	Tasa por 1000
Infecciones respiratorias agudas	1780293	804	Infecciones respiratorias agudas	53966	484.9	Infecciones respiratorias agudas	35	460.53
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	265968	120.1	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	13199	118.6	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4	52.63
Conjuntivitis	57825	26.1	Conjuntivitis	1314	11.8	Escabiosis	2	26.32

Tabla 65 3 Principales Enfermedades en Menores de 1 Año: Comparativo Nacional, Estatal y Regional

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: 1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

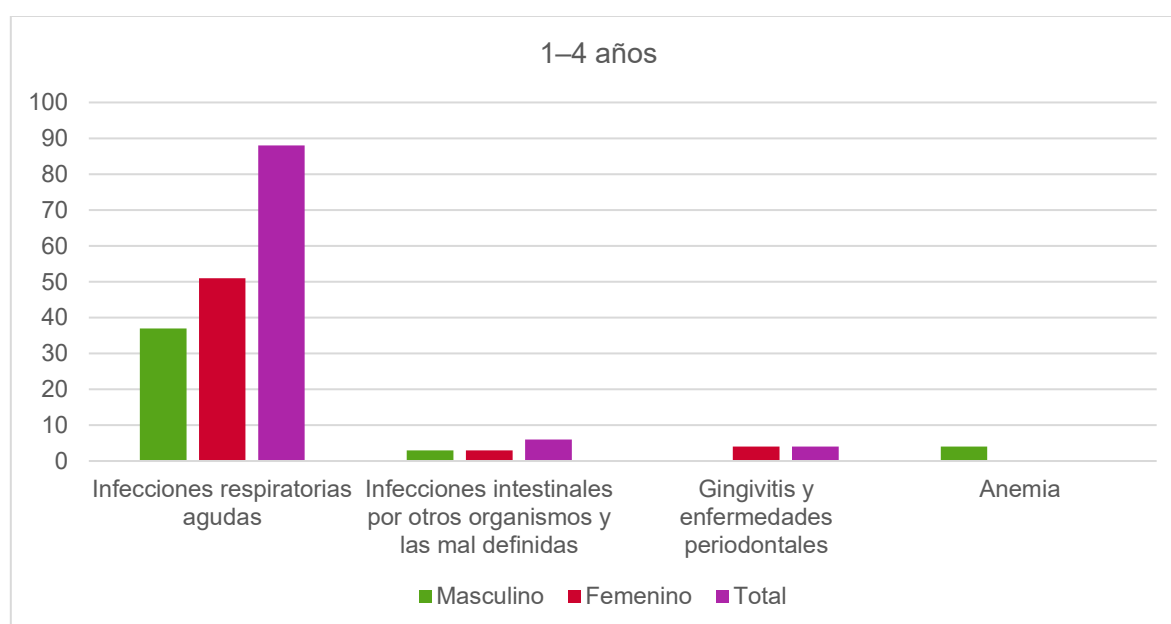
El perfil de morbilidad en menores de un año muestra que las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de atención en los tres niveles —nacional, estatal y regional—, con tasas muy elevadas que reflejan su alta frecuencia en este grupo etario. Las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas ocupan el segundo lugar tanto a nivel nacional como estatal, aunque con una disminución notable en la región, lo que sugiere menor demanda de atención o variaciones en exposición y registro. En tercer lugar, la conjuntivitis aparece como causa relevante en los niveles nacional y estatal, mientras que en la región es reemplazada por escabiosis, que adquiere importancia local pese a su baja magnitud absoluta. En conjunto, los datos muestran un patrón consistente de predominio de infecciones respiratorias e intestinales, con particularidades regionales que evidencian condiciones ambientales, socioeconómicas y de acceso a servicios ya conocidos.

01-04 años

	1-4 años		
	Masculino	Femenino	Total
Infecciones respiratorias agudas	37	51	88
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	3	3	6
Gingivitis y enfermedades periodontales	0	4	4
Anemia	4	0	0

Tabla 66 Principales Patologías en el grupo etario de 1-4 Años por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016
Elaboración Propia.



Gráfica 32 Principales Patologías en grupo etario de 1-4 Años por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración Propia.

En el grupo de 1 a 4 años, las IRA continúan siendo la principal causa de consulta, con una incidencia mayor en comparación con los menores de un año, lo cual puede relacionarse con la mayor movilidad, interacción social y asistencia a espacios.

Las infecciones intestinales mantienen una presencia moderada, aunque muy por debajo de las tasas nacional y estatal. Llama la atención la aparición de gingivitis y enfermedades periodontales, especialmente en niñas, lo que sugiere problemas de higiene bucal desde edades tempranas y la necesidad de fortalecer acciones preventivas en salud estomatológica. En general, este grupo muestra un perfil dominado por infecciones respiratorias.

NACIONAL			ESTATAL			REGIONAL		
Patología	Casos 1-4 años	Tasa por 1000	Patología	Casos 1-4 años	Tasa por 1000	Patología	Casos 1-4 años	Tasa por 1000
Infecciones respiratorias agudas	4511468	510.6	Infecciones respiratorias agudas	116126	262.9	Infecciones respiratorias agudas	88	241.1
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	786471	89	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	32469	73.5	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	6	16.44
Infección de vías urinarias	132964	15.1	Amebiasis intestinal	4652	10.5	Gingivitis y enfermedades periodontales	4	10.96

Tabla 67 Principales Enfermedades en el grupo etario grupo etario de 1-4 Años Comparativo Nacional, Estatal y Regional

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

El perfil de morbilidad en el grupo de 1 a 4 años muestra un predominio marcado de las infecciones respiratorias agudas, que ocupan el primer lugar en los tres niveles —nacional, estatal y regional—, aunque con una disminución progresiva de las tasas conforme se reduce el ámbito geográfico. Las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas se mantienen como la segunda causa tanto a nivel nacional como estatal y regional, lo que refleja condiciones ambientales y sanitarias particulares del territorio. En tercer lugar, a nivel nacional destacan las infecciones de vías urinarias, mientras que en el ámbito estatal aparece amebiasis intestinal, y en la región gingivitis y enfermedades periodontales, evidenciando variaciones en exposición, hábitos y patrones de atención entre los distintos niveles.

En conjunto, los datos muestran que, aunque las infecciones respiratorias e intestinales siguen siendo las principales causas de morbilidad en este grupo etario, la composición del perfil regional presenta particularidades que responden a determinantes locales.

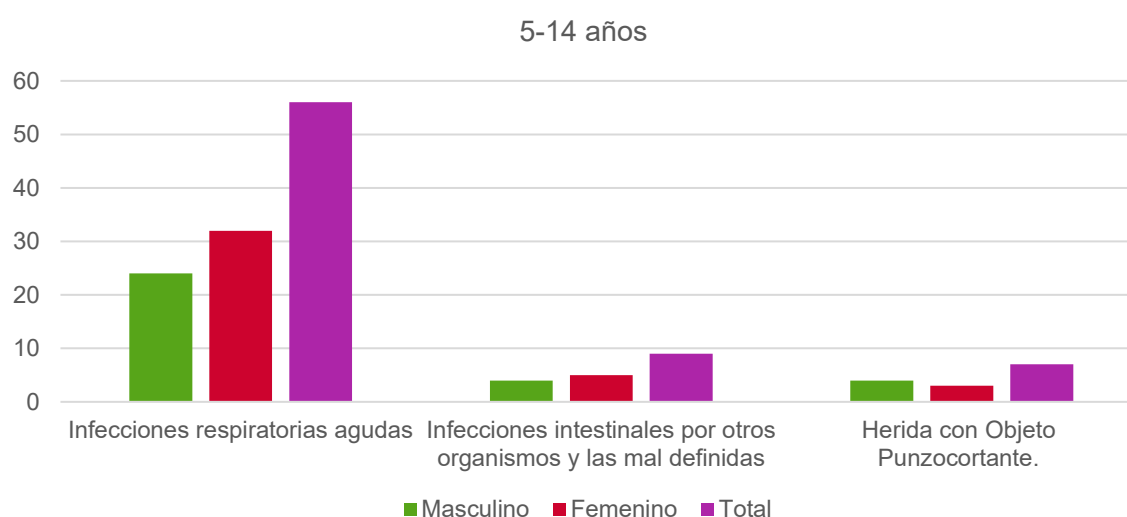
05-14 años

	5-14 años		
	Masculino	Femenino	Total
Infecciones respiratorias agudas	24	32	56
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4	5	9
Herida con Objeto Punzocortante.	4	3	7

Tabla 68 Principales Patologías en el grupo etario de 5-14 Años por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016

Elaboración Propia



Gráfica 33 Principales Patologías en grupo etario de 5-14 Años por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración Propia.

En la población de 5 a 14 años, las IRA siguen encabezando la morbilidad, aunque con una tasa regional considerablemente menor que la nacional, lo que podría reflejar diferencias en exposición ambiental. Las infecciones intestinales se mantienen en niveles bajos, mientras que destaca la presencia de heridas por objeto punzocortante como una de las principales causas de consulta.

Este hallazgo no se observa en los perfiles nacional o estatal, lo que indica un daño diferencial local probablemente asociado a actividades domésticas o laborales informales en la región. Este patrón sugiere la necesidad de intervenciones preventivas orientadas a la seguridad infantil y adolescente.

NACIONAL			ESTATAL			REGIONAL		
Patología	Total 5-14	Tasa por 1000	Patología	Total 5-14	Tasa por 1000	Patología	Total 5-14	Tasa por 1000
Infecciones respiratorias agudas	5157 839	231.1	Infecciones respiratorias agudas	1175 24	105	Infecciones respiratorias agudas	56	52.93
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	7686 41	34.4	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	2767 5	24.7	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	9	8.51
Infección de vías urinarias	3266 26	14.6	Infección de vías urinarias	9759	8.7	Herida con Objeto Punzocortante	7	6.62

Gráfica 34 Principales Enfermedades en el grupo etario grupo etario de 5-14 Años Comparativo Nacional, Estatal y Regional

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente: 1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

En el grupo de 5 a 14 años, las infecciones respiratorias agudas continúan siendo la principal causa de morbilidad en los tres niveles —nacional, estatal y regional—, aunque con una disminución marcada de las tasas conforme se reduce el ámbito geográfico, lo que refleja diferencias en tamaño poblacional y patrones de atención.

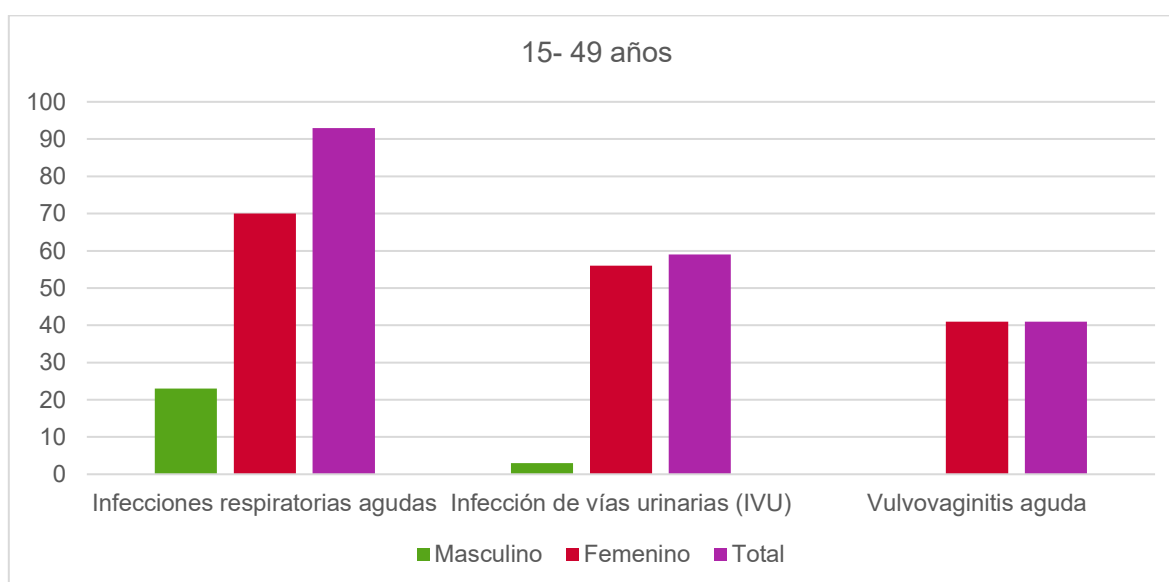
Las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas ocupan el segundo lugar en los tres niveles, manteniendo un comportamiento consistente, pero con tasas mucho menores en la región. En tercer lugar, a nivel nacional y estatal destacan las infecciones de vías urinarias, mientras que en el ámbito regional esta posición es ocupada por heridas con objeto punzocortante, lo que sugiere la presencia de riesgos ambientales o actividades específicas que incrementan la exposición a lesiones en esta población. En conjunto, los datos muestran un predominio claro de infecciones respiratorias e intestinales, con particularidades regionales que reflejan condiciones locales y diferencias en los determinantes de salud.

15-49 años

	15-49 años		
	Masculino	Femenino	Total
Infecciones respiratorias agudas	23	70	93
Infección de vías urinarias (IVU)	3	56	59
Vulvovaginitis aguda	0	41	41

Tabla 69 Principales Patologías en el grupo etario de 15-49 años por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016
Elaboración Propia



Gráfica 35 Principales Patologías en grupo etario de 15-49 años por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración Propia.

En personas de 15 a 49 años, las IRA siguen siendo la principal causa, aunque con una tasa inferior a la estatal y nacional. En mujeres, destacan las IVU y la vulvovaginitis como principales enfermedades. Este comportamiento es consistente con factores biológicos, pero también puede estar relacionado con condiciones de higiene, acceso limitado a agua potable, prácticas sexuales, o barreras para el uso de servicios de salud.

La elevada proporción de estas patologías en mujeres en edad reproductiva subraya la necesidad de fortalecer acciones de educación sexual, salud reproductiva y prevención de infecciones genitourinarias.

NACIONAL			ESTATAL			REGIONAL		
Patología	Total 15-49	Tasa por 1000	Patología	Total 15-49	Tasa por 1000	Patología	Total 15-49	Tasa por 1000
Infecciones respiratorias agudas	7978004	122.4	Infecciones respiratorias agudas	187165	66.1	Infecciones respiratorias agudas	93	53.6
Infección de vías urinarias (IVU)	2332993	35.8	Infección de vías urinarias (IVU)	82687	29.2	Infección de vías urinarias (IVU)	59	34
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	1814866	27.8	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	61922	21.9	Vulvovaginitis aguda	41	23.63

Tabla 70 Principales Enfermedades en el grupo etario grupo etario de 5-14 Años Comparativo Nacional, Estatal y Regional

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

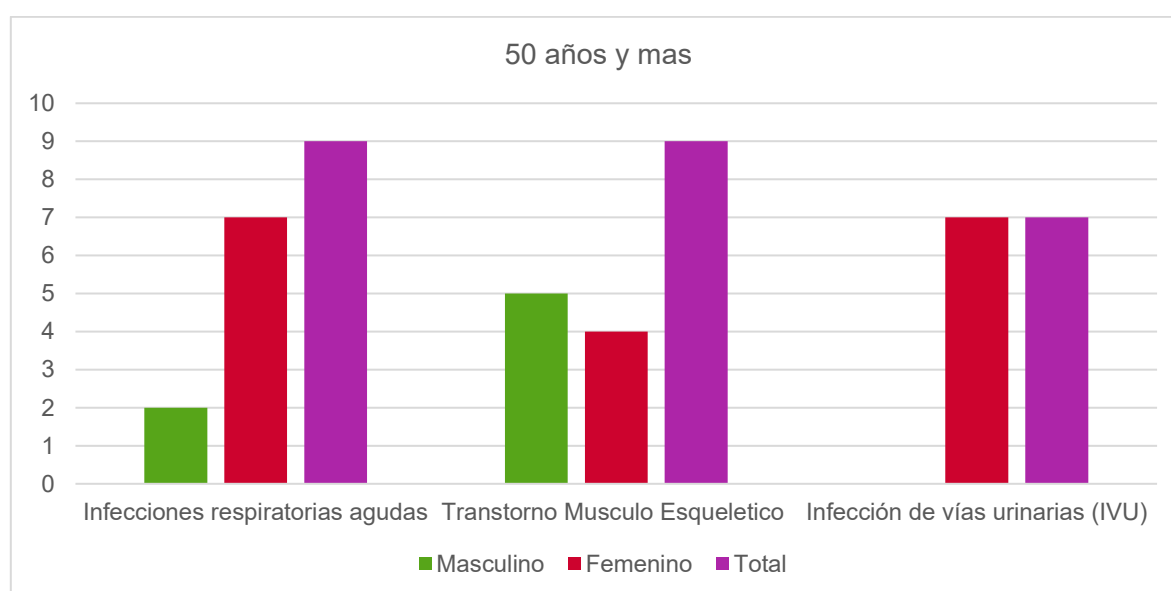
En la población de 15 a 49 años, las infecciones respiratorias agudas continúan siendo la principal causa de morbilidad en los tres niveles —nacional, estatal y regional—, aunque con una disminución progresiva de las tasas al pasar del ámbito nacional al regional. Las infecciones de vías urinarias ocupan el segundo lugar tanto a nivel nacional como estatal, y mantienen también una presencia importante en la región, donde su tasa es similar a la estatal, lo que refleja una demanda constante de atención por este tipo de infecciones en la edad adulta. En tercer lugar, a nivel nacional y estatal se encuentran las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, mientras que en la región esta posición es ocupada por la vulvovaginitis aguda, lo que evidencia particularidades locales relacionadas con condiciones higiénicas, acceso a servicios y patrones de consulta. En conjunto, los datos muestran un predominio de infecciones respiratorias y urinarias en este grupo etario, con variaciones regionales que reflejan determinantes específicos del territorio.

50 años y más

	50 años y más		
	Masculino	Femenino	Total
Infecciones respiratorias agudas	2	7	9
Transtorno Musculo Esqueletico	5	4	9
Infección de vías urinarias (IVU)	0	7	7

Tabla 71 Principales Patologías en grupo etario de 50 años y más por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016
Elaboración Propia.



Gráfica 36 Principales Patologías en grupo etario de 50 años y más por Sexo y Total de Casos atendidos en el CSR Arimatea.

Fuente SIS CSR Arimatea 2015-2016. Elaboración Propia

En la población de 50 años y más, las IRA y los trastornos musculoesqueléticos comparten el primer lugar en frecuencia, lo que refleja tanto la susceptibilidad a infecciones respiratorias como la presencia de desgaste físico acumulado, actividades laborales demandantes o enfermedades crónicas no diagnosticadas.

Las IVU, especialmente en mujeres, también representan un problema relevante. A diferencia de los niveles nacional y estatal, donde las IRA predominan ampliamente, en la región los trastornos musculoesqueléticos adquieren un peso similar, lo que evidencia un daño diferencial asociado al envejecimiento en contextos rurales o de alta carga física.

Este perfil sugiere la necesidad de fortalecer la atención preventiva y el manejo de enfermedades crónicas en adultos mayores.

NACIONAL			ESTATAL			REGIONAL		
Patología	Total 50+	Tasa por 1000	Patología	Total 50+	Tasa por 1000	Patología	Total 50+	Tasa por 1000
Infecciones respiratorias agudas	4008 406	169	Infecciones respiratorias agudas	8661 6	106.2	Infecciones respiratorias agudas	9	18.79
Infección de vías urinarias (IVU)	1291 167	54.4	Infección de vías urinarias (IVU)	3313 0	40.6	Transtorno Musculo Esqueletico	9	18.79
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	8374 58	35.3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	2831 3	34.7	Infección de vías urinarias (IVU)	7	14.61

Tabla 72 Principales Enfermedades en el grupo etario grupo etario de 50 años y más Comparativo Nacional, Estatal y Regional

Tasa Nacional Por 1000 Habitantes, Población 122,273,484

Tasa Estatal Por 1000 Habitantes, Población 5,317,960

Tasa Comunitaria Por 1000 Habitantes, Población 3713

Fuente:1.-Secretaría de Salud. (2024). *Anuario de Morbilidad 1984–2022*. Dirección General de Epidemiología. Datos Nacionales y Estatales 2016.

2.- SIS CSR Arimatea 2015-2016. MPSS Sergio Iván Parrao De la Rosa. Agosto 2015 Julio 2016 Elaboración propia

En la población de 50 años y más, las infecciones respiratorias agudas se mantienen como la principal causa de morbilidad en los tres niveles —nacional, estatal y regional—, aunque con una reducción muy marcada de las tasas al pasar del ámbito nacional al regional. Las infecciones de vías urinarias ocupan el segundo lugar a nivel nacional y estatal, reflejando su alta frecuencia en personas adultas mayores; sin embargo, en la región esta posición es ocupada por los trastornos músculo-esqueléticos, lo que sugiere un patrón local asociado al desgaste físico, actividades laborales o limitaciones en la atención preventiva. En tercer lugar, las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas aparecen en los niveles nacional y estatal, mientras que en la región regresan a ocupar el tercer sitio las infecciones de vías urinarias, aunque con tasas menores.

En conjunto, los datos muestran que, aunque las infecciones respiratorias siguen dominando el perfil epidemiológico, en la región emergen condiciones crónicas y traumáticas que reflejan determinantes locales propios de la población adulta mayor.

Capítulo 7 Conclusiones de la sección

La revisión integral de los programas operados en el CSR Arimatea durante el periodo agosto 2015 – julio 2016 evidencia un funcionamiento profundamente condicionado por factores estructurales, administrativos y socioculturales. Aunque cada programa presenta avances específicos, todos comparten un elemento transversal: la brecha entre los objetivos institucionales y las posibilidades reales de ejecución en la microrregión.

En primer lugar, el análisis del marco teórico de políticas de salud muestra que las reformas impulsadas desde los años ochenta —particularmente las asociadas al Banco Mundial y al FMI— han orientado al sistema hacia modelos de atención de bajo costo, descentralización administrativa y paquetes básicos de servicios.

Esta tendencia se refleja en la operación cotidiana del CSR Arimatea, donde la disponibilidad de insumos, personal y recursos depende de decisiones tomadas por la Jurisdicción Sanitaria VI Selva que no siempre contaba con los insumos necesarios para asegurar la operación del programa al 100%, lo que impactó directamente en la continuidad de la atención, esto aunado a la huelga de la Jurisdicción Sanitaria VI Selva.

En el **programa de planificación familiar**, se observó un incremento de usuarias activas, lo que indica aceptación comunitaria, aunque limitada casi exclusivamente a mujeres. La ausencia de participación masculina y el uso clandestino de métodos por parte de algunas mujeres reflejan barreras culturales persistentes. La interrupción del suministro de anticonceptivos durante la huelga sanitaria evidenció la fragilidad del programa ante contingencias externas.

El **programa de control prenatal, parto y puerperio** mostró avances importantes en captación y seguimiento, pero no logró cumplir metas clave, como la captación del 100% de embarazos en el primer trimestre. Las metas institucionales no corresponden a las condiciones reales de la microrregión. A pesar de ello, se garantizó la referencia de embarazos de alto riesgo y no se registraron muertes maternas, lo cual constituye un logro relevante.

En el programa de vacunación, la ausencia de red fría y la huelga sanitaria limitaron severamente la cobertura. La aplicación de biológicos dependió casi por completo de las Semanas Nacionales de Vacunación, lo que impidió mantener esquemas completos y seguimiento adecuado. La guía institucional establece que la vacunación debe ser continua, pero en la práctica solo fue posible en periodos específicos.

El **programa de nutrición infantil** identificó alta incidencia de desnutrición leve y moderada en menores de 4 años. La mayoría mostró recuperación parcial, pero la baja adherencia, falta de personal y ausencia de estudios paraclínicos dificultan el diagnóstico y tratamiento integral. La desnutrición está vinculada a factores sociales más allá del ámbito clínico.

El programa de atención al adulto y adulto mayor enfrentó dificultades desde su inicio, pues el CSR Arimatea no contaba con registros previos ni medicamentos suficientes. La falta de estudios de laboratorio, el desabasto de fármacos y la imposibilidad de operar adecuadamente el sistema SIC 2.0

impidieron un seguimiento sistemático. Aun así, se identificaron y atendieron casos nuevos de diabetes, hipertensión y síndrome metabólico, aunque con baja adherencia debido a barreras económicas, laborales y migración.

El programa de Enfermedad de Chagas presentó las mayores limitaciones, como señala el documento. El método de diagnóstico empleado gota gruesa resulta insuficiente para una población con posible exposición crónica, y el tratamiento se vio interrumpido por la huelga sanitaria. Asimismo, la ausencia de acciones de control vectorial y la falta de educación comunitaria obstaculizaron el cumplimiento de los objetivos. El programa no opera de manera adecuada porque no contempla a la población migrante, y tampoco existen los recursos materiales necesarios para lograr que funcione correctamente.

La Sección 3 muestra que los programas de salud operan en un contexto donde los determinantes sociales pobreza, migración, barreras lingüísticas, condiciones de vivienda, acceso limitado a servicios condicionan profundamente la efectividad de las intervenciones. Aunque se lograron avances importantes en captación, seguimiento y registro, la falta de recursos humanos, materiales y diagnósticos, así como la interrupción de actividades por la huelga sanitaria, limitaron el cumplimiento pleno de los objetivos institucionales.

La evidencia recopilada permite concluir que la microrregión requiere estrategias adaptadas a su realidad sociocultural y económica, fortalecimiento de la infraestructura básica, disponibilidad continua de insumos, personal de base y mecanismos de coordinación interinstitucional. Solo mediante intervenciones contextualizadas será posible cerrar las brechas entre las metas programáticas y las condiciones reales de vida de la población atendida.

El análisis del perfil de morbilidad del CSR Arimatea durante el periodo agosto 2015 – julio 2016 permite comprender con mayor claridad la dinámica epidemiológica de la microrregión y las condiciones sociales que determinan la distribución de la enfermedad. La información obtenida a partir de los casos de primera vez revela un patrón mixto en el que coexisten enfermedades transmisibles asociadas a condiciones de vida precarias, junto con un incremento progresivo de padecimientos crónicos y lesiones vinculadas a actividades laborales de alto riesgo.

En primer lugar, las **infecciones respiratorias agudas (IRAS)** se consolidan como la principal causa de consulta, lo cual es consistente con el comportamiento epidemiológico nacional. Sin embargo, la tasa anual registrada en la microrregión es menor que la estatal y nacional, lo que sugiere que, aunque las IRAS son frecuentes, su magnitud relativa es menor en comparación con otras regiones. Este comportamiento podría explicarse por factores ambientales locales, menor densidad poblacional o patrones de movilidad distintos. Aun así, las IRAS mantienen un impacto significativo en los grupos vulnerables, especialmente en menores de cinco años, lo que subraya la importancia de fortalecer acciones preventivas como la vacunación, la educación sobre signos de alarma y la atención oportuna.

En contraste, la **vulvovaginitis** presenta una tasa tres veces mayor que la estatal, lo que constituye un hallazgo epidemiológico relevante. Este incremento no puede interpretarse únicamente como un fenómeno clínico, sino como un reflejo de determinantes sociales y de género: barreras culturales para hablar de salud sexual, uso clandestino de métodos anticonceptivos, limitaciones en el acceso a agua

potable y saneamiento, y desigualdades en la toma de decisiones dentro del hogar. La elevada incidencia de vulvovaginitis evidencia la necesidad de intervenciones integrales que incluyan educación sexual con perspectiva de género, mejora de las condiciones de higiene y fortalecimiento del acceso a servicios de salud reproductiva.

Entre las **enfermedades no transmisibles**, destacan las úlceras y gastritis, la hipertensión arterial y las lesiones por objetos punzocortantes. Estas últimas presentan tasas notablemente superiores a las estatales y nacionales, lo que refleja riesgos laborales propios de la región, posiblemente vinculados a actividades agrícolas, uso de herramientas sin equipo de protección y condiciones de trabajo informales. Este patrón de lesiones evidencia la ausencia de programas de seguridad laboral y la necesidad de incorporar estrategias de prevención de accidentes en el primer nivel de atención.

El comportamiento de la **hipertensión arterial** y otros padecimientos crónicos muestra una tendencia ascendente, aunque su registro se ve limitado por la falta de estudios diagnósticos, el desabasto de medicamentos y la baja adherencia al tratamiento. La población económicamente activa enfrenta barreras para acudir a consulta, lo que contribuye a un subregistro y a un control inadecuado de estas enfermedades. Este fenómeno coincide con los determinantes sociales identificados en el diagnóstico comunitario: pobreza, largas jornadas laborales, migración temporal y dificultades de transporte.

El análisis del **daño diferencial por edad y sexo** permite identificar patologías que, aunque no aparecen entre las diez principales, representan un riesgo significativo para grupos específicos. En menores de cinco años destacan las infecciones respiratorias y gastrointestinales; en mujeres en edad reproductiva, la vulvovaginitis y las infecciones urinarias; y en adultos mayores, la hipertensión y las enfermedades crónicas degenerativas. Este enfoque revela la necesidad de estrategias diferenciadas y adaptadas a cada grupo etario, así como de acciones intersectoriales que aborden los determinantes sociales que amplifican la vulnerabilidad.

En conjunto, el perfil de morbilidad del CSR Arimatea muestra una población expuesta simultáneamente a enfermedades prevenibles por condiciones de vida y a padecimientos crónicos asociados a cambios en los estilos de vida, precariedad laboral y acceso limitado a servicios de salud. La coexistencia de ambos perfiles —transmisible y crónico— evidencia la transición epidemiológica incompleta que caracteriza a muchas regiones rurales del país.

Finalmente, el análisis confirma que la morbilidad registrada no puede entenderse de manera aislada, sino en relación directa con los determinantes sociales identificados en el diagnóstico comunitario: pobreza, acceso limitado a agua potable, vivienda inadecuada, barreras culturales y lingüísticas, migración y desigualdad de género. Estos factores condicionan la aparición, distribución y persistencia de las enfermedades, y deben ser considerados en la planificación de intervenciones de salud pública. Solo mediante estrategias integrales, culturalmente pertinentes y sostenidas en el tiempo será posible reducir las brechas en salud y mejorar el bienestar de la población atendida por el CSR Arimatea.

Evaluación del Servicio Social

El servicio social en medicina es considerado el primer contacto con el mundo laboral que va a tener un médico, al cumplir el servicio social en un entorno diferente al que este se encuentra acostumbrado y una cultura diferente el MPSS toma consciencia de sus fortalezas y debilidades con el propósito de cumplir sus nuevas responsabilidades.

En mi caso existían diversos factores que me hacían sentir inseguro para desarrollar mi servicio, una de estas debilidades es que no sabía cómo dirigirme a los pobladores para no crear roces entre la comunidad y el personal de salud, asimismo, la barrera lingüística limitaba la información que recibía de parte del paciente; de igual forma el escaso apoyo por parte de mis superiores y la demanda de resultados por parte de la Jurisdicción Sanitaria, independientemente si se suministraban insumos o no, limitaba mis acciones en materia de salud.

Considerando lo anterior, el factor con más peso que pudo afectar la continuidad del servicio social era la mala administración de la Jurisdicción Sanitaria en diversos aspectos, uno de estos fue el constante atraso al momento de pagar las becas, no fue hasta 6 meses concluido mi servicio social que recibí mi beca, de igual forma la Jurisdicción Sanitaria permaneció en huelga una cantidad considerable de tiempo, lo cual se tradujo en que el CSR no contaba con personal de base, aumentando considerablemente la carga de trabajo para mí tanto en el consultorio como en mis responsabilidades administrativas.

De igual forma, realizar el Servicio Social por parte de la SSA tiene aspectos positivos, por ejemplo, el acceso gratuito a medicamentos de cuadro básico, la administración gratuita de antitripanosomiásicos. Las fortalezas que encontramos en el CSR Arimatea es que es una población abierta que acepta trabajar con el personal del CSR. Desde la perspectiva personal considero que tengo la virtud de dedicar el tiempo que necesita cada paciente escuchando todo lo que le aqueja tanto física como emocionalmente.

Sin lugar a duda realizar el Servicio Social permite crecer profesionalmente, pero al realizarlo en una comunidad indígena no se limita a un aspecto en mi caso me permitió conocer más sobre mi país y las culturas originarias que lo conforman; de igual forma conocí la mitología y cosmovisión que tienen los pobladores de Arimatea. Asimismo, me volvió una persona más tolerante en diversos aspectos de mi vida cotidiana.

En el aspecto comunitario caminar por las calles de la comunidad, socializar con los pobladores, nadar en el río, comer alimentos originarios, me permitió desarrollar una relación más estrecha con los pobladores por lo cual tomaban en cuenta mi consejo y opiniones no solo en materia de salud; de igual forma se generó una relación más dinámica con los pacientes pediátricos, los cuales superaron el miedo a pasar por las inmediaciones del CSR y al médico, los cuales cooperaban completamente el consultorio.

Conclusiones Generales

Al finalizar mi año de servicio social en el CSR Arimatea, reconozco que esta experiencia transformó profundamente mi manera de entender el concepto de salud, mi práctica médica y la realidad social del país. Llegué a la comunidad con la formación profesional adquirida en la universidad, pero fue el contacto directo con la población, sus condiciones de vida, su cosmovisión y sus limitaciones estructurales lo que realmente me permitió comprender la dimensión humana del trabajo en salud. Desde el primer día confirmé que ejercer como médico en una comunidad indígena implica enfrentar retos clínicos, sociales, culturales para los cuales difícilmente se no estaba preparado, pero que son indispensables para brindar una atención de calidad.

El concepto de salud para la población de Arimatea y sus comunidades vecinas, no se concibe como un ideal abstracto, sino como la capacidad de trabajar, de cumplir con las actividades cotidianas y de sostener la vida familiar y comunitaria.

También entendí que la coexistencia entre la medicina convencional y la medicina tradicional no es un obstáculo, sino un sistema híbrido que la comunidad ha construido para resolver sus necesidades con los recursos disponibles. Parteras, hueseros, brujos forman parte de un entramado cultural que no puede ignorarse si se busca generar confianza y mejorar la atención.

Como médico pasante tuve que asumir simultáneamente el rol clínico y el rol administrativo, cuidando la infraestructura, gestionando insumos, realizando vigilancia epidemiológica y atendiendo a la población. Esta experiencia me permitió dimensionar la distancia que existe entre el marco legal y la realidad cotidiana de los estados con mayor rezago como lo es Chiapas.

La presencia simultánea de enfermedades transmisibles asociadas al rezago y de enfermedades crónicas no transmisibles refleja una transición epidemiológica incompleta, marcada por la falta de infraestructura y por la ausencia de políticas públicas que respondan a las necesidades reales de las comunidades indígenas.

El servicio social no solo me permitió documentar la situación sanitaria de Arimatea, sino también reconocer mis propias limitaciones. Me enseñó a mirar la salud desde una perspectiva más amplia, humana. Me mostró que el derecho a la salud no se garantiza únicamente con leyes o programas, sino con acciones concretas, sensibilidad cultural, recursos suficientes y un compromiso genuino con las poblaciones más vulnerables.

Me voy con la convicción de que la práctica médica debe estar acompañada de empatía, respeto y conciencia social, y con el compromiso de seguir trabajando para que el derecho a la salud sea una realidad tangible para todas las personas, especialmente para quienes históricamente han sido olvidadas.

Bibliografía

- Alfaro, G., Gonzalez-Delgado, A., López, S., & Rivera-Marquez, J. (2015). El derecho a la alimentación en México. En O. López, & S. López, *Derecho a la Salud en México* (1ra edición ed., págs. 111-151). Ciudad de México, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Amoroz, I. (Junio-Noviembre de 2011). El Derecho a la Salud en Comunidades Indígenas del Estado de Chiapas. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, VI(11), 8-37.
- Banco Mundial . (2009). *Una guía del Banco Mundial*. Washington : Mayol.
- Beguer, N., & Ugalde, A. [2]. (Junio-Diciembre de 2008). 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 26-43.
- Carreon, R. (2012). Derechos, Garantías Individuales y Derechos Fundamentales Problema Terminologico o Conceptual. En R. Carreon, *Los Derechos Humanos en el Momento Actual* (págs. 131-146). Coahuila: Laguna.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016. (2016). *Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016*. Recuperado el 15 de Enero de 2017, de Régimen Estatal de Protección Social en Salud: http://www.seguropopularchiapas.gob.mx/principal/servicios/CAUSES_2016.pdf
- Chávez Ramírez, P. I. (1996). *Las cartas de intención y las políticas de estabilización y ajuste estructural de México 1982-1994*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas.
- CONAPO. (25 de Marzo de 2018). *Consejo Nacional de Población*. Obtenido de Indicadores Demográficos: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html
- CONEVAL. (2014). Calidad y espacios de la vivienda. En C. N. Social, *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* (págs. 57-59). México DF.
- Constitución Organización Mundial de la Salud. (31 de Diciembre de 2014). *Constitución Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 03 de Marzo de 2017, de Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (29 de Enero de 2016). *Orden Jurídico Nacional*. Recuperado el 2017 de Enero de 2017, de Secretaria de Gobernación: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>
- Cuevas-Nasu, L., Franco, A., Gutiérrez, J., Hernández-Ávila, M., Rivera-Dommarco, J., Romero-Martínez, M., . . . Villalpando-Hernández, S. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. . Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Cuevas-Nasu, L., Hernández-Ávila, M., Rivera-Dommarco, J., & Shamah-Levy, T. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

DECRETO por el que se reforma la Ley General de Salud. (7 de Mayo de 1997). *DECRETO por el que se reforma la Ley General de Salud*. Recuperado el 2 de Marzo de 2017, de Cámara de Diputados :
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref04_07may97.pdf

DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. (23 de Mayo de 1987). *DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*. Recuperado el 28 de Febrero de 2017, de Cámara de Diputados:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref01_27may87_ima.pdf

DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. (15 de Mayo de 2003). *DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*. Recuperado el 2 de Marzo de 2017, de Cámara de Diputados :
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref09_15may03.pdf

Delgadillo, L., & Lucero, M. (2006). Derecho Constitucional Mexicano. En L. Delgadillo, & M. Lucero, *Introducción al Derecho Positivo Mexicano* (págs. 89-102). Ciudad de Mexico: Limusa.

Delgadillo, L., & Lucero, M. (2006). La jerarquía del orden jurídico en el derecho mexicano. En L. Delgadillo, & M. Lucero, *Introducción al Derecho Positivo Mexicano* (págs. 79-82). Ciudad de México: Limusa.

Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas en México. (abril de 2012). *Derechos humanos de los pueblos indígenas en México*. Recuperado el 17 de Febrero de 2017, de Comisión Nacional de los Derechos Humanos:
http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/14_Cartilla_DH_Pueblos_Indigenas.pdf

Diario Oficial de la Federación . (2013). *Plan Nacional de Desarrollo* .

Diario Oficial de la Federación . (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018*. Ciudad de México.

Diario Oficial de la Federación. (2008). *CATALOGO de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas*. Ciudad de México.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, C. O. (2000). *Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado*.
 Obtenido de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:
<http://www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, C. O. (2000). *Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado*.
 Obtenido de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:
<http://www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>

Ferreira, M. (2008). Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): el hambre, la salud de las mujeres y de los niños en Latinoamérica. *Revista Ciencias de la Salud*, 5-8.

Gobierno de Mexico. (03 de Junio de 2017). Obtenido de Dirección General de Epidemiología :
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

- Gobierno del Estado de Chiapas. (12 de Marzo de 2017). *Gobierno del Estado de Chiapas*. Obtenido de Gobiernos Municipales: <http://www.chiapas.gob.mx/gobierno-municipales/palenque>
- Gobierno del Estado de Chiapas. (17 de Marzo de 2017). *Gobierno del Estado de Chiapas*. Obtenido de Conoce Chiapas: <http://www.chiapas.gob.mx/ubicacion>
- Gonzalez, J. (1988). Los antecedentes de la constitución de 1917. En I. d. Juridicas, *El Constitucionalismo en las Postrimerías del Siglo XX* (págs. 21-36). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.
- Granados, J., & Hernandez, L. (2003). Descentralización sanitaria en México: transformaciones en una estructura de poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 591-627.
- Grupo Banco Mundial . (23 de Marzo de 2018). *Banco Mundial*. Obtenido de Quiénes somos: <http://www.bancomundial.org/es/about/what-we-do>
- Grupo Banco Mundial . (20 de Marzo de 2018). *Banco Mundial*. Obtenido de Historia : <http://www.bancomundial.org/es/about/history>
- Guillermo, A., & Graizbord, B. (Febrero de 1995). La restructuración regional en México: cambios de la actividad económica urbana, 1980-1988. *Comercio Exterior*, 140-151.
- Homedes Begue, N., & Ugalde, A. (2008). 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar . *Revista Gerencia y Políticas de Salud* , 26-43.
- Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas, México 2015 . (Febrero de 2015). *Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas, México 2015* . Recuperado el 2017 de Marzo de 2017, de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/Publicaciones ReduccionPobreza/InformesDesarrolloHumano/PNUD_boletinIDH%20final.pdf?download
- INEGI . (11 de Noviembre de 2017). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Espacio y Datos de México: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/default.aspx?ag=070650191>
- INEGI. (2016). *Panorama sociodemográfico de Chiapas 2015*. México : Instituto Nacional de Estadística y Geografía .
- INEGI. (12 de Marzo de 2017). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Climatología: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/mapas/climatologia/?init=1>
- INEGI. (20 de Mayo de 2017). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Mortalidad General: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg
- INEGI. (14 de Junio de 2017). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Encuesta Intercensal 2015: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>
- INEGI. (20 de Marzo de 2018). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Encuesta Intercensal: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

- Jarillo, E., Londoño, J., & Rojas, S. (2015). Los alcances del derecho a la salud en México. En O. López, & S. López, *Derecho a la Salud en México* (1ra edición ed., págs. 259-286). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ley General de Salud. (01 de Enero de 2016). *Ley General De Salud*. Recuperado el 26 de Febrero de 2017, de Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Documents/Leyes/lgs.pdf>
- Lopez, E. (2012). La Descentralización de los Servicios de Salud . *Ars Iuris* , 177-202.
- López, O., & López, S. (2015). Origen y naturaleza de los derechos humanos. En O. López, & S. López, *Derecho a la salud en México* (1ra edición ed., págs. 17-51). Ciudad de México, Méxocp: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Manrique, I. (2001). México: Modernización financiera integral en la condicionalidad de las políticas de ajuste estructural. En E. Sader, *El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativas* (pág. 288). Buenos Aires: CLACSO.
- Matte, J. (2012). *GRUPO DEL BANCO MUNDIAL: Seis Décadas de Historia, un Desafío Pendiente* . Santiago .
- Medellín, X., & Fierro, A. (2015). La redimensión de la reforma constitucional en derechos humanos. En X. Medellín, & A. Fierro, *De las Garantías Individuales a los Derechos Humanos: Existe un Cambio de Paradigma* (págs. 15-25). Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Medición de la pobreza, E. U. (16 de Julio de 2015). *Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2014*. Recuperado el 3 de Marzo de 2017, de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social : <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalnicio.aspx>
- Mejía, L. (30 de Mayo de 2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28-36.
- Menéndez, E. L. (2005). Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales. *Salud Colectiva* , 195-223.
- Moctezuma, G. (2000). *Derechos de los usuarios de los servicios de salud* (1ra edición ed.). México: UNAM.
- Moreno, D. (1965). La Constitución Mexicana. En D. Moreno, *Síntesis del derecho constitucional* (págs. 17-22).
- Muñoz Patraca, V. M. (2010). La salud en México (2007-2009). *Estudios Políticos*, 97-110.
- Naciones Unidas, Asamblea General. (2000). *Declaración del Milenio*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas, Asamblea General. (2002). *Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*. Nueva York.
- O. Panamericana de la Salud. (18 de Agosto de 2016). *Determinantes de Salud*. Recuperado el 30 de Mayo de 2017, de O. Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es
- OMM. (25 de 05 de 2017). *Observatorio Mortalidad Materna en México*. Obtenido de Informes y Lineamientos:

- <http://www.omm.org.mx/index.php/component/sppagebuilder/?view=page&id=188>
- ONU México . (3 de Abril de 2018). *Agenda 2030*. Obtenido de Objetivos de Desarrollo del Milenio: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
- OPS. (5 de Abril de 2018). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Indicadores Básicos: <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>
- Organización Mundial de la Salud . (2017). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 20 de Mayo de 2017, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud . (2017). *Países Organización Mundial de la Salud* . Recuperado el 03 de Marzo de 2017, de Organización Mundial de la Salud : <http://www.who.int/countries/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Veinticinco Preguntas y Respuestas Salud y Derechos Humanos*. Recuperado el 05 de 12 de 2017, de OMS: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42592/1/9243545698_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Historia de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 3 de Marzo de 2017, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/about/history/es/>
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, S. y. (17 de Marzo de 2017). *El Colegio de México*. Obtenido de Biblioteca Daniel Cosío Villegas: https://www.colmex.mx/assets/pdfs/3-PIDESC_50.pdf?1493133895
- Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. (31 de Mayo de 1983). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 27 de Febrero de 2017, de Secretaría de Gobernación: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4805999&fecha=31/05/1983
- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. (31 de Mayo de 1989). *Orden Jurídico Nacional*. Recuperado el 28 de Febrero de 2017 , de Secretaría de Gobernación: <http://ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2011/CDPaneacionD/pdf/PND%201989-1994.pdf>
- Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, S. y. (12 de Noviembre de 2007). *Naciones Unidas Derecho Humanos Oficina del Alto Comisionado*. Obtenido de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS33_sp.pdf
- Puyol, Á. (Marzo-Abril de 2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria* , 178-181.
- Robles, M. (2006). Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Humanismo y Trabajo Social*, 93-101.
- S. de Salud . (2013). *Programa de Acción Específico*. Programa, Secretaría de Salud . Recuperado el 01 de 09 de 2017, de Secretaría de Salud: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf

- Salud de los Pueblos Indígenas. (29 de Julio de 1993). *Salud de los Pueblos Indígenas*. Recuperado el 2017 de Marzo de 2017, de Organización Mundial de la Salud : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166996/1/15688.pdf>
- Schimdt, S., & Stamos, S. (1996). La crisis del peso mexicano: una autopsia. *Este País*, 2.
- Secretaría de Gobernación. (1967). *Diario Oficial de la Federación*. México: Secretaría de Gobernación.
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa de Acción Específico: Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas 2013-2018*. . Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud; Gobierno del Estado de Chiapas . (2015). *Cedula de Microdiagnostico Familiar 2015* . Secretaría de Salud .
- Toussaint, E. (4 de Agosto de 2020). *La crisis de la deuda mexicana y el Banco Mundial*. Obtenido de Comité para la abolición de las deudas ilegítimas : <https://www.cadtm.org/La-crisis-de-la-deuda-mexicana-y-el-Banco-Mundial>
- Urzúa, C. (2007). Seis décadas de relaciones entre el Banco Mundial y México. *Estudios Empresariales* , 48-56.
- Urzúa, C. M. (2000). *Medio siglo de relaciones entre el Banco Mundial y México Una Reseña Desde el Tropicó*. Ciudad De México: El Colegio de México.

Anexo

 MÉXICO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		TARJETA DE CONTROL DE CHAGAS INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS COORDINACIÓN DE SALUD PÚBLICA EPIDEMIOLOGÍA PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VECTOR		 ESTADO DE CHIAPAS		 SECRETARÍA DE SALUD						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		EDAD		SEXO		TELÉFONO		
FECHA DE NACIMIENTO:		RELIGIÓN:		OCUPACIÓN:		EDO. CIVIL:		LUGAR DE ORIGEN:				
DOMICILIO:												
NOMBRE DEL TRATAMIENTO												
FECHA DE INGRESO		REINGRESO	BAJA	DEFUNCIÓN	ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS			ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES				
					TABAQUISMO			HIPERTENSION				
					ALCOHOLISMO			DIABETES				
					TOXICOMIAS			CARDIOPATÍAS				
					INMUNIZACIÓN			NEFROPATÍAS				
								HEPATOMEGALIAS				
								NEUROLÓGICAS				
					REFERENCIA A ESPECIALISTA							
					VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD				CAUSA DE LA REFERENCIA			
					FECHA							
					MEDICINA INTERNA							
					CARDIOLOGÍA							
ESPECIFICAR PUNTUALMENTE EL MOTIVO, LUGAR Y DURACIÓN.												

Imagen 18 Tarjeta de control de Chagas del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (anverso). 2016. Elaboración propia

[illegible]

Imagen 19 Tarjeta de control de Chagas del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (reverso). 2016. Elaboración propia