

25/2
420

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
A LA SALUD.**

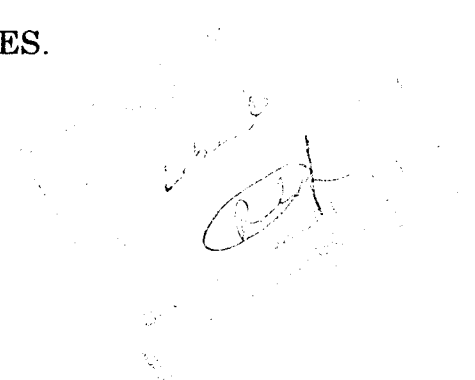
**DIVISIÓN
CBS**

**ESTUDIO DE COMUNIDAD
CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE PEÑAMILLER
JURISDICCIÓN SANITARIA N° 3.
CADEREYTA, QUERÉTARO.**

**LICENCIATURA DE MEDICINA
SERVICIO SOCIAL
AGOSTO DE 1999 - JULIO DEL 2000.**

DOCENTE: DRA. ROSALINDA FLORES

ALUMNO: ADRIÁN PAEZ VIDALES.

A handwritten signature in dark ink is visible in the bottom right corner of the page. The signature appears to be 'Adrián Paez Vidales'. Below the signature, there is a faint, circular stamp or seal, likely an official stamp from the university or department, though the details are illegible due to fading.

INDICE

	Pag
PRÓLOGO.	1
INTRODUCCIÓN.	2
I. PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL	
A) Relación Médico-Paciente	3
B) El Espacio Comunitario	7
C) El Espacio Institucional	8
II. DIAGNÓSTICO DE SALUD REPRODUCTIVA	
A) La Responsabilidad Profesional del Médico y los Derechos Humanos.	13
B) Salud Reproductiva. Marco Conceptual.	15
C) Diagnóstico Local de Salud Reproductiva.	17
III. SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y DEL PERFIL DE MORBILIDAD.	
A) Políticas de Salud y Derechos Humanos.	20
B) Administración y Programas de Salud.	21
C) Programa de Salud Reproductiva.	23
Evaluación 1. PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL	
Individual y/o Clínico	26
Institucional.	28
Comunitario.	29
Evaluación 2. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE PEÑAMILLER	
1) Introducción.	30
2) Justificación.	30
3) Objetivo de la Investigación.	30
4) Antecedentes y Marco Teórico.	31
5) Metodología.	34
6) Resultados	35
6.1 Datos de Identificación.	
a) Ubicación y aspectos geográficos.	35
b) Vías de comunicación.	37
c) Medios de transporte.	38
d) Medios de Comunicación.	38
6.2 Daños a la Salud y Situación de Salud Reproductiva.	39
a) Mortalidad.	39
6.3 Factores Condicionantes	39
a) Estructura y distribución de la población.	39
b) Número de habitantes y familias por localidad.	41
c) Crecimiento poblacional.	41
d) Natalidad.	42
e) Indicadores culturales	43
f) Indicadores educativos.	43

g)Indicadores sociales.	45
h)Indicadores con respecto a la alimentación y nutrición.	48
i)Indicadores de vivienda y saneamiento ambiental	49
j)Indicadores Económicos.	51
7)Análisis y Conclusiones.	52
Evaluación 3. SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y DEL PERFIL DE MORBILIDAD.	
I) Introducción.	53
II) Programas de Salud	54
a) Programa de planificación familiar	54
b) Prevención, tratamiento y control de Hipertensión Arterial	59
c) Prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.	61
III)Perfil de morbilidad en el Centro de Salud Rural Disperso de Peñamiller.	
Introducción.	65
Perfil de Morbilidad. Resultados y Análisis.	66
Enfermedades Transmisibles	66
Enfermedades No transmisibles	70
Daño Diferencial	74
Daños asociados a Salud Reproductiva.	76
CONCLUSIONES EN BASE AL DIAGNÓSTICO DE SALUD	76
CONCLUSIONES DEL SERVICIO SOCIAL.	78
BIBLIOGRAFÍA.	79
ANEXOS.	

PRÓLOGO

Apartir de 1936, se estableció el servicio social para los egresados de medicina, el cual, se efectúa en la mayoría de los casos en los lugares más apartados y necesitados del país, su función es la educación higiénica, medicina preventiva, servicios médico curativos y desarrollo de investigación carácter sanitario. Por tanto, la atención médica de primer nivel constituye la primera opción de la población que se encuentra en situación geográfica, económica y social desfavorecida.

Por ende, el servicio social se convierte en una actividad de suma importancia, el médico encargado de cada comunidad tiene la responsabilidad de dar una atención integral, oportuna e identificar los factores predisponentes de los padecimientos de alta incidencia en la comunidad y en sus posibilidades, evitar ciertas enfermedades o que éstas no agraven la salud.

El pasante de medicina debe estar en condiciones de efectuar un trabajo que le permita generar acciones que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de la población; en forma paralela, habrá de preocuparse por complementar su formación profesional y contribuir en su actualización permanente.

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo abarca elementos importantes para el desarrollo del servicio social, el cual se basa en las vivencias durante el proceso de adaptación al servicio social y la práctica médica, además de las condiciones para ejercerla, con esto se analiza y se reflexiona que al momento de la consulta se tiene una relación médico paciente y que podemos encontrarlos en circunstancias y factores que pueden alterar el buen desarrollo del mismo, como a nivel individual, institucional y comunitario

También se da a conocer las responsabilidades del médico ante los derechos humanos de los pacientes, evidentemente con la intención de atender y procurar restablecer la salud con la mejor calidad al paciente. También se abarca la salud reproductiva tomándolo no sólo como un contexto individual, sino a nivel social y colectivo determinado por el nivel socioeconómico, cultural y político de la comunidad estudiada.

Se presenta el estudio de diagnóstico de salud y el perfil de morbilidad del centro de Salud Rural Disperso de Peñamiller, basados en los datos obtenidos durante Agosto de 1999 a Julio del 2000, en el diagnóstico de salud se da a conocer el estado de salud de la cabecera municipal con las tendencias de la morbilidad, la natalidad, así como las vías de comunicación y transporte, también da a conocer la cultura, la escolaridad y da un panorama de su ubicación y características geográficas sin olvidarnos de sus costumbres y sus ocupaciones de la comunidad. Todo lo anterior es para dar a conocer el comportamiento de las tasas de natalidad y los daños a la salud ante su desarrollo social, económico, cultural, político, religioso y ocupacional.

En cuanto al perfil de morbilidad se da a conocer las primeras 10 causas de morbilidad tanto de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y como éstas pueden afectar en la salud reproductiva tanto en el hombre como en la mujer, se da a conocer las asociaciones que tienen los padecimientos con los factores de riesgo para producirlas. También se da a conocer que grupos de edad y sexo padecen más enfermedades y que pueden alterar su salud reproductiva.

I.- PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

A) LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Considero que elegir una plaza para realizar el servicio social durante un año, es una etapa importante para el desarrollo del médico, ya que en muchas ocasiones no sabemos las características de la unidad médica, las condiciones climatológicas, las circunstancias socioeconómicas de las comunidades, el estado de salud de la población, el medio de transporte para llegar a la unidad médica, muchas dudas y preocupaciones surgen. También estaremos como responsables de la salud de nuestros pacientes y de la unidad médica, aquí nos enfrentaremos a la vida como médicos y como propios habitantes de la comunidad durante un año.

El día del acto público escogí la plaza de tziquia del municipio de Cadereyta, Querétaro. Sin embargo, durante el curso del llenado de papelería en la jurisdicción me dijeron que la plaza se encontraba ocupada por otro pasante, y me ofrecieron la plaza del Centro de Salud de Peñamiller a una hora y media más de Cadereyta, la plaza era más grande y con más servicios médicos, decidí por aceptar el cambio a pesar de la lejanía, también lo hice porque iba a estar con otro compañero de la Universidad que ya conocía.

Durante mi traslado al centro de salud, observaba el tipo de vegetación el cual es muy seco, hacía bastante calor, también hay muchas curvas en la carretera ya que para llegar a mi destino tenía que pasar por la Sierra de Querétaro, lo cual me preocupó mucho, me imaginaba como serían las condiciones de salud y de vida de mis pacientes a pesar de que me dijeron que es la cabecera municipal, sin embargo, al llegar no era lo que me imaginaba, el pueblo tiene calles pavimentadas, el camión llega hasta al pueblo, la unidad médica esta en buenas condiciones, cuenta con laboratorio pequeño, rayos X, sala de expulsión, un quirófano pequeño, una sala de urgencias, hospitalización hombres y mujeres y pediatría, todo esto también me preocupó un poco por la carga de trabajo y la extensa papelería que nos dieron en cadereyta y del número de comunidades que hay que visitar. Ahora pienso diferente, mis preocupaciones y la incertidumbre ha disminuido, es menos la tensión que tengo, veo que gran parte de los padecimientos crónicos la gentes abandona sus medicamentos, muy poca gente es responsable de su enfermedad. También veo que dejan de acudir a control prenatal las embarazadas, pero eso si, cuando va a nacer el niño exigen atención y no dudan en ir al centro de salud, también hay gente que hace caso omiso del uso de anticonceptivos a pesar de tener más de tres hijos. También se que cuento con una ambulancia para casos graves que requieran otro nivel de atención. La papelería que nos dieron es muy poca, la mayor parte la realiza la directora del centro de salud.

En el área de consulta externa he tenido pacientes de muy diversos padecimientos, que van desde infecciones de vías respiratorias, digestivas, renales, dermatológicas, pacientes que han sufrido accidentes ya sea en su casa, en el trabajo o en el campo, accidentes como fracturas, caídas de gran altura, luxaciones, también descompensaciones de enfermedades crónico degenerativas,

todos los padecimientos que requieren otro nivel de atención se les envía al Hospital de Cadereyta. Este centro de salud tiene a cargo solo 19 familias Progresas con muy pocos integrantes.

El estar en un centro de salud es una responsabilidad muy grande que me ayudado a madurar mucho y a comprender un poco a los habitantes de escasos recursos.

CASO CLÍNICO 1

Nombre: GFE
Edad: 22 años
Estado civil: Soltera
Sexo: Femenino.
Escolaridad: 3° de Secundaria
Religión: Católica.
Ocupación: Hogar.
Domicilio: Peñamiller, Querétaro.

AHF: Madre HAS vive 55 años de edad.
No refiere más padecimientos familiares.

APNP: Paciente femenino de 22 años años de edad, habita en casa de tabique con techo de cemento, cuenta con un baño, cocina y tres cuartos, habitan 5 personas, cuanta con agua, luz y fosa séptica, cocina con gas y leña, toma agua de garrafón, alimentación; comida, desayuno y cena, frijol, carne, leche, verduras, frutas, pan. Fauna; un perro y 6 gallinas. Baño diario y aseo bucal una vez al día. Alérgicos : negativo. Tabaquismo negativo. Alcoholismo ocasional sin llegar a la embriaguez, desconoce grupo sanguíneo y Rh.

APP: No los refiere y los niega.

AGO: Menarca 13 años. Ritmo 28x4 irregular, dismenorreica, inicio de vida sexual activa 22 años, una sola pareja sexual, G1 P0 A0 C0, última menstruación 01/06/99, método de planificación familiar; ninguno. DOC nunca.

PA: Paciente femenino de 22 años de edad, acude a consulta por presentar dolor tipo cólico de leve intensidad en fosa ilíaca izquierda, desde las 16:00 hrs del día de hoy, sin irradiación, sin causa que lo disminuya o aumente, refiere un poco distensión abdominal, canaliza flatos y ligero estreñimiento, no refiere tomar medicamento ni enfermedad por el momento, niega salida de flujo transvaginal o molestia alguna.

EF: A la exploración se encuentra tranquila, consciente, cooperadora, hidratada, afebril, cardiopulmonar sin datos patológicos, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda, ligeramente distendido en región mesogástrica, peristalsis presente

ligeramente aumentada, no visceromegalias, útero ligeramente aumentado. Giordano negativo, no refiere vómito ni náuseas. TA 110/80, FR 22', FC 75', Peso 67kg, Talla 160cm.

IDX. Amenorrea de 12 semanas

Plan: se solicita PIE

Cita mañana

Cita abierta a urgencias.

Paracetamol tab 500 mg 1c/8hrs o en caso de dolor.

RELACIÓN INTERPERSONAL

La paciente al momento de la consulta se encuentra nerviosa y al mismo tiempo sonriente, iba en compañía de su madre. Al momento de hacer preguntas sobre su padecimiento, se notaba con cierto afecto, confianza. Al hacerle preguntas de si era casada o tenia hijos, respondió - no, pero quisiera estarlo -, se notó un poco intranquila e insegura cuando le pregunte si tenía novio - no sé - , en eso la madre contesta que andaba con muchacho que no le parecía bueno y que le ha ocasionado muchos problemas, y le pregunte a la paciente ¿ Qué tipo de problemas? - ya no lo he visto, me da igual- yo le contesté - cualquiera tiene problemas y la mejor manera de solucionarlos es platicando y enfrentarlos, fue cuando le dije a la madre que si podía dejarnos un momento solos. Entonces le pregunté a la paciente si ha tenido relaciones sexuales y desde cuando y si ha usado anticonceptivos y respondió - si, una vez, la tuve en Junio- desde entonces no vez a tu novio y te preocupa estar embarazada. La paciente la note más tranquila y note que no se quejaba de dolor. Al terminar la consulta me dijo que si podía seguir atendiéndola y que iba a regresar lo más pronto posible con los resultados.

A la semana siguiente se presentó con el resultado, se notaba más tranquila y ya había hablado con su padres y la apoyaron. Creo que el mayor problema de la paciente no era el dolor que refería, sino el temor a estar embarazada y sentirse sola y encerrada en su angustia de no poder decírselo a su padres.

CASO CLÍNICO 2

Nombre: SAJ

Edad: 60 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Analfabeta

Religión: Católica

Ocupación: Hogar

Domicilio: El Pithayo, Peñamiller, Qro.

AHF: Preguntados y negados

APNP: Paciente de 6 años de edad, habita en casa de tabique con techo de lámina de metal, una letrina, cuenta con agua, luz, habitan 4 personas, cocina con leña, toma agua de manantial sin hervir el agua. Alimentación desayuno, comida y cena, café, frijoles, leche queso tortillas de maíz, pan, poca carne. Fauna: 2 perros, gallinas y 10 chivos. Baño cada tercer día, aseo bucal deficiente. Alérgicos negativo. Tabaquismo negativo. Alcoholismo negativo.

APP: no refiere

AGO: Menarca 14 años, ritmo 28x4, Fecha de última regla; no recuerda. Inicio de vida sexual activa 16 años. Una sola pareja sexual, G7 P7 C0 A0. Método de planificación familiar; ninguno. Edad del hijo menor 20 años. DOC: nunca.

PA: Paciente femenino de 60 años de edad, presenta dolor cervical constante sin irradiación y cefalea moderada sin irradiación, constante, pulsátil desde ayer aproximadamente a las 20:00hrs no refiere vértigo, acufenos, fosfenos, náuseas o vómitos, refiere tomar hace aproximadamente 6 meses medicamento antihipertensivo, no menciona nombre, abandona tratamiento por sentirse mejor.

EF: A la exploración se encuentra tranquila, consciente, cooperadora, hidratada, afebril, faringe normal, cardiopulmonar sin datos patológicos, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalias, extremidades superiores e inferiores sin alteración. TA 190/100, FR 23x', FC 80x', temp 36.5', Peso 78kg, Talla 155cm.

IDX: Crisis hipertensiva

Plan: 4 gotas de nifedipino sublingual

Captopril 25 mg c/12hrs

Checar TA todos los días.

Cita abierta a urgencias.

Cita en una semana.

RELACIÓN INTERPERSONAL

Paciente que representa 10 años más de edad, durante la consulta la paciente refería cefalea moderada que días anteriores era de menor intensidad, sin referir otro síntoma. A la exploración física se encontraba tranquila, consciente, cooperadora, al momento de darle la receta, la paciente se molestó cuando le dije que tomara las pastillas y ella respondió - No doctor, yo quiero unas inyecciones pa' que se me quite rápido lo que ofende mi cabeza, porque me han dado muchas pastillas-. La paciente anteriormente tenía control antihipertensivo y como ella refiere, - como me sentí mejor las deje de tomar-. Al momento de manifestar su molestia, a mi me molesto en la forma que lo hizo y le respondí - para su padecimiento le estoy

dando lo indicado y si usted no quiere no las tome-, esto me hizo ver el error que cometí, ya que puede haberle explicado el motivo de las pastillas para su padecimiento y tratar que lo entendiera. Si no acude a su cita, se le realizará visita domiciliar para no perder su seguimiento y manejo de su padecimiento.

B) EL ESPACIO COMUNITARIO

Dentro la cabecera municipal de Peñamiller de lo que más frecuente se enferman es de; "espanto" y "el aire". A continuación describo en que consiste cada uno.

"El aire".- Es cuando una persona acude a un velorio, posteriormente de que salió del velorio, comienza con cefalea, dolor en todo el cuerpo, dicen que se sienten como borracho o entre las nubes, se dice que si no se cura del aire el muerto se los lleva antes del novenario.

"Espanto".- Es cuando una persona tuvo un accidente o trauma psicológico. Principalmente en los niños. Posteriormente a esto el niño comienza a dejar de comer y cuando duerme brinca y duerme más de lo normal. Para su tratamiento le hacen limpias con hierbas en alcohol, esto se debe poner 8 días antes de curar al niño, la curación consiste en poner en una cama al enfermo, la persona que va hacer la curación debe tomar un trago de la botella con las hierbas y lo rocía sobre el niño, en todo su cuerpo y le rezan el credo y le gritan 3 veces el nombre del enfermo. Posteriormente lo envuelven en una cobija al niño, hasta que sude.

La sexualidad y el embarazo son temas que en la mayoría de mi comunidad son desconocidos. En una plática sobre embarazo, parto y puerperio, en la cual asistieron mujeres en su mayoría, provenientes del Pithayo y guamuchil, con edad promedio de 40 años, les hice una pregunta, pero previamente ya les había mencionado los riesgos que hay durante un embarazo, edad, número de hijos, enfermedades, etc., les pregunte ¿Qué es mejor, tener pocos hijos o muchos hijos? La mayor parte contestó, que una familia grande es mejor, hubo comentarios como, - Dios nos da los hijos y de nosotros depende educarlos y alimentarlos-, - Dios nos manda los hijos que el cree conveniente-, - muchos llegan, nos usan y se van a trabajar lejos (esposos), - de que sirve tener muchos hijos si de todas maneras después se van-, - Yo tuve una decena y todos me viven, ya hasta tengo nietos-. Reconocen que en tiempos anteriores, era bueno tener muchos hijos y que ahora es más difícil. La religión tiene mucha influencia en las costumbres y educación, el machismo también está presente, donde la mujer es para tener hijos y cuidarlos. En la educación la mujer tiene menos oportunidades ya que debe ayudar en la tarea del hogar

Otro caso, una paciente de la comunidad del Pithayo de 38 años, entra al consultorio muy tranquila, le pregunto el motivo de la consulta y me responde -vengo haber si estoy embarazada-. Al interrogatorio y exploración física la paciente presentaba 25 semanas de gestación con gesta 8, paras 7 abortos 0 cesárea 0, métodos de planificación familiar nunca ha usado, inicio de vida sexual activa a los 23 años, me sorprendió con su pregunta, le volví a

preguntar los mismo, de si no sabía si estaba embarazada, y contestó - sentía que estaba engordando y además mi sangrado no se presenta.

En la cabecera municipal en Peñamiller, en una plática de enfermedades de transmisión sexual en la secundaria a grupos de 2º año, las dudas o preguntas que tenían los alumnos, no iba tanto enfocadas a la plática de prevención de enfermedades de transmisión sexual, sino a como prevenir embarazos, pero antes de dar la plática, la directora del centro de salud dio una introducción al tema de enfermedades de transmisión sexual, pero lo que me llamo la atención, que metió la religión y en conclusión me dio a entender que si usas condón esta muy bien y si no, pues dios te va ayudar, ya que a creado una nueva vida, producto de una entrega de amor. Ahora bien esta misma plática se aplicó a nivel bachillerato, donde la dudas y preguntas iban más enfocadas a como prevenir enfermedades de transmisión sexual que a prevenir embarazos.

Los factores como la religión, nivel de educación y costumbres afectan gravemente la información y nivel de conciencia del uso de métodos de planificación familiar en jóvenes, y a esto le sumamos que la información que se proporciona sobre métodos de planificación familiar es deficiente, aunque se utilicen medios de comunicación masivos, debería de ser más explícita y directa, sobre todo en comunidades, ya que la educación es de menor calidad y hace que muchas mujeres principalmente carezcan de conocimientos básicos de métodos de planificación familiar y agregando que en ocasiones las mujeres deben pedir permiso a su pareja para el uso de anticonceptivos, sumando más incertidumbres que pasan una vez embarazadas, tomándolo como regalo de dios.

En la cabecera municipal el nivel de conciencia y educación sobre métodos de planificación familiar, todavía existen demasiados tabúes, pena, dudas, incertidumbre sobre la sexualidad y lo veo cuando hago preguntas como ¿Cómo se usa el preservativo?, ¿En que momento de la relación debes usar el condón?, ¿Conoces el preservativo?, entre otras preguntas. Creo que si existe el interés sobre el tema. En una ocasión una paciente de 18 años de edad acude a preguntar sobre métodos de planificación familiar y yo le recomiendo el uso del preservativo, decía que si lo conocía, pero como solo lo usan lo hombres no le interesaba como usarlo, sin embargo, al momento de explicarle como usarlo había dudas en la forma de colocarlo.

C) EL ESPACIO INSTITUCIONAL

Dentro de los programas que están operando en el centro de salud se encuentran los siguientes;

Salud Reproductiva.

Este programa a su vez incluye las acciones de:

A. Planificación familiar. El objetivo es que las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa utilicen algún método anticonceptivo, con la finalidad de disminuir la natalidad y los riesgos perinatales

causados por multiparidad, edad de la madre, condiciones económicas, etc., En el Centro de Salud se utilizaron métodos hormonales orales e inyectables, preservativo, Salpingoclasia, Dispositivo intrauterino y vasectomía.

B. Salud perinatal. Se orienta hacia la atención del embarazo, parto y puerperio, así como también del recién nacido.

C. Salud de la Mujer. Apoyado en la cartilla de la mujer, se realizan actividades de inmunizaciones, control de tensión arterial, glucosa capilar, toma de citología cervical y exploración de mama, el objetivo principal es, disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama mediante la detección.

Programa de atención a la salud del niño.

Incluye la vigilancia del esquema de vacunación, control de infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, estado nutricional y salud bucodental, en todos los niños menores de 5 años de edad.

A. Vacunación universal: El objetivo es que el 100% de los niños tengan el esquema básico de vacunación, (SABIN, BCG, Triple viral, DPT) Anualmente se llevan a cabo 3 campañas de vacunación, las dos primeras contra polio y la última contra el sarampión.

B. Prevención, control y manejo de infecciones respiratorias. Tiene la finalidad de disminuir la morbimortalidad por neumonía, siendo básica la capacitación de madres de familia en la prevención, manejo, control y capacitación de datos de alarma del padecimiento.

C. Prevención, control y manejo de las enfermedades diarreicas: Se orienta a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas y deshidratación, éste se apoya en la capacitación de las madres para la prevención, manejo, control y detección de datos de alarma, cuyo objetivo principal es disminuir los casos de morbimortalidad causados por la deshidratación.

D. Nutrición. Se lleva el control nutricional de todos los menores de 5 años de edad, particularmente los que tienen un grado de desnutrición. Para su control y seguimiento se cuenta con un tarjetero nutricional, en el cual se anota el peso, talla y edad del paciente.

E. Salud Bucal: Se realizan actividades con la comunidad y principalmente en las escuelas encaminadas a dar orientación sobre el adecuado cepillado dental y aplicación de flúor como medida para evitar la pérdida de piezas dentales causadas por la caries.

Programa de Atención y Salud del Adulto y del Anciano.

Se incluyen enfermedades crónico degenerativo como la Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, también se realizan detecciones para las mismas, en pacientes mayores de 25 años de edad para llevar un control, manejo y prevención de las enfermedades. La detección de neoplasias malignas y la vacunación de toxoide tetánico y antineumónica forman parte de este programa.

Programa de Zoonosis.

Tiene la finalidad de identificar los casos de agresión canina a humanos, así como, la investigación de estos casos, las circunstancias, el animal causante y el estado de vacunación del mismo, cuyo objetivo es evitar los casos de rabia humana, también se realizan campañas de vacunación antirrábica canina.

Programa de Micobacteriosis.

En la prevención y control de la tuberculosis se realiza la identificación de tosedores crónicos para la realización de basilosopia y de esta manera descartar o identificar los casos de tuberculosis. En la prevención y control de la lepra el objetivo es dar tratamiento y control inmediato a cualquier caso de este padecimiento.

Programa de Cólera.

Tiene el objetivo de prevenir, detectar y dar tratamiento a todos los casos de cólera, sobre todo difundir las medidas de prevención como lavar y desinfectar bien los alimentos antes de consumirlos.

Programa de VIH y otras enfermedades de transmisión Sexual.

Se da orientación y educación para la salud sexual para la prevención, control y manejo de estas enfermedades, así como la realización de estudios de laboratorio y su seguimiento.

Programa de adicciones.

Detecta y previene las adicciones en la población principalmente en los adolescentes, apoyándose en las pláticas de promoción a la salud.

Promoción a la Salud.

A. Salud Escolar. Se realizan visitas a las escuelas con la finalidad de cumplir actividades de promoción a la salud y la detección de padecimientos frecuentes en los escolares para su referencia a la unidad médica.

B. Salud Municipal. El objetivo es mejorar las condiciones de vida de la población, apoyados en el comité de salud y en el comité municipal.

C. Apoyo a programas Prioritarios. Se caracteriza por la realización de pláticas de promoción a la salud, dirigidas a toda la comunidad.

Vigilancia Epidemiológica.

Es la notificación y seguimiento de enfermedades de interés epidemiológico.

Programa de Educación, Salud y Alimentación.

Este programa es otorgado a las familias de escasos recursos económicos a quienes se les brinda de manera gratuita atención médica, cuadro básico de medicamentos, suplemento alimenticio a niños menores de 5 años de edad y apoyo económico para el nivel escolar. La atención otorgada es conforme a consultas programadas para cada miembro de la familia cuya frecuencia depende de la edad del paciente, el programa también incluye la realización de pláticas de promoción a la salud.

El Gobierno - Secretaria de salud ayuda a personas de bajos recursos ofreciéndoles el derecho a los servicios de salud, obteniendo un rango constitucional. El médico debe otorgar atención médica a toda persona, con o sin recursos económicos, aquí en Querétaro existen 15 intervenciones del paquete básico, de las cuales, las últimas 3 las propuso el estado y son las siguientes; Detección de cáncer Cervico-uterino, enfermedades transmitidas por vector (paludismo y dengue) y enfermedades de transmisión sexual, con las cuales, se detectan las zonas de riesgo y prevención de las mismas.

Dentro de los programas que están operando en el centro de salud, está el saneamiento de la cabecera municipal, junto con la presidencia municipal de Peñamiller, se lleva a cabo la cloración de agua y la recolección de basura, además del apoyo en la capacitación de las auxiliares de salud, para las personas de las diferentes comunidades, y que posteriormente ayuden a su comunidad en la atención a la salud sobre el paquete básico de salud. En el programa de planificación familiar, se lleva a cabo la implementación de la vasectomía sin bisturí y de la Salpingoclasia en el centro de salud, también se realizan cirugías de corta estancia, cabe mencionar que se cuenta con el programa de salud bucal que actualmente ya se cuenta con horario vespertino.

Existe el programa de ampliación de cobertura (PAC) que se encarga de otorgar atención médica a comunidades que les es difícil recibir atención médica por el tiempo de recorrido a un centro de salud, esto funciona como una unidad móvil médica, este programa lo lleva a cabo la jurisdicción sanitaria.

Dentro del programa PROGRESA que ayuda de manera humana a los pobres, les otorga ayuda económica, servicios de salud gratuitos, alimentación (papilla Progres), educación. El Gobierno toma una posición paternalista ante los pobres, sus acciones están enfocadas para beneficiar sólo a los pobres de algunas comunidades, lo cual, pienso que es una forma de no enfrentar a la pobreza sino de administrarla, a pesar de que tiene muchos defectos y que se presta a criticarlo este programa ayuda bien o mal a que la gente coma y subsista.

En el paquete básico de salud sus acciones son importantes, sólo que en ocasiones no son aplicables ciertas cosas, por ejemplo, se habla de planificación familiar, de un control de la fecundidad, mientras que las embarazadas con solo cumplir 5 consultas en los tres trimestres de embarazo, no se les cobra, por tanto si cumple con las 5 consultas prenatales, la atención del parto es gratuita, y aun así, hay gente que no cumple y quiere que no le cobren, en ocasiones no se toma en cuenta que a veces son señoras que ya han tenido más de tres hijos y nunca han usado método de planificación familiar o el esposo es alcohólico o los niños están desnutridos o también que las señoras deben pedir permiso a sus esposos para usar métodos de planificación familiar, que de todas maneras posteriormente volverán a embarazarse, cuantas contradicciones existen en el paquete básico de salud, ¿dónde queda la calidad de vida que deben tener los niños, el ambiente familiar, un derecho a una buena salud, también sería el tener una buena educación. Existen comunidades que defecan al aire libre, se les da tratamiento antiparasitario en campañas de vacunación, sin embargo, la morbilidad por diarreas y enfermedades

parasitarias no dejan de estar presentes en la consulta, cuantas personas acostumbran bañarse cada tercer día, son pocas y no se diga del baño diario, cuantas personas toman agua de una pileta, manantial, río, etc, sin hervirla, aquí es donde la cabecera municipal debe clorar el agua, pero en que recipiente la depositan , en que área de la casa la dejan. Esto es algo de lo que pienso y veo, y me hace recordar el dibujo que está al inicio de la antología.

POLÍTICAS DE SALUD.

Hoy en día vemos por todos lados la publicidad, la cual, nos habla de vacunación, de la prevención del cáncer de mama y Cervico-uterino, de la salud reproductiva, de la planificación familiar, de los signos y síntomas de alarma de la neumonía, de la diarrea, etc. En un principio y sin analizarlos mucho la mayoría de la población podríamos pensar que es para una mejor salud, para que la población general pueda disfrutar de una mejor vida, saludable y sin problemas al respecto, en fin, que el Gobierno y el estado quiere todo lo mejor para su población. También se mencionó con mucha insistencia todo el presupuesto que se le destina al sector salud, y con esto, más pensamos que es para el bienestar de todos y que es algo bueno que esta haciendo el Gobierno para la población más necesitada.

Con esto no se trata de decir que este mal, sino que analizando la lectura y las ideas del Banco Mundial vemos realmente cuales son los verdaderos fines de toda esta información y nos damos cuenta que no es como se maneja, sino que los verdaderos objetivos de todo esto son otros, como lo menciona el banco Mundial y quiere que los países aliados a el, hagan disminuir la morbilidad y esto de algún modo es para disminuir los costos que las enfermedades en general generan al país, sobre todo si hablamos de enfermedades que se pueden prevenir y aunque se nos dice de todo, el presupuesto invertido en campañas de vacunación, en anuncios de radio y televisión, en carteles, etc. Que nos hablan de prevención de tantas enfermedades , este dinero invertido, no se compara con los gastos que pueden generar al estado al tener mucha gente enferma de algo que se puede prevenir.

Hasta cierto punto es bueno, ya que por medio de la publicación de la prevención de enfermedades se reduce la morbilidad, sólo que los anuncios deberían hacerse de tal manera que realmente hicieran conciencia sobre la prevención de las enfermedades en toda la población hasta en las más lejanas. Con el interés que se ha centrado por parte del Banco Mundial y del Gobierno en la reducción de costos, hasta cierto punto se han olvidado de algo que debería ser el eje del sector salud, y esté, es la gente más necesitada, la cual, es la más apartada y a las que si algún bien les podría hacer todas estas promociones y campañas, ya que no les llega nada en la mayoría de los casos y no dan mayor importancia y el Gobierno sólo le interesan los números para cumplir las metas establecidas por el sector salud, bajando así de esta manera la morbilidad y llevar un control de las enfermedades.

II. DIAGNÓSTICO DE SALUD REPRODUCTIVA

A) LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO Y LOS DERECHOS HUMANOS

1. Existen varias circunstancias que hacen cometer iatrogenias a los pacientes, como el nivel económico, (rural o urbano), culturales, educativos, depende también de los médicos e instituciones de falta de recursos (material y equipo), inadecuado mantenimiento del equipo, falta de coordinación en promoción a la salud. Todo esto puede ayudar a ocasionar o cometer una iatrogenia, por ejemplo, en este centro de salud con hospitalización se cuenta con equipo de rayos X, del cual nunca hemos recibido capacitación por personal especializado, y por tanto, nos exponemos a radiaciones y exponemos al paciente, ya que por lo general las placas no salen a la primera sino a la tercera o cuarta toma o más, por tanto se desperdicia material y se comete iatrogenia y nos exponemos como riesgo de trabajo. La falta de material y equipo y capacitación del personal, puede agravar la iatrogenia, ya que también a veces el material no es el indicado, por ejemplo, el punzocat que se llega a utilizar es de otra medida o diámetro para los adultos, el equipo de venocclisis donde se debería de usar normogotos, se tiene que usar los microgotos por no contar con más material, no existe el medicamento necesario para cubrir las necesidades de la población o el medicamento existe, pero la vía de administración no es la indicada para el tipo de paciente o urgencia, el equipo de electrocardiograma le hace falta reparación, el aparato se ve como nuevo.

Existen condiciones personales en las que puedo incurrir en una iatrogenia como lo mencione anteriormente, el uso no adecuado de material para cada paciente, de igual manera el uso no apropiado de medicamento, pero también el médico debe tener una buena relación con el paciente, con el cual, el médico debe tomar muy bien sus decisiones, y no tomar la idea de que todo lo puede hacer o todo lo puede curar, hay que tener mucha conciencia de lo que uno puede hacer como médico y como persona y no tomar una decisión irracional.

En el comunitario, principalmente se pueden cometer iatrogenias por la falta de apoyo del médico a la comunidad, es decir, el médico no hace algo para que la comunidad tenga un saneamiento ambiental, no se preocupa por la limpieza del paciente del hogar y de la misma comunidad, sólo da la consulta y no ve sus carencias. Por tanto el paciente se ve en la necesidad de no seguir los tratamientos, el no acudir a control de su enfermedad, rechazan al médico por no haber una buena relación con la comunidad, el paciente utiliza otros medios para curar su padecimiento, acudiendo a los curanderos. A nivel comunidad también hay que tener en cuenta las tradiciones y creencias de las enfermedades que hay en las comunidades, de aquí la importancia de la relación que hay que tener con el paciente o la comunidad, cuidar e interesarse con el saneamiento ambiental y su salud de la población es muy importante.

En el ámbito institucional, la falta de recursos, la falta de mantenimiento del equipo o del material ayuda a cometer iatrogenias al médico, la lejanía del hospital de 2º nivel para paciente

graves es fundamental para su mejoría o al menos no agravarse, la distribución del medicamento no en forma continua y el no adecuado material para el uso en los pacientes adultos o pediátricos son puntos que en cualquier nivel se pueden cometer iatrogenias.

Todo lo anterior pone en práctica las iatrogenias y pone entre dicho los derechos humanos del paciente, considerando que el centro de salud otorga atención médica a todas las comunidades. El cometer iatrogenias durante el servicio social, el médico debe aprender a esquivar los contratiempos y reducir los errores.

2. Dentro de las situaciones que puedo cometer iatrogenias por omisión, es cuando al interrogar y examinar al paciente olvidamos aspectos clínicos, en ocasiones hay mucha consulta y queremos terminar pronto, por tanto, no se atiende adecuadamente al paciente y se receta por automatismo, es decir, si tiene infección se receta antibiótico, si tiene fiebre un antipirético y se acaba pronto la consulta y continuamos con la siguiente. En el caso de una urgencia hay que actuar y pensar rápido y en ocasiones no sabemos lo que tiene el paciente, pero logramos quitarle los síntomas, ya que también la falta de recursos económicos del paciente, para complementa algún estudio de laboratorio y gabinete (fuera de los que cuenta el centro de salud), el paciente no se los realiza o tarda bastante en realizarlos, agravando la situación del enfermo quedando incompleto el diagnóstico y el tratamiento.

Respecto a las iatrogenias intrascendentes, al momento de aplicar inyecciones, sueros, aplicación de sondas Foley y nasogástricas se cometen iatrogenias, como lo mencioné al principio el material no es el adecuado y en ocasiones se llega a dar doble punción por no ser el material adecuado, causándole dolor al paciente, cabe mencionar que en ocasiones el paciente solicita estas vías de administración, principalmente las sondas Foley en adultos mayores por retención crónica de orina, incluso ya hasta saben la medida de la sonda, también las mamás llegan a solicitar las inyecciones intramusculares para sus hijos ya que tiene la idea de que se alivian más rápido.

3. Se habla de iatrogenias a cualquier nivel de atención, pero a fin de cuentas el médico es el que tiene contacto con el paciente y es en quien recae la negatividad del acontecimiento, como he mencionado brevemente y con algunos ejemplos sobre las circunstancias o aspectos para cometer una iatrogenia. Sin embargo, la comunicación con el paciente es muy importante, en la evaluación médica de cada paciente durante el interrogatorio y la exploración física, ocurren fenómenos de comunicación de los cuales, depende en gran medida del resultado de la valoración clínica, en sus aspectos de obtención de información, integración del diagnóstico y efectividad del tratamiento.

La relación con el paciente es adecuada en la medida que el médico tiene conciencia de lo que comunica con su lenguaje y actitudes, hay que poner atención en lo que el paciente nos comunica, en su lenguaje, tono, expresión facial, movimientos corporales, postura, etc. De ahí, que el clínico deba estar alerta en lo que el paciente transmite tanto voluntariamente como involuntariamente. El interesarse por sus preocupaciones, como cuáles son sus inquietudes, facilita que el paciente escuche y comprenda mejor los mensajes. Aliviar su ansiedad, con establecer una

alianza terapéutica en la que el médico asume una actitud de apoyo, contribuye a que el paciente se libere de sus ansiedades, el hablar su lenguaje, el médico debe tratar de mantenerse al nivel cognoscitivo, cultural y psicológico del paciente, ya que a veces, pacientes de escasos recursos, no se atreven a hacer preguntas a los médicos, por tal vez sentir temor, también debemos tomar en cuenta que hay que dar explicación de todos los procedimientos que puedan causarle daño.

4. Pienso que a nivel institucional la gran demanda de los servicios de salud, hace que los pacientes sean un número, al que hay que ralizarle un carnet, una historia clínica, una cédula de microdiagnóstico, etc. Y esto se traduce en estadísticas, en números olvidándonos de la calidad de atención para el paciente que debe tener al requerir atención médica, a nivel jurisdiccional importa más cuántos pacientes atendiste y de que enfermedades padecieron, exigen más metas por cumplir, y no toman en cuenta la calidad de atención. Son trámites burocráticos en los que hay que disminuir tanta papelería.

5. La salud del paciente debe conservarse en buenas condiciones, que dependen en gran medida de las capacidades del médico, siendo él, el responsable de la salud, debe existir un ambiente de respeto y confianza y que el médico debe estar conciente de lo amplio de sus conocimientos y sus limitaciones, ya que la medicina es muy amplia y que cada uno de los intervencionistas en salud están delimitados, siendo necesaria la cooperación entre los diferentes niveles y jerarquías médicas, así como la delegación de responsabilidades según la competencia de cada caso.

B) SALUD REPRODUCTIVA. MARCO CONCEPTUAL

1. Dentro de las actividades que se han desarrollado en mi Centro de Salud se han enfocado hacia la salud reproductiva, tomando interés en la atención a la mujer embarazada y del parto, también los orienta hacia la atención preconcepcional sólo que en este punto, el sector salud se limita sólo a los métodos anticonceptivos y atención y control de la mujer embarazada y lo que se otorga como atención preconcepcional, se da sólo por la formación del médico, se le dan pláticas de los riesgos que puede tener la mujer embarazada, pero se necesita algo que funcione más activamente y en conjunto con la población, para tener una mejor responsabilidad en la salud reproductiva logrando obtener una atención integral a los pacientes que lo necesiten.

2. ACCIONES RELACIONADAS CON SALUD REPRODUCTIVA

	ACCIONES	OBJETIVOS	Sujeto al que va dirigido	PROGRAMA
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> -Detección de mujeres en edad fértil -Detección de DM e HAS -Difusión de métodos anticonceptivos. -Detección de enfermedades de transmisión sexual. -Prevenir embarazos de alto riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer el estado de salud de las mujeres. -Reducir el número de embarazos no deseados. -Dar tratamiento oportuno a las ETS. -Dar tratamiento y control de DM e HAS. -Detectar los factores de riesgo de la mujer al embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mujeres en edad fértil -Hombres y mujeres con vida sexual activa. -Mujeres y hombres mayores de 25 años. -Ampliar el intervalo intergenésico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Promoción y fomento a la salud. -Planificación familiar. -Prevención y control de Enfermedades de transmisión sexual. -Prevención y control de DM e HAS.
ATENCIÓN PRENATAL	<ul style="list-style-type: none"> -Informar a toda mujer los signos de alarma durante el embarazo. -Acudir periódicamente a control prenatal. -Promover la atención del parto aséptico y antiséptico. -Administración de hierro. -Aplicación de toxoide -Promover la anticoncepción post-parto y post-cesárea. 	<ul style="list-style-type: none"> -Referencia de embarazos de alto riesgo. -Que todo embarazo llegue a término y en las mejores condiciones. -Evitar la anemia gestacional -Evitar el tétanos neonatal. -Ampliar periodo intergenésico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes obstétricos. -Ampliar la cobertura a las comunidades lejanas. -Toda mujer embarazada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Atención prenatal, parto y puerperio. -Programa de ampliación de cobertura. -Atención prenatal, parto y puerperio. -Planificación familiar.
ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO	<ul style="list-style-type: none"> -Cuidados inmediatos del RN -Realización del tamiz metabólico. -Aplicación de SABIN y BCG. -Promover la lactancia materna. -Consulta subsecuente de puerperas y RN. -Promover la anticoncepción post-parto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuir la morbimortalidad del RN. -Prevenir el retraso mental. -Inmunizar a todo RN -Capacitar y promover la lactancia materna. -Ampliar el periodo intergenésico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Recién nacidos. -Recién Nacidos mayores de 2500gr -Mujeres puerperas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Atención prenatal, parto y puerperio. -Vacunación. -Planificación familiar.
ATENCIÓN NEONATAL	<ul style="list-style-type: none"> -Referencia de niños prematuros. -Cuidados inmediatos del RN. -Aplicación de vitamina K. -Aplicación de BCG y SABIN. -Lactancia Materna exclusiva. -Consulta subsecuente de Puerperas y del RN 	<ul style="list-style-type: none"> -Reducir la mortalidad neonatal. -Evitar complicaciones durante el parto. -Inmunizar a todo RN. -Evitar hemorragias del RN. 	<ul style="list-style-type: none"> -Recién nacidos y puerperas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Atención prenatal, parto y puerperio.

3.- Pienso que las reflexiones por el autor, son un crítica a los programas de salud y que en cierta forma complementaría lo que hace falta en estos programas, ya que en el primer nivel de atención, los programas van enfocados a la prevención, detección y manejo de padecimientos en la mujer, Sin embargo, esto no quiere decir, que esta mal, sino que no debería de hacerse a un lado el estado psicológico, social de la mujer, que esto esta más marcado en zonas rurales o comunidades, ya que el nivel educativo y cultural tanto en hombres y mujeres es bajo, teniendo desventaja la mujer ya que, antes de nazca un niño, en el seno de la familia mexicana, existen ya en forma activa una serie de expectativas o anticipaciones específicas.

Hay comunidades en donde la preferencia es por niños y no por niñas. La niña debe crecer hasta ser igual a su destino femineidad superlativa, el hogar y maternidad. Se habla de equidad en hombre y mujeres, pero esta disfrazado en lo programas de salud de la mujer ya que la mujer es la que se embaraza, con el uso de métodos de planificación familiar como dice la lectura, esta enfocado más a las mujeres, sabiendo que el que decide en ocasiones sobre el uso de anticonceptivos es el esposo, olvidándonos de lo que piensa la mujer. Sin embargo, la vasectomía no se difunde con mayor fuerza, en comunidades las mujeres son multiparas, dependen mucho de su esposo, en ocasiones son golpeadas sus derechos no son escuchados o son callados.

Si no hay buena educación y cultura, los programas de salud, seguirán funcionando como hasta ahora, dividiendo el cuerpo humano en segmentos, bioquímicamente, fisiopatológicamente, dejando a un lado lo social y psicológico de la mujer. El hombre seguirá embarazado a la mujer y aumentar los riesgos durante el mismo y el gobierno seguirá fomentando la salud paternalista, como Progresá donde no importa cuantos hijos tengas, si cumples con tus 5 citas prenatales, tu parto es gratis, no importa a guisa de ejemplo. Los programas de salud solo seguirán tomando en cuenta los números, estadísticas de morbilidad y mortalidad, sin tomar lo importante que existe en como piensa la gente. De ahí la importancia que hay que tener al comunicarnos con los pacientes y hablar su lenguaje y tratar de entenderlos y hacerlos un poco concientes de sus acciones, ideas, costumbres, en cuanto a su sexualidad y salud en general.

C) DIAGNÓSTICO LOCAL DE SALUD REPRODUCTIVA

1. Todas las comunidades tienen conceptos en torno al ciclo reproductivo de la mujer, los cuales provocan fenómenos que están íntimamente ligados a las costumbres y creencias, de tal forma que es necesario conocer la perspectiva de una comunidad en términos de su propia cultura, ellos asociados al ciclo menstrual, sexualidad, el embarazo y nacimiento, todo esto comprende el sentido de las costumbres, los valores y mitos en una comunidad, por tanto se considera esencial conocer cómo se entienden los procesos reproductivos y costumbres relacionadas a la sexualidad en la comunidad y en las instituciones de salud. También trae consigo el ¿porqué no aceptan los métodos anticonceptivos?, ¿porqué se embarazan?, ¿porqué el hombre tiene poder sobre la mujer en sus propias decisiones?, abarca problemas psicosociales y biológicos, utilizando este tipo de estudio.

2. Los propósitos para su realización es entender a la comunidad, cómo entiende su sexualidad en torno a sus costumbres y qué nos puede dar para las posibles soluciones ante sus problemas abarcándolo desde la raíz, ya que desde ahí, se puede saber porqué no usan métodos de planificación, los embarazos, como se sienten o que les enseñan a las mujeres desde que empiezan a desarrollarse biológicamente con sus ciclos menstruales, sino se realizara este tipo de estudio, no se conocería a fondo el comportamiento ante tales circunstancias que en este caso sería la sexualidad, y por tanto, se detectarían los embarazos y ciclos reproductivos de la mujer dándonos solamente estadísticas, sin embargo, la identificación de la situación reproductiva en una comunidad y los factores que la están condicionando, en términos de sus costumbres, valores y mitos no ayudan a conocer como enfrentan o participan los hombres y mujeres en su sexualidad, es algo que no debe hacerse a un lado.

3. La gran utilidad que se puede tener con esta metodología es conocer y abordar más a fondo las situaciones relacionadas a la sexualidad conociendo sus actitudes, ideas, valores morales, etc., además ayuda a tener marcos de referencia para la realización de la investigación y su interpretación. Este tipo de estudio da una idea y un conocimiento muy claro ante la situación de la sexualidad, además de que se conversa con las personas, que en ocasiones no se realiza cuantitativamente.

4. Este estudio logra una aproximación para conocer los fenómenos que ocurren cuando participan hombres y mujeres, con sus actitudes, costumbres, creencias, etc., relacionadas al embarazo, ciclo menstrual, parto, fertilidad, infertilidad. Fue necesario conocer y aprender los términos que utilizan en su lenguaje para referirse a los fenómenos de la sexualidad, basándose con parteras, médicos de primer nivel de atención, mujeres y hombres con vida sexual activa, adolescentes. Todo esto fue aplicado en dos zonas rurales utilizando discusiones grupales, entrevistas y observación. Por tanto, la investigación se enfrenta a fenómenos poco conocidos por el investigador, un fenómeno que no se ha investigado previamente o que no se ha estudiado en la población específica de interés para el estudio.

5. La información abarca el entendimiento del comportamiento del ser humano, lo cual hace necesario diseñar cursos para programas educativos a la población, entender los términos que utiliza la población, es decir, los médicos deben entender las ideas que existen sobre la sexualidad en las comunidades.

6. Los principales daños a la salud reproductiva en base al diagnóstico son: el riesgo proconcepcional como las enfermedades crónico-degenerativas, las enfermedades de transmisión sexual, que causan infertilidad femenina y masculina y SIDA. La prevención y detección de Neoplasias como cáncer cervicouterino y cáncer de mama, el climaterio u la posmenopausia.

7. De los factores condicionantes para producir daños a la salud reproductiva pueden abarcar los niveles socioeconómicos, culturales, políticos y ambientales como el analfabetismo, la

malnutrición, edad, número de hijos, el intervalo intergenésico, abortos todos los anteriores pueden alterar la salud reproductiva de acuerdo a la lectura.

8. El diagnóstico del programa de salud reproductiva no corresponden con el concepto de salud reproductiva, por mis interpretaciones de la lectura y conociendo los factores de riesgo que pueden alterar la salud reproductiva, nos ayudan a detectar los embarazos de alto riesgo, disminuir los embarazos no deseados, evitar enfermedades de transmisión sexual, tener una planificación familiar, a que el embarazo, parto y puerperio transcurran de forma segura y sin complicaciones y en el diagnóstico sólo presentan las metas, las estadísticas del control de la fecundidad, la distribución de los métodos de planificación familiar y sus estrategias para la provisión de los mismos, como si las estadísticas fuera la base de una buena salud reproductiva y más cuando estas tienen otro sentido u otro manejo, el diagnóstico deja aun lado, que la mujer no tenga social, psicológica y medicamente igualdad práctica de los derechos a una buena salud integral, y que está dependa de otros intereses por las personas que realizan los programas, aun sabiendo que la salud reproductiva recae con mayor peso sobre la mujer.

III. SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y DEL PERFIL DE MORBILIDAD

A) POLÍTICAS DE SALUD Y DERECHOS HUMANOS.

1. De acuerdo a la lectura, las características centrales de los derechos reproductivos son : la decisión de tener un hijo, la de cuándo tener un hijo, y sobre el tipo de anticonceptivo a utilizar o medio para regular la fecundidad. Sobre esta decisión concierne principalmente a la mujer y después a la pareja; las mujeres tienen el papel fundamental en este proceso ya que la mujer tiene el derecho a la autodeterminación sobre su cuerpo.

2. A nivel institucional la responsabilidad sólo se basa en abastecer de anticonceptivos y que el número de aceptantes sea mayor cada vez, incluso se debe de persuadir principalmente a la mujer para que acepte un método de planificación familiar, si acepta se debe llevar un control del método de planificación aceptado, donde la mujer debe acudir regularmente para su aplicación del anticonceptivo o la provisión de alguno, existe gran variedad de anticonceptivos destinados más hacia el uso por parte de la mujer. Si en caso de no contar con algún anticonceptivo que este usando la mujer, principalmente los hormonales, se le otorga otro, es decir, si la aceptante usa hormonal inyectable mensual y no lo hay, se le puede aplicar la bimestral o en su caso el uso del condón, el objetivo central es que la mujer no deje de usar algún método de planificación familiar, los derechos reproductivos se basan principalmente al cumplimiento de las metas, si la usuaria del método no asiste a su cita mensual, se le hace visita domiciliaria para que acuda a consulta. Lo más importante para la Secretaria de Salud es aumentar el número de usuarias y que no los dejen de usar, como objetivo, que la fecundidad disminuya y con esto disminuye la morbilidad. Se hace hincapié en mujeres que tienen más de dos hijos. En cuanto a la vasectomía se promovió, que se otorgaría un día de descanso al médico que lograra convencer a un hombre para la realización de este método, sólo muestra el interés por el control de la fecundidad.

Las personas que reciben los servicios en la unidad, se les persuade para acudir a consulta para que se les de orientación sobre el uso de anticonceptivos, una vez aceptado la paciente acudirá cada mes a su cita para solucionar dudas y por su dotación de anticonceptivo, por lo general la mujer sólo va por ellos y no hace más preguntas, con esto las usuarias cumplen con la responsabilidad en su control de fecundidad. Hay usuarias que acuden a control de planificación familiar a escondidas de su pareja, ya que no quieren que se entere, también hay usuarias que deben pedir permiso para el uso de algún método anticonceptivo, lo cual indica que hay mujeres que quieren planificar y tener un periodo intergenésico pero que también a la vez no conocen sus derechos reproductivos. Hay mujeres que toman en cuenta su estado de salud sus condiciones socioeconómicas, son pocas las parejas que acuden por orientación o acuden a control de planificación familiar juntos.

Como médico mi responsabilidad ante los derechos reproductivos se basan prácticamente como lo menciona un párrafo de la lectura -el sistema burocrático-institucional opera bajo un lógica de poder, jerárquica y centralizada- y aunque sabemos los derechos reproductivos de la mujer, es decir, que la mujer tiene la libertad y responsabilidad sobre el número y espaciamiento de sus hijos y sobre el tipo de anticonceptivo, hacemos poco caso sobre el derecho que tiene la mujer y nos centramos a que sólo se lleve acabo un control de la fecundidad, ya que a nivel jurisdiccional no promueven, no piden números de usuarias activas y nuevas aceptantes, nos exigen metas que cumplir, hacer estrategias de acción para la difusión de os anticonceptivos, dejando a un lado sus derechos, incluso he persuadido eficazmente sobre el uso de anticonceptivos, personalmente hago que tomen consideración su estado de salud, sus factores de riesgo al embarazo, el número de hijos, la comunicación y ambiente familiar, los problemas socioeconómicos, de tal forma que hago ver la calidad de vida que tiene, siento que en ocasiones al hacer está influyo en su desición es sus derechos, lo cual me hace parte y cumplir a nivel institucional en el control de la fecundidad, y por otro lado siento que oriento y educo en su sexualidad.

3. Estoy de acuerdo con el autor, ya que principalmente el control de la fecundidad se basa en lo que diga o mejor le convenga al estado o a la institución de salud para su control. La calidad del servicio a las usuarias y respeto a su decisión no se toma encuesta o se hace en menor grado. La función y objetivo principal es disminuir la fecundidad, pasando por alto sus derechos reproductivos y operando bajo un sistema burocrático.

B) ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMAS DE SALUD

1. Mi participación en las diversas actividades que he realizado durante mi Servicio Social, ha sido mediante la prevención de enfermedades (gastrointestinales y respiratorias) y promoción a la Salud, por medio de pláticas y atención médica, se ha tratado de hacer de forma interactiva, teórica y práctica. Se dan pláticas de orientación alimentaria y capacitación a las madres, se lleva control del estado de nutrición, mediante tarjeteros y gráficas, en la primaria y secundaria existe una gran cantidad alumnos que no llevan una buena conducta alimenticia sin contar los que no estudian y mediante pláticas se trata de que tomen conciencia para su salud, lo cual ayuda a tener un control del estado de nutrición y se evita que los niños caigan en desnutrición por medio de la capacitación de las madres, además se ha tenido cuidado de que las madres esten capacitadas para el manejo de enfermedades diarreicas y respiratorias y saber como evitarlas o cuidar que estás no se agraven. Por otra parte mediante las campañas de limpieza, en calles y el uso de recolectores de basura, el promover los hábitos higiénicos es de gran utilidad en las comunidades ya que les hace tener conciencia de lo necesario de estar limpios, tanto de su persona como del lugar donde viven. Esto es algo que por lo general se habla de atención en primer nivel. Sin embargo, esto no funciona como debería de ser y a manera de ejemplo, existen colonias o comunidades donde no cuentan con

drenaje, el obtener agua es mediante el acarreo de ésta, la cual su almacenaje no es en recipiente adecuado. En cuanto a la desnutrición en niños y los malos hábitos alimenticios, no se lleva a cabo en forma adecuada ya que en ocasiones algunas mamás tienen muchos hijos y/o los papás son alcohólicos o que en cierta manera no responden adecuadamente ante los gastos, principalmente del tipo alimentario, puede ser que las familias sean de escasos recursos y aun así no toman la suficiente responsabilidad de espaciar o de ya no tener más hijos. Todo lo anterior y cuando los niños o adolescentes dejan de ir a la escuela no mejoraría su calidad de vida.

Uno de los problemas que creo que he encontrado, es la comunicación, es decir, es saber si la gente te está realmente entendiendo y/o tomando en cuenta el mensaje que estás transmitiendo, esto lo veo muy seguido con los pacientes y lo digo a manera de ejemplo con los pacientes con enfermedades crónico-degenerativo no digo que todos, pero de ellos la mayoría no lleva unas medidas higiénico dietéticas adecuadas para su control, esto quiere decir que uno pone a veces lo mejor pero a fin de cuentas los paciente son los que deciden su calidad de vida. A la mejor me falta un poco de saber persuadir a la gente, aunque he logrado que los paciente acudan a consulta más seguido.

2. De acuerdo a lo que he visto durante mi servicio social en cuanto a las necesidades sentidas como médico son principalmente las siguientes:

1. Tratar de que exista una buena comunicación, un buen entendimiento entre el paciente y el médico.
2. Tratar de cumplir con las necesidades básicas del primer nivel de atención hacia los paciente es decir, dar atención médica cuando el paciente lo requiera.
3. Dar un buen trato a los pacientes y buena atención médica.
4. Que la comunidad coopere en forma adecuada ante sus problemas de salud y participe activamente.
5. Que las condiciones del centro de salud sean adecuadas, dar mantenimiento.
6. Que exista el material adecuado y que este sea suficiente.
7. Que las autoridades municipales participen o tengan interés por su comunidad.
8. Motivar a los padres de familia a la educación.
9. Cooperación entre las organizaciones civiles.
10. Promoción de estilos de vida saludables.

Dentro de las necesidades profesionalmente definidas por los funcionarios de la institución asistencial son las siguientes:

1. Abastecer de medicamentos continuamente.
2. Dar mantenimiento a las instalaciones del centro de salud
3. Que exista realmente organización en las campañas nacionales.
4. Que los programas de salud cumplan realmente con los requerimientos de las población.

5. Que no exista más trámite burocrático en cuanto a la papelería.

6. Que la atención médica no se base solamente sobre una norma oficial, ya que las circunstancias son diferentes al igual que los pacientes.

En cuanto a la universidad, solo definiría que existiera información o durante las reuniones nos dieran información antes de terminar el servicio social sobre cursos, maestrías, diplomados, etc. Ya que al término de este, en ocasiones no sabemos qué otras opciones podemos tener para desarrollarnos profesionalmente, y no enfocarnos solamente al examen de residencia médica, motivo por el cual perdemos contacto durante nuestro servicio social. También que existiera temas sobre la relación médico paciente.

3. Estos programas en ocasiones están fuera de la realidad si lo aplicamos tal como lo dice un programa ya que en las comunidades, familias, a nivel jurisdiccional y como médico para poder solucionar los problemas, que afectan al hombre, no basta con promover la salud, sino que también implica un esfuerzo de la misma comunidad y sus autoridades, que la comunidad se encuentra motivada que exista interés para solucionar sus problemas de salud, también se debe de dar un buen seguimiento a los programas mediante la misma participación de la gente y que éstos estén acorde a sus problemas, respetando las costumbres conseguir intercambiar conocimientos y dejar a un lado lo que hasta el momento ha hecho el gobierno, como ejemplo de gobierno paternalista mediante el programa Progresá, y como trato de decir que la gente necesita de programas donde ellos participen activamente y también que los servicios de salud se enfoquen a que deben cumplir con sus objetivos de ofrecimiento.

C) PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA.

1. La participación ha sido en forma continua procurando que al menos la gente tenga conciencia para cuidar su calidad de vida y prevenir enfermedades o que éstas no se compliquen, la comunidad ha sabido responder en forma continua, aunque por ejemplo la gente requiere de algo a cambio, a razón de que realmente ella misma lo requiera, es decir cubrir su necesidad o una atención médica. En el programa Progresá se dan pláticas pero sin embargo, la gente ya no va por gusto de saber o aprender más, sino por la necesidad de que tiene que ir porque sino se le pone falta, ya que se le puede quitar la ayuda económica que se le ofrece por medio de este Programa.

Desafortunadamente, uno de los principales problemas que enfrentamos, es que la gente en ocasiones no pone algo de su parte para poder mejorar su calidad de vida, ya que quiere algo a cambio como lo dije anteriormente.

Se les habla de una buena higiene, lavar las verduras, hervir o clorar el agua, Sin embargo, la gente tiene que acarrear agua y almacenarla en lugares y recipiente no propios, se dice que hay que hervirla cuando la gente cocina con leña o con lo que tenga a su alcance, que hay que lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño y la gente no lo hace, aparte

se dice que hay que tapar las excretas con tierra o cal o usar letrinas cuando las condiciones del suelo no son adecuadas para hacerlo (piedras) ni mucho menos la gente hace letrinas., se les dice que hay que protegerse del frio en invierno o como medidas preventivas en enfermedades respiratorias, existe gente que vive en casa hechas de carrizillo, madera, palos, cartón. Por tanto hay que tomar en cuenta las condiciones de vida y diseñar programas de acuerdo a las circunstancias apoyar más la calidad de vida junto con sus autoridades locales.

Por tanto la importancia que este enfocado a los problemas reales de cada una de las comunidades y que estos tengan una verdadera aceptación un verdadero funcionamiento para el beneficiario. Por ejemplo, los métodos de planificación familiar con los cuales no importa cuántos hijos ya tienes, edad, escolaridad de todas maneras usalo y aceptalo, por ejemplo mujer de 17 años con dos hijos toma pastillas para controlar la fecundidad y con esto se cumple los objetivos de un programa como hasta ahora se ha hecho. El hombre no ha tenido una participación activa en las comunidades para la planificación familiar, la mayoría emigra hacia los Estados Unidos o hacia otros estados de la republica a trabajar y llegan y embarazan a su pareja y se regresan a trabajar. Otro factor polémico que hay que tomar en cuenta es la religión hay gente que se opone al uso de anticonceptivos y por tanto hace caso omiso de la información.

Otro aspecto importante que debe tenerse en cuenta es la nutrición existen malos hábitos alimenticios y escasos recursos y como se dice " todos comemos del campo... aunque no todos los del campo comen". Esto considero que es cierto hay gente con muy bajos recursos y es a la que hay que fomentar la buena alimentación , cuando apenas come frijoles, tortilla y chile. Y sumando a esto la falta de responsabilidad y conciencia sobre el número de hijos y el uso de algún anticonceptivo provoca que exista un desequilibrio en la calidad de atención médica, calidad de vida y escolar.

También hay que tomar muy en cuenta la educación que se imparte en las escuelas de aqui creo que radica la parte fundamental de un buen funcionamiento de un programa y mejoramiento de vida. Al desarrollar una buena estrategia para un desarrollo escolar ayudará a mejorar muchos aspectos que ahora faltan. Pienso que a pesar de lo complejo de hacer un programa de salud y hacer que este funcione adecuadamente teniendo infinidad de infraestructura, se ha hecho lo mínimo para mejorar la salud, sin embargo falta mucho por hacer.

2.La complejidad de desarrollar un programa constituye tener en cuenta muchos aspectos, de los cuales hay que priorizar de acuerdo a la principal función del programa, hay que tener una idea muy clara en sus objetivos, tener un planteamiento práctico y funcional porque generalmente tendremos un límite de tiempo, recursos económicos y de personal, de aqui que hay que ser concretos, es decir, llevar un itinerario en el cual veamos que etapa del programa se llevará a cabo, en qué periodo y también procurando que esta sea respetada para que no exista retrasos y decepciones posteriores. Asimismo hacer un presupuesto en el que se

tome en cuenta; personal, material, equipo, etc. También hay que tener en cuenta a los habitantes, nivel de vida, religión, escolaridad, costumbres, es decir establecer si abarca adecuadamente los aspectos importantes de la conducta de los habitantes mediante cuestionarios, entrevistas, para estudiar la opinión de los habitantes, con respecto al programa de salud.

3. Un programa de salud en ocasiones esta en contra de las actitudes y costumbres de los habitantes, pero que a su vez puede mejorar el estado de salud o nivel de vida. Una de las cosas que no se cumplen en el programa es el seguimiento y la evaluación, hasta el momento y durante mi estancia en el Centro de Salud lo único que he es sabido que se ha aplicado y se lleva acabo son los informaes mensuales donde se dice por medio de números, si se cumple o no con las metas, encunto a las encuestas con representatividad estatal y estudios especiales no he sabido que se lleven acabo, la investigación en la cual su función es promover y dirigir hacia la amplitud a todas las comunidades no cubriendo la calidad y efectividad de tal programa. Creo que lo principal de un programa y ver su efectividad es mediante la evaluación y seguimiento del programa haciendo participar a la gente y no solo que se trate de ver números y en base a esto saber si funciona o no.

EVALUACIÓN I.
PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL
INDIVIDUAL Y/O CLÍNICO

	FORTALESAS. 1. Querer ser profesionalista. 2. Haber dado consulta previamente. 3. Superación personal. 4. Labor de asistencia social.	DEBILIDADES. 1. No estar acostumbrado a ambientes burocráticos. 2. Suficiente experiencia para dar consulta. 3. Problemas de entendimiento de palabras de la comunidad de su padecimiento. 4. No estar acostumbrado a vivir solo.
OPORTUNIDADES. 1. Apoyo familiar. 2. Localización de la plaza 3. Llevar un mejor relación con los pacientes. 4. Apoyo universitario. 5. Bases Médicas. 6. Facilidad para interrelación con otras personas.	F-O 1. Utilizando el apoyo familiar para poder llegar a ser profesionalista. 2. Aprovechar el querer ayudar a las personas para mejor relación con los pacientes. 3. Haber dado consulta favorece el fortalecimiento de los conocimientos. 4. Con los conocimientos adquiridos dar una mejor asistencia.	D-O 1. Aprender las palabras de los pacientes de su padecimiento. 2. Aprovechar el respaldo familiar para seguir adelante. 3. Utilizar bases médicas para seguir teniendo experiencia. 4. Aprovechando la relación con la gente se mejora la calidad de la consulta.
AMENAZAS. 1. Aprecio para los pasantes anteriores 2. Gente problemática. 3. Poca información para el pasante. 4. Falta de mantenimiento de equipo. 5. Poco suministro de medicamentos.	F-A 1. Dar lo mejor de uno en las consultas. 2. Dar buena atención a la gente. 3. Relacionarme con los pasantes cercanos para transferencia de medicamentos. 4. Leer las normas y manuales de la unidad.	D-A 1. Relacionarme con la gente del pueblo para no sentirme solo. 2. Ver la manera de llevar el ambiente burocrático. 3. Seguir dando más consulta para adquirir experiencia. 4. Tener cuidado para dar consulta en las noches. 5. Evitar fricciones con la gente problemática.

ESTRATEGIA F-O

Teniendo uno el apoyo familiar, que esto engloba el apoyo económico y afectivo, con esto es más fácil llevar a cabo el servicio social, ya que sin esto difícilmente se realizaría dicho suceso.

Teniendo en mente la importancia de la labor social, uno puede relacionarse con mucha gente, con la comunidad y así entender al paciente al momento de la consulta.

Al dar consulta a la comunidad y hacerla humanitaria y ver al paciente como un libro abierto mejoramos el entendimiento de las patologías que afectan a los individuos. El cursar mi servicio social es un escalón más para mi desarrollo personal, de ahí la importancia de aprenderde él y concluirlo.

ESTRATEGIA F-A

De las amenazas que tengo que superar son el borrar o cambiar la idea de los pacientes, sobre los pasantes anteriores "de que eran buenos" y esto se logra dando una buena atención y dar lo mejor de uno mismo. El llevar una buena relación con los pacientes de mis comunidades, es algo importante para poder llevar a cabo las diversas actividades que se realizan en el centro de salud.

Para mitigar la poca información dada al pasante de medicina, se leera las normas que se encuentran en la unidad para cubrir las deficiencias del pasante.

ESTRATEGIA D-O

Tratar de entender y aprender algunas palabras que utilizan los pacientes para descubrir su padecimiento. El dar una consulta fortalece la experiencia y conocimiento para dar una mejor consulta. Debido a que algunas veces hay mucha consulta, no se puede otorgar un tiempo apropiado para cada paciente, pero no con esto se va a dar una consulta deficiente, se vera la forma de poderles dar pláticas a las personas que esten esperando, por medio de las enfermeras, así de esta manera se obtendra un poco más de tiempo para la consulta y no se les hace tedioso esperar.

ESTRATEGIA D-A

La relación con la gente de la comunidad es elemental de esa manera uno podría platicar y no sentirse solo en el centro de salud. Tener cuidado en las noches que soliciten una consulta, dándole preferencia a los menores de 5 años y mujeres embarazadas.

COMUNITARIO.

	<p>FORTALEZAS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La comunidad es participativa. 2. Cuenta con servicios de salud básicos con hospitalización 3. No existen dialectos no hay problemas de comunicación verbal. 4. Apoyo de las autoridades municipales. 	<p>DEBILIDADES.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hábitos alimenticios difíciles de modificar. 2. Falta de apoyo municipal. 3. Falta de aseo personal. 4. Comunidades de difícil acceso. 5. Desempleo.
<p>OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de saneamiento ambiental. 2. Vigilancia del estado nutricional en niños. 3. Programa de vacunación universal. 4. Apoyo de las autoridades municipales. 5. Hacer que la población participe. 	<p>F-O</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educación para la salud. 2. Promoción de estilos de vida saludables. 3. Estimulación de los padres de familia a la educación. 4. Cooperación entre las organizaciones civiles. 5. Cloración adecuada de los depósitos de agua. 	<p>D-O</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con buenos hábitos alimenticios se evita la desnutrición. 2. Con el programa de ampliación de cobertura se atiende a comunidades de difícil acceso. 3. Con la capacitación del comité de salud se reduce las enfermedades. 4. Con el saneamiento ambiental se reduce las enfermedades respiratorias y digestivas.
<p>AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de interés de la comunidad en su salud. 2. Falta de apoyo de las organizaciones civiles. 3. Insuficiente destinación de recursos para la salud. 4. Alcoholismo. 5. Desempleo. 	<p>F-A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer participativa a las comunidades marginadas. 2. Apoyo a las comunidades necesitadas de los servicios básicos de agua, luz y drenaje. 3. Formación de comités de salud. 4. Capacitación de las madres. 5. Club de alcohólicos. 	<p>D-A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con la participación de la comunidad y las autoridades se logra un mejor saneamiento ambiental. 2. Mediante una buena coordinación se con el sector salud se evita la desnutrición. 3. Con la identificación de áreas marginadas se controlan las enfermedades. 4. Con la potabilización del agua se evitan enfermedades diarreicas.

INSTITUCIONAL

	FORTALEZA. 1.Reducción de mortalidad y morbilidad. 2.Áreas de riesgo identificables. 3.Abasto adecuado de vacunas. 4.Participación de la comunidad	DEBILIDADES. 1.Deficiente suministro e medicamentos. 2.Control deficiente de insumos. 3.Flujo deficiente de información desde las áreas de difícil acceso.
OPORTUNIDADES. 1.Programa de atención al niño. 2.Programa de ampliación de cobertura. 3. Medidas Eficaces de prevención. 4.Material didáctico elaborado y aprobado.	F-O 1. Reducir la morbimortalidad en menores de 5 años. 2. Se cuenta con el programa de ampliación de cobertura. 3. Con las medidas preventivas se evian enfermedades. 4. Junto con la participación de la comunidad y e material didáctico se obtienen mejores resultados.	D-O 1. Con el control nutricional se detectan a los niños desnutridos. 2. Con el PAC se llegan a las comunidades de difícil acceso. 3.Con la prevención de enfermedades se logra el manejo de insumos. 4.Con la información masiva por medios de comunicación
AMENAZAS. 1. Mayor desnutrición en grupos marginados. 2. Deficiente coordinación intra e intrasectorial. 3. Abasto insuficiente de Medicamentos. 4. Cambio constante del personal.	F-A 1. Con el objetivo de reducir la desnutrición se visita a las comunidades marginadas. 2. Con las áreas de riesgo identificables se logra tener control. 3. Dar apoyo a la comunidad para su capacitación y promoción a la salud.	D-A 1. Obtener un control estricto de supervisión en áreas de riesgo. 2. Mediante una buena coordinación se obtienen mejores resultados. 3. Tener un mejor manejo y control de insumos y medicamentos. 4.Evitar demasiados cambios de personal.

" DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE PEÑAMILLER".

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio trata sobre el estado de salud de la cabecera municipal de Peñamiller y las comunidades que están a cargo del Centro de Salud (Pithayo, Piedra Grande, Guamuchil y Puerto del Ahorcado), este estudio da a conocer la mortalidad, morbilidad y natalidad, así como las vías de comunicación y transporte, también da a conocer la cultura, escolaridad, religión, da un panorama de su ubicación y características geográficas y saneamiento municipal, también da a conocer la alimentación, la ocupación, y costumbres de los habitantes. La importancia que tiene dicho estudio radica en saber el comportamiento de tasas de natalidad y los daños a la salud que padecen los habitantes ante su desarrollo social, económico, cultural, político, religioso y ocupacional que ha presentado durante su historia.

El Centro de Salud Rural Disperso de Peñamiller tiene la finalidad de otorgar atención médica a la población general, en el cual, sirve de apoyo de segundo nivel en materia de salud, ya que cuenta con los servicios de laboratorio, rayos x cirugía ambulatoria, obstetricia y pediatría, esto con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población.

2. JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación se realizó para dar una información general del estado de salud de la cabecera municipal y las comunidades que están a cargo del Centro de salud, para conocer las tendencias de los daños a la salud y la natalidad, que nos sirven para monitorear el estado de salud reproductiva y al mismo tiempo conocer las características del medio que rodea a los habitantes de dichas comunidades.

3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO GENERAL .

1. El propósito de este estudio es dar información del estado de salud de la cabecera municipal y las comunidades que tiene a cargo el centro de salud (Pitayo, Piedra grande, Puerto del ahorcado, Guamuchil).

OBJETIVO ESPECIFICO.

- 1.2. Dar información sobre la ubicación y características geográficas del campo de estudio.
- 1.3. Dar información sobre los factores socioeconómicos, culturales, ambientales y orgánicos que determinan la salud en la población estudiada.
- 1.4. Dar a conocer las relaciones existentes entre estos factores y la situación de la salud reproductiva.

4. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO.

Denominación y Toponimia.

Peñamiller tuvo su origen en el establecimiento de un destacamento militar, asentado en la entrada de la sierra, en donde vivían los indios chichimecas y que hoy conocemos como Sierra Gorda de Querétaro, el asentamiento militar se ubicó en el lugar donde hoy se encuentra la cabecera municipal.

El nombre de Peñamiller le fue dado por el señor Coronel Teniente de Virrey, don José Escandón, en tiempos del virrey de la Nueva España don Juan Francisco de Güemes y Horcacitas. El nombre se adjudicó, a causa de la semejanza que guarda con el monte que separa a Santa del Barrio de San Juanico, con otro que se levanta en un pueblo de la provincia de Oviedo, España, lugar cercano al pueblo natal del Coronel Escandón y que lleva por nombre de Pica Peñamillera.

El escudo de armas ha sido desde tiempos remotos la identificación de toda población, por ello, en el escudo de Peñamiller se representa hechos históricos y tradicionales sobresalientes de una manera sencilla.

Como la fundación de Peñamiller fue el 14 de Diciembre de 1748, es decir, en pleno siglo XVIII, se representa en el escudo como un sol con 18 reflejos. Otro motivo del escudo es la representación de un colonizador sometiendo a un indígena que significa el control de las rebeliones chichimecas y que fue el motivo principal por el cual se fundó la población. La población de Peñamiller se fundó en las márgenes del río Extoraz, por la semejanza mencionada con una provincia de Oviedo, por un monte con un picacho, el cual, también se representa en el escudo. Fueron 37 familias las que poblaron el lugar representándose en el cementerio con igual número de tumbas. La fundación se celebró con una solemne misa cantada, que ofició el R.P. Fray José Tomás de Aquino Ramírez Prado, al término de la cual se designaron los lugares para la iglesia, el convento, la huerta, la sub-prefectura y la guarnición, esto se representa con una cruz en lo alto del escudo. El árbol representa el reparto de tierras. El templo se tomó como el principal monumento colonial con el que se cuenta en el municipio. Las armas que sobresalen en el escudo representan las luchas que se liberaron entre las dos culturas.

En Mayo de 1941, Peñamiller recibe el título de municipio libre por el entonces Gobernador del Estado de Querétaro C. Norandino Rubio, y deja de ser delegación de Tolimán. La guirnalda de ramas de Nogal y Sauz se debe a que estos son los árboles con los cuales obtiene mayores ingresos la población. La tradición más importante es la fiesta del 15 de Agosto, en honor a la Virgen de la Asunción y se representa con 8 palmas en la rama de nogal, que nos indican el mes de Agosto, asimismo las quince hojas en la rama del sauce significan los días en que se celebran las fiestas patronales. Finalmente el escudo tiene la forma de una nuez, representando así, el producto que más se cultiva en el municipio.

Peñamiller a través del tiempo.

Según los datos históricos, se supone que los primeros pobladores de esta región fueron los pames, quienes debieron llegar en el siglo XIII, a través de la Sierra Gorda, después, tal vez en el siglo XIV llegaron procedentes de Guanajuato los Jonaces. En algunos lugares de los que ahora es el municipio de Peñamiller como Camargo, la Plazuela y Adjuntas de Higuera, se encuentran vestigios de asentamientos prehispánicos. Se supone que los mineros prehispánicos tenían conocimiento del uso del mercurio para separar el oro y la plata de otros metales, además de usarlos para sus ritos religiosos y pinturas como ocurrió con el cinabrio que era objeto de una extensa comercialización.

En la época de la colonia y de la conquista ocurrieron acontecimientos muy relevantes y antagónicos, los cuales, dan a la historia de Peñamiller un tono de singularidad, dichos efectos siguen teniendo consecuencia en la presente generación.

Al noreste del municipio existió un grupo de chichimecas que no ofreció resistencia alguna para aceptar la intervención del conquistador, por el contrario, ellos mismos solicitaron a los frailes dominicos asesoría para organizarse y adoptar definitivamente la condición de sedentarios. En cambio, en el lado opuesto del municipio existió otro grupo que a pesar de ser de la misma descendencia, se negó a aceptar la intervención del conquistador y prefirió ser aniquilado antes que convertirse en esclavo.

La misión de San Miguel Palmas fue fundada 57 años antes que la cabecera municipal, en la parte norte del estado, lugar donde se estableció un grupo de filiación pame-chichimeca. Por el año de 1648 se presentó en el lugar el bachiller don Gerónimo López de los Angeles y realizó una improvisada construcción donde reunió a los pames chichimecas, quienes en forma pacífica aceptaron los principios de la doctrina cristiana. En esta región, tal vez, por su marginación geográfica, los escasos recursos naturales no fueron objeto de codicia por parte de los conquistadores, se supone que algunos dueños de haciendas nunca conocieron sus propiedades de las que recibían sus intereses a través de administradores que fungían como dueños. Los acontecimientos importantes de la lucha por la independencia tuvieron sus escenarios lejos de este lugar, y no existen datos que indiquen la participación directa de los pobladores.

La Nación Mexicana había consumado su Independencia y los pobladores de Peñamiller, al parecer continuaban su trayectoria sin mayores modificaciones, ya que se había adaptado o resignado a subsistir dependiendo casi por completo de los recursos regionales y de la importación de pocos artículos.

En el año de 1847, con el decreto de expropiación de bienes de la iglesia, dio principio el problema de la forma de la tenencia de la tierra, cuyas consecuencias han afectado las relaciones sociales, provocando la discordia entre los pobladores e impidiendo la evolución de las artesanías y la cultura en general. En defensa de los bienes del clero se levantó en armas el

general Eleuterio Quiroz, anotándose muchas victorias al enfrentarse a las tropas del Gobierno. Este personaje y Tomás de Mejía pelearon en contra del Gobierno, aprovechándose de las ventajas que tenían ello y su gente, por conocer bien los vericuetos de la Sierra Gorda y por eso en los enfrentamientos con el Gobierno tenían gran ventaja. Tomás Mejía solicitó la capitulación, en la que no solamente aceptaba poner sus tropas al servicio del Gobierno, sino que se comprometió a persuadir a otros caudillos a que hicieran lo mismo. Regresó a la Sierra Gorda, y al fracasar en su intento de proselitismo, por medio de engaños hizo prisionero a su compañero de armas Eleuterio Quiroz, y en el mes de Noviembre de 1848 lo mandó a fusilar ante la presencia de los pobladores de Peñamiller, ordenando que su cadáver fuera colgado en el lugar donde inició su levantamiento armado para dar un escarmiento a los rebeldes. Para los habitantes de Peñamiller, entre los años de 1877 a 1910, el mundo parecía tener sus límites en el horizonte, pocas personas se aventuraban a viajar a la capital del estado y a la ciudad de México, solamente con el objeto de hacer algunas compras o llevar a vender alguno de los productos de la Sierra Gorda, por lo tanto, podían integrarse grupos de trabajo permanentes.

Para tiempos de la Revolución de 1910, las condiciones de vida eran muy precarias, eran pocos los dueños de tierras por haberlas recibido como herencia, o por tomar las pertenecientes a la iglesia, y los pobladores dependían del grado de generosidad a los dueños, quienes al parecer su intención no era aliviar sino prolongar la miseria con el fin de contar siempre con servidumbre incondicional. Muchos trabajan horas extras, las cuales eran generalmente compensadas con un trago de aguardiente o un jarro de pulque. Además de la condición de siervos, la población era flagelada por parásitos como piojos, chinches, pulgas, niguas, etc, y enfermedades endémicas como viruela, paludismo, tifoidea, sarampión, tosferina, etc., aumentando así la miseria y el número de defunciones.

A pesar de no ser escenario de la lucha de revolución, era paso obligado de la capital del Estado a la Sierra Gorda, y así como a muchos pueblos, se le exigió entregar un número de hombres y además las tropas se llevaban por la fuerza a los que encontraban a su paso.

En 1924 aparece en Peñamiller un personaje de nombre Taurino, cuyas actuaciones han sido motivo de controversia. Se han dicho, escrito y difundido datos y opiniones imprecisas, con lo que tal vez se pretende impresionar con la descripción de un hombre cruel, asesino, despiadado y demás adjetivos indicando cualidades negativas. Inicó sus actividades punibles con un homicidio en legítima defensa y luego se dio a la fuga. En su exilio conoció a individuos que le dieron conocimientos preliminares de estrategia y al volver a Peñamiller para prevenirse de las represalias que seguramente aplicarían en su contra los parientes de su víctima, se hizo acompañar de un grupo de individuos inconformes con el sistema de vida que tenían que soportar. Dicho grupo se incrementó rápidamente su mantenimiento dependía totalmente del producto de sus propias actividades de bandolerismo.

En 1924, por orden del Presidente de la República, el general plutarco Elias Calles, Norandino Rubio organizó grupos de campesinos para realizar el reparto de los latifundios de Gregorio Olvera, quien tenía 16 haciendas en todo el estado de Querétaro. En Peñamiller había

dos haciendas, Extoraz y Boquillas y fue entonces cuando en Peñamiller ocurrió el mayor disturbio social, pues los campesinos, peones o vecinos de las haciendas deseaban poseer un pedazo de tierra, pero las promesas y amenazas del clero impedían tomar una determinación. Por otro lado estaban los que habían sido persuadidos de defender con las armas los intereses del clero y de los hacendados. En informes posteriores, Norandino indica que Taurino tomó una actitud de expectativa, respecto al movimiento agrario, limitado su participación a una que otra escaramuza entre su gente y los cristeros, los cuales al grito de ¡Viva Cristo rey! Asaltaban ganaderías y rancherías cometiendo asesinatos y iatrocínios.

El 1° de Octubre de 1931, por elección llegó a la gubernatura del Estado el C. Saturnino Osornio, quien nombró como presidente municipal de Tolimán a Taurino López. Por el antagonismo entre el gobernante y el clero, Saturnino ordenó el cierre de los templos y la suspensión de las funciones de los sacerdotes. Esta disposición incrementó las acciones agresivas de los rebeldes y en esta región, a Taurino y su gente les tocó enfrentarse a ello, aplicando los correctivos que se estimaron necesarios, sumándose este hecho a muchos anteriores imputados a Taurino, por lo que al llegar al momento oportuno, fue aprehendido por los rebeldes y ejecutado en el mes de Marzo de 1936. Debido a tantos acontecimientos antagónicos, en la época de Saturnino se le dio el nombre de época Osornista, y por lo mismo, a ese tiempo en esta región se le dio el nombre de época taurinista.

En 1943 terminó el reparto de tierras y el periodo de Gobierno de Norandino Rubio, el cual, se caracterizó por el clima de paz social y el restablecimiento de las garantías individuales. En Peñamiller se fundaron 16 ejidos con las propiedades de las haciendas de Extoraz y Boquillas, iniciándose con ello la decadencia de la hegemonía, que a pesar de los disturbios sociales había conservado el pueblo, que hoy es la cabecera municipal en virtud de el sector agrario, tenía y sigue teniendo mayor ventaja sobre el sector popular en asuntos electorales. En mayor de 1941, por decreto del gobernador Norandino Rubio, Peñamiller que hasta entonces había sido delegación del municipio de Tolimán, adquirió su categoría de municipio.

En Mayo de 1944 salieron de Peñamiller los primeros braceros a los Estados Unidos, iniciándose el éxodo de la población hacia el país vecino, y actualmente se ha incrementado a tal grado, que la economía de Peñamiller depende aproximadamente en un 80% de los ingresos obtenidos por los trabajadores que emigran.

5.METODOLOGÍA.

Para el presente estudio se procedió a realizar la limitación del campo de estudio abarcando la cabecera municipal de Peñamiller y las comunidades que están a cargo del centro de salud, basándonos en recolección de datos del registro civil de Peñamiller, SISPA, EPI-00, hoja diaria del médico, en el censo de salud del centro de salud, en los antecedentes que se

encuentra en los libros de municipio de Peñamiller y del plan de desarrollo municipal de Peñamiller. Todos los datos se recopilaran y se analizaran de acuerdo a la actividad de aprendizaje de la evaluación, se valorara la morbilidad, mortalidad, natalidad, alimentación, ubicación geográfica, escolaridad, y se describirán las vías de comunicación y medio de comunicación, ocupación, etc., realizando esta investigación de tipo cuantitativo.

6 DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

a) UBICACIÓN Y ASPECTOS GEOGRÁFICOS.

Localización, Límites, Extensión, Latitud y Altitud.

El estado de Querétaro está localizado en el centro de la República Mexicana, posee una superficie de 11,769 Km², lo que representa el 0.6% de la superficie del país. Sus coordenadas geográficas son; al Norte 21° 37'', al Sur 20° 01'' de latitud, al Este 98° 54' y al Oeste 100° 35' de longitud. Al Norte se limita con el estado de San Luis Potosí, al este con Hidalgo, al Sur con el estado de México y Michoacán, y al oeste con el estado de Guanajuato.

El estado de Querétaro puede ser dividido en 5 regiones; Sierra Gorda, Bajío Queretano, Llanos Centrales y Sierra de Amealco. La Sierra Gorda, conocida como Huasteca Queretana, ocupa el noroeste del estado de Querétaro, su nombre se da desde la época de la conquista debido al enorme sistema montañoso, unido al de la Sierra Madre Oriental.

Políticamente se divide en 18 municipios; Amealco, Huimilpan, Villa Corregidora, Querétaro, Villa del Marques, Pedro Escobedo, San Juan del Río, Colón, Ezequiel Montes, Cadereyta de Montes, Tolimán, Tequisquiapan, San Joaquín, Pinal de Amoles, Jalpan de Serra, Peñamiller, Landa de Matamoros y Arroyo Seco.

La cabecera municipal sede de la Jurisdicción Sanitaria No. 3, corresponde a Cadereyta de Montes, localizada en una llanura entre montañas, cuyas coordenadas geográficas son; al Norte 20° 41' de latitud, al Oeste 99° 48' de longitud, su altitud es de 2,040 metros sobre el nivel del mar (snm). A ésta Jurisdicción Sanitaria pertenecen los municipios de Cadereyta, Ezequiel Montes, Tolimán, San Joaquín y Peñamiller que forman parte de la Sierra Gorda.

El CSRD de Peñamiller se encuentra en la cabecera municipal de Peñamiller. Este municipio se localiza al norte del estado de Querétaro y se ha definido como la puerta de entrada a la Sierra Gorda, al norte colinda con el estado de Guanajuato, al sur con los municipios de Tolimán y Cadereyta, al este con los municipios de Pinal de Amoles y San Joaquín, y al oeste con el estado de Guanajuato. Se encuentra a una altitud de 1320m., ubicado dentro de las coordenadas geográficas entre los paralelos 20° 56' y 21° 14' de latitud norte y 99° 42' y 100° 02' de longitud oeste del meridiano de Greenwich. El municipio cuenta con una extensión territorial de 795 Km², lo que representa el 6.9% de la superficie del estado.

Topografía.

De acuerdo a estudios realizados en 1961 conjuntamente entre la FAO y la UNESCO, y basándose en el área de influencia marcada en su mapa de unidades de suelo, el tipo de suelo existente en el municipio de Peñamiller es el Kastañozems Luvicos, que tiene un horizonte A mecánico, con una intensidad de color en húmedo de más de 1.5cm o más y tiene otros con un horizonte B argilúvico, presenta un horizonte calxico o gípsico dentro de los 100cm de la superficie, y un horizonte con concentraciones de caliza pulverulenta suave y muestran con la profundidad un aumento de saturación de no más de K dentro de los 125cm de la superficie o dentro de los 50cm de la base de horizonte B. Son de textura media, compuestos por franco arenosa, franco arcillo limosa y arcillo limosa con menos de 35 % de arcilla y menos de 65% de arena: la fracción arena puede ser tan elevada como 82% si presenta un mínimo de 18 % de arcilla. Cuenta con pendientes de quebrada o cerril A fuertemente disectada a montañosa y de pendiente A nivel hasta suavemente ondulada, quebrada o cerril en donde las primeras pendientes dominantes son mayores del 30% y para las segundas pendientes dominantes varían de 0 a 8%.

El suelo de Peñamiller es muy accidentado, forma parte de la región llamada Sierra Gorda, nombre que se le ha dado debido a la generalidad de la forma de sus montañas, las que se localizan una altitud que va de 1250 a 3000 m.s.n.m., y en esta mayor altura se encuentra ubicado el cerro de la Calentura en los límites de los municipios de Peñamiller y Pinal de Amoles.

Hidrografía.

El único río que atraviesa por el municipio de Peñamiller es el río Extoraz del que es afluente el río Tolimán. Sus aguas son abundantes, esporádicas y arrasadoras en la época de lluvias y escasas o ausentes en los meses de Marzo, Abril, Mayo y Junio. En el ejido de Río Blanco, delegación de Peñamiller, existe un manantial permanente, que de aprovecharse para regadío, beneficiaría una 100 o más hectáreas, pero lamentablemente esa agua corre ociosa por el arroyo rumbo a Atargea, Guanajuato aunque en ese lugar no existen superficies laborales, sin embargo, se están realizando obras con la finalidad de aprovechar ese recurso y se han construido estanques para cría de peces y un canal para conducir el agua por las inaccesibles laderas. En Adjuntas de Higuera también existe una serie de abundantes y permanentes que en la actualidad poco se aprovechan por la razón de que se localizan en la parte baja del municipio, donde no hay superficie que puede ser aprovechada para el cultivo. El periodo de precipitación pluvial se presenta en verano con promedio de 434.5 mm anuales.

Clima.

Las cifras suministradas por las estaciones meteorológicas de Peñamiller, localizadas en la cabecera municipal en latitud 21° 03', longitud 99° 48' y con una altitud de 1862 m.s.n.m. y en la comunidad el Comedero, en latitud 21° 09', longitud 99° 56' y con altitud de 1880 m.s.n.m. dependientes del departamento de Hidrometría de Celaya, Guanajuato, indican que los climas que predominan en la región son el semicálido-semiseco. La temporada de mayor

calor se presentan durante los meses de Mayo a Agosto, con un promedio de temperatura de hasta 40.2°C, mientras que en el mes de Enero, se presentan las más bajas temperaturas siendo ésta de 1°C y con una temperatura media anual de 21.6° C.

Flora.

El tipo de vegetación existente en el municipio es básicamente de Xerófilas, tales como nopal, maguey, cactus, biznaga, existe el mezquital en su mayor parte, bosque de encino y pino en la zona oriente del municipio y matorral desértico micrófilo en la porción sur del municipio, mezquite, pirul, jacarandá, huzache, palo sishote, palo bobo, orégano, pitahayo, garambullo, narcia y cardón.

La flora que se cultiva es el maíz, frijol, calabaza, guayaba, limón, granada, nuez, papaya, manzana, mango.

Fauna.

Esta constituida por mamíferos silvestres pequeños y medianos, como el coyote, la liebre, el zorro, el conejo, ardilla, tejón; aves como el águila, zopilote, cuervo; insectos como arañas, alacranes, abejas, avispas, hormigas, saltamontes, cochinillas, cucarachas, moscos; reptiles como Alicante, cuatro narices, víbora chirrionera; fauna doméstica como gatos, cerdos, chivos, caballos, asnos, gallinas, y perros.

b) VÍAS DE COMUNICACIÓN.

El arribo a la cabecera municipal de Peñamiller, se logra desde la capital del estado, mediante la autopista Querétaro-México en la desviación existente hacia Bernal y Cadereyta, esto en el Km 21. Este camino asfaltado nos lleva a las proximidades del municipio de Colón, pasa por la comunidad de Bernal, por las proximidades con Ezequiel Montes y Cadereyta, llegando hasta la comunidad de Higuerillas y Cadereyta, donde se une a la carretera San Juan del Río-Xilitla. Esta es otra vía de acceso a Peñamiller, desde la ciudad de San Juan del Río, Qro., y en la carretera mencionada pasando a través de ella por las poblaciones de tequisquiapan, Ezequiel Montes y Cadereyta.

Una vez unidas ambas vías, se continua un mismo camino hasta la comunidad de la Estación, PeñaBlanca, la cual, es ya perteneciente al municipio de Peñamiller. A penas unos 2 Kilometros sobre la carretera San Juan del Río-Xilitla, se encuentra la desviación hacia la izquierda para la cabecera municipal, la cual, se alcanza de 14 km de camino asfaltado y pasando por las poblaciones del Garambullal (desviación a la comunidad de Villa Emiliano Zapata o Extoraz), El Sauz o Motoshi, San Juanico y finalmente la cabecera municipal. Este camino fue trazado por los habitantes de la región y sobre él se realizó la carretera, con una vista maravilla plasmada con enormes desfiladeros, y muy peligrosa por sus conocidas curvas.

La comunicación al resto de las comunidades del municipio se realizan a través de caminos de terracería (con excepción de Camargo, a la cual, se llega por la misma carretera

San Juan del Río-Xilitla) por los cuales, es posible transitar en vehículos de motor, pero en ocasiones haciéndose necesaria la implementación del caballo, burro o a pié.

c) MEDIOS DE TRANSPORTE.

El sistema de transporte más y que da servicio al 80-90% de la población, son los autobuses foráneos, los cuales, cubren los horarios de salida de la cabecera municipal a las 05:00, 05:30, 06:00, 06:30, 07:30, 08:30, 09:00 (camión de paso) y 10:30 hrs., por la mañana. Posteriormente otras salidas a las 14:30, 15:30 y 16:30 hrs., por la tarde. Las dos líneas encargadas de dichas salidas son Autobuses Flecha Azul y Flecha Amarilla, está última línea de autobús, realiza la única salida a la capital del país, en un solo horario en el día, a las 07:30 hrs. Cabe mencionar la Flecha amarilla realiza una salida de México-Peñamiller a las 16:20 hrs todos los días. Todas las salidas de Peñamiller realizan parada en la población de Cadereyta, en la cual, hay salidas a cada hora al D.F.

Las llegadas de los autobuses mencionados se realizan a diferentes horas del día, siendo la primera a las 10 hrs, tomare como tiempo de recorrido, una hora y media, desde Cadereyta, y otra hora y media hasta Querétaro, así que, el próximo camión en llegar es a las 12:00, 14:00, 15:00, 16:00, 18:00, 19:00, 20:00, 20:30, 21:00hrs. La Flecha Azul realiza salidas a las diversas comunidades del municipio.

Se cuenta con gran cantidad de camionetas de transporte público, que se utilizan como medio de arribo a la cabecera municipal, o de esta hacia las comunidades, ya sea en forma colectiva o contratando el servicio en forma particular, con ello, logran el arribo a los diferentes servicios que ofrece la cabecera, incluso por las noches, en que el servicio médico es muy solicitado.

d) MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Actualmente casi nadie utiliza el servicio del telégrafo, ya que propiamente no existe. Si algún telegrama viene con destino a Peñamiller, se recibe en cadereyta y de allí sigue su curso por correo y como tampoco está regularizado este servicio, difícilmente llega a su destino. El servicio de correo fue muy eficiente durante la primera mitad del siglo, ya que, un individuo recorría periódicamente una dos veces por semana, el itinerario de Tolimán a Jalpan. La correspondencia era muy escasa pero el servicio muy seguro. En la actualidad por circunstancias no definidas, ya casi no se toma en cuenta su existencia por su eficiencia.

La utilización de la radio como medio de comunicación es difícil, debido a las condiciones topográficas, se necesitan muy buenos aparatos para captar algunas señales.

Como ésta población se halla situada en una depresión geográfica y rodeado de altas montañas, es preciso el uso de antena parabólica para captar canales. Así mismo, ya se cuenta

en la cabecera municipal con el sistema de comunicación SKY y DirecTV. La repartición de los diarios estatales, no se realiza en el municipio. Se cuenta con espacio periodístico en el diario Las Noticias, sin embargo, hay que acudir a Cadereyta. En algún tiempo se contó con la distribución de periódico y revistas a través de una tienda, actualmente es muy esporádico el obtener estos.

Se cuenta con casetas telefónicas en la cabecera municipal, también existen teléfonos en algunos domicilios. No hay teléfono público.

6.2 DAÑOS A LA SALUD Y SITUACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA.

a) MORTALIDAD

$$\text{Tasa} = \frac{\text{No. De defunciones por causa determinada}}{\text{Población en el periodo}} \times 100$$

Tabla 1. Mortalidad General Agosto 99- Julio 00

CAUSA	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Enfermedad Vascular Cerebral			1	0.09	1	0.09
Neumonía Basal	1	0.09			1	0.09
Desconocida			1	0.09	1	0.09
Politraumatizado	1	0.09			1	0.09
Senilidad			2	0.18	2	0.18
Choque Séptico			1	0.09	1	0.09
Insuficiencia Hepática	1	0.09			1	0.09
Infarto Agudo Miocardio			1	0.09	1	0.09
TOTAL	3	0.27	6	0.55	9	0.82

*Fuente: Registro civil municipal, Ago 99- Jul 00

6.3 FACTORES CONDICIONANTES.

a) ESTRUCTURA Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN.

En Peñamiller es notable la migración de la población económicamente activa hacia la capital del estado, la capital de la República y a las ciudades fronterizas de Estados Unidos, debido a la falta de expectativas de trabajo en el municipio.

El predominio de una organización y una economía de tipo rural probablemente es causante de la ausencia de programas de desarrollo habitacional. El déficit de viviendas se

traduce en el hacinamiento, la insalubridad y las dificultades de los jóvenes para independizarse y tener su propia vivienda. El municipio de Peñamiller está formado por 118 localidades que se consideran rurales ya que ninguna rebasa los 2500 habitantes.

El CSRD de Peñamiller se encuentra ubicado en la cabecera municipal, el cual, tiene a su cargo cuatro comunidades; Peñamiller, Pithayo, Puerto de Ahorcado, Guamuchil y Piedra Grande. La distribución de la población por sexo y grupos edad es la siguiente.

Tabla 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.
CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE PEÑAMILLER.
Agosto 99 - Julio 00

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
0-1	13	1.19	10	0.92	23	2.11
1-4	49	4.5	47	4.32	96	8.8
5-9	45	4.14	62	5.7	107	9.8
10-14	48	4.4	54	4.9	102	9.34
15-19	53	4.88	55	5.06	108	9.1
20-24	37	3.4	54	4.9	91	8.3
25-29	39	3.5	37	3.4	76	6.9
30-34	30	2.76	41	3.77	71	6.5
35-39	34	3.13	32	2.94	66	6.07
40-44	23	2.11	37	3.4	60	5.52
45-46	21	1.9	31	2.85	52	4.78
50-54	26	2.39	26	2.39	52	4.78
55-59	16	1.47	17	1.56	33	3.03
60-64	11	1.01	11	1.01	22	2.02
65-69	20	1.84	23	2.11	43	3.95
70 +	46	4.23	38	3.49	84	7.7
TOTAL	575	53%	511	47%	1086	100%

Fuente: Censo Poblacional 99-00, Centro de salud de Peñamiller.

Gráfica 1
PIRAMIDE POBLACIONAL SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD
CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE PEÑAMILLER
Agosto 99 - Julio 00

MASCULINO	GRUPO DE EDAD	FEMENINO
46	70 +	38
20	65-69	23
11	60-64	11
16	55-59	17
26	50-54	26
21	45-49	31
23	40-44	37
34	35-39	32
30	30-34	41
39	25-29	37
37	20-24	54
53	15-19	55
48	10-14	54
45	5-9	62
49	1-4	47
13	0-1	16
511	TOTAL	575

Fuente: Censo Poblacional 99-00, Centro de salud de Peñamiller.

b) NÚMERO DE HABITANTES Y FAMILIAS POR LOCALIDADES.

Tabla 3. Número de Habitantes y Familias.

Comunidad	Número de Habitantes	Número de Familias
Peñamiller	970	234
Pithayo	46	15
Piedra Grande	20	3
Puerto de Ahorcado	5	1
Guamuchil	45	10
Total	1086	263

Fuente: Censo poblacional 99-00.

c) CRECIMIENTO POBLACIONAL EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.

Realizando una recopilación de los censos de años previos podemos obtener la siguiente información:

Tabla 4. Número de habitantes de 1995 al 2000

AÑO	POBLACIÓN
1995	1208
1996	1221
1997	1238
1998	1256
*1999-2000	1086

Fuente: Censo poblacional de 1995 al 2000.

*NOTA. En este año el número de habitantes es menor, ya que las otras comunidades que tenía a cargo el centro de salud fueron destinadas para el programa de ampliación de cobertura (PAC) para su atención médica

Migración.

La migración es un problema importante en las comunidades, debido a la escasez de fuentes de trabajo, además de que la agricultura y la ganadería no presentan oportunidades de fuente de ingreso, el mayor número de población económicamente activa, principalmente varones emigran a la ciudad de Querétaro y a otros estados, así como a Estados Unidos de Norteamérica, en busca de mejores oportunidades y en el menor de los casos, en busca de otras opciones de estudio, el cálculo aproximado fluctúa entre el 55% y el 60 %.

d) NATALIDAD.

Durante el periodo comprendido de Agosto de 1999 a Julio del 2000, se registraron un total 52 partos atendidos en el centro de salud de Peñamiller, de los cuales, 51 son partos eutócicos con igual número de nacidos vivos, y se atiende un parto con muerte fetal (mortinato) de comunidad no correspondiente. Cabe mencionar que del total de partos atendidos en el centro de salud, 32 son provenientes de otras comunidades que el Centro de Salud no tiene a cargo.

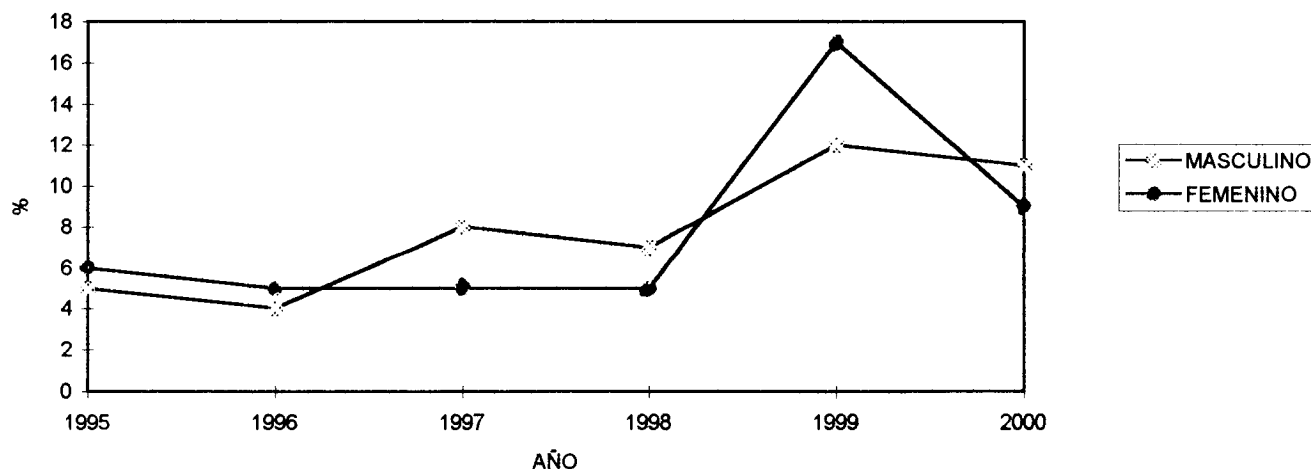
Los datos tabulados consideran únicamente los nacimientos de Peñamiller y las comunidades que el centro de salud ha tenido a su cargo.

Tabla 5. Número de Nacimientos de Agosto de 1999 a Julio del 2000.

AÑO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	TASA
1995	5	6	11	
1996	4	5	09	
1997	8	5	13	
1998	7	5	12	
1999	12	17	29	
2000	11	9	20	

Fuente: SISPA 99-00.

Gráfica 1. Tendencia de la tasa cruda de Natalidad por sexo Centro de Salud Peñamiller 1999-2000



e) INDICADORES CULTURALES

Estado Civil.

Existen 234 familias en la cabecera municipal, y de las comunidades que tiene a cargo el Centro de Salud son 29. De las 263 familias el 70% son parejas casadas por el registro civil, el 22 % están en unión libre y el 8% son madres solteras.

Grupos étnicos y lenguas.

La población habla el español, no existen dialectos, ni otros idiomas.

f) INDICADORES EDUCATIVOS.

Escolaridad Promedio.

Analizando el censo poblacional del CSRD de Peñamiller y con la ayuda de las cédulas de microdiagnóstico de Agosto de 1999 a Julio del 2000, se obtuvo la información acerca del nivel de escolaridad de sus habitantes.

La población total de la comunidad de Peñamiller y sus comunidades es de 1086 habitantes, de los cuales, 911 son mayores de 4 años, lo que corresponde al 84% de los

habitantes y que además han concluido un nivel educativo determinado. Tomando como referencia a los 1086 habitantes, el 7% (69 habitantes) son analfabetas, considerando que fueran mayores de 15 años, y que no saben leer y escribir, y el resto el 84% sabe leer y escribir o se encuentra cursando algún nivel educativo. No se tomaron en cuenta a 106 habitantes, que representan el 9.8 % de la población total, ya que son menores de 4 años y por lo tanto no se consideran en edad escolar.

Tabla 6. Escolaridad Promedio.

Grado Escolar	Número	Porcentaje
Analfabetas	69	7
Saben leer y escribir	133	12.3
Preescolar	64	6
Primaria	292	26.9
Secundaria	269	24.8
Bachillerato	102	9.4
Profesional	51	4.7
Total	980	90.2

Fuente: Cédulas de microdiagnóstico 99-00. CSRD de Peñamiller.

Los habitantes del municipio de Peñamiller disponen de Jardines de niños, primarias, secundarias y un CECyTEQ, para su formación escolar. Otros niveles superiores se ofrecen solo en municipios vecinos y la capital del estado, por lo que solo así pueden continuar una educación profesional.

En la cabecera municipal de Peñamiller, se cuenta con un Jardín de niños, que brinda educación a 64 alumnos, la educación primaria cuenta con 135 alumnos. La educación secundaria se cuenta con 201 alumnos y también se encuentra un CECYTEQ con aprox 125 alumnos, divididos en las áreas de técnicas de electricidad y auxiliar de enfermería.

Considerando que existen alumnos pertenecientes de otras comunidades, el número total de las escuelas es el siguiente.

Tabla 7. Grado Escolar.

Grado Escolar	Total
Preescolar	64
Primaria	135
Secundaria	201
Bachillerato	125
Total	525

Fuente: Censo escolar 99-00

Tabla 8. Número De Analfabetas Por Comunidad.

Comunidad	No. de Analfabetas
Peñamiller	53
Pithayo	7
Piedra Grande	3
Puerto de ahorcado	0
Guamuchil	6
Total	69

Fuente: Censo poblacional 99-00

El CONAFE ha favorecido a las comunidades alejadas o pequeñas sin pronto y fácil acceso a la cabecera municipal, a través de este se instruyen desde 5 a 30 alumnos de escasos recursos económicos, por medio de un número cada vez mayor de instructores, que en su mayoría son jóvenes que egresas de la secundaria y que buscan en ésta actividad, otra fuente de ingresos ante las pocas opciones.

Número De Bibliotecas.

Se cuenta con una biblioteca pública en la cabecera municipal, también existe una biblioteca en el CECYTEQ para los alumnos del plantel.

g) INDICADORES SOCIALES : GRUPOS DE ORGANIZACIÓN COMUNITARIA.

En la cabecera municipal se cuenta con un Jardín público, una unidad deportiva, un parque de juegos infantiles, un local donde se juega billar, dominó y se venden bebidas alcohólicas, un establecimiento de video-juegos y un club de películas de video, posee un auditorio techado, un teatro del pueblo que a la vez son ocupados para la práctica de deportes como el basquetbol, volibol y fútbol de salón. De igual forma se realizan eventos sociales y culturales. Además la población cuenta con un lienzo charro localizado a un costado de la unidad deportiva, en el cual, la población acude los días de fiesta para presenciar la monta de toros y peleas de gallos.

Los días festivos, civiles y religiosos en la cabecera municipal de Peñamiller son los siguientes.

1° Enero	Fiesta de Año Nuevo
5 Febrero	Aniversario de la Constitución
24 Febrero	Día de la Bandera
3 Marzo	Día del Santo Niño
21 Marzo	Natalicio de Benito Juárez
Marzo- Abril	Semana Santa

1° Mayo	Día del trabajo
5 Mayo	Batalla de Puebla
10 Mayo	Día de las Madres
15 Mayo	Día del maestro
15 Agosto	Virgen de la Asunción y feria municipal
Septiembre	Feria de la Nuez
16 Septiembre	Fiestas Patrias
12 Octubre	Día de la Raza
1° Noviembre	Día de todos los Santos
2° Noviembre	Día de muertos
20 Noviembre	Aniversario de la Revolución Mexicana
12 Diciembre	Día de la Virgen de Guadalupe
25 Diciembre	Natividad
31 Diciembre	Fin de Año

Hábitos y Costumbres Relacionados Con La Salud.

La higiene es un hábito deficiente en la comunidad, en promedio el baño personal lo realizan 2 a 3 veces a la semana, el aseo de las manos es poco frecuente y lamentablemente el cepillado en personas adultas es casi nulo y a menor edades de una vez a la semana. La alimentación es muy deficiente en calidad y cantidad, teniendo en cuenta que las condiciones geográficas y climáticas no permiten la variedad, la alimentación deficiente se refleja en la desnutrición, principalmente en menores de 5 años, también influye la costumbre de prolongar el seno materno por más del año, suspenden alimentos durante las enfermedades respiratorias y gastrointestinales.

La población masculina acostumbra bebidas embriagantes durante todos los días y más aun en fines de semana y días festivos, son afectados adolescentes y adultos, las bebidas que más consumen son cervezas, pulque, aguardiente y licores. El tabaquismo, predomina en el sexo masculino este hábito es menor que el alcoholismo.

La población no tiene el hábito de realizar deportes de manera rutinaria, solo los adolescentes y algunos adultos practican el juego de pelota de manera ocasional.

Problemas Psicosociales.

La población masculina acostumbra bebidas embriagantes durante todos los días y más aun en fines de semana y días festivos, son afectados adolescentes y adultos, las bebidas que más consumen son cervezas, pulque, aguardiente y licores. El tabaquismo, predomina en el sexo masculino este hábito es menor que el alcoholismo.

El alcoholismo es la causa principal de las familias disfuncionales y desintegradas, también es causa de un menor ingreso en la economía familiar y daños a la salud como, enfermedad ácido péptica, desnutrición y enfermedad hepática.

La población no tiene el hábito de realizar deportes de manera rutinaria, solo los adolescentes y algunos adultos practican el juego de pelota de manera ocasional

Rutina Diaria

Las actividades familiares se basan en el desempeño laboral diario del jefe de familia con jornadas de Lunes a Sábado, teniendo como descanso el Domingo destinado a actividades recreativas, familiares y religiosas. Las actividades del hogar son realizadas por las mujeres de la familia y la población de edad escolar asiste en turno matutino o vespertino a la educación básica educativa.

Organización Política.

En la cabecera municipal de Peñamiller, se cuenta con una estructura política, cuyos poderes se encuentran distribuidos de la siguiente manera: Un presidente municipal cuyo periodo de Gobierno es de tres años, un secretario general, un tesorero, regidores, receptores de rentas, delegados municipales, auxiliándose con los comisariados ejidales que existen en cada comunidad. Con respecto a la seguridad pública se cuenta con la dependencia de la policía judicial del estado, la PGR con sede en San Juan del Río, y la policía municipal que cuenta con tres unidades móviles para salvaguardar el orden de la comunidad.

Existen tres partidos políticos en las contiendas electorales. Actualmente el que tiene la mayoría en la representatividad de la comunidad es el PRI, la segunda fuerza política es el PRD y la menor presencia por el PAN.

Organización Social.

Existen grupos sociales de apoyo comunitario como el de las Damas Voluntarias del DIF, las cuales, se dedican a realizar labores encaminadas al desarrollo de actividades económicas de la población de escasos recursos. La casa de la cultura, la cual, realiza actividades de promoción cultural en danza, música y artes plásticas. Se brinda apoyo comunitario por parte de la SEDENA, con el servicio militar nacional y el programa de alfabetización del INEA, a las comunidades del área de influencia y en mínima proporción a la cabecera municipal.

Organización Laboral.

En este municipio se cuenta con la unión de comerciantes, la supervisión número 17 de la SEP, el sindicato de maestros, la unión de costureras de Peñamiller y la unión campesina con representatividad en las diferentes comunidades.

Organización Religiosa.

La religión es católica en un 95 % de sus habitantes y el 5 % restante engloba a personas pertenecientes a otra religión, tal como, Testigos de Jehová, Evangelistas y otras agrupaciones religiosas.

Organización Familiar.

La organización familiar predominante es la nuclear, de característica extensa, sin embargo, por las alteraciones de orden económico. La disgregación de las familias es más constante debido al alto índice de migrantes hacia los Estados Unidos.

h) INDICADORES RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.

Alimentos que se Consumen.

En cuanto a la calidad en la alimentación de las comunidades, intervienen varios factores como; el poder adquisitivo de los habitantes, las condiciones climatológicas, la lejanía de los centros de abasto y la falta de información y orientación sobre una buena alimentación, etc.. Los habitantes de este municipio se alimentan básicamente con frijol, arroz, maíz, derivados de pasta, pan, atoles, frutas de temporada como naranja, limón, guayaba y granada. Derivados de origen animal como el huevo. Asimismo, alimentos chatarra como frituras, refrescos, pastelillos y golosinas, estos alimentos se consumen diariamente.

Entre los alimentos que se consumen ocasionalmente están los cereales. Las carnes rojas (res y puerco), pollo, derivados de origen animal, leche, yohurth. Los alimentos del mar como los mariscos, son los que menos se consumen. La alimentación de los recién nacidos, se basa fundamentalmente en la lactancia materna, la cual, se prolonga hasta por año y medio.

Obtención de Alimentos.

La cabecera municipal no produce agrícolamente lo suficiente. Algunos programas institucionales han promovido huertos familiares y se da apoyo por parte del programa nacional Procampo.

Los programas de nutrición a nivel institucional, han ayudado a modificar algunos aspectos del problema de desnutrición, principalmente el apoyo de PROGRESA a la población menor de 5 años mediante el apoyo de la papilla suplementaria y el apoyo a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, han mejorado notoriamente las condiciones nutricionales de la población en riesgo.

Los alimentos como frutas y verduras, además de obtenerlas de manera comercial, algunas familias las obtienen de sus huertos y cosechas (una minoría). No hay mercados, sin embargo, se pone un tianguis los Domingos, existe una panadería pequeña y 5 tiendas, 2 tortillerías y una carnicería.

Tabla 9. Estado Nutricional en menores de 5 años.

Edo. Nutricional	Número	Porcentaje
Normal	120	87.60
Desnutrición Leve	15	10.95
Desnutrición Moderada	2	1.45
Desnutrición severa	0	0
Total	137	100

Fuente: Tarjetero de Control Nutricional, CSRD Peñamiller.

i) INDICADORES DE VIVIENDA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL

Saneamiento de la vivienda.

En la cabecera municipal el tipo de construcción de las viviendas las encontramos de varias, las hay de piedra con paredes de adobe y techos muy altos que las mantienen frescas, tienen una longitud aproximada de una cuadra, este tipo de construcciones son generalmente muy antiguas. También existen viviendas hechas de cemento con tabique y otras de carrizo con láminas de cartón.

En base al XIV censo general de la población y vivienda, en Peñamiller existen 2944 viviendas habitadas, de ellas 1792 tiene piso diferente a tierra, de cartón o material de desecho y 201 poseen un solo cuarto, 352 tiene techo de lámina. En la cabecera municipal incluyendo la cocina, 113 tienen piso diferente a tierra, 150 con más de dos cuartos, 16 viviendas carecen de ventanas, 140 poseen un solo cuarto.

Actualmente se está promoviendo un programa de mejoramiento de la vivienda con la finalidad de crear mejores condiciones de vida para la población, los primeros resultados se observan en las comunidades de El Frontoncillo y Carrizalillo.

Fauna Nociva

La fauna nociva está determinada por lo factores climatológicos, socioeconómicos, escasez de agua e higiene inadecuada, tanto en la comunidad como en las viviendas. Los animales más frecuentes son las cucarachas, moscas, zancudos, pulgas, arañas y alacranes.

Contaminantes ambientales.

En la cabecera municipal no hay contaminación industrial. La poca contaminación es debido a la incineración de basura, el fecalismo al aire libre, el tiradero de la basura a cielo abierto y la contaminación del río por el uso de detergentes para lavar la ropa.

Disponibilidad de Agua.

El municipio de Peñamiller se surte de agua por medio de norias y pozos profundos que operan con bomba eléctrica. El servicio se ofrece actualmente a 27 comunidades donde se asienta el 44.7% de la población total. Una de las poblaciones beneficiadas es la cabecera

municipal donde existen dos pozos que permiten el suministro de agua, tanto a la población local, como a diversas comunidades, las cuales son, Los Sebastianes, El Álamo y Morenos. Se cuenta con un depósito en el Calvario que sirve para almacenar el agua y poder suministrarla a la población.

La insuficiente distribución de este líquido vital y su contaminación hacen preciso promover ante las dependencias correspondientes la instalación de infraestructura hidráulica y de sistemas que prevengan la contaminación de ella, asimismo, es necesario que se revalore el recurso de su utilidad, sus costos y su uso racional, a fin de garantizar el abasto para las necesidades del municipio en un futuro. Para la distribución y abasto del agua, se cuenta con dos pozos excavados en los márgenes del río Extoraz, el agua no se considera potable por la gran cantidad de sales minerales que esta contiene. Para abastecer a las comunidades se han perforado 15 pozos y se cuenta con 20 manantiales y aún con esta medida no es posible beneficiar a toda la población debido a la disgregación de las mismas.

Tabla 10. Disponibilidad de agua .

Fuente de Agua	No. de Familias	Porcentaje
Entubada	232	88.21
Pozo o Noria	25	9.51
Tambos	2	0.76
Río o Lluvia	4	1.52
Total	263	100

Fuente: Cédulas de microdiagnóstico 99-00.

Eliminación de Excretas.

En cuanto a la eliminación de excretas de una población de 263 familias, el 62.36 % de la población cuenta con drenaje que desemboca en el arroyo de pilas, el resto se distribuye de la siguiente manera; el 27.76 % cuenta con letrinas, el 2.28 % tiene fosa séptica y el 7.6% realiza fecalismo al ras del suelo. Desgraciadamente resulta incosteable la colocación de drenaje a toda la población, por lo que se cuenta con letrina y fosas para resolver el problema. En la comunidades es común que se realice fecalismo al aire libre por lo difícil de la construcción, ya que el suelo es agreste.

Tabla 11. Eliminación de excretas.

Eliminación de Excretas	Número de Familias	Porcentaje
Excusado tipo Inglés	164	62.36
Letrina	73	27.76
Fecalismo al ras del suelo	20	7.60
Fosa Séptica	6	2.28
Total	263	100

Fuente. Cédulas de Microdiagnóstico 99-00

Eliminación de Basura.

De una a dos veces por semana, pasa un camión para la recolección de basura, la cual a su vez, es llevada a un tiradero, donde en apariencia es incinerada, sin embargo, el tiradero se encuentra al aire libre y los habitantes de la cabecera municipal, así como, las comunidades circunvecinas tiran sus desechos en el mencionado tiradero, sin las debidas consideraciones y se crea un problema ambiental.

Tabla 12. Eliminación de basura.

Eliminación de Basura	No. de Familias	Porcentaje
Red Municipal	220	83.6
Enterramiento	1	0.40
Incineración	37	14.10
Cielo Abierto	5	1.9
Total	263	100

Fuente : Cédulas de Microdiagnóstico 99-00

Luz Eléctrica

La energía eléctrica es un servicio que se ofrece en mayor proporción que el agua. El número de beneficiados suman 13658 (84.7% de la población), que habitan en 55 localidades. Lo disperso de las comunidades, la distancia entre unas y otras, el reducido número de pobladores dificulta en mucho la extensión del servicio. En la cabecera municipal se cuenta con servicio eléctrico. El alumbrado público se enciende antes de las 18:00 hrs y es apagado a las 05:00 hrs, en las comunidades del área de influencia se cuenta con energía, pero no en total de las casas.

Tabla 13. Luz Eléctrica

Concepto	No. de Familias	Porcentaje
Luz Eléctrica	251	95.4
Velas	12	4.6
Total	263	100

Fuente: Cédulas de Microdiagnóstico 99-00

j) INDICADORES ECONÓMICOS.

Población económicamente activa.

De acuerdo con el censo realizado en Ago 99- Jul 00 encontramos que la población económicamente activa es de aproximadamente de 615 habitantes, lo que equivale a un 56.6 % de la población total de la cabecera municipal y las comunidades a cargo. Se consideró como población económicamente activa a las personas mayores de 15 años y menores de 59 años, también se tomaron en cuenta algunas personas mayores de esta edad, debido a que tenían que desempeñar alguna actividad laboral para contribuir a la economía familiar.

La situación económica en nuestro país, las condiciones de vida en la región y la falta de fuentes de empleo, obliga a los habitantes emigrar, principalmente a la ciudad de Querétaro y a los Estados Unidos.

Principales Actividades de la Población.

Entre las principales actividades que se realizan en la comunidad, ocupa el primer sitio la agricultura, ya que 215 personas se dedican a esta actividad, ya sea campesinos o jornaleros, le siguen en número los profesores que son 51, también existen 70 empleados públicos, 50 personas empleadas obreras de la maquiladora local y 125 personas que se dedican al comercio. Existe 1 médico particular, un dentista particular y un sacerdote. El ingreso de la población es muy variable, ya que siendo la principal actividad la agricultura, esta depende del tiempo y la cantidad de la cosecha. Los empleados de la presidencia municipal ganan el salario mínimo, mientras que los maestros en su mayoría tiene doble plaza, por ende su salario es mayor. Los establecimientos registrados ante hacienda son los siguientes 10 tiendas de abarrotes, 3 restaurantes, 2 panaderías, 1 centro de videocasetes, 1 salón de belleza, 2 papelerías, 2 paletterías, 2 farmacias, 1 zapatería, 1 cantina, 1 vinatería, 1 tienda de ropa, 1 consultorio dental y un consultorio médico.

7. ANALISIS Y CONCLUSIONES

De acuerdo a este estudio de comunidad, en la cabecera municipal se pueden contar con la mayoría de los servicios de agua, luz y drenaje. Sin embargo, en las comunidades de influencia hace falta drenaje y agua potable, lo cual trae como consecuencia enfermedades de la piel, la escases de agua en época de calor, hace que la gente almacene agua en recipientes no adecuados por lo que lleva a padecer enfermedades gastrointestinales. También se cuenta con educación preescolar, primaria, secundaria y bachillerato, pero aun así hace falta concientizar a la población para llevar a cabo un buen saneamiento ambiental, que este a su vez no es muy bueno en las comunidades, la falta de aseo personal, de higiene bucal, el fecalismo al aire libre sin tomar las medidas necesarias son frecuentes en las comunidades en comparación con la cabecera municipal. El servicio de Luz hace falta en la comunidad del Guamuchil, siendo su fuente de luz durante la noche las velas. Existe el desempleo que con lleva grandes problemas sociales como el alcoholismo, la migración hacia los Estados Unidos y hacia otros estado de la República para encontrar una fuente de ingresos, existe gran porcentaje de analfabetas en la población adulta.

La mortalidad durante este año fue más presente en el sexo femenino teniendo una tasa de 0.57% mientras que el sexo masculino tuvo 0.27%, las edades en que ocurrió la muerte fueron hombres y mujeres con más de 60 años. El crecimiento de la población va en aumento aunque en el tabla reporta una baja, ya que no es el mismo número de población que tenía destinada el centro de salud. La atención médica y el cumplimiento de algunas actividades fueron truncadas por los aspectos socioculturales a los que esta inmersa la población.

III. SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DE SALUD Y DEL PERFIL DE MORBILIDAD.

I. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo tiene el propósito de dar a conocer tres programas, que se llevan a cabo con mayor importancia en el Centro de salud de Peñamiller. La Prevención, tratamiento y control de Hipertensión Arterial, prevención, tratamiento y control de la Diabetes y programa de Planificación familiar, esto con la finalidad de saber el seguimiento que se lleva en estos programas a través de las normas oficiales y si son aplicables en la comunidad de Peñamiller y su funcionalidad. Se procedió a la elección de estos tres programas ya que el mayor porcentaje en la comunidad de Peñamiller, la mujer padece estas enfermedades, y saber que tanto afecta a la salud reproductiva.

El siguiente trabajo se basa en las normas oficiales mexicanas, tomando con mayor interés los objetivos, las acciones, metas, grupos prioritarios y la coherencia interna del programa, con estos puntos sabremos su importancia, la forma como plantea y si atiende o cumple con su finalidad. Una de las limitaciones de este trabajo, esta en el programa de Planificación familiar, ya que no abarca salud perinatal y salud de la mujer, componentes de la salud reproductiva.

II. PROGRAMAS DE SALUD.

a)PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Las actividades de salud y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos. La prestación de los servicios de planificación familiar que incluyen la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

OBJETIVO.

El objetivo es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, , manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

La Planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a sus dignidad.

GRUPOS PRIORITARIOS.

En su nuevo contexto pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo.

Promueve las responsabilidad y participación activa del hombre en la toma de decisiones reproductivas.

Fomenta actividades y conductas responsables en la población adolescente. Atiende las necesidades de grupos minoritarios con absoluto respeto a su diversidad cultural y étnica. La planificación familiar tiene carácter prioritario, en sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes.

La información y los servicios de salud, educación y los demás relativos a los programas de planificación familiar será gratuitos y cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector salud.

ACCIONES BÁSICAS.

Acceso universal a los servicios de planificación familiar, en forma gratuita en las instituciones del sector público.

Acceso a diferentes opciones, métodos y estrategias anticonceptivas, con absoluto respeto a la dignidad de los individuos y de las parejas y del derecho a su libre decisión.

Disponibilidad de métodos anticonceptivos efectivos seguros y aceptables para satisfacer las necesidades y prioridades de la población usuaria, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo.

Provisión de métodos anticonceptivos temporales, que eviten embarazos no planeados y permitan el espaciamiento intergenésico adecuado.

Proporcionar información sobre los beneficios, mecanismos de acción modo de empleo y posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales.

Asegurar el acceso a métodos permanentes para el hombre y la mujer, cuando hayan completado sus expectativas reproductivas otorgando orientación y consejería.

Los servicios de planificación familiar se realizarán con privacidad, confiabilidad, con confidencialidad, amabilidad y comodidad.

Asegurar el acceso a la información y a métodos anticonceptivos postevento obstétrico, que no interfieran con la lactancia materna.

COHERENCIA INTERNA DEL PROGRAMA.

Este es uno de los programas más importantes y relevantes, se presenta con intenciones no claras, en ocasiones por un lado acciones o metas no son coherentes en su funcionalidad para llevar a cabo su objetivo, por ejemplo se habla de manejo y referencia de la

infertilidad y esterilidad de la cual, no se hace promoción y difusión y no tiene tanto auge como la planificación familiar que por cierto al disminuir la natalidad también disminuye la morbimortalidad, que pienso son otros objetivos analizándolos de otra manera. Se habla de promoción y difusión, sus acciones no corresponden con sus objetivos, utilizan una palabra clave, "Planifica". Este programa es tan extenso que en ocasiones hace que se contradiga y pierda su funcionalidad y sus acciones y metas se contraponen, sin embargo, la finalidad de todo esto, es la disminución de la natalidad, en pocas palabras las acciones y metas que se aplican por el personal de salud, que en ocasiones no tienen la capacidad adecuada para saber manejar la información, y la gente tiene mitos, costumbres, religión e incluso la figura del hombre es parte fundamental a la decisión del uso o no de métodos de planificación familiar.

**Programa de Planificación
Familiar**

Edad Fértil	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	Total
	299	303	303	306	309	309	310	315	315	321	323	323	323

**Nuevas aceptantes
Por Método**

													Total	
Preservativo	Usuarías	0	0	1	0	2	0	0	0	2	2	0	0	7
	Tasa	0.00	0.00	0.33	0.00	0.65	0.00	0.00	0.00	0.63	0.62	0.00	0.00	2.24
Hormonal Oral	Usuarías	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	4
	Tasa	0.00	0.33	0.00	0.33	0.32	0.00	0.00	0.00	0.32	0.00	0.00	0.00	1.24
Hormonal Inyectable	Usuarías	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4
	Tasa	0.00	0.33	0.00	0.00	0.32	0.00	0.00	0.32	0.32	0.00	0.00	0.00	1.29
D.I.U.	Usuarías	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3
	Tasa	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	0.32	0.00	0.00	0.00	0.31	0.00	0.00	0.97
Salpingo. y Vasecto.	Usuarías	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	4	6
	Tasa	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.32	0.32	0.00	0.00	1.24	1.24	1.88

Usuarías Activas

Preservativo	Usuarías	1	1	2	2	4	4	4	4	4	8	8	8	8
	Tasa	0.33	0.33	0.66	0.65	1.29	1.29	1.29	1.27	1.27	2.49	2.48	2.48	2.48
Hormonal Oral	Usuarías	6	7	7	8	9	9	9	9	10	10	10	10	10
	Tasa	2.01	2.31	2.31	2.61	2.91	2.91	2.90	2.86	3.17	3.12	3.10	3.10	3.10
Hormonal Inyectable	Usuarías	7	8	8	8	9	9	9	10	11	11	11	11	11
	Tasa	2.34	2.64	2.64	2.61	2.91	2.91	2.90	3.17	3.49	3.43	3.41	3.41	3.41
D.I.U.	Usuarías	5	5	5	5	5	6	6	7	7	7	7	7	7
	Tasa	1.67	1.65	1.65	1.63	1.62	1.94	1.94	2.22	2.22	2.18	2.17	2.17	2.17
Salpingo. y Vasecto.	Usuarías	32	32	32	32	32	32	33	34	34	34	38	38	38
	Tasa	10.70	10.56	10.56	10.46	10.36	10.36	10.65	10.79	10.79	10.59	11.76	11.76	11.76

Visitas Domiciliarias	2	3	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	18
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Programa de planificación familiar por grupo de edad

Rango de edad	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40+	TOTAL
Mujeres en Edad Fértil	72	82	85	45	31	8	323

Nuevas aceptantes

Por Método

Preservativo		3	2		1	1	7
Hormonal Oral		2			1	1	4
Hormonal Inyectable		3			1		4
D.I.U.		1	1	1			3
Salpingo. y Vasecto.		1	2	1	2		6
TOTAL	0	10	5	2	5	2	24

Usuaris Activas

Preservativo	1	3	2	1		1	8
Hormonal Oral		3	2	1	1	3	10
Hormonal Inyectable		3	2	1	3	2	11
D.I.U.		3	2	1	1		7
Salpingo. y Vasecto.	1	2	3	10	10	12	38
TOTAL	2	14	11	14	15	18	74

b) PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL .

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico de alta prevalencia, que ocasiona un gran número de muertes e incapacidades en nuestro país, como enfermedad cardiovascular y enfermedad renal. Debido a que ha mostrado un incremento en los últimos años, esta enfermedad asociada al tratamiento y sus complicaciones representa una carga para los servicios de salud y los pacientes. Las medidas preventivas en la hipertensión arterial se realizarán a través de la educación y promoción para la salud, así como de la participación de la comunidad.

OBJETIVOS.

Tiene como objetivo orientar al personal de salud en los procedimientos operativos de la prevención y el control de la hipertensión arterial en la atención primaria a la salud e influir en los factores de riesgo de enfermedades aterosclerosas para reducir específicamente la morbimortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares.

GRUPOS PRIORITARIOS.

Este programa está dirigido para la prevención, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, permiten disminuir la incidencia de esta enfermedad y el establecimiento de programas de atención médica capaces de lograr un control efectivo del padecimiento, reducir sus complicaciones y mortalidad.

El programa está dirigido a la población general y otra a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

- Toma de la presión arterial a personas mayores de 25 años cuando menos una vez al año.
- Evitar el sedentarismo y la obesidad.
- Orientación a la comunidad para evitar las situaciones de angustia y tensión emocional.

ACCIONES BÁSICAS.

Las acciones más importantes en la prevención de la hipertensión arterial se basan en la promoción de la salud para abatir los factores de riesgo coronario. Así mismo, el control de este padecimiento a través de la detección oportuna y sistemática de los casos, el tratamiento adecuado, el registro, notificación y seguimiento de los enfermos, repercute favorablemente en mejorar la calidad y esperanza de vida del paciente al disminuir la mortalidad por esta causa y la ocasionada por sus complicaciones cerebrales y cardíacas. Unas medidas preventivas son las siguientes.

- Control peso.
- Evitar el sedentarismo.

- Suprimir el tabaquismo.
- Reducir o suprimir el consumo de alcohol y café.
- Dieta con las siguientes características.
 - Hiposódica, con menos de 5 gr de sal al día.
 - Hipocalórica, con menos de 2000 calorías al día.
 - Rica en fibras vegetales.
 - Baja en lípidos de origen animal.
 - Rica en potasio y magnesio.

La promoción de la salud se llevará a cabo entre la población general mediante actividades de educación para la salud, participación social y comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, escuela, comunidad y grupos de alto riesgo.

La medición de la presión arterial en mayores de 25 años. Los individuos que el momento de la detección muestren una presión arterial mayor o igual 140 mmHg y/o mayor o igual 90 mmHg.

El tratamiento farmacológico se aplica simultáneamente con el no farmacológico a los enfermos. Ambos tratamientos tienen el propósito de evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa.

* Nota: Respecto a coherencia interna, la podemos encontrar junto con la de Diabetes, ya que son enfermedades crónico-degenerativas, y sus objetivos tienen la misma intención.

c) PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE DIABETES.

La diabetes comprende un grupo de enfermedades crónicas producidas por factores genéticos y ambientales, caracterizados por un defecto en la producción y en la acción de la insulina lo que ocasiona alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, se acompañan de hiperglucemia y produce lesiones vasculares y neurológicas. Una proporción importante de las personas desarrollan la diabetes antes de los 45 años.

La mortalidad por diabetes ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. La diabetes es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático. Así como de otras complicaciones, retinopatía e insuficiencia renal.

OBJETIVOS.

Tiene el propósito de unificar los procedimientos y criterios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes con el propósito de garantizar la calidad de la atención a los enfermos y proteger a la población general de los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de esta enfermedad.

GRUPOS PRIORITARIOS.

La prevención, detección diagnóstica y tratamiento de la diabetes en el primer nivel de atención tendientes a disminuir la incidencia de esta enfermedad, y que sirven para establecer programas de atención médica idóneos para lograr un control efectivo del padecimiento y reducir sus complicaciones, secuelas y mortalidad.

Debe establecerse la prevención, por medio de la aplicación de los métodos idóneos a nivel individual y colectivo para evitar la aparición de la diabetes antes de los 45 años de edad.

La detección de diabetes tipo 2 se llevará a cabo a partir de los 25 años de edad con dos vertientes, a través de programas y campañas a nivel comunitario y sitios de trabajo, así como de manera individualizada entre los pacientes, que acuden a los servicios de salud, públicos y privados.

ACCIONES.

Debe estar dirigida a la población general y otros a los individuos de alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los factores de riesgo modificables para la prevención y control de la enfermedad son el control de peso, la práctica de la actividad física adecuada y una alimentación saludable.

El fomento de estilos de vida saludables necesarios para prevenir o retardar la aparición de diabetes se llevarán a cabo mediante acciones de promoción de la salud, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.

La población general deberá estar informada adecuada y oportunamente, mediante los medios de comunicación social los factores de riesgo, que favorecen el desarrollo de la diabetes. Se estimulará la participación comunitaria, así como la colaboración de los grupos y organizaciones sociales para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de alto riesgo.

La detección de diabetes tipo 2 servirá para identificar a los diabéticos no diagnosticados, también identificar los individuos con alteración de glucosa, es recomendable que la detección de esta enfermedad de otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial, dislipidemias y el tabaquismo.

Se establecerá el diagnóstico de diabetes si cumple cualquiera de los siguientes criterios; Presencia de síntomas clásicos de diabetes y una glucemia plásmatica causal ≥ 200 mg/dl o bien glucemia plásmatica en ayunas ≥ 126 mg/dl o bien glucemia ≥ 200 mg/dl a las dos horas después de carga oral de 75 mg de glucosa disuelta en agua.

COHERENCIA DE LOS PROGRAMAS CRÓNICO-DEGENERATIVAS. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES.

En los programas de hipertensión arterial y diabetes, la coherencia la considero aceptable en forma textual, los objetivos que se presentan si se pueden cumplir, pero en determinadas poblaciones e incluso en determinadas personas, ya que las metas o acciones que aplican, no son tan funcionales; por ejemplo en lo que se ha visto en consulta la gente tiene diversas costumbres, hábitos alimenticios, nivel económico bajo, su medio ambiente en que se desarrolla y su nivel educativo hace que pierda su funcionalidad los programas. Los programas de salud en cierta forma quiere modificar esto estilos de vida y a veces la gente o sus posibilidades no lo toman en consideración, sino la morbilidad de estos padecimientos no estarían aumentando.

Ahora bien, dentro de los objetivos principales de los programas de las enfermedades crónico degenerativo es la de otorgar un atención médica de calidad, esto no tiene coherencia con sus acciones y actividades, ya que depende de uno como médico dar la calidad, sin embargo, a las autoridades de salud, esto es lo menos que les interesa , a ellos les interesa el número, si se mantiene estable el porcentaje o aumenta, incluso en ocasiones el personal de salud no está informado o capacitado para el manejo de las enfermedades crónico-degenerativo.

**Enfermedades Crónico Degenerativas
Por Frecuencia Agosto 1999-Julio 2000**

	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
HAS	3	2			1		1	1	3			11
DM	1				1		2					4

**Enfermedades Crónico Degenerativas
Por Sexo Agosto 1999-Julio 2000**

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
HAS	4	7	11
DM	1	3	4

III.- PERFIL DE MORBILIDAD EN EL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE PEÑAMILLER.

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo tiene el propósito de dar a conocer el perfil de morbilidad del centro de salud de Peñamiller durante el periodo Agosto 1999- Junio 2000. El centro de salud de Peñamiller otorga atención médica a otras comunidades lejanas, que cuentan con su centro de salud. Sin embargo por motivos diversos no reciben atención médica o los pacientes prefieren acudir a este centro de salud , lo cual aumenta la morbilidad de la cabecera municipal donde se encuentra el centro de salud Peñamiller.

El perfil de morbilidad se obtuvo por medio de las hojas diarias del médico, SISPA y EPI-99-00. De esta base de datos se obtuvo únicamente el total de consultas de primera vez siendo de 3,520 consultas. Se consideró sumar el número de casos de acuerdo al orden descendente de los padecimientos. Además el perfil de morbilidad da a conocer por medio de gráficas y tablas la frecuencia de los padecimientos por edad y sexo, lo cual ayuda a determinar de cierta forma como afecta a la salud reproductiva.

La importancia que tiene el conocer la morbilidad de las 10 principales enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles, es como actuar o tener un control de las enfermedades y al mismo tiempo el comportamiento durante las diferentes estaciones climatológicas, lo cual ayudará a tener una vigilancia epidemiológica.

a) PERFIL DE MORBILIDAD RESULTADOS Y ANÁLISIS.

Las 10 Principales causas de morbilidad registrados de Agosto 99- Junio 00. Centro de Salud de Peñamiller

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

Las tasas de morbilidad se sacaron conforme a la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de casos en un momento dado} \times 100}{\text{Población en el mismo momento}}$$

Tabla 1. Las Diez Primeras Enfermedades Transmisibles

Enfermedad Transmisible	Número de casos	%
IRAS	1493	137.47
Gastroenteritis	275	25.32
Micosis Cutánea	73	6.72
Cervicovaginitis	57	5.7
Conjuntivitis	46	4.6
Otitis Media	42	3.87
Tiña	26	2.40
Parasitosis Inespecifica	19	1.75
Varicela	15	1.38
Estomatitis herpética	12	1.10
Otras	10	0.92

Fuente: Informes de morbilidad mensual (EPI- 00), CSRD de Peñamiller. Ago 99-Jul 00
Tasa X 100 Habitantes

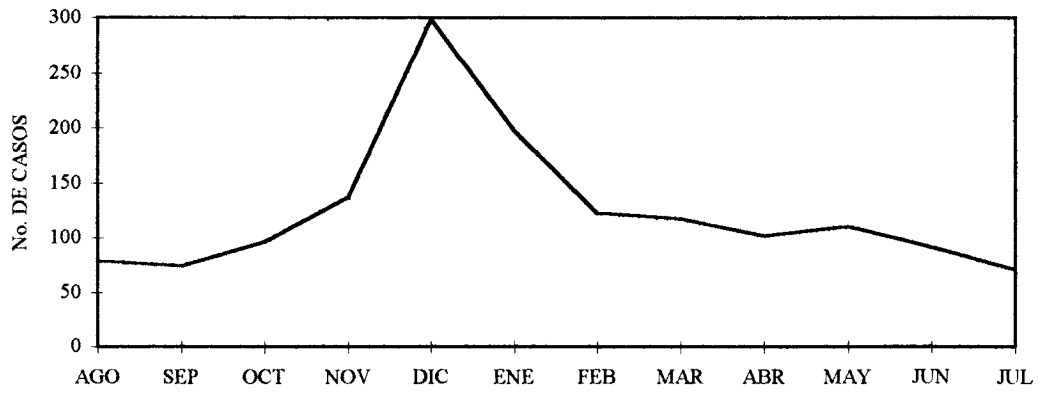
Tabla 2

Diez Padecimientos Transmisibles De Acuerdo A Su Presentación Por Mes.

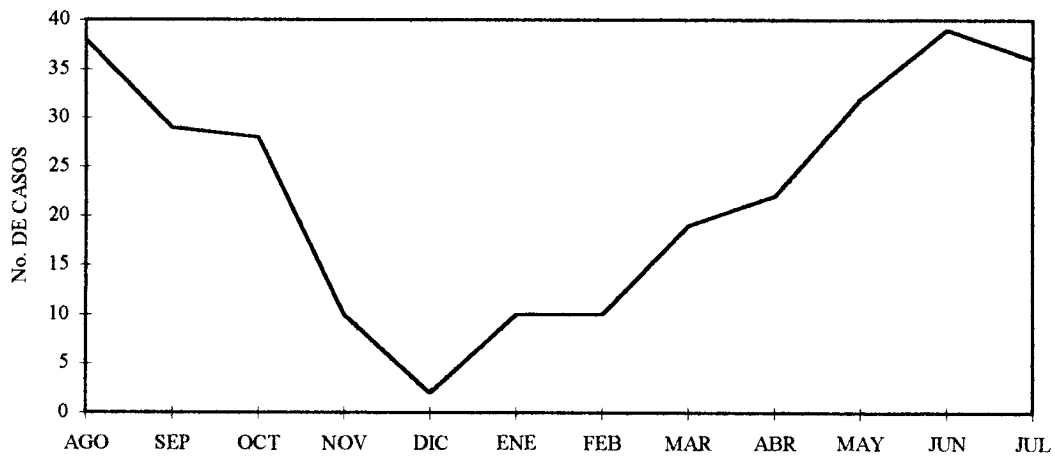
Enfermedad	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Total
IRAS	79	74	96	137	298	197	122	117	101	110	91	71	1493
Gastroenteritis	38	29	28	10	2	10	10	19	22	32	39	36	275
Micosis cutánea	9	1	9	8	4	6	13	4	5	7	2	5	73
Cervicovaginitis	5	5	10	6	4	2	4	4	2	5	7	3	54
Conjuntivitis	2	3	2	6	2	4	3	4	8	7	2	3	46
Otitis media	3	4	2	4	9	4	2	4	1	4	2	3	44
Tiña	3	1	2	2	4	4	2	4	3	8	5	4	42
Parasitosis Inespecifica	6	4	0	4	0	4	4	3	4	4	4	1	37
Varicela	0	0	0	0	0	3	7	1	2	1	1	0	15
Estomatitis Herpética	1	1	0	2	0	3	0	0	1	1	1	2	12
Otras	1	2	0	2	1	1	0	0	1	0	1	1	10

Fuente: Hoja diaria de consulta externa, EPI-00 de CSRD de Peñamiller. Ago 99-Jul 00

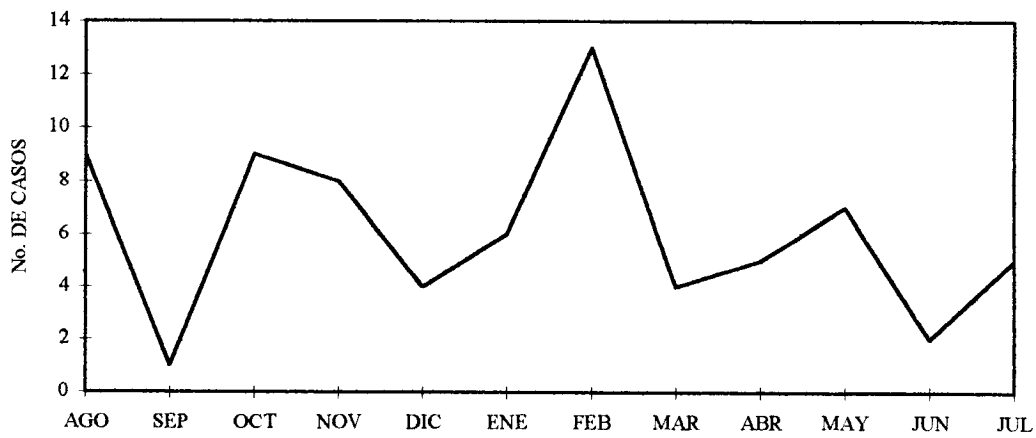
GRÁFICA 1
IRAS



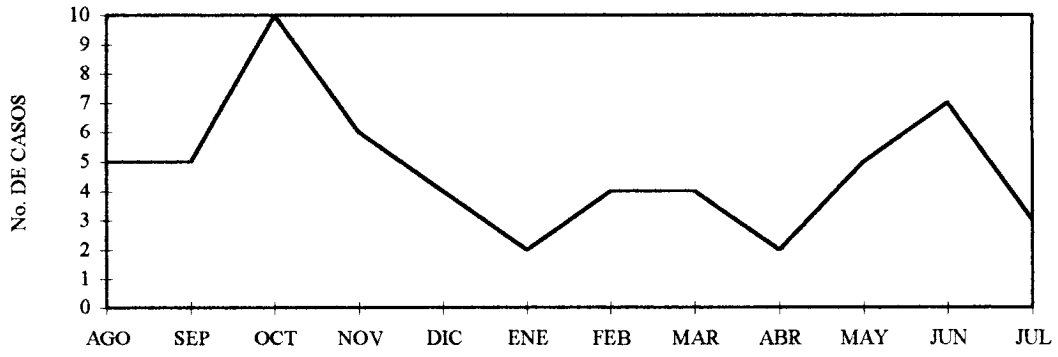
GRÁFICA 2
GASTROENTERITIS



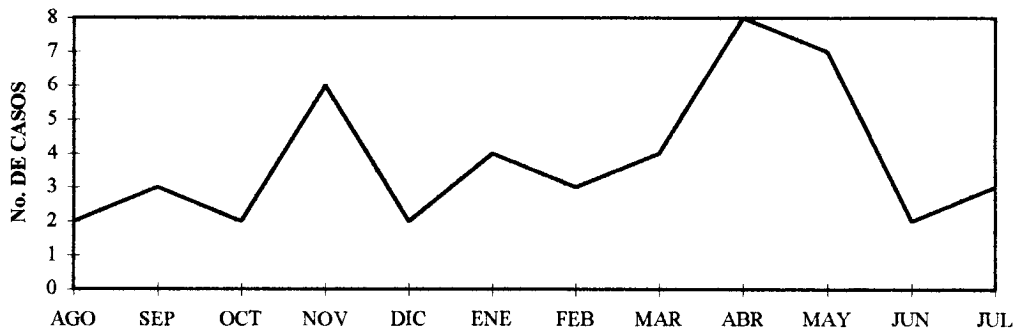
GRÁFICA 3
MICOSIS CUTÁNEA



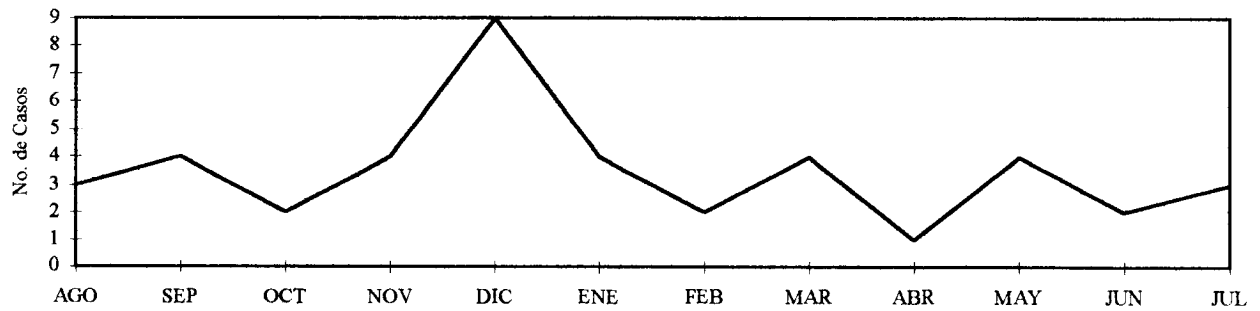
GRÁFICA 4
CERVICOVAGINITIS



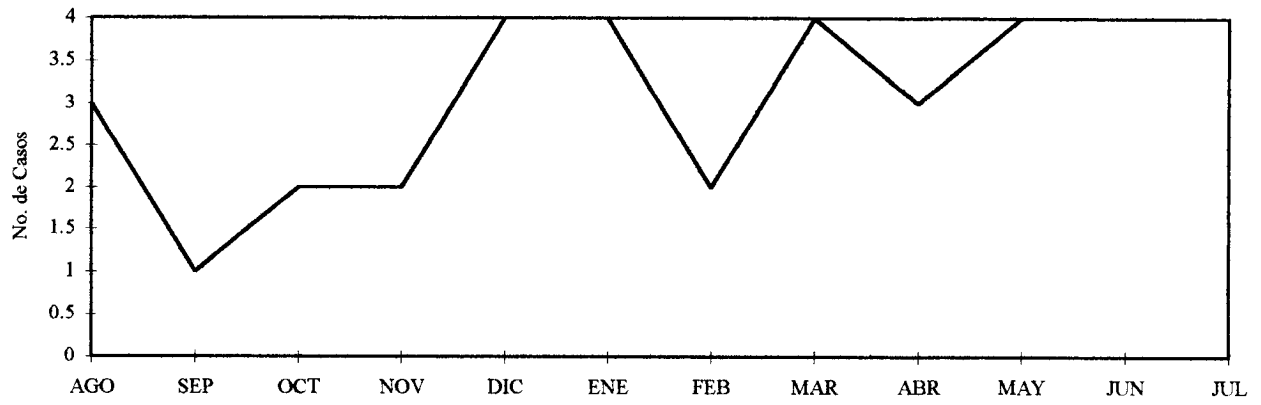
GRÁFICA 5
CONJUNTIVITIS



Gráfica 6.
Otitis Media



Gráfica 7. TIÑA



ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

Tabla 3.

Las Diez Principales Enfermedades No Transmisibles.

Enfermedad	Número de Casos	%
Hipertensión Arterial	204	18.78
Accidentes	137	12.61
Diabetes Mellitus	116	10.68
Dolor Osteo-Muscular	98	9.02
Cefalea	85	7.82
Enfermedad Ácido Péptica	76	7.00
Atopia	65	5.98
Infección de vías Urinarias	60	5.52
Dermatitis por Contacto	37	3.4
Neuralgias	29	2.67
Mastitis	12	1.10
Otras	10	0.92

Fuente: Hoja diaria de consulta Externa, EPI-00, CSRD de Peñamiller, Ago 99- Jul 00

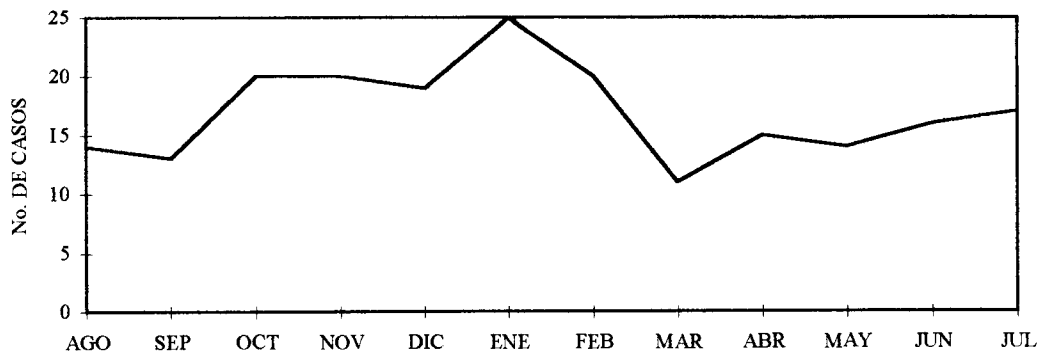
Tasa x 100 Habitantes.

Tabla 4. Diez Enfermedades No Transmisibles Por Mes

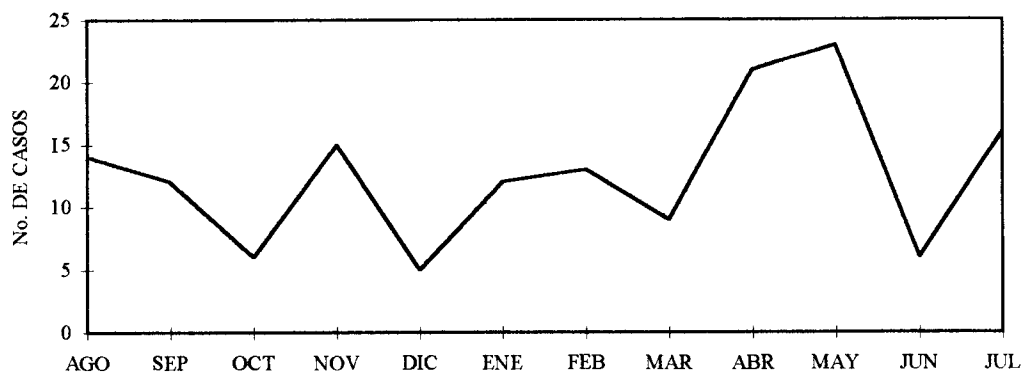
Enfermedad	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Total
Hipertensión Arterial	14	13	20	20	19	25	20	11	15	14	16	17	204
Accidentes	14	12	6	15	5	12	13	9	21	23	1	6	137
Diabetes Mellitus	5	3	3	4	5	12	14	6	7	14	6	16	116
Dolor Osteo-muscular	9	9	8	9	8	12	6	4	9	10	6	8	98
Cefalea	6	4	6	5	6	9	13	7	14	5	4	6	85
Enfermedad Ácido Péptica	7	2	5	0	2	13	7	2	15	13	6	4	76
Atopia	3	5	3	4	5	10	4	4	8	10	6	3	65
Infección de Vías Urinarias	5	4	8	2	3	9	2	9	4	7	5	2	60
Dermatitis por Contacto	2	4	4	1	0	5	9	0	4	3	1	4	37
Neuralgia	2	2	1	3	2	1	19	2	0	4	1	2	29
Mastitis	4	1	1	0	0	1	2	1	2	2	0	2	12
Otras	0	0	2	1	0	1	1	2	1	0	2	0	10

Fuente: Hoja diaria consulta externa, EPI-00, CSRD de Peñamiller. Ago 99 - Jul 00.

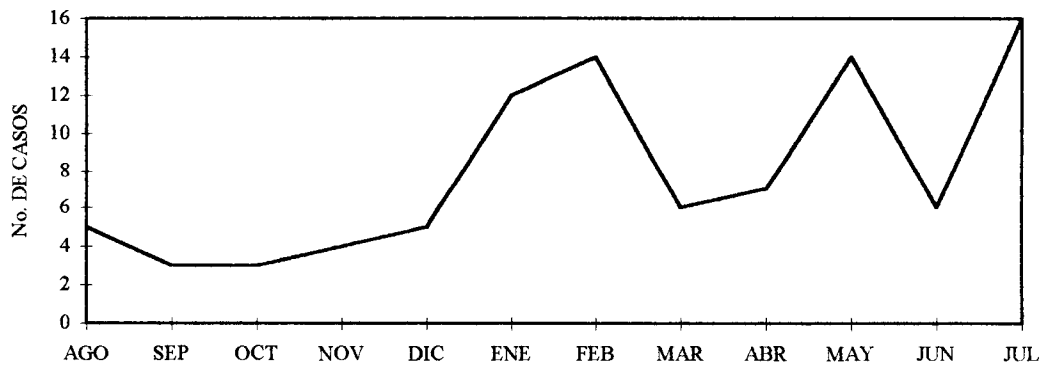
GRÁFICA I
HIPERTENSIÓN ARTERIAL



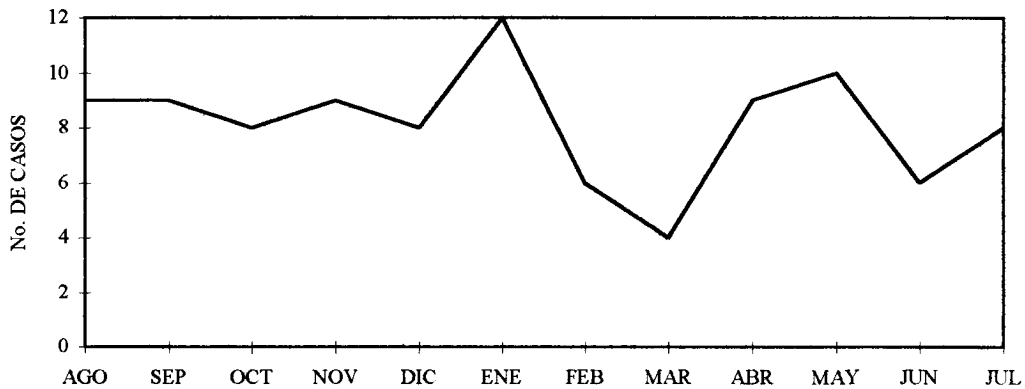
GRÁFICA 2
ACCIDENTES



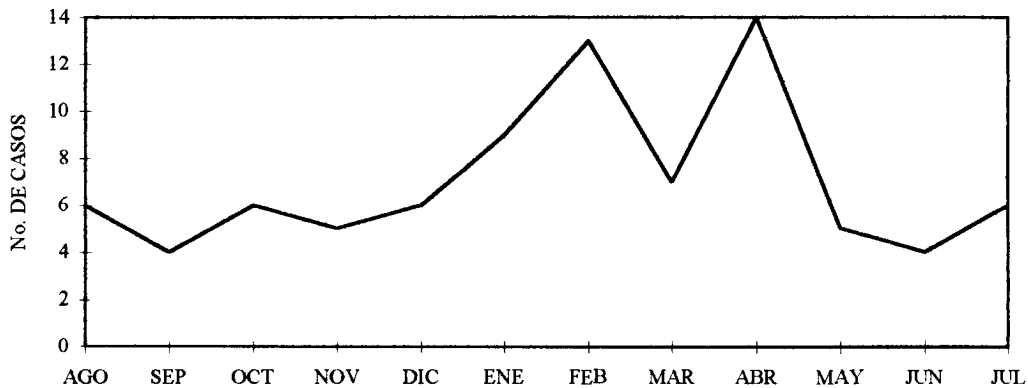
GRÁFICA 3
DIABETES MELLITUS



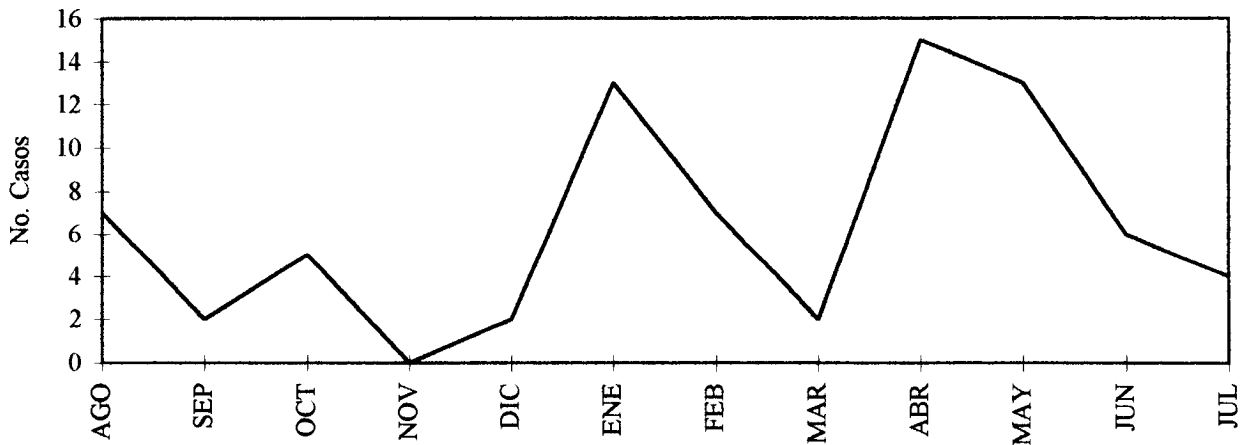
GRÁFICA 4
DOLOR OSTEO-ARTICULAR



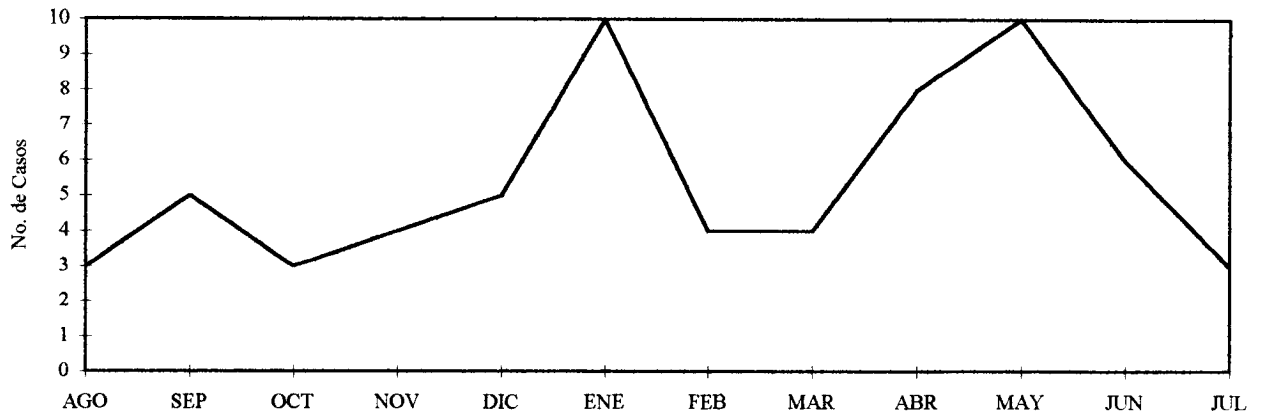
GRÁFICA 5
CEFALEA



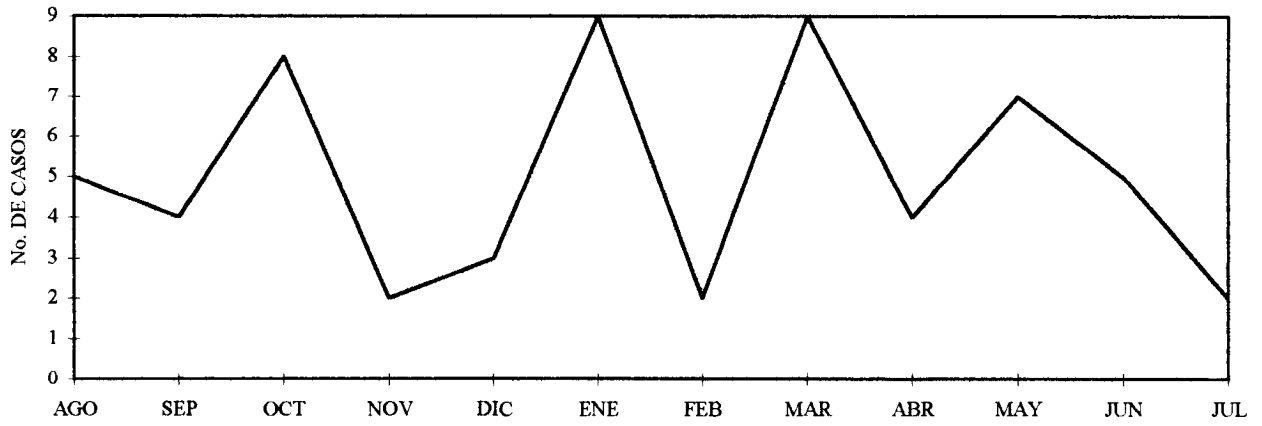
Gráfica 6.
Enfermedad Ácido Péptica



Gráfica 7. ATOPIA



GRÁFICA 8.
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS



b) DAÑO DIFERENCIAL.

Tabla 5.
MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.
GRUPOS DE EDAD Y SEXO
CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO PEÑAMILLER.

	< de 1		1-4		5-14		15-44		45-64		64-+		total	
	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T
IRAS	92 2.6	80 2.2	158 4.4	170 4.8	112 3.1	115 3.2	43 1.2	69 1.9	43 1.2	48 1.36	10 0.28	12 0.34	497 45.76	996 91.7
Gastro- enteritis	10 0.28	13 0.36	20 0.56	25 0.71	9 0.25	7 0.19	8 0.22	6 0.17	9 0.25	10 0.28	12 0.34	11 0.25	168 15.46	107 9.85
Micosis cutánea	3 0.08	2 0.05	15 0.42	16 0.45	9 0.25	8 0.24	13 0.32	8 0.24	15 0.42	18 0.5	10 0.26	11 0.27	33 3.03	40 3.68
Cervico- vaginosis								10 0.92		24 2.2		20 1.84	54 4.9	
Conjuntivitis			8 0.22	2 0.05	10 0.28	12 0.34	6 0.17	3 0.08	3 0.08	5 0.15	2 0.05	1 0.02	25 2.3	21 1.93
Otitis Media		1 0.02	3 0.08	4 0.11	2 0.05	3 0.08	4 0.11	1 0.02	3 0.08	2 0.05	4 0.11	5 0.15	21 1.93	21 1.93
Tiña			3 0.08	4 0.11	4 0.11	3 0.08		2 0.05	2 0.05	1 0.02	3 0.08	2 0.05	21 1.93	19 1.74
Parasitosis Inespecífica			2 0.05	1 0.02	3 0.08	5 0.15	3 0.08	1 0.02		3 0.08	1 0.02	3 0.08	17 1.56	20 1.84
Varicela			1 0.02	2 0.18	3 0.27	3 0.27	4 0.36	3 0.27					7 0.64	8 0.73
Estomatitis Herpética					2 0.18	1 0.02	1 0.02	1 0.02	2 0.18	2 0.18		2 0.18	5 0.46	7 0.64

Fuente: Hoja diaria del Médico, CSRD de Peñamiller 99-00.

Claves: H= Hombres, M= Mujeres, C= Casos, T= Tasa

Tabla 6.
MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.
GRUPOS DE EDAD Y SEXO
CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO PEÑAMILLER.

	< de 1		1-4		5-14		15-44		45-64		64-+		total	
	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T	H C/T	M C/T
Hipertensión Arterial							1 0.18		20 1.84	99 9.11	19 1.74	65 5.98	40 3.68	164 15.1
Accidentes			3 0.27	2 0.18	12 1.1	11 1.01	24 2.2	12 1.1	23 2.1	16 1.47	21 1.9	13 1.18	83 7.64	54 4.97
Diabetes Mellitus							10 0.92		13 1.18	33 3.03	10 1	50 4.6	23 2.11	93 8.5
Dolor osteo-articular							10 0.92		23 2.1	24 2.2	21 1.9	20 1.84	44 4.05	54 4.9
Cefalea					1 0.18	1 0.18	6 0.55	8 0.73	10 0.92	29 2.67	8 0.73	22 2.05	25 2.3	60 5.52
Enfermedad Ácido Péptica							8 0.73	7 0.62	23 2.1	13 1.18	19 1.7	6 0.55	50 4.6	26 2.3
Atopia			3 0.08	4 0.11	4 0.11	3 0.08		2 0.05	2 0.05	1 0.02	3 0.08	2 0.05	33 3.03	32 3.01
Infección de Vías Urinarias							3 0.08	13 1.18	7 0.62	16 1.47	10 0.92	11 1.01	20 1.84	40 3.68
Dermatitis por contacto	10 0.92	10 0.92	7 0.62	10 0.92									17 1.5	20 1.84
Neuralgias							3 0.08	2 0.05	7 0.62	8 0.73	3 0.08	4 0.11	13 1.1	16 1.3

Fuente: Hoja diaria del Médico, CSRD de Peñamiller 99-00.

Claves: H= Hombres, M= Mujeres, C= Casos, T= Tasa

Dentro del perfil de morbilidad obtenido en el centro de salud de Peñamiller, los sectores de población más afectados por sexo, se encuentran correlacionados al sexo femenino en su mayoría. Las mujeres de 1 a 4 años presentan principalmente enfermedades respiratorias, mientras que la cervicovaginitis se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 15 a 64 años.

En el sexo masculino de 1 a 4 años, principalmente se presentan enfermedades respiratorias y en enfermedades gastrointestinales se presenta una diferencia muy pequeña entre hombres y mujeres.

Este análisis, repercute en la salud reproductiva del sexo femenino en mayor proporción, al igual que en las enfermedades no transmisibles, principalmente en una incidencia mayor en la mujer de las enfermedades crónico degenerativas de más de 40 años de edad

Daños Asociados a Salud Reproductiva.

Dentro de las enfermedades Transmisibles que afectan la salud reproductiva se encuentra la Cervicovaginitis principalmente. Dentro de las enfermedades no Transmisibles pueden afectar los accidentes, siendo de muy diversas causas estos, sólo me dirijo a la población masculina ya que presenta el mayor porcentaje lesiones, siendo principalmente causadas por vehículo automotor, caídas, riñas, y las causadas por el estado etílico. En cuanto al sexo femenino, se puede afectar la salud reproductiva por medio de la violencia intrafamiliar y en las tareas del hogar.

La cefalea es causa principal de consulta ya que en la premenopausia se presenta fenómenos fisiológicos y psíquicos que alteran a la mujer. Las infecciones de vías urinarias las presenta en su mayoría las mujeres ya que también depende del estado de salud y su aseo personal.

CONCLUSIONES EN BASE AL DIAGNÓSTICO DE SALUD.

Durante el periodo de Agosto de 1999 a Julio del 2000, se otorgó atención médica a la cabecera municipal de Peñamiller y a sus áreas de influencia Pithayo, Piedra Grande, Guamuchil y Puerto del Ahorcado.

Con base a los resultados obtenidos en este estudio de comunidad. Los principales problemas los que se enfrenta la mayor parte de la población, son las malas medidas higiénicas, esto por la eliminación de excretas y basura que realizan, aunado el bajo nivel socioeconómico predominante en las comunidades, que acorde al nivel cultural son problemas continuos en la salud, ocasionando como enfermedades transmisibles, principalmente, IRAS y EDAS, estos padecimientos fueron presentados por factores como las condiciones de vida de los habitantes, una mala alimentación, higiene personal deficiente, los microorganismos tienen un huésped adecuado para desarrollarse. En cuanto a la prevalencia de IRAS fue determinada por el clima, siendo en invierno donde se presentan más casos, para EDAS, el predominio fue en la época de calor.

Cabe mencionar, que la capacitación constante a las madres para la detección de signos de alarma en IRAS y EDAS determinó que no existieran muertes por deshidratación y neumonías, ya que la población menor de 5 años es la más afectada.

Durante este año se logró mantener constante la consulta subsecuente de enfermedades crónico-degenerativas, de planificación familiar y consultas a embarazadas como lo muestran

sus respectivas gráficas, además de llevar un control mensual del paciente, por medio de expedientes clínicos. Asimismo se dieron pláticas de diversos temas, los cuales ayudaron a convencer a la población femenina, la importancia de las detecciones de cáncer Cervico-uterino y de mama, aunque aun existe el rechazo a estos. También existe población masculina que no acepta o hace caso omiso al uso del preservativo, o en su caso la vasectomía, siendo la mujer la mayor usuaria.

Una de las metas logradas en el curso de este año, fue detectar el estado nutricional de los niños menores de 5 años, mediante el control de peso y talla, también se logró que todos los niños cuenten con el esquema básico de vacunación, mediante las campañas de salud. Se llevaron a cabo pláticas y capacitación alimenticia, con la finalidad de enseñar la combinación de los grupos alimenticios y su aprovechamiento, además se otorgó suplemento alimenticio, gracias a estas actividades, se ayuda a los niños desnutridos o que estos no empeoren su estado.

Mediante la orientación y actividades continuas, enfocadas a la prevención y capacitación de los habitantes de Peñamiller y sus áreas de influencia, se logrará mejorar la calidad de vida y con esto, la disminución de la incidencia de los padecimientos. Todo lo anterior, debe contar con el apoyo de las autoridades municipales y federales.

En conclusión. Los padecimientos de enfermedades transmisibles, los más frecuentes fueron, enfermedades de vías respiratorias y las gastrointestinales.

-Entre las enfermedades no transmisibles los más frecuentes son la Hipertensión Arterial seguida por los Accidentes y diabetes Mellitus.

-El nivel socioeconómico y cultural determinaron el predominio de las enfermedades.

-Fomentar y sensibilizar a la población para la realización de las detecciones de cáncer Cervico-uterino y de mama y al mismo tiempo hacer conciencia sobre el uso de métodos de planificación familiar en mujeres y hombres.

- Hacer que participen las autoridades municipales para la mejoría de la calidad de vida de la población mediante un mejor servicio de saneamiento ambiental y servicios básicos, luz y agua potable a todas las comunidades.

En relación a la Salud Reproductiva.

El derecho a la salud reproductiva tanto en la mujer como en el hombre no está garantizado ya que

Se ha observado una mayor atención en cuanto a la salud de la mujer, la cual es parte primordial de la comunidad, asimismo es menester hacer mención que debe hacerse campaña sobre toma de DOC e instar a las mujeres usuarias de Planificación Familiar de manera regular al servicio.

CONCLUSIONES DEL SERVICIO SOCIAL.

Dentro la carrera de Medicina se cursa un año de Servicio Social, en el cual el médico pone en práctica sus conocimientos, además al inicio del mismo pone al médico ante una incertidumbre a lo desconocido ya que se enfrenta a situaciones y condiciones nuevas de vida, sin duda el servicio social es una de las etapas más significativas de la carrera de medicina.

Por medio de la consulta se establecen los acercamientos con la comunidad, iniciando así la relación médico-paciente desenvolviéndose dentro de la comunidad y adquiriendo un proceso de reflexión ante los problemas de salud de su comunidad.

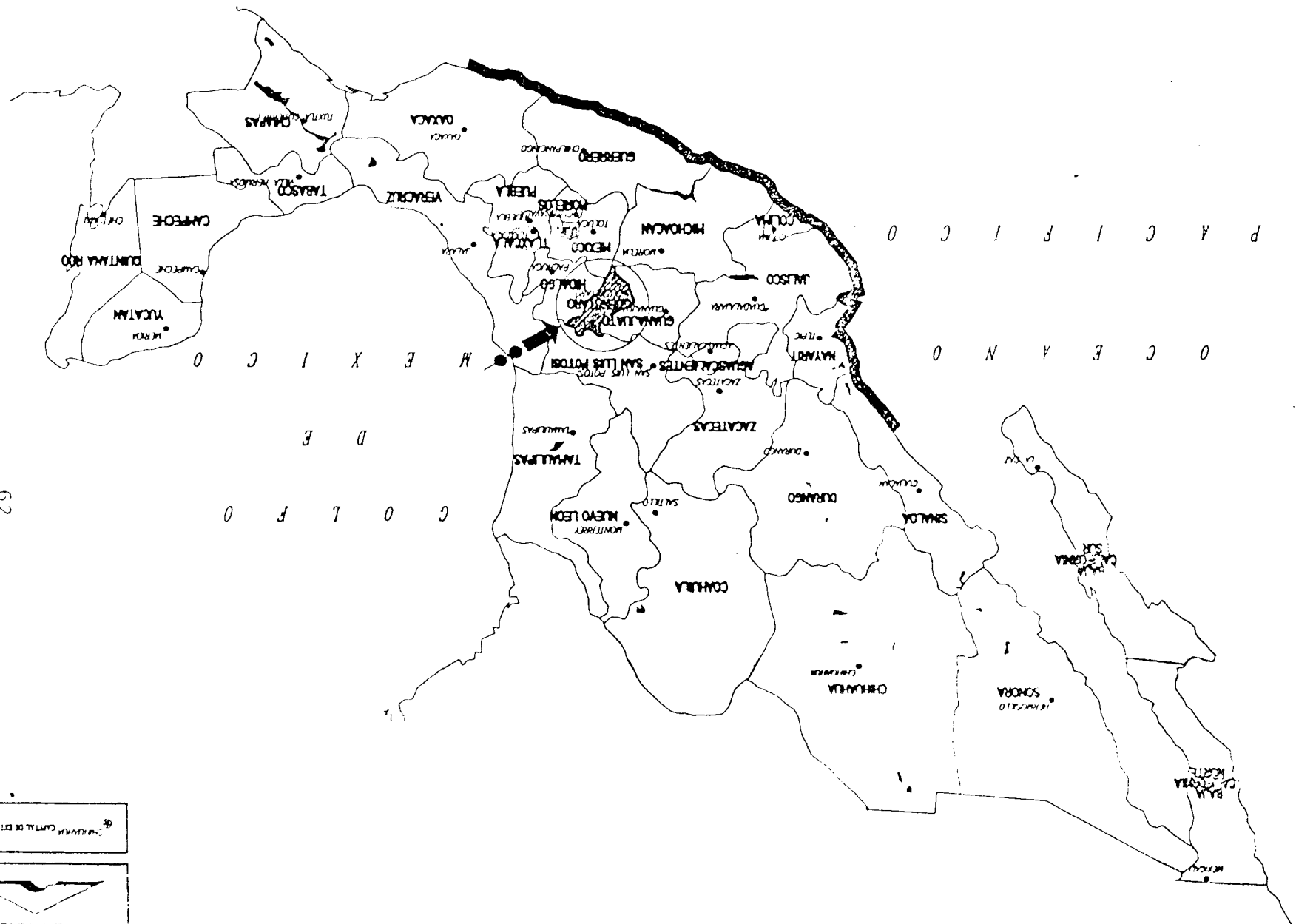
Una de las cosas que me ayudo a reflexionar sobre las condiciones de salud de mi población, es el desarrollar las actividades de aprendizaje de la antología, uno puede dar atención médica, cumplir con las metas de un programa de salud, uno puede hacerlo por automatismo o por que así lo requiere la institución de salud, pero creo que todo este desarrollo del sistema de salud tiene otro transfondo otra intención, sobre todo en la salud reproductiva, en esto, me puso apensar que tanto como médico puedo hacer para que los derechos de la mujer y/o la pareja puedan hacerse validos o no, y cómo pueden ser manejados hacia un distinto objetivo.

Creo que uno como médico se forja un caracter, una forma de pensar distinta cuando cursa el año del servicio social, se da cuenta de las carencias, de las desigualdades, de las situaciones y condicones de vida que puede presentar y desarrollar alguna comunidad. Todo esto puede perjudicar la salud o que está no se agrave, son tantos los factores que pueden existir.

Durante el servicio social se práctica principalmente la medicina preventiva, que ayuda en gran parte a resolver los problemas de salud de la comunidad, aquí el médico debe realizar estrategias para que la función de la medicina preventiva sea efectiva y no solo cumplir con objetivos establecidos por las autoridades de la salud que requieren de más números y estadísticas, y que con esto, ellos creen que la población está con buena salud, lo importante de todo esto es que cada médico debe tomar en cuenta los beneficios que le puede otorgar a cada paciente o toda la población, ya que el médico es quien tiene el acercamiento con la comunidad, tiene el contacto con el paciente, el médico debería promover y hacer responder sus derechos y respetarlos. Sin embargo, lo que se escucha y se hace valer más son las acciones burocráticas establecidas por las autoridades de salud, que manejan a los médicos y los problemas de salud regidos por normas oficiales. Se olvidan de que el seguimiento y la evaluación de los programas de salud deberían ser elaborados por el propio personal de salud que tiene contacto directo con la comunidad, claro, sin hacer aun lado los grandes programas de salud, para que existiera una adecuada atención médica.

BIBLIOGRAFÍA.

1. H. Ayuntamiento de Peñamiller. Gobierno del Estado de Querétaro. Plan de desarrollo Municipal 1998-2000.
2. Atanacio Montoya, Biografía del Municipio de Peñamiller. Cronista de la Ciudad. 1996
3. Censo Poblacional del CSRD de Peñamiller (cédulas de Microdiagnóstico) 1999-2000.
4. Censo de Población y vivienda. INEGI, Querétaro. Tabulaciones reales 1995.
5. Archivos de Registro Civil de la Presidencia Municipal de Peñamiller.
6. Mapas Caminos y Carreteras del estado de Querétaro. SCT.
7. Querétaro. Libro de Texto de la SEP. 1997.
8. CSRD de Peñamiller. Hoja Diaria de Consulta Externa. Peñamiller, Qro. 1999-2000.
9. CSRD de Peñamiller. Reporte Mensual de Morbilidad. Enfermedades transmisibles y no transmisibles 1999-2000. Peñamiller, Qro.
10. Servicios de Salud del Estado de Querétaro. Sistema de Información de la Salud para la Población Abierta (SISPA). Peñamiller, Qro. 1999-2000.



P A C I F I C O
O C E A N O

H O C I X I M O
D E
C O L F O

62

96
"SALVADORA" CAPITAL DE EST. A.S.C.

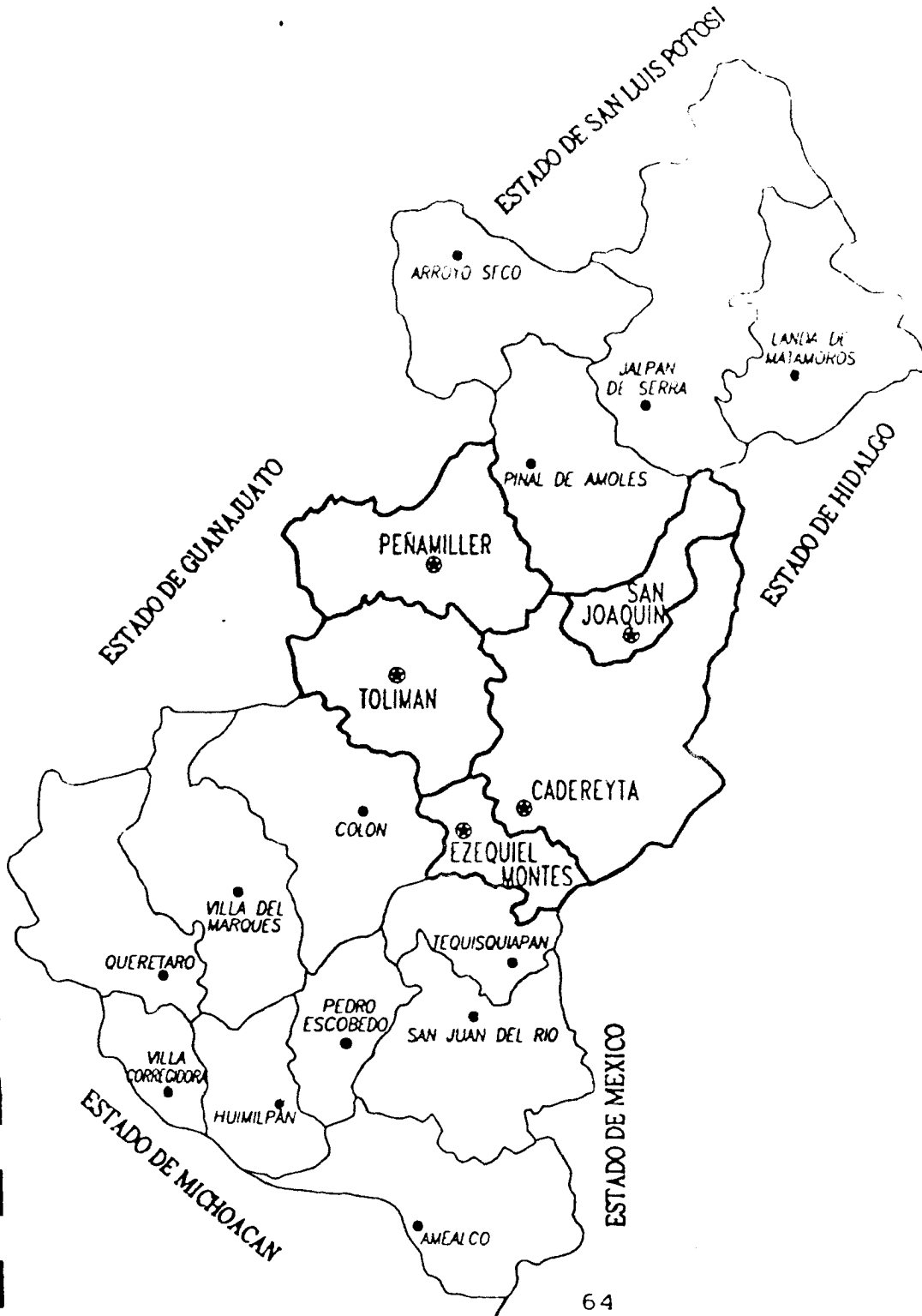


ESTADO DE QUERETARO

JURISDICCION No. 3

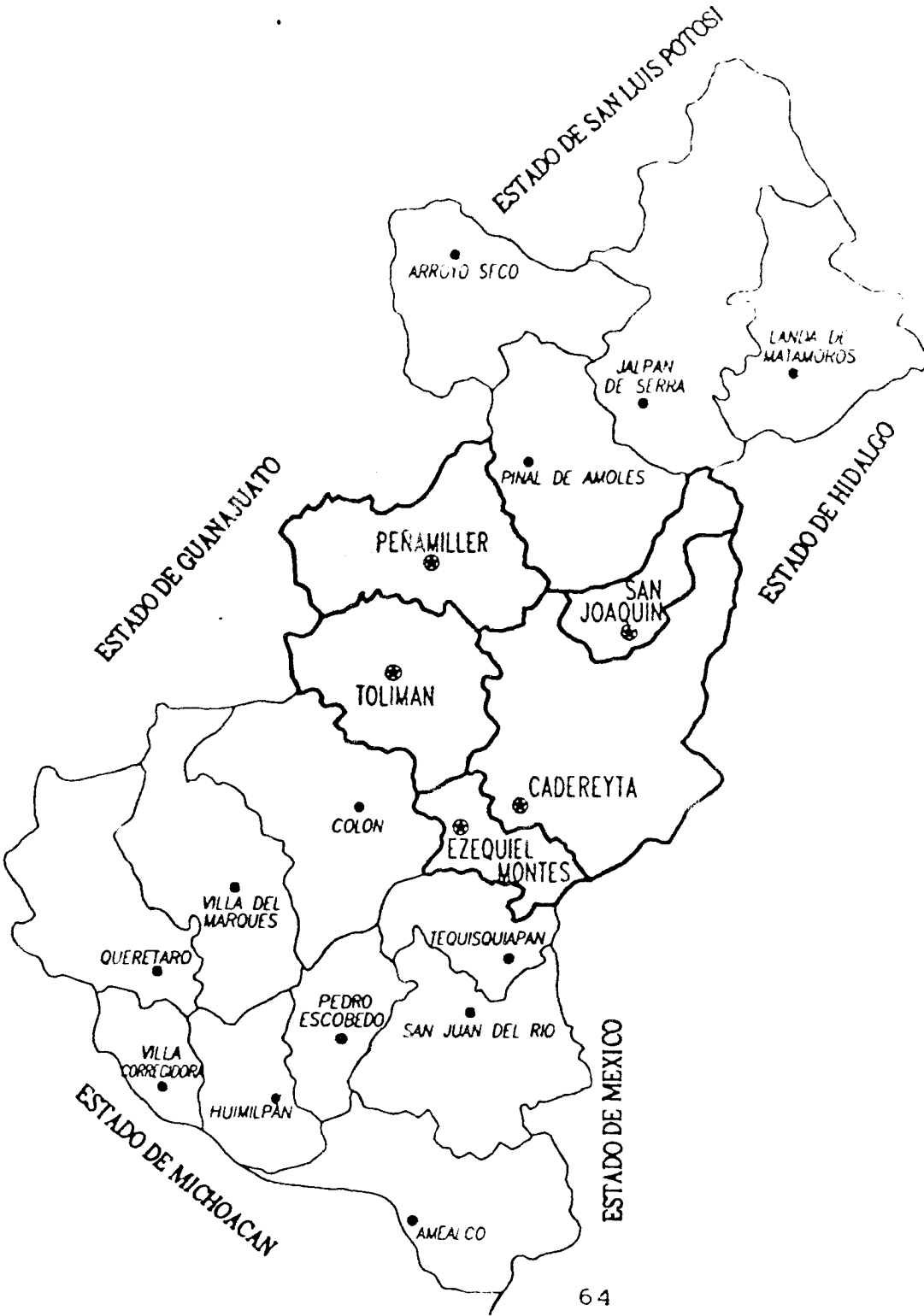
NORTE

kilometros de escala



ESTADO DE QUERETARO

JURISDICCION No. 3



UBICACION

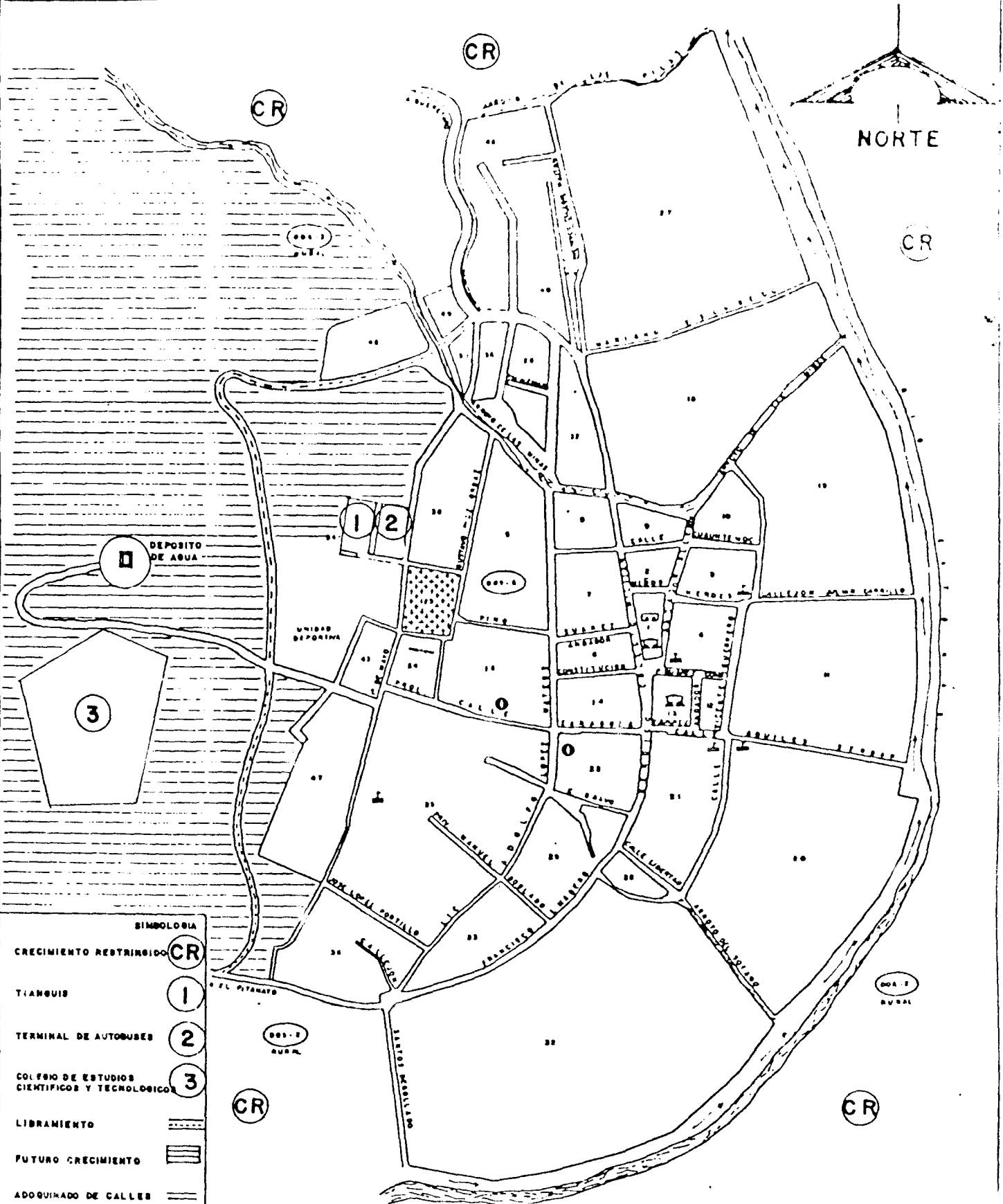


SIMBOLOGIA

- CAMINO DE TERBUACERIA
- CARRETERA PAVIMENTADA
- - - LIMITE MUNICIPAL
- LIMITE ESTATAL
- LOCALIDAD
- RIO

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL DEL MUNICIPIO DE PENAMILLER CABECERA MUNICIPAL DE PENAMILLER

PROPUESTA DE EQUIPAMIENTO



COMUNICACIONES



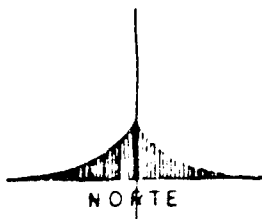
NORTE

SIMBOLOGIA

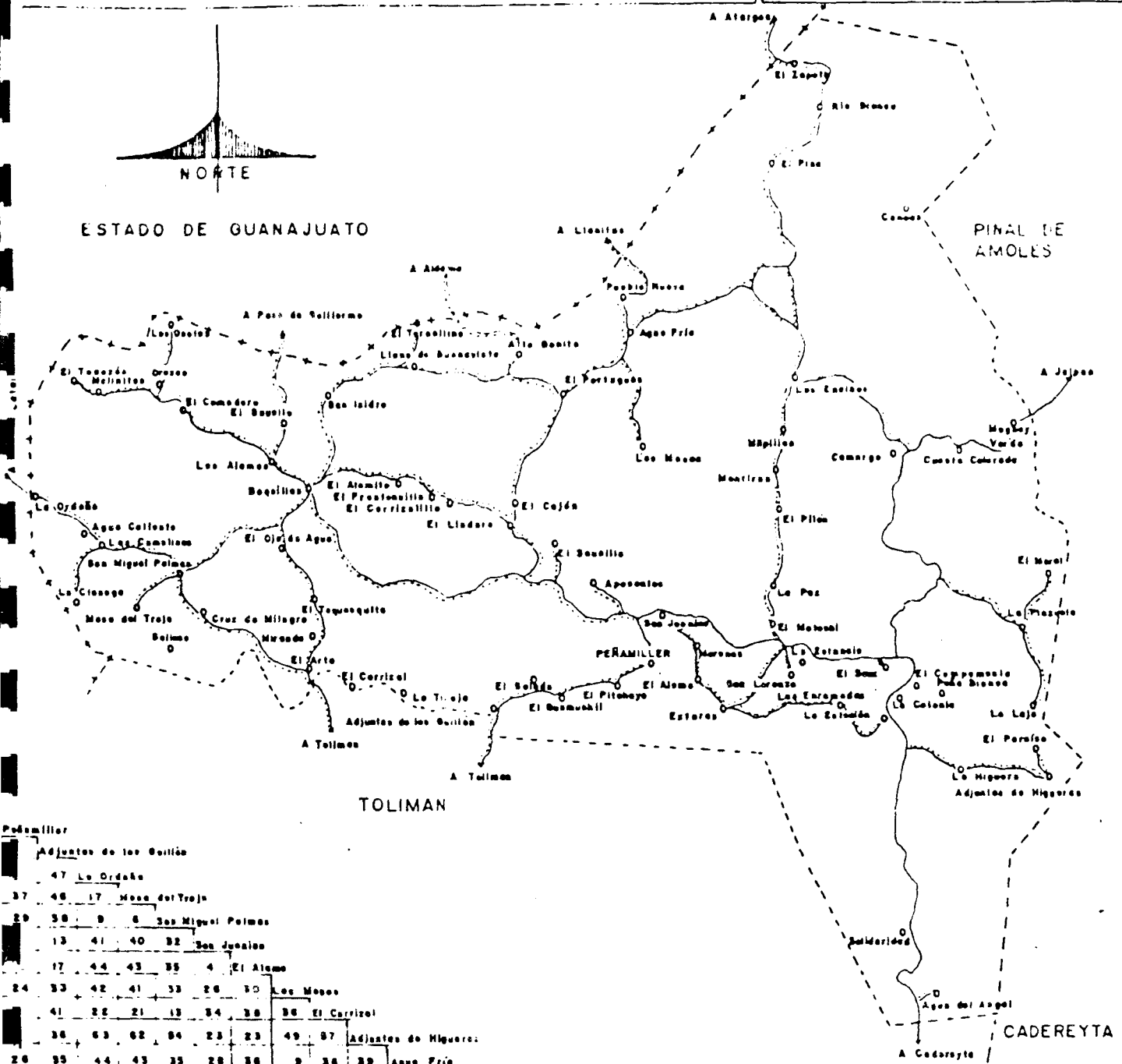
- CARRETERA PAVIMENTADA
- - - LIMITE MUNICIPIO-REGIONAL
- - - LIMITE MUNICIPAL
- - - LIMITE ESTATAL
- LOCALIDAD

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL DEL MUNICIPIO DE PEÑAMILLER

COMUNICACIONES

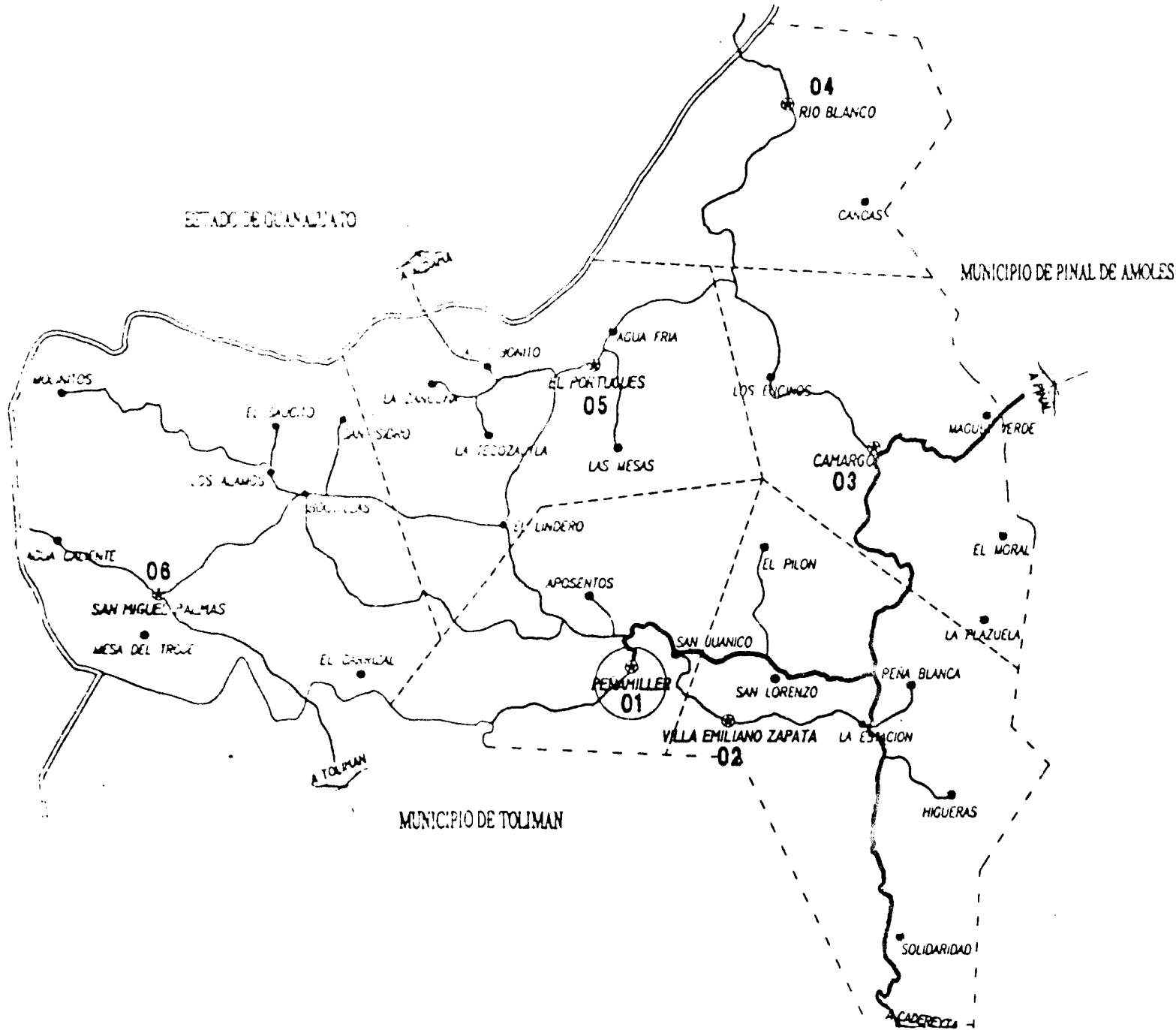


ESTADO DE GUANAJUATO



Peñamiller

Adjuntas de los Guillón		47		Le Ordeño																		
37	46	17	36	Mesa del Troje																		
29	38	9	6	San Miguel Palmas																		
13	41	40	32	San Juanito																		
17	44	43	35	4	El Alamo																	
24	33	42	41	53	26	30	Los Mesas															
41	22	21	13	34	38	36	El Carrizal															
34	63	62	64	23	23	49	67	Adjuntas de Nigueros														
26	55	44	43	35	28	36	39	Agua Fria														
31	30	17	16	9	23	27	25	58	46	27	Bequillas											
39	58	57	58	29	30	26	62	27	18	31	Comargo											
21	48	47	39	8	4	34	42	19	27	31	22	Estoraes										
12	22	49	48	40	9	7	35	45	13	28	32	18	4	Las Enramadas								
33	80	89	31	20	22	17	64	33	9	43	9	18	19	Los Mesas								
25	32	31	43	12	14	26	46	29	18	39	18	10	11	9	El Pílan							
28	36	34	28	18	29	7	29	42	8	18	27	27	28	16	27	El Portaguá						
23	34	81	80	82	21	21	39	33	23	27	44	8	17	15	16	23	40	Le Pizote				
38	19	18	18	29	33	31	39	62	51	6	68	37	36	49	41	24	50	El Tequesquite				
46	73	72	64	38	37	34	67	38	28	26	7	29	28	18	26	34	16	62	Maguey Verde			
29	44	31	30	22	37	41	39	25	60	41	16	63	48	48	37	49	32	38	21	70	Malinitas	
17	26	63	62	46	15	18	39	47	10	34	36	17	8	3	24	18	34	13	42	28	30	Peña Blanca
19	46	45	47	6	6	32	40	17	24	29	20	2	3	17	8	15	35	27	43	7	San Lorenzo	



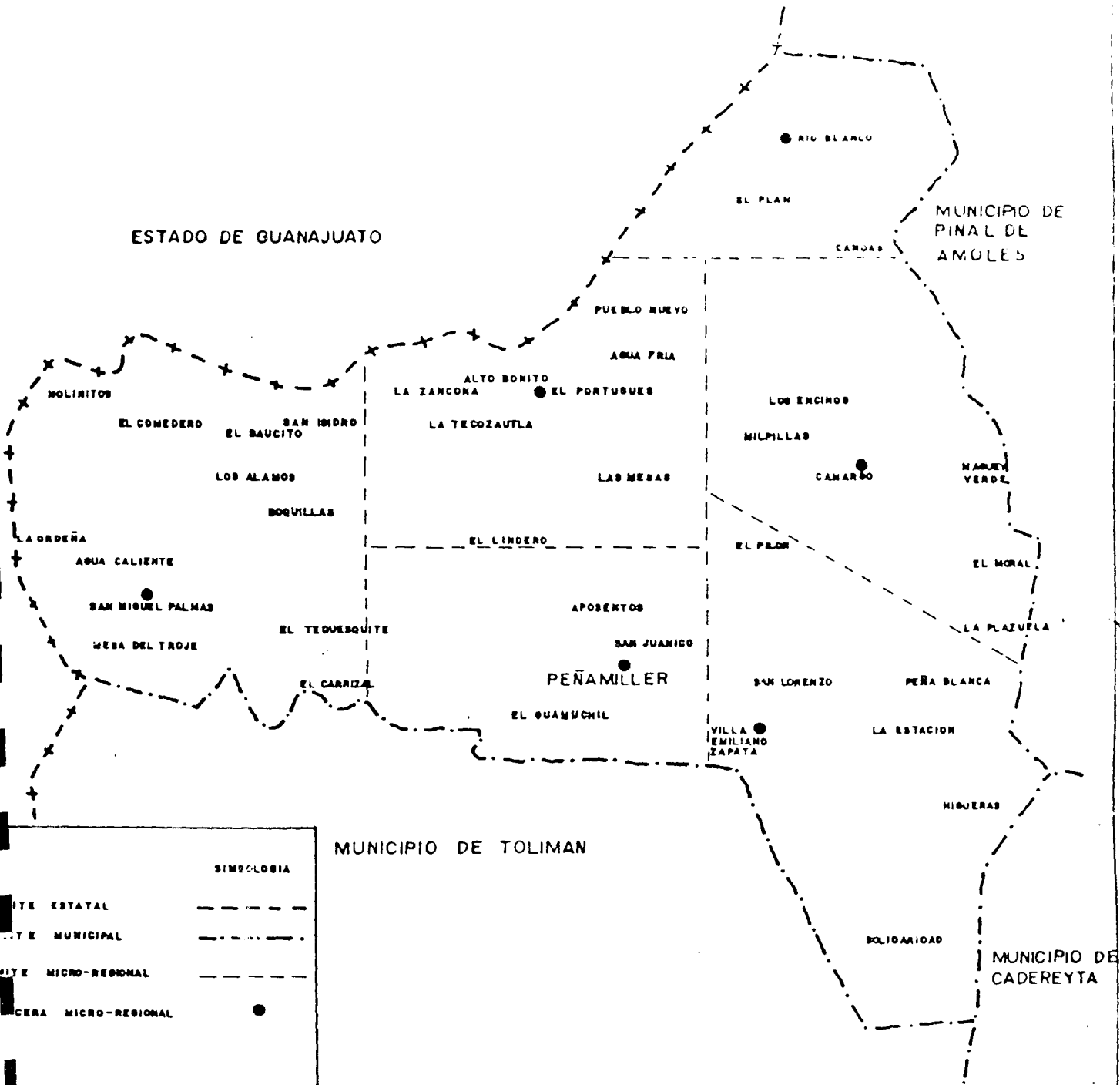
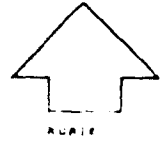
NORTE

SIMBOLOGIA

- CAMINO DE TERRACERA
- CARRETERA PAVIMENTADA
- - - LIMITE MICRO-REGIONAL
- - - LIMITE MUNICIPAL
- LIMITE ESTATAL
- LOCALIDAD

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL DEL MUNICIPIO DE PENAMILLER 1994-1997

MICRO-REGIONES



SIMBOLOGIA

FRONTERA ESTATAL	-----
FRONTERA MUNICIPAL	- - - - -
FRONTERA MICRO-REGIONAL	-----
PRIMERA MICRO-REGIONAL	●