

52/B
18-8

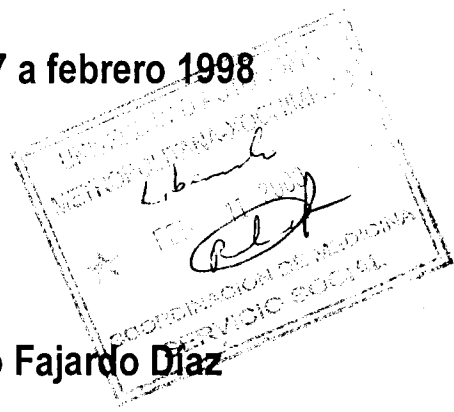
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Xochimilco

TRABAJO FINAL DEL SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

Comunidad: La Lira, Municipio de Pedro Escobedo Querétaro

Período: Febrero de 1997 a febrero 1998



Alumno: Julián Alberto Fajardo Díaz

MATRÍCULA: 90247695

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	2
ASPECTOS GEOGRÁFICOS	4
DEMOGRAFIA	6
COMUNICACIÓN	13
EDUCACIÓN	14
NUTRICIÓN	17
ECONOMÍA	18
AMBIENTE	19
ORGANIZACIÓN	20
HÁBITOS Y COSTUMBRES	22
PROBLEMAS SOCIALES	24
RECURSOS PARA LA SALUD	26
UNIDAD MEDICA	27
PROGRAMAS DE ATENCIÓN	30
ANÁLISIS DE RESULTADOS	101
BIBLIOGRAFÍA	105
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE DE LOS DIFERENTES MÓDULOS	106

INTRODUCCION

El presente trabajo es el resultado de un año de trabajo de servicio social de la carrera de medicina en la comunidad de La Lira, municipio de Pedro Escobedo en Querétaro.

Si bien es cierto que ninguna conclusión de un trabajo realizado en una comunidad puede extrapolarse a ninguna otra y mucho menos a la totalidad de la población rural del país, también lo es que las características y condiciones que presenta La Lira bajo nivel económico, pobre educación, carencia de servicios básicos, alcoholismo, condiciones sanitarias íntimas y miseria son desafortunadamente en las áreas rurales la regla y no la excepción.

Este trabajo se encuentra dividido en 14 capítulos. Inicia con una descripción histórica de la formación de la comunidad, aspectos geográficos, de flora y fauna, hábitos de salud, etc., posteriormente se desglosa mediante cuadros y gráficas mes por mes las actividades de consulta externa y daños de la salud y finaliza con un resumen y análisis final de todas las actividades realizadas en el año, actividades que se realizaron con pocos recursos pero con mucha dedicación.

Julián Fajardo

Capítulo 1

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Fundación y nombres de la comunidad

La comunidad de la Lira fue formada por un grupo de indígenas de raza otomí ignorándose la fecha exacta. Posteriormente surge la fundación de la hacienda tipo renacentista "La Lira" en el año de 1603 con un propietario español llamado Francisco Rincón Gallardo. Dentro de la hacienda existía una capilla en cuyo portón tenía un escudo con dos liras (instrumento musical de metal) y de ahí se le quedó el nombre actual.

Otro grupo de indígenas acude a la hacienda en busca de mejores condiciones de trabajo ya que sus tierras les habían sido arrebatadas por los españoles, por lo que el dueño les permitió tener un trabajo y construir sus viviendas en los alrededores a base de ramas y lodo. En la actualidad no quedan restos de estas viviendas ya que cuando algún trabajador era despedido se quemaba su habitación.

Desde entonces comenzó la educación hacia los hijos de los trabajadores y ejidatarios que tenía lugar en la capilla de la hacienda usando como método de enseñanza de "Silabario de San Miguel". Los horarios del maestro eran cubiertos por el mismo dueño.

Ya para el año 1900 se encontraban las primeras casitas alrededor de la hacienda, desde un principio se le bautizó con el nombre de la Lira. También refieren que por el año 1910 el General Zapata acampó en los alrededores de la Hacienda para dirigirse a otros sitios.

Entonces no existía la cabecera municipal y se pensó que La Lira llegaría a serlo, sin embargo después se incorporó a la cabecera municipal llamada Arroyo Seco a 4 Km de distancia, cuyo nombre de 1960 cambió a Pedro Escobedo en honor al gran médico queretano, nombre que persiste en la actualidad.

Hechos históricos más importantes

Una vez concluida la revolución, las tierras pertenecieron legalmente a los campesinos y en 1926 queda constituido el ejido de La Lira. La distribución de las tierras se realizó en forma desorganizada, y tiempo después se distribuyeron en parcelas entre los miembros de la comunidad.

Un poco más tarde se formó el comisariado ejidal obteniendo poco a poco beneficios para la comunidad:

- 1927 Se inaugura el campanario con los mayordomos Prudencio Sixtos y Eulogio Cede.
- 1940 Se inician las campañas de alfabetización.
- 1940 – 45 La comunidad construye el camino empedrado de 4 Km que la comunica con la cabecera municipal (Pedro Escobedo), al norte de la misma. De igual manera se construyen los caminos empedrados a la D y Escolásticas, ahora llamado el antiguo camino a la Hacienda.
- 1945 Se inicia la construcción de la Iglesia, al este de la comunidad.
- 1965 Se inaugura el servicio de drenaje.
- 1967 Se amplía el servicio de energía eléctrica a toda la comunidad.
- 1975 Se inaugura la Escuela Primaria, en el centro de la comunidad.
- 1980 Se construyen la Plaza y el kiosco enfrente de la Iglesia.
- 1981 Se construye el jardín de niños a espaldas de la Iglesia.
- 1985 Se inaugura la caseta telefónica en una tienda de abarrotes en el centro de la comunidad (actualmente a un lado del Centro de Salud).
- 1989 Comienza a funcionar el servicio de microbús haciendo un recorrido cada 30 minutos de La Lira a Pedro Escobedo.
- 1991 En el mes de Septiembre se amplía la cobertura de servicios médicos inaugurándose el Centro de Salud quedando a cargo de dos médicos de base, una enfermera y una pasante de enfermería.
- 1992 Se inaugura la Casa de la Cultura promovida por el DIF a una cuadra enfrente del Centro de Salud.
- 1993 Se inaugura la cancha de Basquetball al norte de la comunidad.
- 1994 Se inicial a construcción de la bodega y sala de usos múltiples, propiedad de los ejidatarios.
- 1996 Se inaugura la Casa de la Mujer por parte del PPS.
- 1997 Con la política de descentralización de servicios médicos se integran los servicios de salud del Estado de Querétaro.

Capítulo 2

ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Localización, límites y superficie

En principio, el Estado de Querétaro se divide en 18 municipios pertenecientes a 4 Jurisdicciones sanitarias.

La Lira pertenece al municipio de Pedro Escobedo localizado al sudeste del Estado, que a su vez pertenece a la Jurisdicción Sanitaria No. 2, con sede en San Juan de Río.

Se encuentra ubicada en los paralelos de longitud Oeste 20 20' y longitud Norte 100 10' a una altitud de 2265 m sobre el nivel del mar.

Sus límites son:

Al norte la cabecera municipal, Pedro Escobedo,
Al noreste El Sauz,
Al noroeste La Palma y San Fandila,
Al sur Dolores de Ajuchitlancito y Escolásticas,
Al sudeste La D,
Al este La Venta

Topografía

La Lira se encuentra en una llanura, su terreno es casi plano, sólo con ligeras elevaciones. Su superficie está comprendida por tierra con abundante materia orgánica y subsuelo calcáreo propio de su clima.

Hidrografía

No cuenta con ríos ni presas ni lagos, sólo una noria (pozo) principal de donde se abastece la mayor parte de la población, y dos pozos localizados al este y oeste de la comunidad.

También forma parte del valle de Pedro Escobedo donde se forma el subsuelo una extensa depresión llena de sedimento aluvial y de agua, como una enorme laguna que recibe las corrientes que se infiltran en las épocas de lluvia y que se comunica con la noria principal.

Clima

Predomina el clima templado, cálido y semiseco en verano con una temperatura media anual entre 18 y 23 C. Los meses de lluvia son de Junio a Septiembre con una precipitación pluvial anual promedio de 623 mm³.

El promedio de heladas y granizadas es de 15 a 20 y de 0 a 2 días a 1 año respectivamente, predominando de Noviembre a Febrero y de Mayo a Agosto respectivamente.

Los vientos dominantes son del noreste, moderados y con una velocidad promedio de 18.7 m/seg.

Fisiografía

El tipo de suelo que predomina en el municipio está compuesto de arcilla y arena combinados con limo, es tierra parda de capa superficial suave y rica en materia orgánica.

La disponibilidad del riego y buena calidad del suelo permiten el uso de maquinaria, semillas mejoradas y agroquímicos, y su productividad hace posible que la mayor parte de las cosechas sean dedicadas al mercado regional y estatal.

Flora

Se puede encontrar una amplia variedad de vegetación que se agrupa en cinco grupos: frutal, medicinal, de ornato, cultivo y silvestre.

Frutal: aguacate, durazno, ciruelo, limón, níspero, chirimoyo, chabacano, fresa y pulque.

Medicinal: Manzanilla, hierbabuena, alcanfor, sábila, ruda, toronjil, cedrón y eucalipto.

Ornato: Rosas, azucenas, margaritas, gladiolas, lirios y helechos.

Cultivo: Maíz, frijol, cebada, avena, trigo, sorgo y hortalizas de riego.

Silvestre: Mezquites, nopales, viznagas, maguey, garambulo, pirul, huizache, sauz y nogal.

Fauna

Se divide en cuatro grupos. Silvestre, doméstica, nociva y transmisora.

Silvestre: Zorrillos, tejones, coyotes, ardillas, conejos, tusas y cuervos. A finales de la primavera abundan las abejas, abejorros y avispa.

Domésticas: Aves de corral, vacas, perros, burros, caballos, borregos y puercos.

Nociva: Víboras, alacranes, arañas (incluida la viuda negra) y roedores.

Transmisora: Moscas, mosquitos, cucarachas, pulgas, chinches, piojos y garrapatas.

Capítulo 3

DEMOGRAFÍA

Población total y densidad de población

La población de la comunidad de La Lira consta de 6253 habitantes, tomando en cuenta que tiene una superficie de 15.59 km² se obtiene la densidad de la población de 401 habitantes/km².

Entre las 2 comunidades tenemos un total de 10,470 habitantes:

Población por localidades

	Masculino	Femenino
La Lira	2,689	3,564
La D	2,224	2,193
Total	4,713	5,757
	10,470	

Número de familias por localidad

La Lira	850
La D	699
Total	1549

Promedio de miembros por familia

La Lira	7.4
La D	6.0

Crecimiento poblacional en los últimos 5 años

Año	La Lira	La D
1993	3123	2487
1994	3176	254
1995	3762	2579
1996	4625	3126
1997	6253	4217

Migración

Muchas familias emigran hacia San Juan del Río, Querétaro a la Cd. de México, incluso hacia algunas ciudades fronterizas del país buscando mejores condiciones de vida.

La inmigración es casi nula y se da sobre todo en las mujeres de las comunidades vecinas que contraen matrimonio con algún miembro de la comunidad.

Natalidad e índice de natalidad

El índice de nacimientos en e período comprendido del 1º de febrero de 1997 al 31 de enero de 1998 fue el siguiente:

	Masculino	Femenino	Total
La Lira	78+43	93	171
La D		53	96
Total	121	146	267

Tasa de natalidad anual:

$$\frac{171 \text{ nacidos vivos}}{6253} \times 1000$$

Total: 27.34 Nacidos vivos por cada 1000 habitantes

$$\frac{96 \text{ nacidos vivos}}{4217} \times 1000$$

Total: 22.76 nacidos vivos por cada 1000 habitantes

La tasa de incremento en relación al año anterior es de 351.41 por 1000 habitantes en Lira y de 349.0 en La D.

Tasa de incremento anual:

$$\frac{\text{Población actual} - \text{Población anterior}}{\text{Población anterior}} \times 1000 \text{ habitantes}$$

Lira:

$$\frac{6253 - 4627}{4627} \times 1000 = 351.41 / 1000 \text{ habitantes}$$

La D:

$$\frac{4217 - 3126}{3126} \times 1000 = 349.07 / 1000 \text{ habitantes}$$

Mortalidad general

Durante el año de 1997 se registraron un total de 31 defunciones en Lira, correspondiendo 21 al sexo masculino y 10 al femenino.

En La D registraron un total de 21 de los cuales 14 fueron del sexo masculino y 7 del femenino.

Esta información se encuentra más detallada en el capítulo 15 dedicado a daños a la salud.

Estado Civil

Del total de familias se encontró que el 73% se encuentra unidos por matrimonio civil o religioso, este último en mayor proporción en razón de 2:1 aproximadamente, el 15% se encuentra en unión libre y el 9% son madres solteras.

Idiomas

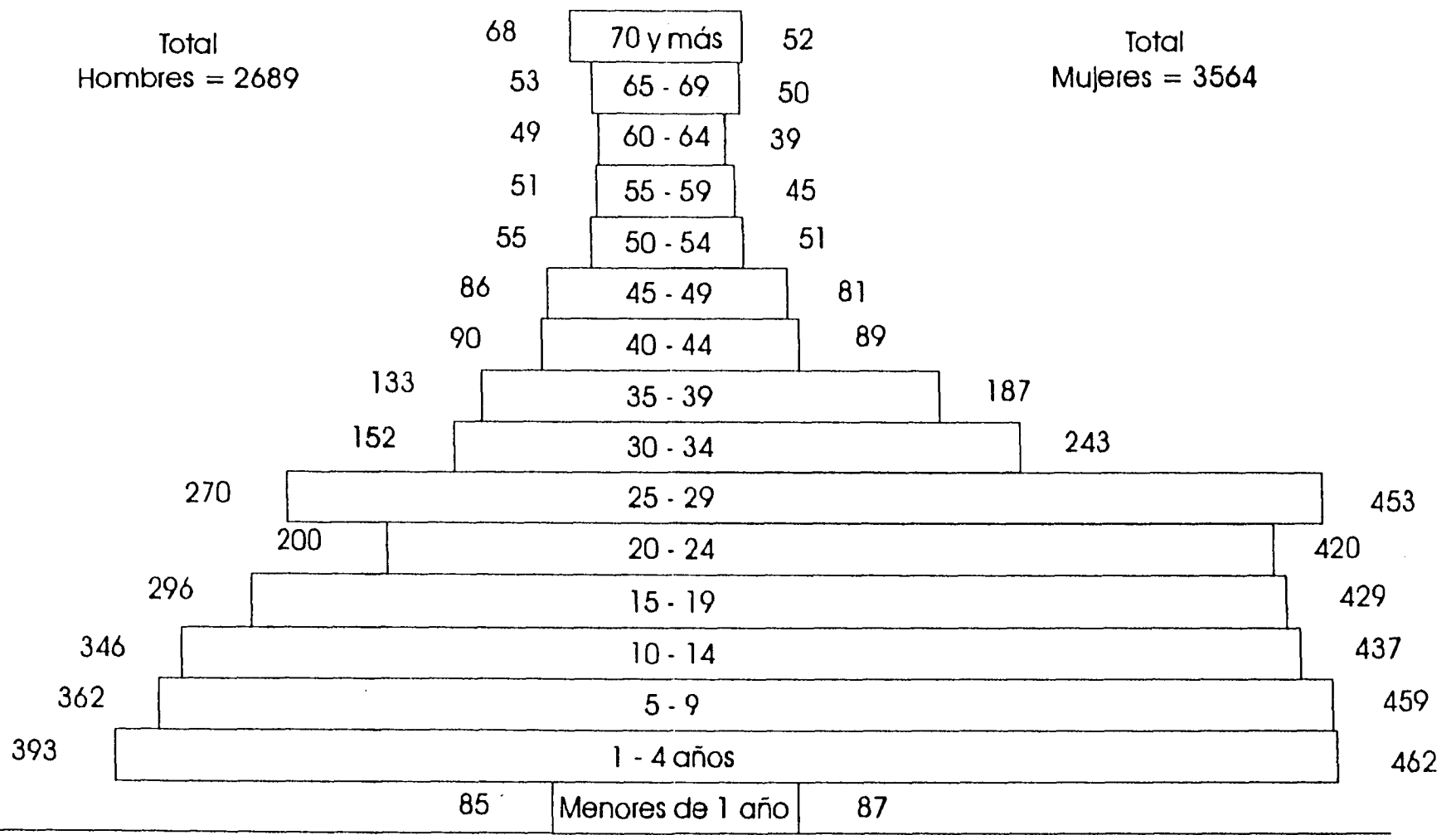
En ambas comunidades se habla el español y ninguna persona habla algún dialecto.

Un problema muy importante en ambas comunidades, la mayoría de las veces por ignorancia, es que tienen la costumbre de registrar al niño hasta que tiene uno o dos años de edad y creen que como no está registrado no lo pueden vacunar por lo que se atrasan mucho en los esquemas. En La D todavía existen muchas familias renuentes que creen que con la vacuna nada más se van a enfermar por lo que no permiten ninguna atención de este tipo.

Población cubierta

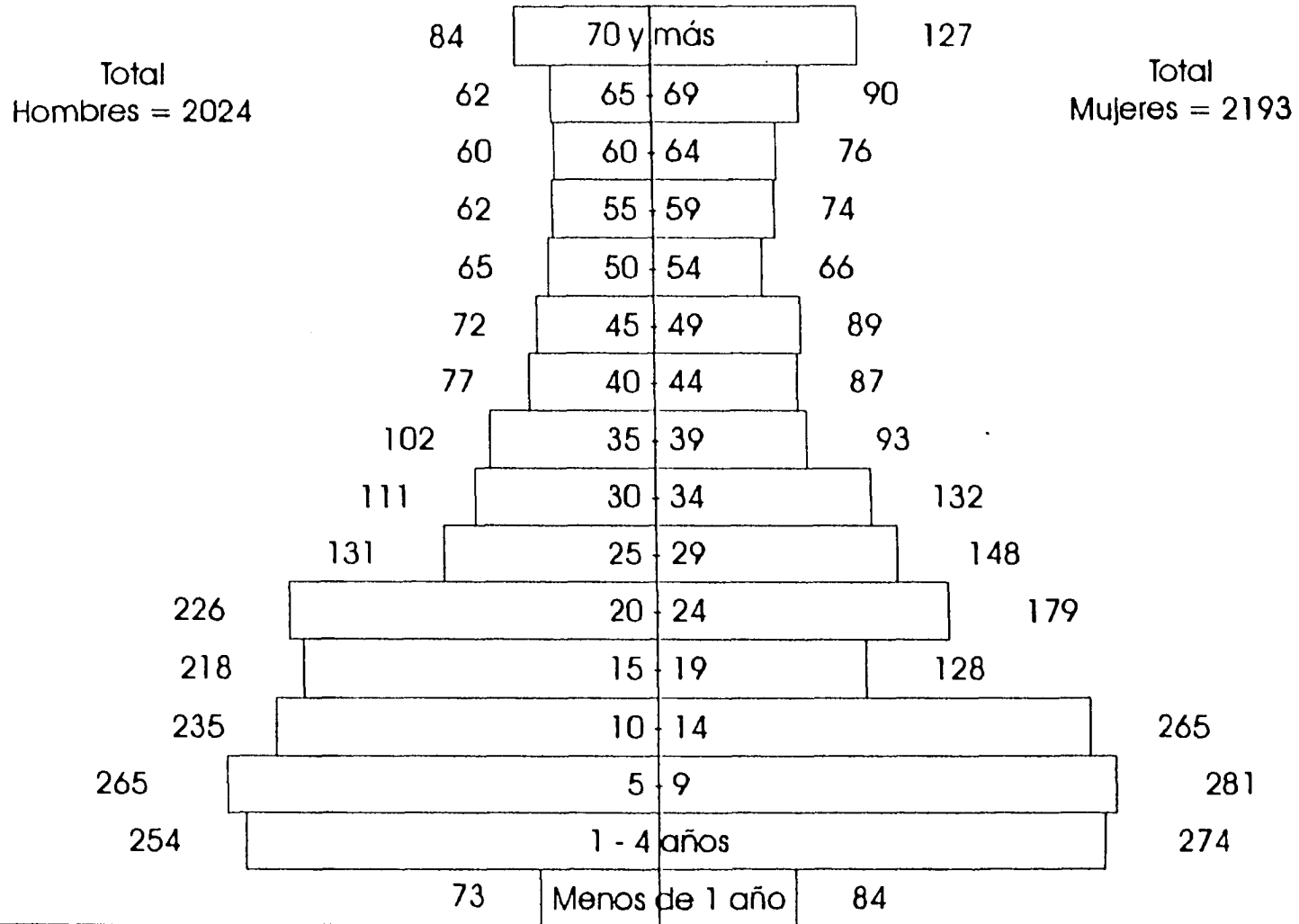
Durante el período del 1º de agosto de 1995 al 31 de julio de 1996 se otorgaron 2307 consultas (entre las dos comunidades) 1339 de primera vez y 968 subsecuentes. Las demás programas se encuentran desglosados en el siguiente capítulo.

Pirámide Poblacional Lira 1997



500 450 400 350 300 250 200 150 100 50 0 50 100 150 200 250 300 350 400 450 500

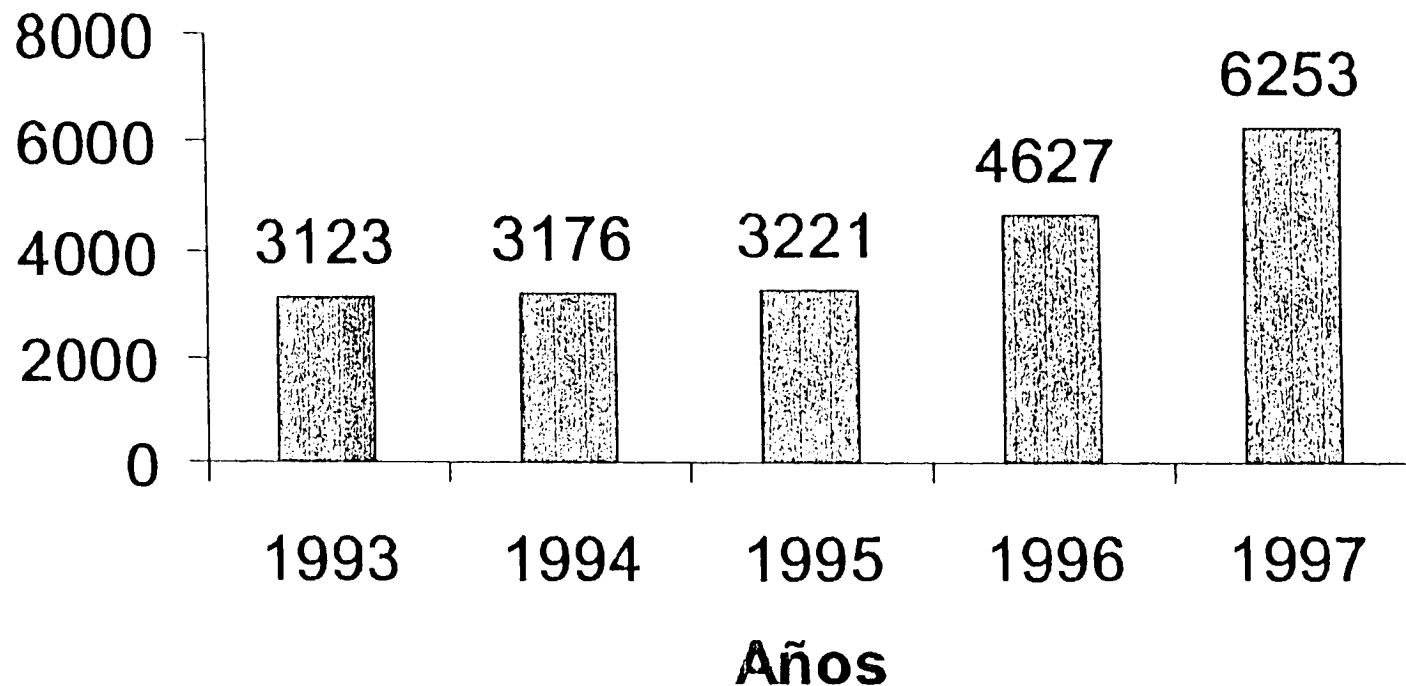
Pirámide Poblacional La D 1996




500 450 400 350 300 250 200 150 100 50 0 50 100 150 200 250 300 350 400 450 500

Crecimiento Poblacional en los últimos 5 años

Lira

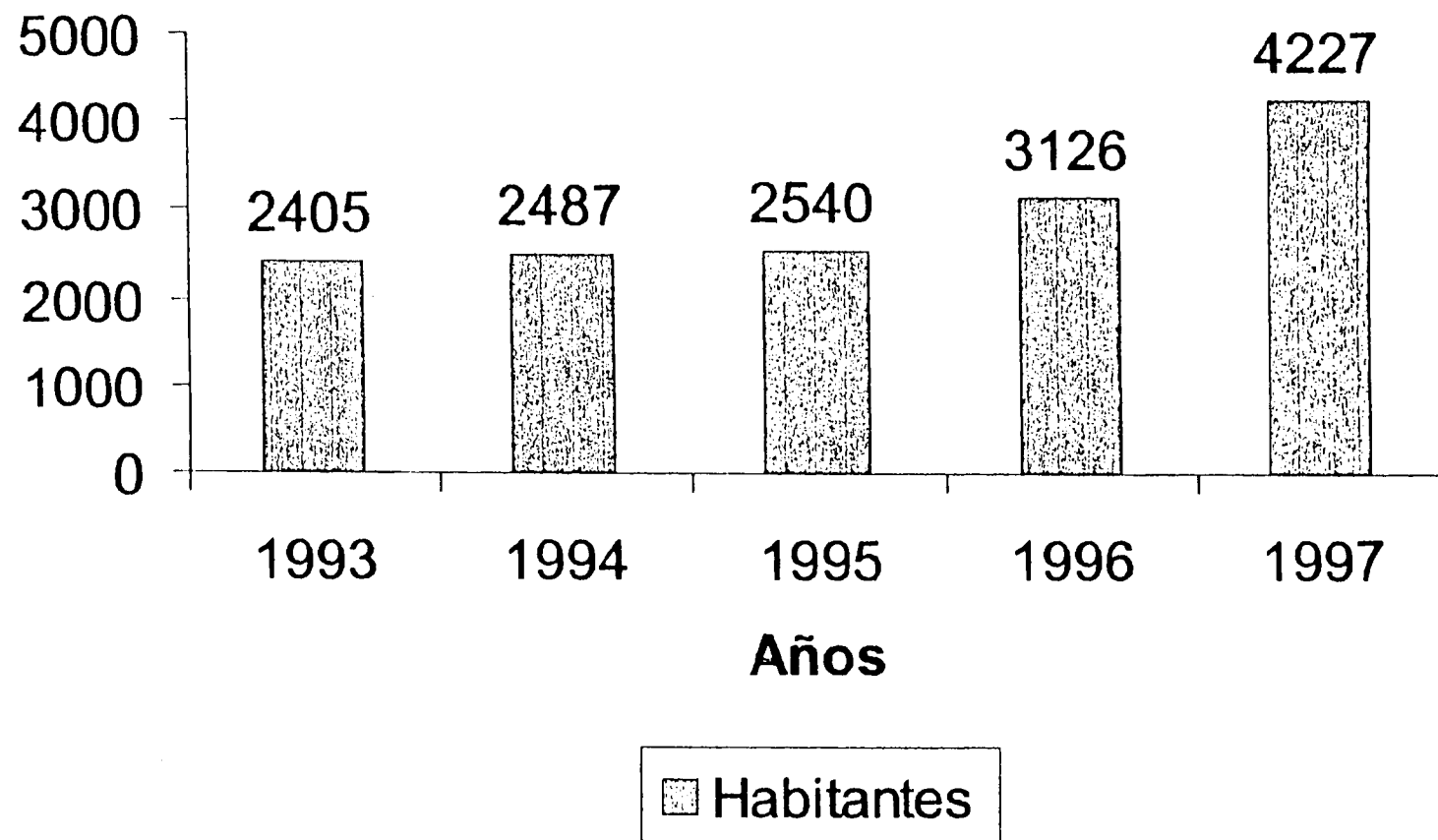


 Habitantes

Fuente: Censo de la Escuela Rural Primaria 93-97.

Crecimiento Poblacional en los últimos 5 años

La D



Fuente: Censo de la Escuela Rural Primaria 93-97.

Capítulo 4

COMUNICACIÓN

Vías de acceso

La comunidad tiene acceso por tres vías que son:

- 1) La carretera principal que la comunica con Pedro Escobedo, construida de empedrado con una longitud de 4 km, por ella circulan los minibuses de La Lira y La D, taxis autos y camionetas particulares.
- 2) Carretera empedrada de 2 km que comunica a la Venta, llegando a Lira por la Hacienda.
- 3) Autopista pavimentada, es una desviación de la carretera México – Querétaro y que atraviesa varias comunidades como La Lira, La D, La Venta, San Fandila, Arcila y Galindo.

Transportes

Cuenta con dos autobuses que transportan a la población diariamente de La Lira a Pedro Escobedo y viceversa, cada 30 minutos. El horario de lunes a sábado es de 5:30 a 19:30. Debido a que los días domingo aumenta la demanda, pasan cada 20 minutos de 5:30 a 17:00 hrs. El costo por viaje de \$ 2.00 pero a partir de 5 enero de 1997 es de \$ 3.00.

Además de lunes a viernes hay otro autobús que pasa a las 7:00 hrs. un autobús para recoger a los estudiantes de la secundaria para llevarlos a La D los regresa a las 14:30 hrs y les cobra \$ 1.50 por viaje.

Fuera de estos horarios, Pedro Escobedo cuenta con servicio de taxis, que cobra 4 15.00 de la cabecera a La Lira, pero si uno por casualidad toma un taxi en la comunidad cobra \$ 3.00, igual que el camión.

Otros medios de comunicación

En la comunidad no existe el servicio de telégrafo o correo, y cuando llega alguna carta o recibo de luz o agua, se entrega al delegado ejidal para que esté la entrega a su destinatario.

Cuenta con una casete telefónica en una tienda de abarrotes en la calle principal que da servicio de 7:00 a 21:00 hrs. de lunes a domingo, con tres líneas telefónicas. El costo/minuto a la Cd. de México es de 4 3.00.

Los medios de comunicación masiva son el radio y la televisión, la primera con bandas AM y FM con estaciones de Querétaro, San Juan del Río, la segunda capta los canales 2,5 y 9 cuya señal se transmite desde la Cd. de México. E las mañanas se transmite TVQ de la Cd. desde Querétaro.

La iglesia es el único lugar que cuenta con aparato de sonido que se utiliza para dar a conocer los eventos importantes.

Capítulo 5

EDUCACIÓN

Escolaridad

Se toma en cuenta a la población en general considerando a los niños menores de 6 años como analfabetas, aunque a través de los años la población ha ido tomando conciencia de la importancia de la educación para su vida futura.

	LIRA		LA D	
	Número	%	Número	%
Analfabetas	1378	29.78	1000	31.98
Saben leer y escribir	1675	36.21	1195	38.23
Primaria completa	1133	24.48	706	22.58
Secundaria completa	399	8.63	202	6.47
Preparatoria completa	23	0.49	13	0.42
Profesional	10	0.22	6	0.19
Otros	9	0.19	4	0.13
Total	4627	100	3126	100

Fuente. Tarjetas censales 1995 – 96.

Recursos materiales

En la comunidad de Lira existen tres unidades de enseñanza con dos niveles educativos. Preescolar y primaria.

JARDIN DE NIÑOS: Se llama Motolinia y se encuentra ubicado a espaldas de la iglesia. Su horario es matutino de lunes a viernes de 9:00 a 12:00 hrs. Cuenta con cinco aulas y cinco educadoras con la directora del plantel. Estos grupos se encuentran divididos en un grupo de preescolar II y cuatro de preescolar III, y están integrados por niños de 4 y 5 años exclusivamente. No existe preescolar I porque esto representa educar a niños de 3

años y en esta comunidad la gente todavía no ha aceptado la importancia de esta educación. No se cubren las inscripciones para abrir un grupo de preescolar I.

Su método de estudio consiste en platicar a los niños y hacerlos aprender por medio del razonamiento, también estimulándolos para adquirir destrezas en cuanto a la motilidad fina (pegar papel, recortar, dibujos a colores, etc.). Las clases se encuentran semi-programadas, la maestra dirige hacia el objetivo pero el desarrollo de la misma está dada por los niños.

PRIMARIAS: En realidad es una sola unidad pero cuenta con dos turnos pro eso es que se consideran dos escuelas diferentes. Se encuentra ubicada a un lado de Centro de Salud, en un lugar muy céntrico de la comunidad. Cuenta con 13 aulas, dos direcciones, un foro y un patio de recreo con cancha de basquetaball.

El turno matutino se llama Nezahualcóyotl y cuenta con 459 alumnos divididos en dos grupos de cada año y con 13 maestros que se encargan de impartir las materias de español, matemáticas, ciencias naturales, geografía, historia, educación cívica, educación artística (trabajos manuales o ballables) y educación física, cada una con una duración de una hora. El horario es de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hrs., con un recreo de 30 minutos de 11:00 a 11:30 hrs. El mayor índice de reprobación es en los grados inferiores (1º a 3er grados), son 8 alumnos, y en los grados superiores son 3 alumnos.

El turno vespertino llamado Vicente Rivapalacio cuenta con un total de 357 alumnos, distribuidos en 11 grupos (uno de 6º año y dos del resto). El horario es de lunes a viernes de 13:30 a 17:30 y se encuentra funcionando desde hace 16 años en vista de que el cupo ya no era suficiente en el turno matutino. Las materias son las mismas y cuenta con un total de 20 alumnos reprobados.

La comunidad de la D, a pesar de ser más pequeña, cuenta con mayores recursos materiales, son dos jardines de niños, dos primarias y la secundaria.

JARDIN DE NIÑOS

El primero se encuentra ubicado a un costado de la secundaria y de la iglesia, a la entrada de la comunidad. Se llama Nuestro Planeta, este nombre es nuevo ya que antiguamente se llamaba Nueva Creación. En un principio fue donde se ubicó la escuela primaria y después la secundaria, antes de que cada uno tuviera sus propios locales. Es pequeña ya que únicamente cuenta con dos aulas únicamente porque ahí asisten los niños de la mitad de debajo de la población. Cuenta con un grupo de preescolar II y uno de III con un total de 62 niños de 4 y 5 años. El horario es de lunes a viernes de 9:00 a 12:00 hrs. con un descanso de 11:00 a 11:30 hras. Su método de estudio consiste en realizar proyectos (construir o dibujar una manzana por ejemplo), matemáticas básicas, cantos y juegos y escritura.

Cuenta con otro jardín de niños llamado Benito Juárez, con 2 grupos, uno mixto y otro de preescolar III, con un total de 60 alumnos y un horario de lunes a viernes de 9:00 a 12:00 hrs. Su educación se encuentra enfocada hacia los cantos y juegos.

PRIMARIAS: En realidad es una sola, ubicada enfrente de la casa de salud, en el centro de la comunidad. Al igual que en Lira cuenta con dos turnos, uno matutino y otro vespertino pero cada una trabaja de forma independiente. Cuenta con una superficie de 6000 m² en donde existen 10 aulas patio, dos baños y dos direcciones, una cancha de basquetball, un pozo con agua potable y equipo de sonido.

El turno matutino se llama Renacimiento, cuenta con 10 maestros para los 10 grupos que son dos de 1º, 2º y 6º años, y uno de 3º y 5º. En total son 312 alumnos, con un horario de 8:00 a 12:30 hrs. de lunes a viernes, con las mismas materias oficiales. Aproximadamente existen dos alumnos reprobados por grupo.

El turno vespertino se llama Niños Héroes y cuenta con 7 maestros para los 7 grupos: dos de 3er año y uno del resto. En total son 245 alumnos con un horario de lunes a viernes de 13:30 a 18:00 hrs. con un descanso de 30 minutos de 16:00 a 16:30 hrs. En total cuenta con 15 alumnos reprobados, generalmente por problemas de aprendizaje.

SECUNDARIA: Se inauguró en 1987 y su nombre es Secundaria Técnica No. 20, con un horario matutino de lunes a viernes de 7:30 a 14:30 hrs. Cuenta con 20 maestros para 11 grupos, que son cuatro de 1º y 2º años y tres de 3º, con un total de 471 alumnos que vienen de diferentes localidades del municipio, en su mayor parte de Lira. El índice de reprobación es casi nulo y se imparten las materias obligatorias de español, matemáticas, civismo, geografía, historia, educación física, educación artística (manualidades, música), inglés, biología y química (con laboratorios), y una materia obligatoria de la que tienen res opciones: historia de Querétaro, educación para la salud y manualidades.

En realidad muchos alumnos vienen de otras comunidades vecinas, así la población de alumnos se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Lira	170
La D	128
La Venta	39
Arcila	60
San Antonio La D	24
Pedro Escobedo	20
El Coto	7
San Juan del Río	3
El Sauz	2
Total	471 alumnos

Bibliotecas o salas de lectura

En La Lira no se cuenta con ninguna, sin embargo en La D se cuenta con una situada al oeste de la casa de salud y da servicio de lunes a viernes de 10:00 a 14:00 hrs.

Capítulo 6

NUTRICIÓN

Obtención de alimentos

El alimento más consumido es el maíz que es convertido en tortilla y la preparan de diferentes maneras, ya sea en taquitos de mole, frijol, arroz o huevo o en forma de enchiladas. También lo preparan en forma de gorditas rellenas de queso, migajón y salsa picante. En promedio un adulto consume 20 a 25 tortillas al día.

Además también consumen chiles, pan, pastas, café, atole y refresco durante los siete días de la semana, huevo, frutas, verduras y leche una vez a la semana y la carne de pollo, res o puerco, una vez a la semana.

El 85% de los niños se alimentan exclusivamente al seno materno durante los primeros cinco o seis meses de vida, iniciando la ablactación con hígados de pollo, atoles y jugos de manzana o naranja, al igual que caldo de pollo o res, tortilla y frijol. El destete es aproximadamente hasta los 15 o 18 meses de edad, algunos incluso hasta los dos años.

En esta comunidad no existe ningún mercado, sólo diversas tiendas, en general mal surtidas, sólo existe una en la que venden carne de res. La mayoría acude a la cabecera municipal para abastecerse, sobre todo los días domingo que es cuando se pone el tianguis en las calles alrededor del centro de salud y al cual acude gente de todas las localidades. Las tortillas son generalmente hechas en casa, aún así existen dos tortillerías en la localidad y cuatro molinos en donde las mujeres muelen el nixtamal desde las 3:00 am.

Afortunadamente también cuentan con el apoyo del DIF que una vez al mes van y venden un kilo de frijol y 5 de harina de nixtamal por sólo \$ 1.00 a las familias de menos recursos. Esto lo hacen por medio de unas tarjetas de control.

Estado de nutrición

La mayoría tienen un estado nutricional deficiente, por sus bajos recursos económicos y por ignorancia. La dieta es principalmente de carbohidratos y grasas.

Repercusiones físicas y mentales

Las físicas son notorias en cuanto a la talla y peso y a la mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas, y las mentales en el bajo rendimiento escolar sobre todo en los niños de las primarias. En los adultos se refleja en datos de anemia clínica.

En términos generales los alimentos son:

Alimentos: carnitas, barbacoa, enchiladas, pollo, frijol, arroz, gorditas, queso y crema.

Dulces: buñuelos y tamales con atole.

Bebidas: pulque de maguey y cebada.

Capítulo 7

ECONOMÍA

Población económicamente activa

El total de población económicamente activa (PEA) en el grupo de 15 a 60 años representa un 60.2% del cual sólo el 39.4% se encuentra ocupada y un 19.8% se encuentra desocupada o subocupada.

PEA EN LIRA Y LA D

	Habitantes	Porcentaje
Población total	7753	100%
PEA total	4667	60.2%
PEA ocupada	3054	39.4%

Fuente: Tarjetas censales 1995 – 96

Ramas de actividad

La mayoría de la población se dedica a las actividades del campo y ganadería, en segundo lugar son los obreros que generalmente trabajan en industrias de San Juan del Río o Querétaro y en tercer lugar la gente que se dedica a los servicios (empleados), comercios o profesionistas.

RAMA DE ACTIVIDAD		Número	Porcentaje
Primaria	Agricultura y ganadería	2912	62.4%
Secundaria	Industria	1484	31.8%
Terciaria	Servicio, comercio y profesionistas	270	5.8%

Fuente: Tarjetas censales 1995 –96

La mayoría de la PEA percibe el salario mínimo por lo que combinan sus trabajos como obreros y agricultores. El salario se destina a gastos de alimentación, vestido y útiles escolares. Los gastos de luz y agua son mínimos por tratarse de un ejido.

Capítulo 8

AMBIENTE

Saneamiento de vivienda

El tipo de construcción en las dos comunidades es muy similar dado que los recursos económicos son iguales.

Pisos: Un 55% cuentan con piso de cemento o piedra y un 33% únicamente de tierra, el 12% combinados.

Techos: El 72% tienen lámina de asbesto, el 22% de concreto y el 6% de lámina de cartón.

Muros: EL 53% son de tabicón, el 28% de piedra y adobe, el 15% sólo de madera y adobe y el 4% únicamente de adobe.

Número de cuartos: El 27% tienen un solo cuarto, el 47% tiene dos, el 18% tienen tres, el 8% cuentan con cuatro o más.

Aproximadamente el 655 cuenta con un espacio separado que utilizan como cocina que puede ser de piedra o cartón, generalmente a la entrada, y el 70% cuenta con fogón en el piso aparte de la estufa. Un 435 ocupa fogón en el piso en lugar de estufa.

Las calles principales de la comunidad se encuentran empedradas, las demás son únicamente de terracería lo que provoca que en épocas de lluvia se llenen de charcos y grandes superficies de lodo. Se han colocado algunas alcantarillas para la eliminación del

drenaje con fuente de financiamiento federal, estatal y municipal y con mano de obra por parte de la comunidad, sin embargo este servicio es aún muy deficiente.

Disponibilidad del agua

Tanto de La Lira como en la D la distribución del agua está a cargo de la Comisión Estatal del Agua con el problema que en Lira (por la escasez) un día se distribuye a la mitad de la comunidad y otro día al otro, creando un gran problema en el saneamiento básico. Un 965 cuenta con una llave en el patio de la casa, un 35 se abastece de hidrante público y el 1% por otros medios (pozo o pipa).

Eliminación de excretas

Un gran problema en ambas comunidades es que no se cuenta con el servicio de drenaje en todas las casas. Sólo las casas del centro cuentan con WC.

Un 57% practica fecalismo al ras del suelo, un 32% cuenta con drenaje, un 6% letrina y 5% cuenta con fosa séptica.

Eliminación de basura

En ambas comunidades se cuenta con camión recolector de basura cada semana en los días sábados, aunque únicamente pasa por las calles principales por lo que no cubre al total de la comunidad.

Capítulo 9

ORGANIZACIÓN

Política

L Lira se encuentra clasificada en la categoría de subdelegación con las siguientes autoridades civiles.

- 1) Comisario ejidal
- 2) Delegado
- 3) Secretario
- 4) Tesorero
- 5) Presidente del Consejo de vigilancia

Estas autoridades se nombran a través de la presidencia municipal en Pedro Escobedo cada tres años. Tiene la función de colaborar a la resolución de problemas así como salvaguardar los intereses de los ejidatarios.

Social

Existen algunos tipos de asociaciones como:

Deportivas: En Lira existen dos equipos de football y se reúnen cada domingo a jugar en las canchas.

Juvenil: Es un grupo de jóvenes que integran el coro de la parroquia y todas las tardes se reúnen a ensayar de 6:00 a 8:00 PM. Los que cuentan con guitarra hacen los acompañamientos musicales.

Religiosa: Varias madres de familia acuden diariamente a las 8:00 PM a la iglesia a rezar el rosario.

Familiar

Están catalogadas como de tipo rural y extenso ya que cuando algún hijo contrae nupcias se construye un cuarto aparte en el patio de la casa generalmente en el terreno del padre de novio, continuando como máxima autoridad del padre del cónyuge.

La estructura es principalmente monogámica aunque existe una fuerte tendencia a la exogamia sobre todo en parte de los varones quienes conservan tendencias machistas.

Religiosa

El 99% de la población es católica teniendo como autoridad el sacerdote que acude todos los domingos a celebrar la misa a las 6:00 AM, en semana santa, en el jubileo (Septiembre) y a celebrar las bodas los días sábados. El 1% restante es protestante.

La parroquia cuenta con dos mayordomos que diariamente abren la iglesia y se encargan de su mantenimiento. También organizan las fiestas religiosas. Todas las tardes hay un grupo que instruye a los niños en la doctrina católica.

Sindicatos

No existen grupos laborales ni sindicatos en Lira ni la D.

Capítulo 10

RECREO

Plazas y jardines

No cuenta con plazas o jardines pero enfrente de la iglesia tienen un gran kiosco en donde se reúnen los niños a jugar por las tardes y cuando hay una gran fiesta (como la del 23 de Noviembre que se celebra la Sta. Cecilia, patrona de los músicos) se instalan grupos musicales y juegos mecánicos.

Deportes

Se cuenta con una cancha de basquetball en al cual diariamente hay partidos y dos campos de football en donde los domingos hay partidos de los equipos.

Capítulo 11

HÁBITOS Y COSTUMBRES

Fiestas civiles y religiosas

Como e todas las comunidades se tienen los días especiales y comunes que son:

MES	DÍA	CELEBRACIÓN
Enero	1	Misa de año nuevo
	6	Día de Reyes
Febrero	2	Bendición del niño Dios
	10	Santificación de los animales
		Día de acción de gracias de la última cosecha
	21 a 24	Feria del señor de Chalma (La D)
Marzo	24	Día de la bander
	21	Día de la primavera
		Natalicio de Benito Juárez
	3er miércoles	Toma de ceniza
	Viernes previo a Semana santa	Peregrinación a Soriana
	Jueves y viernes santos	Representación de la pasión y muerte de Jesucristo
	30	Día del niño

Mayo	1	Día del trabajo
	3	Día de la cruz o albañil
	10	Día de la madre
	15	Día de San Isidro
Junio	3er domingo	Día del padre
Julio	25	Día de los pollos
Septiembre	2º domingo	Jubileo en la iglesia de Lira
	15	Día de la Independencia
	24	Aniversario del centro de salud
Octubre	12	Descubrimiento de América
		Día de la raza
Noviembre	1 y 2	Día de muertos
	20	Día de la Revolución Mexicana
	23	Día de Sta. Cecilia
Diciembre	12	Día de la Virgen de Guadalupe
	16 a 24	Festividades de las posadas
	24 y 25	Nochebuena y Navidad
	28	Día del santo inocente
	31	Despedida del año viejo

Hábitos relacionados con la salud

En general son pésimos, la mayor parte de la gente no hierve el agua ni la cloran a pesar de las advertencias y las acciones que se hacen de fomento a la salud, los niños consumen agua de cualquier parte y no se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño. Se bañan cada dos o tres días. Al llegar a la consulta es notorio que llevan algunos días sin bañarse sobre todo en las manos que tienen uñas largas y llenas de tierra.

Es común un estrecho convivió con animales domésticos como son perros, gatos y aves que duermen en la misma habitación, y a los propietarios de los puercos no los amarran y muchas veces no tienen su chiquero sino que andan circulando por las calles como si fueran perros u otra clase de animales.

Rutina diaria

La mayoría de las mujeres se levantan a las 3:00 AM para llevar el nixtamal al molino, regresan a las 5:30 ó 6:00 AM para preparar a los niños a ir a la escuela generalmente sin desayunar. Después los llevan al kinder (las que tienen niños más pequeños) y regresan para hacer sus tortillas a mano y preparar el almuerzo para llevárselos en el recreo a los niños de la primaria y a los esposos que están trabajando en el campo.

A las 16:00 o 17:00 hrs se sirve la comida principal, después de recoger van a buscar ramas secas para darles de comer a los animales domésticos y lavan la ropa. Algunas acuden a rezar el rosario y los niños salen a jugar al kiosco o a recibir el catecismo. Otros se reúnen en las canchas para jugar. Los niños que estudian en la tarde se van después de comer regresando a la hora de la cena (que es también cuando regresa el marido del trabajo) y ven la televisión hasta las 22:00 o 22:30 hrs.

Las muchachas, generalmente solteras o madres solteras son empleadas domésticas o de tienda en Pedro Escobedo, salen a las 7:30 y regresan a las 18:00 hrs. y es hasta entonces cuando pueden atender a sus hijos.

Las tiendas de abarrotes a las 6:00 AM y cierran a las 21:00 hrs.

Mitos y tradiciones

Se piensa que es malo cortarle las uñas al recién nacido porque se puede quedar tartamudo.

Capítulo 12

PROBLEMAS SOCIALES

Catástrofes naturales

Son principalmente granizadas y heladas. En 1988 hubo una granizada que superó los 5 cm de diámetro provocando grandes pérdidas en las cosechas.

También se presentan inundaciones frecuentes porque no hay un buen sistema de alcantarillado, las casas más afectadas son las de declive (en la parte de atrás de la iglesia).

Hace 35 años cuando la comunidad era muy pequeña y no había sistema de transporte o teléfono, que llegaron un grupo de ingenieros a hacer los proyectos para construir la carretera empedrada, la gente comenzó a rumorar que esos hombres no eran ingenieros y sólo habían llegado con el fin de robarse a las muchachas y abusar de ellas por lo que se reunieron juntando piedras y machetes y los asesinaron. De ahí que a la comunidad de La Lira se le haya quedado el apodo de "Los Charoles". Igualmente rechazaron rotundamente la idea de construir ahí la secundaria (era el proyecto en un principal) y se tuvo que hacer en La D.

Problemas humanos

Son muy frecuentes sobre todo en el núcleo familiar, ya que el padre muchas veces se encuentra desempleado y desahoga sus frustraciones en el alcoholismo mientras que las madres son las que tienen que trabajar para mantener a los hijos, generalmente vendiendo sus tortillas o de empleadas domésticas, y los hijos se quedan a cargo de las abuelas o los hijos mayores.

Además son muy frecuentes las madres solteras que tienen que dejar a los hijos con las abuelas para trabajar o bien los abandonan para volverse a casar (y el futuro marido no la acepta con hijos anteriores). Aunque más raro, a veces se da el caso en que las madres regalan a los hijos por no tener recursos económicos para mantenerlos.

Problemas psicosociales

Alcoholismo: Es uno de los principales problemas porque es causa de violencia, desempleo, marginación, desintegración familiar y problemas físicos entre la gente. Incluso un gran porcentaje permanece en estado de ebriedad por semanas o meses. En la actualidad empiezan desde edades muy tempranas (15 ó 16 años) siempre los varones. A veces hay mujeres alcohólicas pero son las de mayor edad. Las bebidas embriagantes más frecuentes en el pulque de maguey y el tequila.

Delincuencia: No es tan grave como en las grandes ciudades, es sobre todo a consecuencia del alcoholismo, siendo mayor evidente los domingos y días festivos cuando se pelean con armas blancas, cadenas y piedras.

Farmacodependencia: No es un hábito muy frecuente, en general se intoxican con solventes e incluso marihuana.

Tabaquismo: Es un hábito arraigado, sobre todo en la población masculina mayor de 30 años.

Prostitución: No es un problema aparente en Lira.

Brotos epidémicos

En el año de 1991 se reportó un caso de parálisis flácida aguda y se tuvo que hacer cerco de vacunación, posteriormente se comprobó que este caso fue por ingerir una planta muy común en la comunidad llamada "capulines" que da sintomatología similar a la parálisis flácida y que remite espontáneamente en 24 – 48 hrs.

En noviembre de 1994 se reportó un caso de meningitis por *Haemophyllus influenzae* demostrado por laboratorio por lo que se tuvo que hacer un cerco aplicado vacuna antihaemophyllus en tres dosis cada dos meses a todos los menores de 5 años.

En noviembre de 1995 se reportaron dos casos de muerte por diarrea en menores de 5 años por lo que también se realizó cerco epidemiológico.

En enero de 1998 se reportó un caso de tosferina por lo que se realiza un cerco epidemiológico sin encontrar otros casos.

Capítulo 13

RECURSOS PARA LA SALUD

Organizaciones para la población

El 20% de la población es derechohabiente del IMSS, el 2% del ISSSTE y el resto es abierta por lo que acuden al centro de salud o con médicos particulares.

El servicio médico a derechohabientes sólo se otorga en la cabecera municipal (primer nivel) o en San Juan del Río o Querétaro (segundo nivel), por lo que muchas personas prefieren acudir al centro de salud para no gastar en transportes.

En cuanto al centro de salud, se encuentra ubicado en el centro de la comunidad, junto a la escuela primaria y a la caseta de teléfono, es atendido por un médico pasante las 24 horas y una enfermera cuyo horario es de lunes a viernes de 8:00 a 15:30 hrs. Se fundó el 4 de septiembre de 1991, antes de esta fecha se trata como el área de influencia del pasante de la Venta quien asistía los días jueves a una casa particular a dar consulta. Existe un médico particular que da consultas sólo por las tardes.

Farmacias

En mayo de 1993 se inauguró la farmacia de Lira en la calle principal a 2 cuerdas del Centro de Salud y su horario es de lunes a sábado de 9:00 a 20:30 hrs. Cuenta con el cuadro básico de medicamentos, artículos de perfumería y tocador.

Establecimientos con venta de medicamentos

La mayoría de las tiendas de abarrotes ofrecen al consumidor venta de medicamentos como analgésicos, antigripales, antidiarreicos y jeringas.

Recursos de las instituciones públicas y privadas

Se cuenta con el Centro de Salud atendido por un pasante de servicio social y una enfermera de base.

También existen dos partes empíricas que atienden a las embarazadas desde hace más de 15 años, ambas están capacitadas para atender partos, hacer curaciones y suturas sencillas.

También existe en la comunidad una persona que hace el oficio de huesero.

Capítulo 14

ESTUDIO DE LA UNIDAD MÉDICA

Servicios que presta el Centro de Salud

Prevención primaria.

a) Educación para la salud.

- Pláticas o grupos sobre planificación familiar, atención prenatal, cáncer de mama y de cuello uterino, alimentación sobre el recién nacido, enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión arterial, fiebre reumática, tuberculosis), saneamiento ambiental, higiene personal, educación sexual, enfermedades venéreas, enfermedades infecciosas, respiratorias y diarreas.
- Adiestramiento a personal voluntario y a promotoras de salud, así como a enfermería.

b) Protección específica

- Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas y por medio del programa nacional de vacunación en forma permanente (los miércoles en Lira y jueves en la D), con énfasis en la campañas.

Prevención secundaria

- a) Consulta a enfermos, primera vez y subsecuente (por diagnóstico).
- b) Urgencias médicas y cirugía menor.
- c) Atención materno-infantil:
Control de embarazo.

- Atención de parto y puerperio.
- Control de recién nacido.
- Control del niño sano.
- Planificación familiar.
- d) Tratamiento familiar antiparasitario.

Prevención terciaria

- a) Detección de invalidez, orientación familiar en las enfermedades crónico-degenerativas.

La unidad se encuentra apoyada por hospitales de segundo nivel en San Juan del Río y Querétaro, también por la cabecera municipal que tiene disponible una ambulancia para los casos de urgencia.

Area de influencia

Es la comunidad de La D, que está situada a 7 km al sudoeste de la cabecera municipal y a 36 km de la capital.

Esta comunidad, al igual que La Lira, comienza con la construcción de la Hacienda, situada a la entrada de la misma. Los primeros datos que se tienen es que su primer propietario fue la condesa de Valparaíso en el año de 1743, persona muy rica y poderosa que tenía su residencia en el Edo. de México. Esta propiedad se componía de 20,000 hectáreas cuyos límites llegaban al Edo. de México y Michoacán con una construcción estilo barroco y una troje de piedra que la dividía en cuatro almacenes con techos de viguería en las cuales se guardaban los diferentes tipos de grano (maíz, sorgo, trigo, garbanzo, frijol, etc.). Esta construcción consta en su exterior con un mirador con ventanas hacia los cuatro puntos cardinales y en su parte superior consta de almenas estilo mudéjar que tiene una escalera de una pieza estilo medieval. En las puertas principales se encuentran labradas en cantera las imágenes de la patrona de la Hda. de Santa Bárbara, la virgen de San Juan de los Lagos y nuestra Señora de Guadalupe, el contorno de esta majestuosa obra del siglo XVIII se encuentra soportado por pilares adornados por claraboyas y capones.

En el año de 1863 fue acondicionada para residencia de los dueños con amplias habitaciones, recibidor, despacho, estancia, comedor, cocina y amplio jardín, y al frente con encadenados de celosía y una elegante escalera de cantera donde resaltan distintas figuras geométricas del mismo material. Esta hacienda, dada la importancia de la época, contaba con un departamento administrativo formado por contador, mayordomo y caporales así como carpinteros y herreros. En 1908 fue comprada a los señores Huelguera por el señor Dámaso Fausto Zorrilla Gutiérrez y compañía con una extensión de 4000

hectáreas. Comenzaron a criar ganado porcino y con cultivos no tradicionales como jitomate, camote, chile, etc., también instaló una escuela donde se enseñaba el silabario.

En 1906 se construye la primera iglesia llamada Chalmita situada al final del camino en honor al Sr. de Chalma, y en 1908 la otra iglesia llamada Sta. Bárbara, a la entrada de la comunidad (actualmente a un costado de la secundaria). En 1985 se inaugura el servicio de transporte público que lleva a la cabecera municipal cada 45 ó 50 minutos de lunes a domingo.

Su clima es templado, sub-húmedo con lluvias en verano, la precipitación media anual es de 60 a 700 mm³ con una temperatura de 16 10°C. Cuenta con un río que recorre toda la comunidad llamado "Río La D", su caudal es pequeño, la gente toma agua de ahí o lo utiliza para bañarse o lavar su ropa.

Cuenta con un camino de terracería empedrada de 7 km que la comunica con la cabecera municipal y otra carretera pavimentada que divide a la comunidad en las partes de arriba y abajo, ésta comunica a la capital del Estado con Galindo, perteneciente a San Juan del Río. También cuenta con dos presillas que utilizan para regar sembradíos donde se cultivan maíz, sorgo, trigo, cebada y lenteja. Su tipo de suelo es pedregoso y semiárido y dos canchas de football donde se reúnen los muchachos en fin de semana para recreación y deporte.

En cuanto a los servicios médicos, cuenta con una casa de salud ubicada enfrente de la escuela primaria en el centro de la comunidad, ahí se ofrece consulta, pláticas y vacunación los días jueves en la mañana, al igual que en las campañas de vacunación los días jueves en la mañana, al igual que en las campañas de vacunación. Como es una comunidad bastante grande se considera insuficiente la cobertura con un solo día a la semana. No existen otras instituciones públicas, ni médicos particulares o farmacia, aunque algunas tiendas cuentan con analgésicos, antigripales y jeringas.

A su vez, también cuenta con 3 parteras empíricas que atienden a las embarazadas desde hace más de 20 años, se encuentran capacitadas y saben atender partos, curaciones y consultas sencillas. También, año con año participan en las campañas de vacunación.

Otros recursos

Cuando los pacientes requieren de los servicios de segundo nivel de atención se trasladan a través del sistema de referencia y contrarreferencia al Hospital General de San Juan del Río o Querétaro, ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud.

Estado vacunal

El control se lleva en base a los censos nominales. En Lira se encuentran censados 817 niños menores de 5 años de los cuales tienen esquema completo 737 niños que representa un 90.2% de cobertura. En La D se encuentran 519 niños de los cuales cuentan con esquema completo 440 lo que representa un 88% de la cobertura.

Capítulo 15

DAÑOS A LA SALUD

Este capítulo se encuentra analizado a modo de cuadros y gráficas para una mejor comprensión, tomando en cuenta que:

$$\text{TASA} = \frac{\text{No. de casos}}{\text{No. de habitantes}} \times 1000$$

Capítulo 16

PROGRAMAS DE ATENCIÓN

En nuestro país la Secretaría de Salud es la responsable de normar, controlar, coordinar y vigilar todas las áreas afines a la salud pública y el área médica en general. Dentro de sus funciones se encuentra de igual manera la atención médica a población abierta, esto es, a población que carezca de cobertura por uno de los principales aparatos de salud pública de nuestro país, como son IMSS, DDF, PEMEX, etc.

En la búsqueda de llevar una mayor atención médica a la población y en base a los principales indicadores de morbi-mortalidad así como a las características propias de cada uno de los diferentes problemas de salud en nuestro país se ha tenido que priorizar la utilización de recursos económicos, humanos e institucionales debido a la carencia de recursos económicos que la SSA enfrenta.

Debido a lo anterior se han implementado 22 programas prioritarios en los cuales se enfoca la mayor cantidad de estos recursos. En las unidades de primer nivel de atención no

se llevan en su totalidad estos programas, sin embargo es importante el conocimiento de cada uno de ellos para actuar oportunamente en la notificación inmediata y referencia de pacientes a los niveles correspondientes.

Esta parte del trabajo es un resumen de todas las actividades emprendidas en el centro de salud de la comunidad de La Lira durante el periodo de servicio 97-98 en cada uno de los programas. Al inicio de cada uno de ellos se da una pequeña descripción del programa así como los objetivos y las actividades correspondientes.

**Principales Causas de morbilidad por
Enfermedades transmisibles
1997 – 1998**

Padecimiento	Casos	Porcentaje	Tasa
Infección respiratoria aguda	521	65.2	67.5
Enfermedad diarreica	138	17.2	17.7
Amibiasis intestinal	57	7.13	7.3
Cervicovaginitis	19	1.62	2.4
Varicela	7	0.8	0.9
Ascariasis	25	3.1	3.2
Oxiurasis	4	0.5	0.5
Micosis	7	0.8	0.9
Otitis media	18	2.25	2.3
Escabiasis	1	0.1	0.1
Rubeola	1	0.1	0.1
Tb pulmonar	1	0.1	0.1
Total	799	100	

Fuente: EPIS 1997-98

DAÑOS A LA SALUD 1

**Principales causas de morbilidad por
Enfermedades no transmisibles**

Padecimiento	Casos	Porcentaje	Tasa
Enfácido-péptica	16	6.8	2.06
Infección de vías urinarias	21	8.9	2.7
Trastornos menstruales	21	8.9	2.7
Hipertensión arterial isométrica	3	1.32	0.38
Diabetes mellitus	8	3.5	1.03
Conjuntivitis	18	7.6	2.32
Lumbalgia	6	2.5	0.77
Anemia clínica	6	2.5	0.77
Dermatitis alérgica	19	8.1	2.45
Heridas y traumatismos	70	0.9	9.02
Trastornos digestivos	5	2.1	0.64
Cefalea	7	2.9	0.9
Apendicitis	2	0.8	0.25
Total	227	100	

Fuente: Hoja diaria del médico 1997-98

DAÑOS A LA SALUD 2

Mortalidad general de población
Lira y La D
1997 – 98

Año	Número de Defunciones	Tasa x 100 hab.	Número de Defunciones	Tasa x 1000 hab.
	LIRA		LA D	
1991	26	6.3	11	4.2
1992	10	3.4	10	3.6
1993	12	3.9	10	3.1
1994	12	3.7	6	2.3
1995	29	5.8	20	6.3
1996	20	4.4	16	5.1
1997	31	3.95	21	4.97

Fuente: Registro civil Pedro Escobedo

DAÑOS A LA SALUD 3

**Principales causas de mortalidad
1997 – 1998**

Causa de defunción	Masculino	Femenino	TOTAL
Septicemia	1	4	5
EDA	4	1	5
Insuficiencia cardio-respiratoria	1	0	1
Insuficiencia renal aguda	0	1	1
Bronconeumonía	8	1	9
Coma hepático	3	0	3
Desnutrición	0	2	2
Aspiración meconio	5	0	5
SIDA	1	0	1
Infarto miocardio	1	1	2
Intoxicación etílica	4	0	4
Leucemia	1	0	1
TCE	0	1	1
Choque anafiláctico	0	1	1
Osteosarcoma	2	1	3
EVC	2	1	3
EPOC	1	0	1
Aborto completo	1	0	1
TOTAL	35	17	52

Fuente: Registro civil Pedro Escobedo

DAÑOS A LA SALUD 4

Morbilidad por mes de enfermedades transmisibles

1997 – 1998

Padecimiento	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Octubre	Nov.	Dic.	Enero	TOTAL
IRA	31	50	33	125	60	52	40	18	17	33	41	21	521
EDA	2	2	16	24	20	23	16	10	26	10	0	0	149
Amibiasis	10	9	7	5	2	3	1	2	1	4	10	3	57
Ascariasis	8	3	2	3	5	1				3			25
Vaginitis	1	6	1	1	2		1			2	5		19
Otitis media	2	4	1	3	1	4	1	1					18
Varicela	1	1	3							1			7
Micosis	2			1		1	1		1		1		7
Oxiuriasis				1			1		2				4
Tuberculosis pulmonar							1						1
Escabiasis			1								1		1
Rubéola											1		1

Fuente: EPIS 1997-98

DAÑOS A LA SALUD 5

Morbilidad por mes de enfermedades no transmisibles

1997 – 1998

Padecimiento	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Octubre	Nov.	Dic.	Enero	TOTAL
Heridas y traumatismos	10	10	2	7	3	5	6	6	5	6	6	4	70
Diabetes mellitus	4	3	6	3	1	3	6	3	4				33
Infección de vías urinarias	4	3	4	1	1	1		2	1		3	1	21
Trastornos menstruales	2	3	3	2		1	2	3	1	2	1	1	21
Preclamsia	6	8	2			2	1						19
Conjuntivitis	6	2	4	1				1	3	1			18
Enfermedad ácido-péptica	2	7					1	1		3	2		16
Hipertensión arterial sistémica	1	1	1		1	2	2	2					9
Cefalea		1		1	1		2	1				1	7
Lumbalgia	2		1			1				1		1	6
Anemia clínica		1				2					2	1	6
Trastornos digestivos		3						1		1			5
Apendicitis aguda					1			1					2

Fuente: Hoja diaria del médico 1997-98

DAÑOS A LA SALUD 6

1.- APOYO A PROGRAMAS PRIORITARIOS

Descripción: En el país figuran las enfermedades infecciosas como principales causas de morbilidad y mortalidad. Este programa busca reducir poco a poco este problema mediante la capacitación de personal médico y paramédico así como padres de familia, maestros, voluntarios, etc., acerca de medidas apropiadas de higiene y cuidado del medio ambiente.

Objetivo:

- Lograr la participación activa y consciente de la población en el autocuidado de la salud.

Actividades:

- Organizar grupos específicos (materno-infantil, escolares, adolescentes y adultos) para la impartición de acciones educativas.
- Implantar y coordinar al equipo de salud, enfatizando las acciones de salud en el aspecto preventivo.
- Ayudar y orientar a los promotores sociales voluntarios que demuestren interés inusitado por coadyuvar en acciones educativas positivas en salud.
- Utilizar las técnicas, procedimientos y materiales didácticos más idóneos para educar a la población, previendo el conocimiento de las costumbres, cultura y hábitos de la población.
- Involucrar en acciones de educación para la salud o comités de salud municipales, comités de salud locales, clubes de madres y promotores sociales voluntarios, de tal forma que estos constituyan en factores de cambio para el bienestar de la salud individual y colectiva.
- Realizar acciones de promoción y difusión de los diferentes programas sustantivos en la comunidad sede, como en las áreas de influencia, tales como:

Colocación de carteles.

Distribución de volantes

Peritoneo.

- Utilizar eficientemente los medios masivos de comunicación como transmisiones de mensajes y medidas para fomentar el autocuidado de la salud.

Análisis y comentarios:

En contraste con las carencias materiales con las que se contaba en el Centro de Salud los recursos humanos con los que conté, una enfermera y una promotora voluntaria, desarrollaban un trabajo excepcional en cantidad y calidad. Entre los 3 pudimos impartir las siguientes pláticas.

Tema	No. de pláticas	Asistentes
Infecciones respiratorias agudas	14	354
Enfermedades diarreicas	8	202
Vacunación	7	80
Nutrición	4	93
Accidentes y violencia	2	33
Planificación familiar	10	218
Salud bucal	1	20
Tuberculosis	2	50
Cáncer cérvico uterino	5	80
Enfermedades sexuales	4	148
Materno infantil	15	283

En la comunidad de La Lira existe un comité de salud que sin embargo realiza escasa o nula actividad debido a la apatía de sus miembros, en mi opinión el problema estriba en que los miembros de dicho comité son escogidos de entre las madres que reciben beca de solidaridad y bajo la amenaza de que si no aceptan les pueden quitar las becas, esto hace que el comité esté integrado por personas que no tengan tiempo par realizar actividades que podrían apoyar con mucho este programa. Creo que sería una buena opción para el próximo médico realizar un cambio de comité de salud y aprovechar este recurso para apoyo de programas prioritarios.

Por otra parte se careció de material didáctico como plumones, papeles y gises, sin embargo esto no representó mucho obstáculo para la realización de las actividades marcadas. Si se tuviera que hablar de un porcentaje de metas alcanzadas creo que estaríamos hablando de un 90% de objetivos realizados.

2.- LA SALUD EMPIEZA EN CASA

Descripción: De acuerdo con nuestro perfil epidemiológico, desde hace mucho las enfermedades respiratorias agudas, las enteritis y otros padecimientos diarreicos, así como las parasitosis, conservan la supremacía, enseñándose por cierto con la población que menos tiene. Este programa pretende aprovechar a la mujer en su papel de madre para buscar desinteresadamente el bienestar de lo que ella misma engendró. Nadie ignora ese sentido natural que la maternidad trae consigo para defender y proteger a sus hijos y a su hogar, además de que sabemos, son profundas conocedoras de las condiciones que guarda su casa y son también reconocedoras innatas de los muchos molestares que aquejan a los suyos.

Objetivos:

- Organizar y orientar en salud a las amas de casa.
- Reconocer y nombrar a cada madre como “procuradora de la salud en su casa”.
- Coadyuvar al mejoramiento del bienestar familiar por medio del desarrollo cultural y económico de las localidades.
- Sumar el apoyo tanto de las autoridades locales como sanitarias de la región a favor del programa.

Actividades:

- Selección y capacitación de amas de casa, principalmente de las comunidades con programa nutrición y salud, así como de auxiliares de salud de las comunidades del programa de extensión de cobertura como “agentes de salud” para que a su vez, integren grupos de 15 amas de casa y las capaciten como “procuradoras de la salud”.
- Integrar grupos de 15 amas de casa y capacitarlas como “procuradoras de salud”. La capacitación está basada en el tarjetero del programa, mismo que está compuesto por 14 tarjetas, con temas como higiene, lactancia materna, alimentación, seguridad, control pre y post natal. Se recomienda tratar una tarjeta cada semana.
- Al finalizar el curso, se seleccionará a la persona mejor preparada y que demuestre mayor interés como “agente de la salud”, para que ella a su vez forme otro grupo de señoras y les imparta el curso.
- Dar seguimiento a la capacitación que realicen las “agentes de la salud” y brindarles la asesoría necesaria.

Análisis y comentarios:

Durante el período comprendido en mi servicio social, sólo pudimos realizar 2 cursos completos de la salud comienza en casa con 18 y 20 participantes respectivamente. No podemos quejarnos de la carencia de material al respecto porque todos los paquetes de tarjeteros que solicitamos fueron entregados a su debido tiempo por el sistema municipal. La poca efectividad o productividad reflejada en este programa se debió a la carencia de tiempo del recurso humano, como se puede deducir de los resultados reportados en la cantidad de consultas otorgadas y las actividades realizadas en los otros programas. Sin embargo de los 2 cursos completos otorgados se reclutaron 2 madres de familia que actualmente se encuentran dirigiendo estos cursos con otros grupos de personas en las comunidades por lo que esperamos que el próximo pasante tenga mayor productividad en este rubro.

3.- SALUD ESCOLAR, PROYECTO SSA/CONAFE

Descripción: De acuerdo con el censo nominal de población y vivienda 1980, existen cerca de 96,000 comunidades con menos de 100 habitantes, cuyo aislamiento y dispersión geográfica hacen difícil que las instituciones de gobierno proporcionen servicios necesarios para el desarrollo integral de la misma.

Este programa es un esfuerzo conjunto entre la Secretaría de Salud y CONAFE, con el propósito de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades rurales marginadas que atiende CONAFE a través de acciones encaminadas a informar, orientar y canalizar personas a los servicios de salud, realizados por el instructor comunitario.

Objetivos:

- Disminuir los riesgos de enfermar y morir de los habitantes de estas comunidades.
- Promover y hacer posible la participación activa y consciente de los miembros de la asociación promotora de educación comunitaria "APEC" y de los instructores de CONAFE en acciones de prevención y autocuidado de la salud.
- Lograr la participación organizada de los habitantes de la comunidad para elevar las condiciones individuales, familiares y colectivas.
- Aprovechar mejor los servicios de salud ya existentes.

Actividades:

- Coordinación interinstitucional entre las dependencias inmersas en la implementación y desarrollo del proyecto.
- Capacitación al personal de ambas instituciones, involucrados en la operación del proyecto en los diferentes niveles.
- Brindar atención médica gratuita a los pacientes referidos por instructores de CONAFE, incluyendo a estos, previa presentación del formato correspondiente.
- Proporcionar asesoría y apoyo educativo a los instructores comunitarios.

Análisis y comentarios:

Debido a que este programa se aplica en comunidades con menos de 100 habitantes, no aplica a la comunidad de La Lira cuya población es con mucho mayor y cuenta con escuela preescolar y primaria por lo que los instructores de CONAFE no trabajan en la misma.

A pesar de esto, es importante destacar que se realizan 2 pláticas con los maestros de las escuelas primarias (turno matutino y vespertino) referentes a primeros auxilios y nutrición; de igual modo se atendieron 33 escolares que sufrieron algún tipo de accidentes en el transcurso de sus labores escolares de forma gratuita.

4.- SALUD MUNICIPAL

Descripción: En el plan nacional de desarrollo 1989-1994 a quedado claramente planteado que la rehabilitación de nuestro sistema político se desarrollará en la medida que el municipio se convierta en el eje de desarrollo social y económico y en impulsar el bienestar de la población, siguiendo la acción de los grupos sociales en materia de salud, educación y vivienda.

En este programa la salud es concebida como producto de las interacciones económicas, sociales y culturales y como parte importante del bienestar social que requiere para hacer alcanzada plenamente no sólo del convenio de otros sectores diferentes al de salud sino también de la participación de las comunidades y de los gobiernos como medio eficaz para lograr los recursos necesarios, en este sentido, el municipio debe lograr un papel importante en la instrumentación de las estrategias que requieran las acciones de salud.

Este programa aunque se haya identificado con este nombre, tiene una amplia tradición en el sistema de salud en nuestro país; entre los más significativos pueden citarse el programa de dotación de agua a las comunidades, programas de obras rurales por cooperación, el mayor aumento de las viviendas, higiene escolar, materno infantil, hidratación oral y el de vacunación en sus fases instructivas en los cuales la participación de la comunidad ha sido muy importante en el desarrollo de estos programas.

Objetivos:

- Impulsar la participación organizada de las comunidades de área de trabajo de las unidades aplicativas del Estado, a través de la formación de comités de salud y grupos específicos, con el apoyo de la autoridad municipal de organizaciones sociales y otras instituciones en los programas y fomentar actividades de corresponsabilidad y el autocuidado de la salud.
- Sensibilizar a los ayuntamientos sobre la importancia de la planeación y programación, en torno a la salud y bienestar social de la población del municipio.
- Lograr la autorresponsabilidad y la acción organizada de los individuos y grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades y programas de salud que les permita ser sujetos activos de su propio desarrollo.
- Contribuir a mejorar la salud de la población indígena, a través de su programa de salud adecuado a sus necesidades específicas, a sus características culturales y a sus condiciones sociales y demográficas.

Actividades:

- Está orientada a la participación del municipio apoyando los programas de salud que se desarrollan en su jurisdicción, así como lograr la participación en las comunidades a través de la integración de los comités de salud y grupos específicos, que sirvan de enlace entre el equipo de salud y la comunidad para organizar mejor la participación y se contribuya con acciones concretas a la atención de la salud.
- Involucrar progresiva y paulatinamente a los individuos y grupos sociales en la discusión de sus principales problemas y necesidades de salud, en las posibles soluciones, en la ejecución y evaluación de acciones y programas de salud.
- Coordinar y concertar entre los sectores público, social y privado e instituciones de salud, de educación, de carácter productivo, centros de trabajo, ejidos, con autoridades y organizaciones indígenas locales.
- Extensión de los servicios de atención y promoción a través de personal institucional como maestros bilingües y promotores; indígenas que realizan actividades de salud como son los médicos tradicionales.

Estrategias instrumentales:

- Formación de comités de salud en comunidades que no cuenten con él.
 - Promover la participación de las autoridades de las cabeceras municipales.
 - Reclutamiento de personal voluntario comunitario, y capacitación del mismo.
 - Programación de actividades.
 - Acciones concretas de la comunidad en beneficio de su salud.
 - Los comités de salud en el área rural y urbana se formarán de la siguiente manera: un presidente, un tesorero, un vocal de atención médica, vocal de nutrición y vocal de saneamiento.
-
- Elaborar programa anual de actividades y promoverlo con las autoridades locales.
 - Coordinar con instituciones, autoridades y organismos que tengan participación en los programas a nivel local.
 - Promover la organización y capacitación de los comités de salud a nivel local.
 - Por cada comité de salud formado se levantará una acta en tres tantos debidamente firmada por los miembros del mismo, enviando una copia a la dirección de salud.
 - Reclutar, capacitar y motivar al personal comunitario (promotores), para que participen en los programas de salud.
 - Analizar con las comunidades sus necesidades y recursos para definir planes de acción que contemplen su participación con fuerza de trabajo.
 - Hacer seguimiento de las actividades que se realicen en la comunidad.
 - Promover y asistir a reuniones de los comités de salud y la comunidad en general.

- Promover la realización de obras circunscritas y colectivas de saneamiento ambiental, producción de alimentos entre otras.

Análisis y comentarios:

Al inicio de mi servicio social me fue establecida por el sistema de salud municipal una meta de 3 proyectos a realizar durante mi período. El año de 1997 fue un año particularmente difícil para la realización de proyectos de salud municipal porque fue un año de cambio de poderes ejecutivos (Gobernador, Presidente municipal, y Sindicato) y, como nosotros sabemos durante estos años, todas las actividades se “congelan”. El comité de salud local, asimismo, tuvo nula o poca participación debido a los problemas de selección de los integrantes que se mencionó anteriormente y el cual escapa a mi control. Sin embargo la meta establecida fue superada ampliamente, en gran medida debido a que la unidad de salud se encontraba en condiciones bastante deplorables y las mejoras necesitaban ser hechas para poder llevar una vida medianamente confortable en la misma. Las obras realizadas fueron:

1. Conexión de la unidad médica a la toma de agua.
La unidad contaba con tubería pero esta no se encontraba conectada a la toma de agua la cual se localizaba aproximadamente a 10 m. de la unidad de salud.
2. Instalación de un tinaco.
De vital importancia debido a que en la comunidad se cuenta con agua corriente cada tercer día. El tinaco nos permitió contar con agua diariamente y ofrecer una mejor atención al público.
3. Acondicionamiento de la cisterna e instalación pero no contaba con la instalación hidráulica para su llenado y envío del agua al tinaco.
4. Reparación de la malla ciclónica de la unidad.
La cual se encontraba en pésimas condiciones y permitía que puercos, perros y demás animales entraran al jardín y defecaran en el con la consecuente proliferación de moscas y desarrollo de un foco de contaminación adentro de la misma unidad de salud.
5. Reparación de las lámparas del consultorio médico y luces exteriores de la unidad.
Los cuales no funcionaban por lo cual las consultas vespertinas tenían que realizarse con luz artificial impropia para una adecuada exploración física.
6. Inicio de construcción de un cuarto adicional en la unidad.
El cual puede ser utilizado como cocina ya que la actual fue improvisada en un pequeño espacio en el cual además se encuentra el séptico. Este cuarto permitiría la impartición de cursos de cocina muy necesarios en la comunidad.

5. NUTRICIÓN Y SALUD

Descripción: Las acciones de nutrición son una alternativa para mejorar la alimentación en calidad y cantidad de la población del estado.

La educación nutricional debe de promover la utilización adecuada de los recursos para mejorar los hábitos alimentarios.

El programa de nutrición y salud se inicia en el Estado de Querétaro en 1962 con el nombre de "Alimentación complementaria rural a preescolares" auspiciado por la cooperativa americana de remesas al exterior (CARE) y fue extensivo a todos los Estados de la República.

Desde el año de 1988 el programa alcanza las dimensiones y nombre actual.

Objetivos:

- Coadyuvar a proteger y promover la salud del grupo materno infantil a través de acciones tendientes a mejorar su estado nutricional.
- Contribuir al mejoramiento de la alimentación en familias con mayor riesgo donde existan menores de 5 años y mujeres embarazadas o en período de lactancia a través de la alimentación complementaria.
- Intensificar las acciones de fomento, producción y restauración de la salud del menor en el 100% de la población preescolar de los jardines de niños de la SEP.

Actividades:

- Impartir orientación nutricional a la población en lo referente a aprovechamiento de los alimentos locales.
- Vigilancia del estado nutricional de la población vulnerable a los menores de 1 año al nacer y luego cada dos meses, de 1 a 4 años cada 6 meses, a la embarazada llevar el control cada mes hasta los 6 meses de embarazo y cada 15 días desde el séptimo hasta el noveno mes, y cada dos meses durante el período de lactancia, lo que se plasmará en las gráficas de curvas de peso y talla para niños, así como la gráfica de índice de ganancia de peso para la talla y la edad gestacional.
- En caso de que no esté formado el comité de salud o de madres, formarlo.
- Realizar acciones donde participe la comunidad.
- Control de familias beneficiarias a través de la credencial anotando la entrega de paquetes, número de beneficiarios, acciones de atención primaria y la contraprestación.
- Valoración periódica del peso/talla/edad a los niños menores de 5 años.
- Valorar a los menores de 5 años referidos por el sistema preescolar.
- Enviar la contrareferencia a los jardines de niños para su control de la educadora.

- Integrar a los niños referidos al programa de ayuda alimentaria si lo justifica el examen médico (si cuenta con ayuda alimentaria).
- Dar atención a los niños desnutridos hasta incorporarlos al control del niño sano.
- Apoyar las acciones de este programa en los jardines de niños de su localidad y área de acción.

Análisis y comentarios:

Este es uno de los programas prioritarios más prioritario, debido al alarmante índice de desnutrición registrado en áreas rurales en México y al efecto tan devastador que ésta tiene en la salud humana, no existe grupo etéreo que escape al efecto de esta terrible condición. Por supuesto los grupos más susceptibles son niños menores de 5 años y mujeres embarazadas. La desnutrición es uno de los factores más estrechamente relacionados con la salud reproductiva. Nosotros sabemos que una mujer embarazada se encuentra en una situación de mayores requerimientos nutricionales, si a esto le agregamos que en la comunidad de la Lira la mayoría de las embarazadas se dan en madres adolescentes donde las necesidades nutricionales son todavía mayores, nos daremos cuenta de la precariedad nutricional en la cual se gesta la mayoría de la población rural en México. Deficiencias nutricionales durante la gestación y la infancia tendrán resultados permanentes durante el resto de la vida de la persona.

Por desgracia este problema obedece a problemas tan complejos y en ocasiones su solución no se encuentra en lo oportuno y eficaz de la atención médica e incluso tampoco en el aspecto educacional sino en factores económicos que escapan del poder de acción del médico y entran en el ámbito de la política económica nacional que desgraciadamente permite que estos absurdos continúen existiendo en los albores de un nuevo siglo. Pero la atención médica y la información nutricional sí están al alcance del médico y afortunadamente puede minimizar en cierta medida este problema.

Durante 1997 se realizaron 4 pláticas de nutrición con una asistencia de 93 madres de familia y se realizaron 2 cursos de cocina con especial énfasis en la preparación de carne de soya texturizada, alimento altamente proteico y a un precio bastante accesible, asimismo el centro de salud proveyó el servicio de distribución de esta soya texturizada a madres de escasos recursos que así lo requirieran cargando solamente el precio de costo del producto para poder continuar comparándolo. De igual forma se revisaron en consulta el estado nutricional de todos los niños menores de 5 años que acudieron a atención médica por cualquier razón obteniéndose los siguientes resultados contenidos en le cuadro No. 1.

Por supuesto el factor nutricional fue evaluado en todas las consultas de atención prenatal y en su caso se prescribió el tratamiento indicado, el desglose de las consultas de atención prenatal se presenta en el análisis del programa materno-infantil.

Por último es importante subrayar que las 14 muertes de menores de 5 años debido a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, reportadas en el cuadro de las principales causas de mortalidad en 1997, 13 de ellas estuvieron agravadas con algún grado de desnutrición.

**Grado nutricional en niños menores de 5 años
1997 - 98**

Mes	Sin desnutrición	Desnutrición leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa	Total
Febrero	12	1	0	0	
Marzo	26	0	0	0	
Abril	24	23	0	1	
Mayo	50	12	0	1	
Junio	32	8	2	0	
Julio	44	7	3	1	
Agosto	34	19	1	0	
Septiembre	92	6	2	0	
Octubre	105	13	5	0	
Noviembre	19	24	7	0	
Diciembre					
Enero					
Total	343	113	20	3	

CUADRO 1

6.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

Definición: Con el objetivo de brindar "Salud para todos", la Secretaría de Salud ha implementado diversos mecanismos para la prestación de servicios de salud y uno de ellos es la estrategia de extensión de cobertura, que es un conjunto de servicios básicos de salud que se otorgan en comunidades rurales de 500 a 2,500 habitantes, carentes de instalaciones médicas.

Dichos servicios se otorgan a través del personal voluntario de la propia localidad o auxiliar de salud, que ha sido capacitado y adiestrado en servicio por el personal médico y paramédico.

Objetivos:

- Incrementar tasa de continuidad y aceptación del programa de planificación familiar, así como los programas involucrados en salud materno infantil, en todas las localidades atendidas por la EEC.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados por las supervisoras de auxiliares unificando criterios.
- Intensificar las actividades de educación sexual, adolescentes, ambos sexos y prestadores de servicios (maestros educadores).

Actividades:

- Ampliar la cobertura y la calidad de la atención en P.F. en MI (en cada localidad asignada a la ECC).
- Promoción y difusión de P.F. y MI a través de pláticas a grupos, demostraciones distribución de trípticos, carteles, folletos.
- Incrementar el número de ATT. A la embarazada y que cada una de ellas termine con un método de P.F.
- Captar a todas las inasistencias y tener actualizados los calendarios en todas las localidades de la EEC del PPF y MI.
- Enfocar la educación sexual a los adolescentes con apoyo de los CMJ, concientizar a la población de parejas el concepto de paternidad responsable.
- Promover los métodos de P.F. definitivos.
- Asegurar la continuidad en los servicios, y de la población hacia los programas.
- Involucrar a la población en la solución de sus problemas, así como a sus autoridades ejidales, etc.
- Enfocar acciones a la familia en forma integral.
- Asegurar la atención médica gratuita a las AS y sus familias.
- Agilizar y efectuar el pago de incentivos en forma oportuna a las AS.
- Manejo y conocimiento de la norma técnica de planificación familiar.
- Introducción, conocimiento y manejo de las normas de materno infantil.
- Detección oportuna en embarazo de alto riesgo.

Análisis y comentarios:

Otro programa importantísimo por las terribles repercusiones sociales que envuelve. Desde mi muy particular punto de vista el problema de los embarazos adolescentes contribuye más al deterioro de la vida social de la comunidad de lo que actualmente se piensa. Cuando una adolescente se embaraza debe de dejar sus estudios para dedicarse a su función de madre y atender su casa, el hombre por su parte generalmente adolescente también debe de abandonar asimismo sus estudios e incorporarse al trabajo productivo, casi siempre como peón de albañil, a partir de ese momento el común de las parejas continúa teniendo hijos casi al ritmo de 1 por año con lo cual continúa el empobrecimiento de la familia y se cierra el ciclo ignorancia-pobreza-explisión demográfica.

Obviamente la salud reproductiva es severamente golpeada en este proceso, comenzando con que la mujer no está preparada ni física ni mental ni económicamente en la adolescencia para soportar traer al mundo a un nuevo ser pero además porque una familia de estas características no será un terreno fértil para el desarrollo de una futura madre o un futuro padre. Es así pues como los factores que afectan la salud reproductiva pueden, en un amplio contexto, rastrearse hasta las condiciones mismas de su gestación.

Afortunadamente y a pesar de los sermones dominicales de el cura de la comunidad, las personas poco a poco se van haciendo conscientes de la necesidad de la utilización de los métodos anticonceptivos, no sólo durante la adolescencia sino también después de la paridad satisfecha e incluso durante la vida reproductiva para el ideal esparcimiento de los hijos.

En La Lira a pesar de que la cobertura del programa de planificación familiar continúa siendo demasiado bajo, el incremento en el número de usuarios activos presenta una sólida tendencia ascendente, la cual no es explicada solamente por el incremento de la población, lo que significa que en términos de porcentajes la población rural mexicana usa más los métodos anticonceptivos que antaño.

Queda aún mucho trabajo por delante, en particular la difusión de los métodos anticonceptivos entre los adolescentes, un asunto bastante delicado tomando en cuenta la estricta moral judeocristiana de la sociedad rural mexicana y la enorme influencia de la iglesia católica en el sistema político mexicano.

Con todo y lo anterior durante 1997 se realizaron 10 pláticas de planificación familiar con un total de 218 asistentes, 2 de estas pláticas fueron realizados en la escuela secundaria de el área de influencia.

En cuanto a la consulta diaria de planificación familiar los cuadros No. 2 y No. 3

Planificación familiar subsecuente

1997 – 98

Mes	Oral	Inyectable	DIU	Preservativos	Total
Febrero	3	0	0	0	
Marzo	14	8	0	5	
Abril	17	14	0	12	
Mayo	8	11	0	12	
Junio	23	21	0	14	
Julio	13	16	3	8	
Agosto	7	10	0	11	
Septiembre	25	27	1	9	
Octubre	31	35	0	20	
Noviembre	7	18	0	17	
Diciembre					
Enero					
Total	148	160	4	108	

Fuente: SISPA 1997-98

CUADRO 2

Planificación familiar primera vez

1997 – 98

Mes	Oral	Inyectable	DIU	Preservativos	Total
Febrero	0	0	0	0	
Marzo	0	1	0	2	
Abril	0	1	0	0	
Mayo	0	0	0	0	
Junio	1	2	0	3	
Julio	1	2	3	0	
Agosto	3	5	0	1	
Septiembre	1	5	0	4	
Octubre	1	5	0	3	
Noviembre	3	7	0	2	
Diciembre					
Enero					
Total	10	28	3	15	

Fuente: SISPA 1997-98

CUADRO 3

7.- SALUD MATERNO INFANTIL

Definición: Madres y niños constituyen grupos particularmente sensibles en cuyo estado de salud se refleja tanto en el grado de desarrollo socioeconómico de una región como la preocupación que una sociedad tiene por el destino de las generaciones futuras.

El programa de salud materno infantil pretende desarrollar estrategias y actividades que concluyan en la realización de objetivos que protejan y fomenten el desarrollo de las generaciones futuras de México.

Objetivos:

- Promover y proteger la salud para disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil.
- Garantizar la atención a la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como los niños desde la vida intrauterina, durante el nacimiento y a través de las diferentes etapas de su crecimiento y desarrollo de manera universal y con equidad.
- Promover el autocuidado de la salud.

Actividades:

- Atender de mayor número de mujeres existentes en las localidades de competencia de su unidad en edad fértil y con mayor énfasis en los procesos de embarazo, parto y puerperio.
- Aplicar el toxoide tetánico a toda mujer embarazada de su localidad.
- Atender el mayor número de niños en edad infantil, preescolar y escolar.
- Incrementar los servicios que proporciona la unidad en términos de cantidad, calidad y calidez.
- Optimizar el uso, de los recursos asignados y promover la dotación de mobiliario, equipo y maternidad mínimo necesario.
- Llevar a cabo las actividades de control de la embarazada, atención del parto y puerperio, además de llevar a cabo la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño de acuerdo a las normas técnicas del programa materno infantil.
- Promover la atención del parto institucional.
- Detectar parteras tradicionales y coordinar acciones mediante la capacitación, asesoría y apoyo con recursos para la atención promoviendo además la instalación de posadas de nacimiento.
- Llevar a cabo la referencia y contrareferencia de pacientes utilizando las vías y mecanismos establecidos.
- Promover el autocuidado de la salud materno infantil en la población en general y hacia el ama de casa particular, reconociendo y apoyando su papel como procuradora de la salud familiar.

- Asistir a los cursos de capacitación que se imparten sobre los aspectos técnicos normativos, la aplicación del enfoque de riesgo en la atención y sobre los mecanismos para vigorizar la actitud humanitaria y el trato digno a los usuarios; replicando los contenidos en beneficio de la población.
- Participar en acciones de orientación nutricional e higiene, prevención y control de enfermedades a través de pláticas, visitas domiciliarias, periódicos mural, etc.
- Participar con el comité para la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal hospitalaria, llevando los cuestionarios correspondientes por cada muerte que se presente en su unidad y/o comunidad.

Análisis y comentarios:

Indiscutiblemente el programa más relacionado con la salud reproductiva. Obviamente la pareja madre e hijo son los más vulnerables en el proceso salud enfermedad, sobre todo en el tiempo perinatal y perigestacional. Respecto a este tema se ofrecieron durante el servicio social 15 pláticas a las cuales asistieron un total de 283 madres y/o padres de familia, a pesar de que tuvimos asistencia de algunos esposos, la población masculina sigue totalmente cerrada a la capacitación en esta área y delegándole totalmente la responsabilidad a la madre, creo que incorporar a los esposos y papás al proceso será un reto a resolver en el futuro.

La comunidad de La Lira la D cuentan entre ambas con cinco parteras tradicionales bastante bien capacitadas y en continuo entrenamiento tanto por parte del IMSS como del sector salud. Debido a la excelente capacitación de ellas y a la carencia de personal en la unidad médica durante mi servicio estreché la cooperación entre la unidad y las parteras, llevando en la mayoría de los casos el control prenatal de las embarazadas en forma conjunta, esto se puede apreciar en la aparente pobreza de partos atendidos y consultas a puerperas resumidos en los cuadros No. 4 y No. 5 que contrasta con los dato de atención prenatal resumidos en el cuadro No. 6.

Cabe mencionar que del total de consultas de atención prenatal se detectaron un total de 18 casos de preclamsia y 1 caso de eclamsia los cuales fueron referidos a 2º nivel.

Partos atendidos

1997 – 98

Mes	Eutócicos	Distócicos
Febrero	0	0
Marzo	0	0
Abril	0	0
Mayo	0	0
Junio	0	0
Julio	0	0
Agosto	0	0
Septiembre	0	0
Octubre	0	0
Noviembre	0	0
Diciembre	2	0
Enero	1	0
Total		

Fuente: SISPA 1997 – 98

CUADRO 4

Consulta a puérperas

1997 – 98

Mes	Primera vez	Subsecuente
Febrero	0	0
Marzo	0	0
Abril	0	0
Mayo	0	0
Junio	0	0
Julio	0	0
Agosto	0	0
Septiembre	0	0
Octubre	0	0
Noviembre	0	0
Diciembre	0	0
Enero	0	0
Total		

Fuente: SISPA 1997 – 98 CSRD LIRA

CUADRO 5

Atención prenatal

1997 – 98

Mes	Consulta 1ª vez			Consulta subsecuente		
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Febrero						
Marzo	1	0	0	2	3	3
Abril	0	0	0	0	3	4
Mayo	0	2	1	2	5	2
Junio	3	3	0	1	2	6
Julio	0	2	1	2	2	7
Agosto	2	3	2	0	6	1
Septiembre	0	3	2	1	5	3
Octubre	0	3	2	1	8	7
Noviembre	2	3	2	0	6	1
Diciembre						
Enero						
Total						

Fuente: SISPA 1997 – 98

CUADRO 6

8.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS (PRECED)

Definición: El programa PRECED inició sus actividades desde 1984, la estrategia fundamental es la detección oportuna y el tratamiento efectivo del caso de enfermedad diarreica, a través de la hidratación oral con "vida suero oral".

Actualmente se logran tratar casi en su totalidad los episodios diarreicos en los menores de cinco años que demandan el servicio en los centros de salud.

La complicación más frecuente es la deshidratación al perder líquidos en las heces, en casos avanzados puede llegar al desequilibrio hidroelectrolítico, choque o la muerte del menor.

Objetivos:

- Disminuir la mortalidad por enfermedades diarreicas en el niño de 5 años.
- Evitar o en su caso tratar oportunamente la deshidratación asociada a diarrea.

Actividades:

- Promoción y educación para la salud a la población abierta de los contenidos preventivos de la enfermedad diarreica mejoramiento al saneamiento del microambiente de la familia.
Estimular la lactancia materna al menos hasta el año de edad.
- Mejorar la nutrición del menor de 5 años orientando a la familia en el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en la localidad, mediante pláticas o grupos ya sea dentro o fuera de la unidad y entrevistas personales, a las madres poner énfasis en los signos de deshidratación y/o alarma, estimulando la utilización de líquidos de uso casero (atoles, caldos, sopas, tés, infusiones).
- Realizar demostraciones sobre la preparación, administración y conservación del "vida suero oral".
- Elaboración de dos periódicos murales, uno previo y otro durante la época de mayor incidencia.
- Distribuir carteles trípticos y folletos que se le asignen.

Análisis y comentarios:

Las enfermedades diarreicas ocupaban hace 3 años el 1º lugar en los índices de morbilidad nacional, con la introducción de los electrolitos orales y la capacitación en las terapias de hidratación oral, estos han comenzado a descender del 1º al 2º lugar de los índices mencionados.

Aún continúan acaparando gran parte del tiempo de atención médica así como de los recursos hospitalarios. Lo absurdo de la situación es que estamos hablando de enfermedades fácilmente previsible por adecuados hábitos higiénicos o en su defecto fácilmente tratadas si detectadas oportunamente.

En la comunidad de La Lira el principal factor que determina la alta incidencia de EDA's son las condiciones higiénicas en las que se encuentra la comunidad las cuales incluyen fecalismo al aire libre, animales defecando en las calles, el estrecho contacto entre los niños y los animales, polvaredas todo el año y baja educación en materia de hábitos higiénicos como el baño diario y el lavado de manos antes de las comidas y después de ir al baño. La comunidad cuenta con sistema de drenaje pero un alto porcentaje de los casos no cuentan con sanitarios ni fosa séptica. Un factor clave es la carencia de agua potable diariamente (actualmente el suministro es cada 3º día), por desgracia la solución de esto no está en nuestras manos.

Durante mi servicio se desarrollaron 8 pláticas de capacitación a un total de 202 madres de familia se otorgaron 147 atenciones en plan A, 2 en plan B y afortunadamente no tuvimos ningún caso que ameritan la utilización del plan C.

Por desgracia, y a pesar de no haber acudido a consulta en la unidad médica, tuvimos a lamentar 5 defunciones de menores de 5 años por enfermedades diarreicas, las cuales ocuparon el 2º sitio en la tabla de mortalidad de La Lira sólo debajo de las muertes por infecciones respiratorias agudas.

El comportamiento de la morbilidad de enfermedades diarreicas durante el año tiene su pico máximo en los meses de primavera y verano y su punto más bajo durante el invierno como se demuestra en el cuadro No. 7.

Enfermedades diarreicas agudas

en menores de 5 años

1997 – 98

	Plan A	Plan B	Plan C	Sobres repartidos	Sobres en promoción
Febrero	2	0	0	6	13
Marzo	2	0	0	6	5
Abril	16	0	0	45	51
Mayo	24	0	0	72	72
Junio	20	0	0	60	60
Julio	23	0	0	69	57
Agosto	14	2	0	45	58
Septiembre	10	0	0	30	41
Octubre	26	0	0	51	72
Noviembre	10	0	0	30	180
Diciembre					
Enero					
Total	147	2	0	414	609

Fuente: SISPA 1997-98

CUADRO 7

9.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Definición: El programa IRA inició su operación en el Estado de Querétaro en 1988 como una respuesta al gran problema de salud pública que representan las altas tasas de mortalidad por neumonía y morbilidad por infecciones respiratorias agudas, en especial en los niños de 5 años.

Se considera infección respiratoria aguda a todas aquellas que afectan al tracto respiratorio y oído medio y que tienen una duración desde su inicio hasta 15 días.

Este programa busca disminuir el impacto que provocan estas infecciones en niños menores de 5 años.

Objetivos:

- Disminuir la mortalidad por neumonía en el menor de 5 años.
- Disminuir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas.

Actividades:

- Educación y promoción para la salud, difundir a la población los contenidos de prevención y control de las IRA, en el hogar y en especial identificar signos de alarma y a través de pláticas a grupos ya sea intramuros (C.S.), o extramuros (escuelas comités de salud); elaboración de dos periódicos murales al año, distribución de trípticos y carteles y en la consulta incluir el componente educativo en las recomendaciones a la madre.
Estimular la lactancia materna, continuar alimentación, completar esquemas de vacunación.
- Detectar e ingresar: al programa a todo niño de 0 a 4 años que acuda a consulta con infección respiratoria aguda.
- Evaluar mediante interrogatorio, observación y auscultación, para identificar signos y síntomas y estado general.
- Clasificar de acuerdo al siguiente cuadro:

Tos o dificultad para respirar

{ Enfermedad muy grave*
Neumonía grave*
Neumonía
No es neumonía*
(Clasificación en el menor de dos meses*)

Problemas de oídos: { Mastoiditis
Infecciones agudas del oído
Infección crónica del oído

Problema de garganta: { Absceso de garganta
Infección de garganta (prob. Bacteriana)
Faringitis (prob. Viral)

Otorgar el manejo y tratamiento de acuerdo a su edad y clasificación (ver manual e normas para el tratamiento de las IRA 1991/1992.

Citar a las 72 horas para evaluar manejo.

- Referir al 2º nivel de atención siguiendo los lineamientos establecidos.
- Solicitar medicamentos, material de curación oportunamente procurando tener una existencia mínima de dos meses.
- Conocer las metas operativas, en su caso elaborarlas y realizar auto evaluación mensual.
- Evaluación local, conocer las metas de la unidad aplicativa y realizar evaluación en base al avance.
- Solicitar medicamentos y otros materiales con anticipación debiendo tener, existencia al menos para dos meses de consumo en base al rendimiento material de curación y medicamentos autorizados en el programa:
 - Acetaminofen solución 100 mg., frasco gotero.
 - 1ª penicilina benzatinilica combinada 1200,000 unidades o en su caso penicilina benzatinica 600,000 + penicilina procainica de 400,00 D.U.
 - 2ª trimetropim con sulfametoxasol suspensión.
 - En menores de dos meses, ampicilina en susp. de 125 mg.
 - Salbutamol jarabe 2 mg.
 - Jeringa hipodérmica desechable c/aguja 21X32.
 - Alcohol 96° y torundas de algodón.

Análisis y comentarios:

Reflejando fielmente la situación prevaleciente en el país, La Lira presentó en el 1er lugar de morbilidad a las infecciones respiratorias agudas.

En este rubro en particular se sintió bastante el desabasto de medicamentos, especialmente analgésicos, antipiréticos y antibióticos en presentaciones pediátricas. Como siempre los factores fuera de nuestro alcance estuvieron presente en las paupérrimas condiciones económicas de la población la cual adolece de adecuado resguardo de las condiciones climatológicas.

Los menores de mayor incidencia de estos padecimientos fueron como cabe esperar aquéllos del año que presentaron las menores temperaturas, el número de casos por mes se pueden apreciar en el cuadro No. 8.

Por desgracia también tuvimos que lamentar la muerte de menores de 5 años.

Infecciones respiratorias agudas

1997 - 98

Mes	Primera vez Sintomático	Primera vez Antibiótico	Subsecuente Sintomático	Subsecuente Antibiótico	Neumonía	Referido
Febrero	3	8	0	0	2	2
Marzo	5	8	1	0	0	0
Abril	9	8	2	0	1	1
Mayo	17	7	0	2	0	0
Junio	13	6	4	3	1	1
Julio	17	8	1	1	0	0
Agosto	23	6	0	1	0	4
Septiembre	25	6	7	2	0	0
Octubre	35	12	3	12	0	0
Noviembre	12	7	0	2	0	0
Diciembre						
Enero						
Total	159	76	18	23	4	8

Fuente: SISPA 1997-98 CSRD LIRA

CUADRO 8

10.- PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE

El dengue es una enfermedad infecciosa aguda, causada por arbovirus, caracterizada por malestar general, cefalea, mialgias, artralgias, linfadenopatía y exantema. También se le conoce con los nombres de: quebrantahuesos, quebradora, trancazo.

En el Estado de Querétaro la endemia dio principio el año de 1986 la detectarse un brote epidémico en dos localidades del municipio de arroyo seco.

Hasta el momento, todos los casos registrados corresponden a dengue clásico; el cual es benigno, pero existe el riesgo de que ocurran casos de dengue hemorrágico.

Objetivos:

General:

- Disminuir la morbilidad por dengue en la entidad mediante la aplicación de las acciones establecidas en el programa de control.

Específicos:

- Reforzar las actividades de vigilancia epidemiológica.
- Incrementar las acciones de control del vector en su fase adulta y larvaria.
- Promover la participación activa de autoridades municipales, locales y de la comunidad en la lucha contra el vector.

Actividades:

- Aplicación de larvicida en depósitos de agua.
- Rociado espacial con malathion.
- Descacharrización.
- Detección de casos.
- Educación para la salud.
- Estudio epidemiológico de casos.

Análisis y comentarios:

El programa de prevención y control del dengue no tuvo ningún movimiento durante el año de 1997 ya que afortunadamente no se presentó ningún caso ni de dengue clásico ni de la variedad hemorrágica.

De todas formas se impartió 1 charla respecto a la prevención y tratamiento de este padecimiento.

11.- CONTROL DE PALUDISMO

Definición: El paludismo es un padecimiento infeccioso causado por un parásito del género plasmodium, transmitido de enfermo sano a través de la picadura de la hembra del mosquito anopheles.

La endemia en Querétaro se reinstala en 1984, después de haber permanecido 7 años sin transmisión. En 1986 se registraron 969 casos, siendo éste el mayor número en la historia del Estado, observándose a partir de este año, una tendencia francamente descendente.

Este programa persigue mantener en descenso la incidencia de este padecimiento.

Objetivos

General:

- Disminuir la morbilidad por paludismo en la entidad, mediante la aplicación de las acciones establecidas en el programa de control.

Específicos:

- Incrementar la búsqueda y tratamiento de casos.
- Incrementar las acciones de control del vector principalmente en localidades con casos.
- Promover la participación activa de autoridades municipales y locales, así como de la comunidad.
- Incrementar la educación para la salud.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica.

Actividades:

- Identificación de casos (toma de muestra hemática).
- Manejo y tratamiento.
- Notificación y registro de casos.
- Control del vector.
- Educación para la salud.

Análisis y comentarios:

Al igual que el anterior en este programa no se realizó ninguna actividad, sin embargo el mes de marzo de 1997 se reportó un caso sospechoso de paludismo el cual al realizarse el estudio de gota gruesa y delgada fue descartada.

12.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEPROSIA

Definición: La lepra o enfermedad de Hansen es un padecimiento infeccioso de reducida transmisibilidad, causada por un microorganismo conocido con el nombre de *Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen.

La incidencia de lepra en Querétaro presenta una tendencia ascendente en los últimos 5 años. Este incremento se debe, presumiblemente, a la intensificación de la búsqueda de casos.

El programa persigue reducir la incidencia de esta enfermedad.

Objetivos:

General

- Disminuir la morbilidad y prevenir las incapacidades por lepra mediante la aplicación de las actividades específicas del programa.

Específicos:

- Incrementar las acciones de búsqueda y control de casos.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica.
- Incluir el total de casos al esquema de poliquimioterapia.
- Incrementar las acciones de fomento a la salud.

Actividades:

- Localización de casos.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Control y seguimiento de enfermos.
- Vigilancia postratamiento.
- Prevención de incapacidades.
- Educación para la salud.

Análisis y comentarios:

Otro programa en el cual me da mucho gusto no haber tenido ninguna actividad durante el servicio.

13.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA

Definición: La rabia o hidrofobia es una enfermedad infecciosa aguda de pronóstico fatal en todos los casos, causada por el virus rábico.

El principal transmisor de la rabia al hombre es el perro.

En el Estado de Querétaro se atienden alrededor de 1100 personas agredidas o que son contactos de animales rabiosos o sospechosos de padecer rabia. Más del 90% de estas agresiones son ocasionadas por perros.

El mejor tratamiento para la rabia es la prevención basada en la atención oportuna de las personas agredidas y la vacunación antirrábica canina. El programa basa sus actividades en los dos puntos anteriores.

Objetivos:

General

- Proporcionar atención antirrábica al 100% de las personas agredidas que lo soliciten.
- Observar al 100% de animales agresores.
- Lograr una cobertura de vacunación antirrábica canina del 80% de la población estimada.
- Intensificar las acciones de promoción y educación para la salud.

Actividades:

- Vacunación antirrábica canina.
- Capturar y eliminación de perros.
- Observación de animales agresores.
- Atención médica oportuna de personas agredidas y contactos de animales rabiosos o sospechosos.
- Envío de muestras al laboratorio a través del centro antirrábico del municipio del Querétaro.
- Educación y promoción para la salud.

Análisis y comentarios:

Durante el servicio se atendieron 16 personas mordidas por perros, cuyas heridas fueron de diversas magnitudes, ninguna de ellas desarrolló sintomatología por lo cual en todos los casos en los que se inició el esquema (4 en total) fue suspendido posteriormente.

La vacunación antirrábica es la mayor acción de prevención que realiza el sector salud y está dando increíbles resultados, en la campaña realizada durante el mes de junio de 1997 se aplicaron 855 dosis de vacuna antirrábica a similar número de perros.

Prevención de la rabia

997 – 98

Mes	Dosis antirrábica	Humana		Dosis antirrábica canina
	Tx iniciados	Tx terminados	Tx suspendidos	
Agosto	0	0	0	0
Septiembre	0	0	0	0
Octubre	0	0	0	0
Noviembre	0	0	0	0
Diciembre	0	0	0	0
Enero	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0
Marzo	0	0	0	0
Abril	1	1	1	0
Mayo	0	0	0	0
Junio	0	0	0	0
Julio	0	0	0	855
Total	1	1	1	855

Fuente: SISPA 1997-98

14.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Definición: La tuberculosis especialmente en su forma pulmonar constituye un problema de salud pública en Querétaro debido al número de personas que enferman cada año y que contribuye a propagar la enfermedad.

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa, crónica de lenta evolución que afecta principalmente los pulmones aunque puede afectar otras partes del cuerpo como: las meninges, esqueleto, riñones, etc.

Este padecimiento es causado por un microorganismo llamado Mycobacterium Tuberculosis o bacilo de Koch.

Tanto la mortalidad como la morbilidad de este padecimiento muestran una tendencia descendente en el período de 1981 y 1997 y el objetivo de este programa es continuar así hasta su eliminación total.

Objetivos:

General:

- Disminuir la mortalidad y morbilidad por tuberculosis en la entidad mediante la aplicación de las medidas de control que indica el programa.

Específicos

- Interrumpir la cadena de transmisión mediante la búsqueda de casos bacilíferos y su tratamiento.
- Disminuir el riesgo de primo-infección natural mediante la vacunación con B.C.G.
- Incrementar la vigilancia epidemiológica.
- Intensificar las acciones de fomento a la salud.

Actividades:

- Vacunación con B.C.G.
- Identificación de sintomáticos respiratorios.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Estudio epidemiológico y de contactos.
- Educación para la salud.

Análisis y comentarios:

La tuberculosis presenta un doble interés epidemiológico debido a su contagiosidad y a que es una enfermedad previsible por vacunación, uno cabría esperar que la vigilancia epidemiológica sobre este padecimiento fuera muy estricta, sin embargo durante mi servicio tome 11 muestras de esputo a diferentes personas, todas ellas presentaban cuadros sugestivos de tuberculosis pulmonar, sin embargo nunca recibimos los resultados por lo que nunca supimos si era o no tuberculosis. A pesar de esto iniciamos en 1 paciente de los anteriores el tratamiento supervisado mediante el cual se presentó una gran mejoría. El paciente fue dado de alta al fin del tratamiento.

Se realizó además 1 plática informativa a las cuales asistieron 50 personas.

15.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA BRUCELOSIS

La brucelosis, también conocida como fiebre de malta, es un padecimiento infeccioso causado por una bacteria del género brucella.

Es una zoonosis de gran importancia en Querétaro debido al gran número de casos que se presentan cada año.

La infección es transmitida al hombre en la mayoría de los casos por ingestión de productos lácteos elaborados con leche no pasteurizada. En menor proporción tienen riesgo de enfermar las personas que por su ocupación están en contacto con animales enfermos o con sus desechos.

El Estado de Querétaro está entre los 10 de la República con mayor problema de brucelosis.

Objetivos:

General:

- Disminuir la morbilidad por brucelosis en la entidad mediante la aplicación de las acciones específicas de control.

Específicos:

- Incrementar la búsqueda de enfermos.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica.
- Adiestrar al personal médico y paramédico respecto a las actividades del programa.
- Incrementar las acciones de educación para la salud.
- Reforzar la coordinación con la S.A.R.H.

Actividades:

- Localización de casos.
- Diagnóstico de laboratorio.
- Tratamiento.
- Estudio epidemiológico de casos.
- Educación para la salud.

Análisis y comentarios:

La región de San Juan del Río en Querétaro, en la cual se incluye La Lira es un área famosa por la elaboración de productos lácteos de buena calidad y, probablemente por esto, es también un área endémica de brucelosis.

A pesar de esto sólo se presentaron 2 casos de brucelosis en el año, ambos recibieron tratamiento y al momento de finalizar el año ellos se encontraban asintomáticos y bajo tratamiento.

16.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Definición: Las enfermedades de transmisión sexual, también conocidas como venéreas, son padecimientos infecciosos que se transmiten de persona a persona generalmente por contacto sexual.

Son más frecuentes durante la vida sexual activa y se caracterizan por la presencia de lesiones en el sitio de contacto que en la mayoría de las veces son los órganos genitales.

Son muchas las enfermedades de transmisión sexual, considerándose como prioritarias por su contagiosidad y lesiones graves, la sífilis, la gonorrea, la uretritis por clamidia y el SIDA.

Este programa se desarrolla con la intención de disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por estos padecimientos.

Objetivos:

General:

- Disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades de transmisión sexual mediante la aplicación de las acciones establecidas en el programa de control.

Específicos:

- Sistematizar la búsqueda de enfermos de sífilis, gonorrea, SIDA y uretritis inespecífica.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica.
- Promover el uso del condón en forma profiláctica.
- Realizar examen periódico a prostitutas controladas.
- Incrementar las acciones de fomento a la salud.

Actividades:

- Búsqueda de casos.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Estudio epidemiológico de casos y contactos.
- Notificación y registro del caso.
- Fomento a la salud.

Análisis y comentarios:

Especialmente en comunidades como La Lira, en la cual las personas son muy conservadoras y muy allegadas a la región católica, las enfermedades de transmisión sexual son un tema del cual nadie habla y difícilmente se lo comentan a un médico a menos que la sintomatología sea muy severa. Especialmente las mujeres muestran una gran resistencia a consultar esto con un médico del sexo masculino. Esta falta de comunicación fue desde mi punto de vista el mayor problema con el que este programa tiene que enfrentarse para la obtención de mejores resultados. Por supuesto, en la medida que pasa el tiempo, las personas en la comunidad te toman confianza con lo cual se incrementan las consultas por este tipo de enfermedades, pero al final del año un nuevo médico llega y todo tiene que comenzar de nuevo.

No existen estudios epidemiológicos confiables respecto a la incidencia de enfermedades de transmisión sexual en La Lira, pero la incidencia reportada en este año representa la punta del Iceberg, especialmente en el caso de candidiasis vaginal, que según estudios norteamericanos está alcanzando las proporciones de una pandemia mundial silenciosa.

En 1997 se dieron 4 pláticas de enfermedades de transmisión sexual con una asistencia de 148 personas y se otorgaron 64 consultas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual.

17.- VACUNACIÓN UNIVERSAL

Definición: El programa de vacunación universal señala como meta prioritaria la vacunación de todos los menores de 5 años de edad para la prevención de las enfermedades siguientes: poliomelitis, sarampión, difteria, tosferina, tétanos y tuberculosis, en sus formas graves independientemente del lugar donde estos habiten y el estrato social al que pertenezcan.

Este propósito surge en respuesta al compromiso adquirido por nuestro país en la cumbre mundial a favor de la infancia, celebrada en Nueva York en 1990, donde se establece la protección a la salud de la niñez, como uno de los derechos humanos fundamentales.

Objetivos:

- Completar la vacunación de todos los niños menores de 5 años de edad para la prevención de las enfermedades siguientes: poliomelitis, sarampión, difteria, tosferina, tétanos y tuberculosis.

Estrategias:

- 1.- Vacunación permanente.
- 2.- Vacunación intensiva.

Actividades:

- 1.- Vacunación permanente.
 - Programa de vacunación permanente.
 - Control epidemiológica de casos y brotes.
 - Vacunación en áreas de acceso difícil y de alto riesgo.
(Vacunación en áreas de asentamientos humanos irregulares).
 - Programa de vacunación antisarampión a escolares.
 - Vacunación intrahospitalaria.
 - Vacunación en albergues del INI.
 - Aplicación del toxoide tetánico.
- 2.- Vacunación intensiva.
 - Integración de brigadas de vacunación para las zonas rurales dispersas o de difícil acceso y urbanas marginadas; así como la vacunación en puestos fijos y semifijos en sitios de concentración popular.
 - Abastecimiento oportuno de insumos, capacitación del personal y promoción de la fase intensiva.

- Cobertura del total de localidades, incluyendo las de menos de 500 habitantes.
- Las dosis que se apliquen en esta actividad contarán como parte del esquema básico de vacunación.

Análisis y comentarios:

El programa de vacunación universal es el programa prioritario más amplio, de mayor alcance y que acapara la mayor cantidad de recursos humanos y materiales en el 1º nivel de atención, lo cual es fácilmente entendible si se piensa en los alcances y repercusiones que este programa tiene en la salud de la población en general.

En La Lira no tuvimos ningún problema con el abasto de biológico, no así de material porque frecuentemente carecíamos de alcohol y algodón. Sin embargo esto no fue problema para que lográramos rebasar las metas establecidas para vacunación.

Cabe mencionar que la población conjunta de La Lira, y la D es similar a la población de Pedro Escobedo, cabecera municipal que cuenta con 5 médicos, 8 enfermeras y 2 trabajadoras sociales, de lo que se concluye que el recurso humano en La Lira (1 médico y 1 enfermera) está muy limitado para la población que requiere atención.

Durante el período de servicio social se impartieron 7 pláticas de vacunación con una asistencia de 80 personas.

Se aplicaron 3488 dosis de diferentes biológicos en la campaña permanente de vacunación y 10,208 en semanas nacionales de vacunación (3 en total durante el año), estos números se encuentran desglosados en el cuadro No. 9.

Tuvimos desgraciadamente 1 caso de tosferina, enfermedad previsible por vacunación, en una paciente de 2 meses de edad y con la 1ra dosis de DPT aplicada. En este caso se inició tratamiento con eritromicina al caso índice y a todos los contactos intradomiciliarios, así mismo se realizaron las actividades de bloqueo epidemiológico revisando y completando esquemas de vacunación en el total de la población de menores de 5 años.

Vacunación

1997 – 98

Mes	SABIN			DPT			BCG			Anti-sarampion			Toxoide Tetánico			Total
	Menor de 1	1-4 años	Total	Menor de 1	1-4 años	Total	Menor de 1	1-4 años	Total	Menor de 1	1-4 años	Total	Edad fértil	Embarazada	Otra Poblac.	
Ago.	51	2	53	56	4	60	17		17	13		13	9	5	2	16
Sept.	61	1	62	63	20	83	22		22	14		14	8	2	9	19
Oct.	36	7	43	36	17	53	8		8	12		12	171	5	11	187
Nov.	22	0	22	0	52	52	7		7	4		4	3	5	0	
Dic.	28	1	29	29	26	54	9		9	9		4	3	5	0	
Ene.	48		48	50	14	64	0	0	0	8		8	68	5	0	73
Feb.	33	1	34	35		35	8	1	9	10	1	11	3	3	3	9
Mar.	7	3	71	60		10	5		5	27	4	31	47	9	2	58
Abr.	64	7	71	60		10	5		5	27	4	31	47	9	2	58
May.	33		33	33	96	156	4		4	9		9	18	7	25	50
Jun.																
Jul.																
Total	383	22	405	369	231	600	83	3	86	109	7	116	434	46	57	537
Camp.	575	1731	2306	282	190	472	78	8	86	142	972	1114	504	59	263	1126

Fuente: SISPA 1997 – 98

CUADRO 9

18.- CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y MAMARIO

Definición: Los tumores malignos han ocupado entre 1984 y 1990 el 4º lugar dentro de las principales causas de muerte en el Estado, registrándose además, incremento en su tasa de mortalidad anual.

Sabemos que el cáncer en fase avanzada es incurable pero si lo detectamos a tiempo podemos salvar muchas vidas; este es el propósito de este programa.

Objetivos:

- Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino y mamario.

Actividades:

- La población objeto de éste programa son las mujeres con vida sexual activa y/o mayores de 35 años de edad.
- Exploración de la glándula mamaria y toma de frotis de papanicolau a toda mujer del grupo objeto del programa que se presente a consulta de primera vez en el año, priorizando en ésta última actividad a las mujeres con alto riesgo.
- Se considera alto riesgo de cáncer cérvico uterino:
 - Antecedente familiar de cáncer.
 - Inicio de V.S.A. a edad temprana.
 - Promiscuidad sexual y/o falta de higiene genital.
 - Infecciones genitales frecuentes.
 - Nubilidad.
- Toda mujer con secreción del pezón, se le practicará estudio de papanicolaou.
- Promocionar el programa a través de pláticas educativas a la población usuaria.

Análisis y comentarios:

Siempre es difícil que en comunidades pequeñas, las mujeres tengan confianza con un médico del sexo masculino para realizarse exploraciones de mama o para la toma de papanicolau, esto fue un gran problema para poder cumplir con las metas propuestas sin embargo pudimos resolverlo fácilmente con la capacitación de la enfermera en toma de citología vaginal, obviamente la exploración de mama continúa realizándose en consulta.

La estrategia anterior dio por resultado que un mayor número de mujeres solicitaran el examen. Por desgracia nunca contamos con suficientes laminas de vidrio para satisfacer la demanda, quisimos tratar de comprar por nosotros mismos el material y cobrarles a las pacientes el costo de mismo, pero no obtuvimos el visto bueno del director del sistema de salud municipal. Esto explica los pobres logros alcanzados en la detección de cáncer cérvico uterino a diferencia del cáncer de mama.

Los resultados obtenidos mes por mes están resumidos en el cuadro No. 10.

Se impartieron 5 pláticas de cáncer cérvico uterino con una asistencia total de 80 personas en las cuales se enfatizó principalmente la importancia de la detección temprana del cáncer cérvico uterino.

Desgraciadamente de los 50 papanicolaus realizados 2 resultaron con lesiones precancerosas y fueron sometidos a tratamiento. Ningún caso de cáncer de mama fue reportado durante el año.

Detecciones

1997 – 98

Mes	CACU	Ca Mama	Diabetes mellitus	HTAS
Febrero	0	0	0	1
Marzo	0	0	0	0
Abril	0	7	0	12
Mayo	1	7	0	21
Junio	5	31	0	42
Julio	0	42	0	51
Agosto	8	51	0	42
Septiembre	10	17	0	20
Octubre	7	10	17	15
Noviembre	7	16	31	13
Diciembre				
Enero				
Total				

Fuente. SISPA 1997-98

CUADRO 10

19. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Definición: Es la observación y el análisis rutinario, tanto en la ocurrencia y distribución de las enfermedades, como de los factores que inciden sobre su control para que las acciones de prevención y control resulten efectivas.

Objetivos:

- Establecer con oportunidad las medidas que sean preciso tomar, a fin de prevenir, controlar o eventualmente erradicar todos los riesgos y daños a la salud, así como proteger y mejorar la salud del 100% de la población de nuestra área de responsabilidad y así contribuir a mejorar la del Estado y territorio nacional.

Actividades:

- Determinar grados y números de susceptibles a una enfermedad determinada en grupos atareos, grupos sociales o en la totalidad de la población.
- Determinar niveles de protección contra una enfermedad específica.
- Determinar grupos de salud y desarrollo.
- Localizar en el mínimo de tiempo y recursos, casos, brotes o fuentes de transmisión de enfermedad.
- Verificar la mejoría, curación o muerte de los que enfermaron.
- Descubrir con oportunidad las modificaciones ambientales, potencialmente dañinas, provocadas para la acción del hombre.
- Identificar los grupos de alto riesgo en la población.

Análisis y comentarios:

Solamente tuvimos cuatro casos que ameritaron una notificación inmediata, los casos sospechosos fueron de paludismo, fiebre reumática, brucelosis y tosferina, en los dos primeros los casos fueron descartados después de estudios de laboratorio, en los dos segundos los casos fueron corroborados por lo que se inició inmediatamente el tratamiento para ambos. En el paciente con tosferina además, debido a su contagiosidad y a que es previsible por vacunación, debió de realizarse acciones de bloqueo epidemiológico interrogando a todos los contactos intra y extradomiciliarios además de realizar un barrido casa por casa para revisar y completar esquemas de vacunación en el total de la población menor de 5 años de edad.

Contamos afortunadamente con el suficiente recurso material pero no así el humano, por lo que debimos realizar una labor titánica la enfermera y yo precisamente a 2 semanas de acabar el servicio social.

20.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

Definición: La Diabetes Mellitus es una enfermedad caracterizada por hiperglucemia crónica y en la cual intervienen numerosos factores ambientales y genéticos.

En el Estado de Querétaro constituyó la décima causa de morbilidad general en 1989 y la 7º causa de muertes en 1988. En personas de 45 años y más ocupa el 3º lugar entre las causas de muerte.

Es pues, un problema de salud pública en el Estado motivo por el cual se ha dispuesto un programa para su prevención y control.

Objetivos:

- Disminuir la tasa de mortalidad de diabetes mellitus.
- Limitar y/o postergar la aparición de secuelas y complicaciones relacionadas con la diabetes mellitus.

Actividades:

- Definir la población en riesgo que debe abarcar la unidad médica (Centro de Salud), esto es, las personas de 40 años y más.
- Practicar una determinación de glicemia en ayunas.
- Utilizar tiras reactivas y sangre capilar periférica en forma anual a las personas que integran al grupo de riesgo.
- Incorporar al programa de control y seguimiento a todos los diabéticos que sean encontrados.
- Organizar "clubes de diabéticos", con los pacientes diagnosticados y sus familiares, con la finalidad de instruirlos en aspectos como: la nutrición, higiene, el tratamiento y otros, útiles para mejorar el control de los pacientes. Además buscar el apoyo de la familia, así como de los enfermos para con el paciente.

Análisis y comentarios:

Sabemos que en México la diabetes mellitus es una enfermedad degenerativa que alcanza proporciones impresionantes. De acuerdo a los cálculos más conservadores existe en promedio un diabético por cada 10 habitantes de la población. También la diabetes ha sido llamada "el asesino silencioso" porque generalmente los síntomas son muy sutiles y el paciente no siente mayores molestias, sin embargo la depreciación de su estado de salud continúa avanzando. Debido a lo anterior se comprende la necesidad de realizar mediciones de glucosa en sangre en personas de edad avanzada, sin embargo durante todo el año no contamos con tiras reactivas para las detecciones. Afortunadamente el

comité de salud junto algún dinero y pudimos adquirir este material con el cual se realizaron las detecciones resumidas en el cuadro No. 10.

La carencia de material mencionada arriba determinó también los bajísimos resultados en cuanto a la incorporación de casos nuevos en el sistema de control de pacientes diabéticos, estos datos se encuentran resumidos en el cuadro No. 11.

Diabetes Mellitus

1997-98

Mes	Casos nuevos				Casos en control				Total
	Menor 30	30 a 49	50 a 64	65 y más	Menor 30	30 a 49	50 a 64	65 y más	
Febrero	0	0	0	0	0	1	5	3	9
Marzo	0	0	0	0	0	1	5	3	9
Abril	0	0	0	0	0	1	5	3	9
Mayo	0	0	0	0	0	1	5	3	9
Junio	0	0	0	0	0	1	5	3	9
Julio	0	0	0	0	0	1	5	3	9
Agosto	0	0	0	0	0	1	5	3	9
Septiembre	0	0	0	0	0	1	5	3	9
Octubre	1	0	0	0	1	1	5	3	10
Noviembre	0	0	0	0	1	1	5	3	10
Diciembre									
Enero									
Total	1	0	0	0					

Fuente. SISPA 1997-98

CUADRO 11

21.- FIEBRE REUMÁTICA

Definición: La fiebre reumática aguda es una complicación de tipo recidivante e inflamatoria, más no supurativa, precedida de la infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo A, frecuentemente ocasiona artritis sin secuela, llevando a la carditis a una alta proporción de casos y consecuentemente a lesión valvular irreversible. La importancia de las secuelas incapacitantes que origina este padecimiento motivó el inicio de este programa.

Objetivos:

- Reducir la incidencia de la fiebre reumática.
- Limitar la aparición de secuelas relacionados con esta enfermedad.

Actividad:

- La población sujeto de este programa, es la escolar: 5 a 14 años.
- Se hará búsqueda intencionada de faringoamigdalitis estreptocócica en todo paciente de ese grupo de edad.
- Los casos positivos, (por clínica) reciben tratamiento de erradicación con penicilina benzatínica intramuscular; 1,200,00 U para niños con peso superior a los 30 kg y 600,000 U para niños con peso inferior a los 30 kg.
- Los niños con alergia a la penicilina, deberán recibir eritromicina por vía oral durante 10 días: en menores de 12 años, 40 mg por kg de peso en tomas cada 6 horas. En mayores de 12 años la dosis será de 250 mg cada 6 horas.
- Los contactos del caso de estreptococia deberán ser examinados para descartar infecciones estreptocócicas.
- Los casos de fiebre reumática se diagnostican por los datos de la historia clínica, los estudios de laboratorio y gabinete, así como los datos epidemiológicos.

Análisis y comentarios:

Este programa fue uno de los que tuvo menor actividad durante mi servicio social, con lo cual no trato de dar a entender que la fiebre reumática es inexistente en la comunidad de La Lira. Lo que sí trato de decir es que no cualquier persona de esta comunidad puede pagar 80 pesos que es el costo de un perfil reumático en los laboratorios particulares de Querétaro. De hecho durante el año fueron solicitados 36 de estos estudios al mismo número de personas, de las cuales sólo 5 pudieron realizarlos. Afortunadamente ninguno de los estudios resultó positivo pero estoy absolutamente seguro que si se pudieran realizar todos los estudios en todos los casos sospechosos nuestros índices de fiebre reumática se elevarían importantemente.

22.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Definición: La hipertensión arterial es una de las enfermedades más frecuentes de la población adulta del país. En Querétaro ocupó el 5º lugar dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general de 1989. Aunque como causa directa de muerte su repercusión no es muy importante; la causa: enfermedades del corazón; en la cual tiene una influencia, innegable. Ha ocupado el primer lugar de mortalidad en los últimos 5 años.

Su importancia como problema de salud pública, rebasa el ámbito regional y nacional, por lo cual desde 1986, se ha instrumentado un programa estatal para su prevención y control.

Objetivos:

- Disminuir la mortalidad por hipertensión arterial.
- Limitar la aparición de complicaciones y secuelas relacionadas con la hipertensión arterial.

Actividades:

- Definir la población en riesgo que le corresponda a la Unidad Médica (Centro de Salud): Toda persona con edad de 25 o más años.
- Diagnosticar en forma oportuna (precoz) el padecimiento, a través de la toma de tensión arterial –en forma anual- a las personas encuadradas dentro de la población en riesgo.
- Incorporar el programa de control y seguimiento a los hipertensos que sean encontrados.
- Apoyarse en las unidades del segundo nivel cuando el caso lo amerite.
- Organizar “clubes de hipertenso”, con los pacientes incorporados al programa y sus familiares, para capacitarlos en aspectos relevantes a su padecimiento e involucrar a la familia en el control de pacientes hipertensos.

Análisis y comentarios:

La hipertensión arterial, una de las más comunes enfermedades degenerativas de nuestro país, casi siempre acompañando a la diabetes mellitus.

Durante el año de servicio se realizaron 217 detecciones y se dieron de alta a 10 nuevos casos para su tratamiento y control, los cuales se agregaron a los 7 casos que estaban registrados al inicio del año para darnos un total de 17 pacientes hipertensos en control.

Nuevamente en este rubro la falta de medicamentos antihipertensivos fue el mayor problema que tuve que enfrentar ya que la población no cuenta con recursos suficientes para comprarlos.

En el cuadro No. 10 se desglosan las actividades de detección de hipertensión arterial así como en el cuadro No. 10-B se desglosan los casos nuevos y en control durante los meses del año.

Hipertensión arterial sistémica

1997 - 98

Mes	Casos nuevos				Casos en control				Total
	Menor 30	30 a 49	50 a 64	65 y más	Menor 30	30 a 49	50 a 64	65 y más	
Febrero	0	0	0	0	0	3	3	1	7
Marzo	0	0	0	0	0	3	3	1	7
Abril	0	0	0	0	0	3	3	1	7
Mayo	0	2	1	0	0	5	4	1	10
Junio	0	1	0	0	0	6	4	1	11
Julio	0	2	0	0	0	8	4	1	13
Agosto	0	0	0	0	0	8	4	1	13
Septiembre	0	1	0	0	0	9	4	1	14
Octubre	1	1	1	0	1	10	5	1	17
Noviembre	0	0	0	0	1	10	5	1	17
Diciembre									
Enero									
Total	1	7	2	0					

Fuente. SISPA 1997-98

CUADRO 10-B

Atención de consulta externa

1997 – 1998

Mes	Consulta 1ª vez	Consulta subsecuente	Total
Febrero	29	10	39
Marzo	49	38	87
Abril	98	51	149
Mayo	140	67	207
Junio	140	110	250
Julio	169	107	276
Agosto	141	76	217
Septiembre	248	170	418
Octubre	346	221	567
Noviembre	138	79	217
Diciembre			
Enero			
Total			

Fuente: SISPA 1997-98

CUADRO 11

Control de niño sano, primera vez

1997 – 98

	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	Total
Febrero	0	0	1	1
Marzo	0	0	0	0
Abril	1	0	0	1
Mayo	0	0	1	1
Junio	1	2	1	4
Julio	0	0	0	0
Agosto	0	0	6	6
Septiembre	3	2	0	5
Octubre	1	4	0	0
Noviembre	0	1	7	8
Diciembre				
Enero				
Total	6	7	16	29

Fuente: SISPA 1997-98

CUADRO 12

Control de niño sano, subsecuente

1997 - 98

	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	Total
Febrero	0	0	0	
Marzo	0	0	5	
Abril	0	0	7	
Mayo	0	0	4	
Junio	0	0	7	
Julio	1	2	10	
Agosto	0	0	15	
Septiembre	2	0	9	
Octubre	0	0	7	
Noviembre	0	1	7	
Diciembre				
Enero				
Total	3	3	71	77

Fuente: SISPA 1997-98

CUADRO 13

ANÁLISIS

Entre las principales causas de morbilidad por enfermedades transmisibles se encuentran, en primer lugar, las infecciones respiratorias agudas, de las cuales se reportaron 414 casos (un 63% del total de enfermedades transmisibles reportadas), en segundo lugar las enfermedades diarreicas con 92 casos (14%) en el año. Con menos frecuencia se reportaron casos de cervicovaginitis, amibiasis intestinal, micosis, otitis media, parasitosis intestinal (ascariasis y oxiuriasis) escabiasis, varicela y conjuntivitis. En total fueron 656 consultas por enfermedades transmisibles en el año.

Respecto a las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar heridas y traumatismos de las que se reportaron 103 en el año, seguidas por infección de vías urinarias y trastornos menstruales (31 casos), seguidas por dermatitis alérgica (33 casos), enfermedad ácido péptica (25 casos). Menos frecuentes fueron las consultas de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, lumbalgia, anemia clínica, trastornos digestivos y cefaleas. En total fueron 1771 consultas.

Respecto a la mortalidad, en el año de 1996 registró un menor número de defunciones respecto al anterior, en total 29 en Lira y 20 en La D, predominando en el sexo masculino. En 1997 se han registrado 31 defunciones en La Lira y 21 en La D en el período del 1 de febrero de 1997 al 31 de enero de 1998. Entre las causas más frecuentes encontramos la bronconeumonía con 7 casos, septicemia con 5 casos al igual que 5 muertes perinatales por aspiración de meconio. Entre otras causas menos frecuentes tenemos la insuficiencia cardio-respiratoria, como hepático, desnutrición y enfermedad vascular cerebral.

En la atención de consulta externa, se dieron un total de 2427 consultas en el año, 1042 de primera vez y 1385 en forma subsecuente, predominando en los meses de Noviembre, Diciembre y Enero.

En el programa de control prenatal se otorgaron 196 consultas, 67 de primera vez y 129 subsecuentes. De estas sólo 10 fueron de primer trimestre y 61 del segundo y 125 del tercero. Cabe mencionar que se necesita aumentar las acciones de fomento a la salud porque la mayoría de las mujeres no asisten a la consulta a pesar de que es gratuita.

En el control del niño sano sólo se otorgaron 29 consultas de primera vez y 77 subsecuentes, generalmente en el grupo de 5 a 14 años. La gente no está consciente sobre la importancia de este programa.

Se atendieron 3 partos, todos autocicos, y se otorgo 1 consulta a puerpera. Las cifras anteriores hablan de buen desempeño que las parteras tradicionales tienen en ambas comunidades.

De los 479 niños que acudieron a consulta por algún motivo, se encontró que 343 no presentaban desnutrición, 113 tenían desnutrición leve, 20 moderada y 3 severa. Esto se debe a la mala alimentación resultante de la pobreza e ignorancia de las madres de familia.

Se reportaron 149 consultas por enfermedades diarreicas aguda en menores de 5 años, de los cuales 147 fueron tratados con el plan 4, 2 en plan B y afortunadamente ninguno requirió ser tratado con plan C. En total se repartieron 414 sobres en consulta y 609 sobres en promoción.

En cuanto a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, se reportaron un total de 276 consultas de las cuales 235 fueron de primera ve (159 tratados con sintomáticos y 76 con antibióticos) y 44 subsecuentes (18 con sintomáticos y 23 con antibióticos). Se reportaron en total 4 cosas de neumonía de los cuales todos fueron referidos a 2º nivel de atención.

En detecciones se realizaron 50 tomas de DOC (Detección Oportuna de Cáncer) 294 exploraciones de mama, 43 tomas de tiras reactivas (diabetes mellitus) y 433 tomas de presión arterial.

Hubo 10 ingresos de hipertensión arterial y uno de diabetes mellitus. No hubo bajas ni fallecimientos durante el año.

En Planificación Familiar se ingresaron 56 usuarios nuevos, 10 con el método oral, 28 con el método de inyecciones mensuales, 3 con dispositivo y 15 con preservativos. En forma subsecuente se otorgaron 420 consultas, 148 de método oral, 160 inyectable mensual, 4 DIU y 108 preservativo.

En el programa de vacunación universal, se aplicaron en forma permanente 405 dosis de SABIN, 600 de DPT, 116 de antisarampión, 86 de BCG y de toxoide tetánico. En las campañas nacionales se aplicaron 2306 de SABIN, 472 de DPT, 1114 de antisarampión, 86 de BCG u 1126 toxoide tetánico.

La cobertura de vacunación universal en menores de 5 años es de 91% en La LIRA Y DEL 88% en la D. Cabe mencionar que es una tarea sumamente difícil para 2 personas sensibilizar a las madres de 1336 niños, sin embargo se han logrado grandes avances.

En el programa de prevección y control de la rabia se aplicaron 955 dosis de vacuna antirrábica en la campaña de 1997.

En programa de prevención y control de rabia se inició un tratamiento antirrábico, el cual fue suspendido posteriormente. En la campaña se aplicaron 855 dosis de vacuna antirrábica canina.

El problema más grave en ambas comunidades es la ignorancia lo cual provoca pobreza, desempleo, enfermedades, alcoholismo, delincuencia y muertes por enfermedades que son prevenibles. En promedio el 30% es analfabeta, el 37% saben leer y escribir pero no terminaron la escuela primaria, el 23% terminaron la primaria, sólo el 8% la secundaria y el 2% completaron otros estudios. Casi siempre la gente de edad es analfabeta ya que la escuela primaria, sólo el 8% la secundaria y el 2% completaron otros estudios. Casi siempre la gente de edad es analfabeta ya que la escuela primaria sólo tiene 16 años de existencia, en ese tiempo si alguien quería estudiar tenía que hacerlo en la cabecera municipal, no había transporte y se tenían que ir caminando, además desde muy jóvenes tenían que ir a trabajar al campo para ayudar con los gastos de manutención. En la actualidad hay muchos niños y jóvenes que no pueden ir a la escuela por falta de recursos económicos.

En las ramas de actividad económica, sólo el 60.2% se encuentra ocupada, es decir con trabajos fijos en agricultura, ganadería e industrial, el 39.4% se encuentra desocupada o subocupada, es decir con trabajos temporales, generalmente en el campo, percibiendo sueldos mínimos.

En los aspectos ambientales, el 96% cuenta con agua intradomiciliaria, sin embargo no es potable y la gente toma directamente sin hervirla ni agregarle cloro creando una gran incidencia en casos de diarrea. El 54% restante se abastece por otros medios (hidratante público o pipas) provocando mayor problema en el saneamiento básico.

Además el 57% practica el fecalismo a ras del suelo sin enterrar el excremento o ponerle cal, el 6% tiene letrina y el 5% fosa séptica. Sólo el 32% posee WC. No acostumbran lavarse las manos después de eliminar las excretas. Poco a poco se ha ido introduciendo un mejor sistema de drenaje y alcantarillado.

Afortunadamente la mayor parte de la gente elimina la basura a través del camión recolector (86%), el 9% la quema en terrenos baldíos o en los patios de las casas, el 2% la entierra y el 3% la tira al cielo abierto alrededor de los arroyos.

Otro gran problema, muchas veces derivado de la falta de recursos económicos, es que las madres automedican a los niños con tetraciclinas o antipiréticos antes de acudir a la consulta (para evitar este gasto), y al ver que no resulta es cuando lo llevan, generalmente más graves. En estos casos se les cita nuevamente al día siguiente o a los tres días con la promesa de que ya no se les va a cobrar, aún así son pocas las que los llevan a una revaloración. Muchas madres conocen la vida suero oral y acuden por los sobres sin llevar al niño a valoración.

En la eliminación de basura, se cuenta con un carro que pasa los días sábados pero sólo por las calles principales por lo que mucha gente se ve obligada a quemarla o a tirarla en terrenos baldíos representando un foco de contaminación muy fuerte.

En cuanto a la consulta del niño sano, no es un programa que se lleve a cabo en forma continua, las madres nunca llevan al niño a pesar a menos que esté enfermo. En realidad no están conscientes sobre la importancia del crecimiento y desarrollo de sus hijos, el padre que es el que tiene que salir a trabajar se desocupa totalmente de sus hijos. Igual pasa con las puérperas, se atiende al parto y a pesar de que se les cita para el día siguiente o a los 15 días no asisten porque como se sienten bien ya no lo consideran necesario a pesar de la promesa de que la consulta subsecuente no se les va a cobrar. En ocasiones se ha tenido que referir a algunos pacientes para atención de segundo nivel, pero no van sino que acuden a un médico particular o asisten a otro centro de salud poniendo en mayor riesgo la vida del paciente.

La consulta prenatal es muy deficiente, las mujeres no lo consideran necesario y van hasta que están en el 3er trimestre a pesar de que es gratuita. En las ocasiones en que es necesario un estudio de laboratorio o gabinete, nos lo hacen poniendo en mayor riesgo su embarazo.

Se ha insistido mucho en la detección oportuna del cáncer, sin embargo, mucha gente lo considera innecesario. También fue un gran problema la falta de espejos vaginales (sólo contamos con dos) y la falta de agua corriente cada tercer día.

Se ingresaron 60 usuarias activas al programa de planificación familiar, sin embargo muchas ya no regresan a su control subsecuente y es necesario hacerles visitas domiciliarias, a pesar de que el programa es gratuito. Muchas acuden por primera vez cuando están en la duda sobre si están embarazadas o no.

Se vacunaron 855 perros con vacuna antirrábica (Campaña de julio de 1996). Hubo varios casos de agresiones por mordedura de perros, afortunadamente ninguno presentó datos clínicos de rabia.

En cuanto a los daños a la salud encontramos que la tasa de mortalidad tiene a elevarse durante el último año predominando en el sexo masculino con un 60% a comparación con el 40% del sexo femenino. El grupo de edad que acumuló el mayor número fueron los menores de cinco años y en los mayores de 60, predominando la septicemia secundaria a enfermedades infecciosas de tipo respiratorio y diarreico.

Acciones realizadas en cuanto a la prevención primaria

Consisten en: pláticas semanales a las madres de Solidaridad, pláticas en escuelas primarias o secundarias, y a madres que acuden a vacunar a los niños (miércoles en Lira jueves en La D), acciones de detección de desnutrición en niños y obras de salud municipal).

Temas de educación para la salud:

	No. de pláticas	Asistentes
IRAS	14	354
EDAS	8	202
Vacunación	7	80
Nutrición	4	93
Accidentes	2	33
Planificación	10	218
Salud bucal	1	20
Tuberculosis	2	50
Ca. CU	5	80
Enf. Sexuales	4	148
Materno-infantil	1	30

En conclusión se ha mejorado mucho la cobertura de atención en los programas de salud, pero aún falta mucho por hacer principalmente en las acciones de fomento a la salud, conscientizar a las madres (principalmente) sobre la importancia de la vacunación universal en los menores de 5 años, del control prenatal, en la higiene personal y prevención de enfermedades diarreicas y de la dieta balanceada para evitar cualquier estado de desnutrición.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Hoja diaria del médico, 1997 – 1998.
- 2) SISPA 1997-1998. (Sistema de información de salud para población abierta).
- 3) Censo nominal de vacunación, 1997-1998.
- 4) Tarjetas censales de población, 1997-1998.
- 5) Diagnóstico de salud, 1997-1998.
- 6) Archivo de Registro Civil, Pedro Escobedo, Querétaro.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE A.1

ALUMNO: JULIAN ALBERTO FAJARDO DIAZ

Con una maleta cargada de preocupaciones y con otra llena de ilusiones. Probablemente es un punto en común con todos mis compañeros que inician su Servicio Social.

Después de una estancia de 2 años en Estados Unidos, en donde estuve trabajando en 2 hospitales y en la casa de un médico famoso, regresé a mi país, sin dólares, con un nuevo idioma, con una novia que se dice dispuesta a seguirme a cualquier lugar por terrible que este sea y con un genuino deseo de curar gente, de ayudar en algo a las personas de ésta, mi patria.

Llegué al acto público para enterarme que las plazas fueron dadas a conocer unos días antes, creo que es la primera vez que ocurre esto, me hubiera gustado haberlas conocido para haber hecho una elección más consciente, sin embargo, al no haber estado en el curso me la jugué y la perdí. Seleccioné Amealco, Amealco, un pueblo grande, cabecera municipal, creyendo que sería lo mejor. Mi novia, Lara y yo empacamos nuestras cosas en el carro y salimos hacia el lugar en el que debíamos pasar el siguiente año de nuestra vida.

Calles empedradas, casas humildes pero limpias (algunas no tan humildes), una imponente iglesia de no sé qué siglo, una plaza formidable con bancas y bellos faroles y un clima frío a media noche, nos recibieron en Amealco. El pueblo era maravilloso, no sólo un lugar en el que me gustaría pasar un año, son quizá el resto de mi vida, los problemas comenzaron al día siguiente.

A la mañana siguiente me enteré que el centro de salud se encontraba en muy mal estado, no había cocina ni agua caliente y que debía compartir cuarto con otro pasante, por lo tanto Lara no podía quedarse conmigo. El problema no era tan grande, buscaríamos un departamento o una casa para rentar y se solucionaría todo, o al menos eso pensábamos.

Por más que buscamos no pudimos hallar nada para rentar, el tiempo se nos estaba acabando pues debía de presentarme al servicio cuanto antes a riesgo de perder mi plaza.

Decidimos ir a San Juan del Río para tratar de movernos a otra localidad, la Dra. Me atendió muy amable y me dijo que tenía disponible una comunidad en la cual podríamos tener un cuarto para los dos y que el médico pasante de esa comunidad deseaba moverse a Querétaro porque su novia vivía allá, después descubriría que la verdadera razón fue que el médico pasante fue atacado por pandilleros del lugar y herido de un navajazo, y que los últimos tres pasantes habían renunciado a esa comunidad antes de cumplir el año de

servicio, sin embargo el tiempo se había acabado y mi nombramiento fue hecho para tal lugar.

Polvo, calor y suciedad, miradas hostiles que se desvían cuando las miras y te miran cuando no, fue lo que nos recibió en la Lira. Lara prometió acompañarme al infierno si fuera necesario, nunca pensó que tendría que cumplir su palabra.

En la comunidad tenemos agua un día sí y otro no, pero el centro de salud tiene un día no y el otro tampoco porque no está conectado a la toma de agua, fue construido con la clásica premura con la que se construyen las cosas que esperan ser inauguradas por el gobernador en su próxima y cercana visita a este lugar, una vez que el gobernador se ha ido, ni un centavo más del erario público fluye al lugar. Una cisterna vacía, una bomba arrumbada en una caja de cartón escondida en los rincones temerosa de ser descubierta, un tinaco roto, un baño pequeño, una cocina más chica que el baño, una cocineta, una ausencia de refrigerador, un cuarto con dos camas y sin luz, un consultorio sin lámparas y un jardín que es el sitio predilecto de todos los puercos de la región, en primera porque es el único lugar verde en la Lira, y segundo porque pueden pasar a su paraíso cuando quieran a través de los grandes hoyos de la cerca. Quizá no deba quejarme de los puercos, por lo menos ellos contribuyen al verdor del jardín con sus generosas aportaciones de estiércol que día a día depositan en él. Esto es mucho más que las contribuciones del municipio. Esto además de una piletta de papeles en blanco que nunca había visto y que se suponía debían ser llenados por mí sin ninguna instrucción y entregados el siguiente lunes “sin tachaduras ni enmendaduras”, son mis problemas que tuve y tengo que enfrentar.

Al principio traté de enfrentarlos pidiendo a mi director y al contador que repararan las cosas o que me dieran dinero, o por lo menos material para repararlas por mí mismo; no me dieron ni su bendición. Después como los que sufríamos por esto éramos sólo Lara y yo, decidimos conectar el centro de salud a la toma de agua, poner a funcionar la cisterna e instalar la bomba del agua con nuestro dinero, nuestro dinero se acabó y seguimos sin tener agua regularmente, ahora vamos a tratar de solicitar ayuda a la comunidad y reparar las cosas poco a poco, con suerte al final del año este centro de salud sea habitable y se lo puedan ofrecer a la Universidad Anáhuac o a la Salle para la próxima promoción.

Las preocupaciones que tenía respecto a mi capacidad de diagnosticar y tratar a los pacientes que tengo, han desaparecido, verdaderamente es increíble lo que puedes hacer con un poco de paciencia para escuchar, interés para buscar la información adecuada, y llegado el caso, humildad para decir “no sé qué tiene” y remitir tu paciente con alguien más que lo pueda ayudar; referir adecuada y oportunamente es también un acto de curación.

No quisiera continuar mencionando todos los detalles que he tenido que enfrentar en mi servicio social, sería hartito tedioso y aburrido, pero sí me gustaría mencionar que la

mayoría de ellos provienen del sistema burocrático y mañoso de la Secretaría de Salud, por desgracia, copia fiel del sistema política mexicano.

Por último me gustaría agregar que es muy interesante que se toque el proceso de adaptación en la antología del servicio social, creo que es una necesidad que continúe en las próximas generaciones y que se resalte la necesidad de ella y sus beneficios en el médico en formación, sin embargo creo que es importante por otra parte reflexionar en las consecuencias negativas de un proceso tal, ya que si bien la adaptación es una necesidad, cierto es también que no es inocua, (la adaptación del pulmón al tabaquismo se llama enfisema pulmonar).

En mi opinión, dos de las principales consecuencias negativas que produce este proceso de adaptación son: primero que debido a las malas condiciones de vida que son ofrecidas en el servicio social al médico pasante, y a la carencia de recursos (gasas, papelería, transportación, etc.), éstos comienzan a hacer uso del dinero de las consultas para satisfacer estas necesidades, y la única forma de hacer esto es "desapareciendo" pacientes de las hojas diarias con lo cual desaparece información estadística y epidemiológica del país, información que es (o debería ser) usada para la planeación de programas nacionales de salud y un sin fin de actividades valiosas. Segundo, la perspectiva que las nuevas generaciones de médicos pueden vislumbrar en el servicio social acerca del trabajo médico en las comunidades, derrumba las ya de por sí pocas intenciones que ellos puedan tener de abocarse a un trabajo en comunidades, y fortalece las ya de por sí excesivas intenciones de ingresar a una práctica urbano hospitalaria tan fuerte en nuestro país. Este último punto creo que debería de llamar la atención a nuestra Universidad, ya que ella pretende formar médicos sociales, objetivo tal que según mi parecer es el camino correcto para un país con las condiciones del nuestro, pero el cual no se logrará nunca si seguimos trabajando las reglas del gobierno y esperando que ellos nos den recursos para el trabajo comunitario. Debemos pues, buscar, encontrar y enseñar a las nuevas generaciones de médicos, no sólo medicina, sino también cómo allegarse recursos para este trabajo (Cuba y las organizaciones no gubernamentales a nivel mundial se encuentran avanzadas en este aspecto) sin los cuales el sueño de un médico social seguirá siendo un bello sueño, pero un sueño al fin de todo.

CASO CLINICO No. 1

Nombre del paciente: Antonio
Edad: 28 años Sexo: Masculino
Estado Civil: Casado
Domicilio: La Lira, Querétaro
Religión: Católica

Padecimiento Actual

Paciente masculino que acude al centro de salud quejándose de un fuerte dolor en el pecho con irradiación al brazo izquierdo, dificultad para respirar y excesiva sudoración que inicio súbitamente cuando el se encontraba durmiendo hace aproximadamente 2 horas.

Dada la premura del caso pase inmediatamente a tomar signos vitales dejando para más adelante antecedentes patológicos y heredo familiares.

Los signos vitales fueron los siguientes:

Presión Arterial: 120/80
Frecuencia Respiratoria: 45 por minuto
Temperatura: 37.8°C
Frecuencia cardiaca: 90 por minuto

El paciente no estaba tomando ningún medicamento ni había ingerido drogas ni bebidas alcohólicas según su propio relato. A pesar de lo anterior y de sus signos vitales relativamente normales el paciente se veía asustado y refería que sentía que estaba teniendo un "paro cardiaco". Le explique que a pesar de que todo en el parecía estar muy bien y que no encontraba en su corazón nada anormal le pondría una inyección para fortalecerlo y haría una revisión más profunda. Le aplique .5 cm de agua inyectable por vía intramuscular con lo cual el pareció sentirse mejor.

Comencé con un interrogatorio amplio de antecedentes heredo familiares y personales patológicos sin encontrar nada de relevancia.

Antecedentes Heredo Familiares

Madre viva de 55 años de edad aparentemente sana. Padre vivo de 67 años de edad hipertenso controlado con Metropolol.

Hermanos aparentemente sanos. Resto sin relevancia para el padecimiento actual.

Antecedentes Personales Patológicos

Nada de relevancia salvo una lesión en la rodilla derecha que sufrió 2 años atrás jugando fútbol. Nunca fue atendida. Actualmente se encuentra recuperado.

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

No se encontraron datos patológicos de relevancia para el padecimiento actual.

Exploración Física

A la inspección física me encuentro con un paciente consciente, bien orientado, con buen color de tegumentes, hidratado, sin posición antiálgica específica, más aparentemente nervioso y asustado.

No existen ganglios inflamados en regiones cervicales, supra claviculares ni axilares.

Reflejos Oculares, foto motores y moto motores presentes. En el área cardiaca se localiza el choque de la punta en la línea media clavículas 8º espacio intercostal.

A la auscultación los ruidos cardiacos se escuchan fuertes rítmicos y sin ruidos agregados.

A la exploración y auscultación de los campos pulmonares no se puede integrar ningún síndrome y se escuchan bien ventiladas. El resto de la exploración fue diferido.

Como se puede observar de los datos anteriores el paciente de acuerdo a sus signos vitales y toda la exploración física (relación objetivante) no tenía ningún trastorno apreciable. Sin embargo el aseguraba que si tenía algo en el corazón pero que afortunadamente con la inyección que le había puesto ya se sentía mejor (y verdaderamente se veía más tranquilo).

Me agradeció que le hubiera dedicado tanto tiempo (en total 90 minutos) porque normalmente los doctores lo atendían demasiado aprisa.

A pesar de que la propedeutica médica me indicaba que el paciente no tenía padecimiento alguno y también en gran parte por inseguridad que la inexperiencia conlleva recomendé al paciente acudir al hospital más cercano para realizar un electrocardiograma.

En el momento que atendí a este paciente no había aún leído las lecturas de la antología con respecto a las relaciones objetivante e interpersonal. Sin embargo me asombro mucho como por el simple hecho de respetar la idea que el paciente tiene respecto a su propio padecimiento (el cual tiene validez aún en ausencia de enfermedad confirmada de acuerdo a Leonardo Viniegra) y no catalogarlo como "enfermedad

psicosomática” “imaginación” o “hipocondríaco”; se fortalece la relación interpersonal entre el médico y el paciente.

De acuerdo a Leonardo Viniegra la relación interpersonal es el conjunto de mensajes que denotan interés, respecto, solidaridad y efecto.

Estoy verdaderamente convencido de que si le hubiese dicho al paciente que no tenía nada porque yo no le encontraba nada alterado, el paciente no solamente no se hubiera sentido mejor, sino que también no hubiera regresado conmigo y todo el objetivo del acto médico hubiera fracasado.

El paciente regreso conmigo varias veces, por diferentes cosas, el electrocardiograma no mostró alteración alguna y el se convirtió en uno de mis mayores publicistas con la gente de la comunidad.

CASO CLINICO No. 2

Nombre del paciente: Dolores Torres

Edad: 32 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Ama de casa

La paciente llego al consultorio preguntando por el doctor, cuando le dije que yo era, ella me pregunto que si era del estado de Sinaloa y de que parte, porque había visto las placas de mi carro. Le dije que había nacido en Los Monchis Sinaloa, curiosamente el mismo lugar donde ella nació y creció hasta el momento en que se caso y se fue a vivir para la comunidad de la Lira.

Inmediatamente sentí una simpatía por ella y nuestra conversación corrió fluidamente por casi una hora, hablando de nuestro pueblo de origen y de cómo era difícil la vida en la comunidad de la Lira.

Me platicó que tanto le disgustaba la comunidad que no salía de su casa más que para lo estrictamente necesario y que por eso ni siquiera había ido con el doctor a pesar que tenía 6 meses de embarazo.

Le indique la necesidad de llevar el control de su embarazo y le hice una cita para el siguiente día ya que tenía pacientes esperándome.

Al siguiente día, en la primera consulta inicie la toma del caso, tome los antecedentes gineco-obstetricos, patológicos, fecha de última menstruación, fecha probable de parto y las medidas antropometricas, así como toma de presión, maniobras de leopol y hábitos alimenticios. En la medida en que la consulta se desarrollaba poco a poco comenzábamos a hablar de cosas de nuestra infancia en la ciudad donde crecimos y de las diferencias con la comunidad de la Lira.

Confieso que yo también tenía un gran deseo, para este entonces, de platicar con alguien más cercano a mi cultura, pero me daba cuenta que esto poco a poco comenzaba a interferir en la relación objetivante.

La paciente tenía citas conmigo cada mes, en las cuales hacíamos los procedimientos de rutina; medir al bebe, fondo de útero, pesarla, medir la presión, aplicación de inmunizaciones y búsqueda intencionada de datos de toxemia, sin embargo era más tiempo el que hablábamos de otras cosas que el dedicado a la relación médico-paciente.

En algún punto de nuestras consultas, ella me presento a su esposo y yo le presente a mi esposa. A partir de este momento, el esposo venía a consulta con ella y algunas ocasiones mi esposa venía también a platicar con nosotros.

A pesar de que todo el tiempo realizamos los procedimientos que marca la norma técnica para el control de embarazos, la situación comenzaba a hacerme sentir un poco incomodo, ya que la relación médico-paciente sentía yo que se estaba diluyendo demasiado. No estoy seguro aún hoy día, si esta sensación era realmente porque se contraponía al concepto preformado que tenemos de cómo debe ser o si realmente estaba interfiriendo con mi juicio médico.

Alrededor de la 37 semana de embarazo, ella presento una crisis hipertensiva a media noche y yo la traslade en mi carro al Hospital Civil de Querétaro, donde decidieron inducir el parto.

El resultado fue bueno, ella se recupero del parto n tuvo a una niña muy sana que no presento mayores problemas.

A pesar de que sabemos que estas crisis no se pueden prever, este caso me dejo un sabor de boca no muy grato, y espero que no interfiera con mi relación transpersonal con mis futuras pacientes.

ANALISIS DE LAS CONCEPCIONES Y PRACTICAS EN TORNO DE LA SALUD Y LA REPRODUCCION HUMANA EN LA COMUNIDAD DE LA LIRA, QUERETARO

Antes de iniciar me gustaría expresar mi admiración por la lectura de antología: SALUD, EMBARAZO Y ANTICONCEPCION EN DOS COMUNIDADES RURALES EN MEXICO, la cual me pareció excelente y por otra parte muy interesantes los criterios de selección de las muestras en ambos universos, preferenciando la detección de los singulares más relevantes para obtener de ellos información que mostrara la diversidad de intereses, conocimientos, actitudes y creencias por sobre lo estrictamente representativo en términos estadísticos.

Desde mi punto de vista este enfoque permite una visión más amplia y profunda de comunidades tan heterogéneas como el pueblo mexicano.

La Lira, municipio de Pedro Escobedo en Querétaro no es una excepción, con una mezcla singular de catolicismo, paganismo y empirismo que convergen con el conocimiento científico que promotores de salud, enfermeros y médicos infiltran en ella, presenta características muy parecidas a las comunidades revisadas en la lectura.

SEXUALIDAD Y EMBARAZO

A pesar de que no tenemos todavía ninguna encuesta realizada en la comunidad y que nuestro analista se basara en observaciones en la consulta diaria así como la relación con miembros de la comunidad me gustaría mencionar y analizar las siguientes observaciones hechas en mi consulta diaria.

La mujer más joven que ha acudido al consultorio embarazada tiene 15 años de edad.

No he tenido ninguna paciente menor de 19 años que no haya tenido por lo menos un embarazo.

A la edad de 30 años, las mujeres tienen como promedio 5 hijos.

Ninguna de las mujeres que he atendido en el consultorio, que embarazadas o tienen hijos, trabajan o estudian.

Cuando una adolescente se embaraza tenemos por si mismo un embarazo de alto riesgo desde el punto de vista médico.

Cuando esto ocurre tanto la mujer como el hombre dejan de estudiar y comienzan a trabajar.

Generalmente los trabajos que el esposo puede conseguir habiendo estudiado solo la primaria o en el mejor de los casos la secundaria son eventuales o en el mejor de los casos aquellos que ofrecen bajo salario y no seguro social.

Debido a la ignorancia de los métodos de planificación familiar o a la resistencia a usarlos, año con año la pareja trae a un nuevo miembro a la familia y el mismo o menos dinero para satisfacer las necesidades.

Al mismo tiempo la comunidad ve aumentada su población, disminuida a la mitad su fuerza de trabajo y disminuida también el grado de escolaridad de sus integrantes.

Todos los puntos anteriores nos llevan a un incremento en la pobreza y en la ignorancia en la comunidad lo cual condiciona o coadyuvan a la constelación de problemas que esta padece.

Ahora, creo que no es justo plantear un problema sin por lo menos proponer una posible solución pero cual es nuestro problema real?

- 1) – Que los adolescentes tengan relaciones sexuales
- 2) – Que las adolescentes se embaracen.

Durante mucho años, y probablemente por cuestiones religiosas, el problema en nuestro país se ha definido como el primero; sin embargo poco o nada se ha podido hacer para solucionarlo. En mi opinión trabajar con la segunda definición nos ofrece más posibilidades de éxito.

Si nosotros asumimos que hagamos lo que hagamos los adolescentes seguirán teniendo relaciones y enfocamos nuestro trabajo a la difusión entre ellos de métodos de planificación e información de sexualidad tendríamos una meta muy real para trabajar.

No he olvidado por supuesto que en comunidades como estas los conceptos religiosos juegan un papel muy importante y que más tardaríamos nosotros en organizar una platica de sexualidad para adolescentes que el padre de la Iglesia en rociarnos agua bendita y tratar de exorcizaron, pero este es nuestro trabajo, y si el padre en la Iglesia representan una autoridad en la comunidad, nosotros representamos otra, por supuesto no propongo que nos enfraquemos en una lucha pero si que de la manera más inteligente procedamos a ejecutar un trabajo que es delicado pero imperioso.

En la comunidad de La Lira la inmensa mayoría de las madres y las familias han sufrido en carne propia este proceso y yo las percibo sensibilizadas al grado tal que en pláticas de planificación familiar ellos mismos me han sugerido la idea de darles pláticas a las adolescentes. Por lo tanto creo que lo anterior puede ser un camino, hacerles ver a los

padres de familia el proceso que ellos han vivido y si en algo hubiera de la sexualidad y la planificación familiar, entonces ellos podrán decidir si prefieren que sus hijos tengan la información o no.

PROCESO SALUD / ENFERMEDAD

Al igual que en las comunidades analizadas en la antología, en la comunidad de la Lira existe un gran desconocimiento respecto a las causas etiológicas de la enfermedad y de la muerte.

Esto se puede palpar en la consulta diaria cuando uno pregunta a los pacientes por las causas de muerte ya sea de sus padres, hijos u otros parientes.

Por supuesto a medida que el nivel académico aumenta, también aumenta el número de personas que pueden explicar las causas de enfermedades y muertes en los términos que la concepción médica concibe.

Sin embargo cuando uno puede penetrar un poco más de la superficie y se gana la confianza de ellos es posible conocer una concepción propia que se aparta de la nuestra pero que aún así continúa teniendo una organización hasta cierto punto coherente.

En La Lira las personas acostumbradas a clasificar los padecimientos de fríos y calientes, por lo general y según lo que me han platicado mis pacientes los padecimientos de frío hacen que la persona se debilite, no tenga hambre ni sed, tenga "desguanzo" (Adinamia), se ponga pálida y tenga necesidad de cobijarse por el frío que siente. Por otra parte, las enfermedades calientes se caracterizan porque la persona esta agitada, roja, no tiene hambre pero si mucha sed, no puede dormir y le disgusta los lugares calientes.

Las causas etiológicas de acuerdo a la partera de la comunidad pueden ser muchas pero generalmente son por exponerse a mucho frío o a mucho calor, "como cuando los niños andan desabrigados y les da calentura o como cuando juegan en el sol y les duele la cabeza".

Los alimentos también los clasifican en fríos y calientes, por ejemplo alimentos calientes es el picante el queso, la leche, la carne, el coco, el pan y alimento fríos la sandía, el tomate, la naranja, las calabazas y el chayote.

Algunas personas pueden enfermarse por comer muchas comidas frías o calientes o por comerlas cuando no deben, por ejemplo las parteras aconsejan que durante el embarazo, que es caliente, se evite comer sandía porque es muy fría y puede ocasionar la pérdida de producto. Asimismo cuando las mujeres están menstruando es importante no bañarse con agua fría y no comer mucha comida fría porque puede "dañar la matriz".

Esta concepción de frío y caliente es utilizada ampliamente por los curanderos y parteras de la comunidad y su tratamiento es en términos generales dar comida fría y su tratamiento es en términos generales dar comida fría al paciente con enfermedad de calor o comida caliente al paciente con enfermedad de frío. También se utilizan hierbas calientes o frías con la misma lógica de tratamiento las cuales pueden ser bebidas en infusión o puede bañarse al paciente o la parte afectada con el te de la hierba apropiada.

Existe además todo un sistema preventivo en esta concepción, arropar a los niños cuando hace frío, darles mucho agua cuando hace calor, nunca salir al frío o bañarse cuando el cuerpo esta caliente y algo muy curioso, cuando las personas ven la televisión por mucho tiempo, no deben salir al frío muy rápido porque tienen los ojos calientes.

Sin descartar este principio general, existen entidades patológicas específicas algunas de las cuales son: el mal de ojo, caída de mollera, el susto, el aire y el empacho.

El mal de ojo es generalmente lo padecen los niños cuando una persona de vista fuerte lo mira y para evitarlo se debe de colocar una cinta roja en el niño.

La caída de la mollera también es padecida por los niños y según las parteras se cura sobándole el paladar al niño mientras esta este de cabeza.

El sujeto como su nombre lo indica, es provocado por una impresión muy fuerte como una paciente mía que fue mordida por un perro y fue al centro de salud para que la saturara pero también fue con la curandera para que le quitara el susto.

El aire es un dolor aparentemente muscular que se origina cuando una persona tiene el cuerpo caliente por estar realizando algún ejercicio o trabajo corporal y se expone a corriente de aire frío, las curanderas lo quitan con baños de ruda o con ventosas, esto es un vaso de vidrio en el cual por un momento se coloca una vela prendida adentro de el e inmediatamente se coloca en la piel para que absorba el "aire malo".

El empacho es curiosamente un padecimiento que puede ser caracterizado por enfermedades diarreicas o estreñimiento acompañado de pujo, y anorexia, el tratamiento consiste en algunos casos en "sobarles la panza" o "estirarles el pellejo de la espalda" con lo cual la "tripa" (intestinos) se acomoda y se cura el empacho.

ANTICONCEPCIÓN

El hecho de que la comunidad de La Lira tenga una población de casi 900 mujeres en edad reproductiva y en el centro de salud solo tengamos registradas 120 en planificación familiar demuestra el poco impacto que tiene este importante programa en la comunidad de La Lira aún si tomamos en cuenta que parte de la población es derechohabiente del seguro social, ISSSTE o posee los recursos para su control en instituciones privadas.

En cuanto a este tema es evidente el desconocimiento de la mayoría de la población respecto a el tipo, uso y efecto de los métodos anticonceptivos, probablemente por ser un tema relativamente nuevo y muy ajeno a su concepto tradicional de salud – enfermedad.

A pesar de que poco a poco la aceptación de los métodos anticonceptivos va en aumento no necesariamente el conocimiento de ellos sigue el mismo camino o el mismo ritmo.

Como bien lo señala la antología, por un lado existe la necesidad cada vez más palpable de ellos por cuestiones de índole económicas y a la par su utilización choca con los preceptos morales católicos arraigados en el pueblo mexicano.

Lo anterior es evidente cuando las pacientes que van a solicitar un método de planificación, después de las explicaciones que yo les doy frecuentemente me preguntan si no las va a castigar Dios porque lo van a utilizar.

Es también normal que cuando las mujeres van a la primera consulta de planificación familiar ya han decidido que método utilizar antes de escuchar la explicación de los mismos por parte del médico o de la enfermera, y generalmente es un método recomendado por la mamá, la suegra, una amiga o incluso la partera.

De lo anterior se desprenden dos cosas, primero que existen redes sociales aparentemente más efectivas que las institucionales para promover el uso de los anticonceptivos y segundo, las mujeres confían más en las recomendaciones de otras usuarias que en la opinión del mismo médico.

Dentro de los principales objeciones que se pueden identificar para la utilización de los métodos anticonceptivos, la más fuerte son los conceptos religiosos los cuales son reforzados día a día durante el sermón del padre, sin embargo, percibo que este argumento poco a poco se va debilitando ante la evidente necesidad económica de una planificación familiar. Una frase que frecuentemente escucho "Claro, como el padre no tiene hijos" denota lo anterior.

Otra objeción frecuente son los efectos colaterales que son transmitidos por las mismas redes sociales anteriormente mencionadas y en no pocas ocasiones magnificados o distorsionados.

Por parte de la población masculina la principal objeción que he escuchado en la consulta diaria es la posibilidad de que su mujer le sea infiel con otro hombre se tiene ella la seguridad de no quedarse embarazada.

En La Lira, he podido detectar 2 formas de anticoncepción tradicional. Una es con una infusión de ruda que es tomada 3 o 4 días antes de la fecha de la menstruación y la otra es una infusión de orégano con chocolate tomada de la misma forma que la anterior.

Como se puede deducir, a pesar de que se le denominen métodos anticonceptivos son realmente procedimientos abortivos.

CONCLUSIONES

A través del análisis anterior podemos constatar que existen muchas similitudes y algunas diferencias entre la comunidad de La Lira y las comunidades analizadas en la antología.

El material presentado muestra, a pesar de que sea producto de un estudio basado en entrevistas y observaciones en la consulta externa, que en La Lira al igual que en Acapetahua y Ocuituco existe toda una concepción tradicional del concepto salud y enfermedad el cual abarca desde causas etiológicas, tratamiento y prevención. Este concepto parece estar más presente en la vida diaria de los habitantes que, el discurso institucional, el cual se percibe mucho más ajeno al diario vivir que los términos de frío y calor que son incuestionables para los pobladores de La Lira.

Aparentemente este concepto tradicional se encuentran más homogéneo en La Lira que en las otras comunidades.

Dentro de las entidades patológicas específicas encontradas en La Lira se identifica el empacho y el aire el cual no se menciona en las otras comunidades, el mal de ojo, el susto, la caída de la mollera también mencionadas en las anteriores son los padecimientos que más preocupan a los lirenos.

En relación con la concepción y prácticas dominantes en la sexualidad destacan como coincidencias la alta incidencia de embarazos tempranos y la percepción del proceso como algo inexorable. A pesar de que no se menciona en la antología el efecto de este

fenómeno en las condiciones económicas de la comunidad, en La Lira es evidente que el embarazo adolescente es un evento que desencadena una serie de acontecimientos que perpetúan el ciclo de ignorancia y pobreza.

Es pertinente, sin embargo, hacer mención que es muy difícil para una mujer de La Lira hablar de temas de sexualidad con un médico de sexo masculino, es por eso que el análisis de este tema esta basado principalmente en hechos observados en la consulta externa.

Con referencia a la anticoncepción las similitudes son evidentes en cuanto es el tema donde existe mayor ignorancia y confusión, probablemente por ser el de más reciente ingreso en el acervo cultural de la comunidad. En la población de La Lira se percibe también la existencia de conductos sociales para la propagación del uso de los anticonceptivos que son aparentemente más eficaces que las instituciones sin embargo estos mismos conductos tienden a deformar la información de los mismos magnificando en algunos casos los efectos colaterales de estos métodos.

Con todo lo anterior es posible palpar la existencia en La Lira, al igual que las comunidades de Acapetahua y Ocuituco de 2 concepciones medicas, la tradicional empírica y la institucional, las cuales coexisten en el diario vivir de la comunidad llegando formar un sincretismo cultural del cual no escapan ni siquiera el personal del centro de salud como la enfermera y la trabajadora social.

Queda por reflexionar como podemos unir estas dos concepciones medicas y si será necesario hacerlo.

Podrá un acercamiento de estos conceptos acercar al médico y al paciente y por lo tanto mejorar el acto médico?

La respuesta a esta última pregunta creo que es positiva, sin embargo las anteriores creo que aún es difícil contestarlas.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE C. 1

ALUMNO: JULIAN A. FAJARDO DIAZ

Finalmente después de casi tres meses de actividad en el Servicio Social, ayer terminamos un curso de dos días que pretendía informarnos acerca de los programas que debemos aplicar en nuestro centro de salud.

El curso en cuestión no me resolvió ninguna duda y me dejó abrumador por la cantidad de papeles a llenar, metas a alcanzar y visitas domiciliarias a realizar, todas ellas obligatorias, bajo la pena de no liberarte si no las realizas.

El siguiente es un resumen de los programas prioritarios extractado al manual "Programas de la Coordinación de Salud para asesoría de los médicos pasantes en Servicio Social", editado en febrero de 1992 (es el más actual que encontré).

1).- APOYO A PROGRAMAS PRIORITARIOS

El objetivo de este programa es lograr la participación activa y consciente de la población en el autocuidado de su salud.

Este objetivo se pretende alcanzar a través de acciones educativas a madres, promotoras sociales, comités de salud municipales y en acciones masivas utilizando eficientemente los medios masivos de comunicación.

Me parece absurdo que exista un programa prioritario que apoye a los programas prioritarios. (Tal vez necesitamos una Secretaría de Salud Prima, que apoye a la Secretaría de Salud a planear y esclarecer todo este embrollo).

2).- LA SALUD EMPIEZA EN CASA

Pretende coadyuvar en el fomento para el autocuidado de la salud en la casa, ampliar la cobertura de la atención para la salud y reducir los riesgos intradomiciliarios que afectan la salud.

Las actividades concretas que se me han pedido realizar consisten en dar pláticas a las madres apoyándome en un tarjetero de 14 láminas (muy bien realizadas, por cierto) que explican un tema específico de riesgo intradomiciliario para la salud, accidentes y su prevención, por ejemplo. Este es un bello programa.

3).- SALUD ESCOLAR, PROYECTO S.S.A.- CONAFE

El objetivo general es contribuir al desarrollo integral de los habitantes de las comunidades rurales marginadas, atendidos por CONAFE a través de la atención médica gratuita a los pacientes referidos por instrucciones de la CONAFE, incluyendo a éstos.

Este programa pienso que podría no haberse inventado y el mundo seguirá igual, porque la S.S.A. atiende a población abierta, cuente el paciente o no con recursos, se le debe dar atención, no necesita ser referido por la CONAFE.

4).- SALUD MUNICIPAL

Pretende impulsar la participación organizada de las comunidades a través de la formación de comités de salud, reclutamiento de voluntarios y capacitación de los mismos.

No se que diferencia exista entre este programa y el de apoyo a programas prioritarios.

5).- NUTRICION Y SALUD

Objetivo: Promover la salud del grupo materno infantil.

Acciones: Impartir orientación nutricional a la población y vigilancia al estado nutricional de menores de 5 años, y mujeres en edad gestacional.

6).- P.F. EN EXTENSION DE COBERTURA

Este programa es tendiente a ampliar los servicios de atención de salud en general y de planificación familiar en particular en áreas de difícil acceso, principalmente en comunidades rurales de 500 a 2,500 habitantes que carecen de instalaciones de salud.

Las acciones que se realizan son la asistencia a estas comunidades un día a la semana en mi caso, pero existen compañeros que viajan todos los días a diferentes comunidades.

7).- SALUD MATERNO INFANTIL

Pretende disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil a través de actividades como aplicar toxoide tetánico, atender el mayor número de mujeres en edad fértil, promover la atención institucional del parto, detectar y capacitar parteras tradicionales, etc.

8).- PRECED

El objetivo fundamental de este programa es disminuir la mortalidad por enfermedades diarreicas en el niño menor de 5 años.

Las actividades a realizar son la atención de cada caso de enfermedad diarreica que se presente, capacitación de madres, elaboración de periódicos murales, distribución de trípticos y volantes, y repartición de sobres de vida suero oral.

9).- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Pretende disminuir la mortalidad por neumonía en el menor de 5 años, así como disminuir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas.

Actividades: Educación para la salud y capacitación de madres, detección y referencia oportuna de niños con problema de neumonía y atención eficiente de niños con infecciones respiratorias agudas para evitar complicaciones.

Este programa, al igual que el anterior, son de los más prácticos, concretos y mejor instrumentados de todos, la única deficiencia es el desarrollo de material y medicamentos.

10).- PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE

Su objetivo es disminuir la morbilidad de dengue en la entidad mediante la aplicación de las acciones establecidas en el programa de control.

En la práctica, por el momento sólo tenemos que detectar casos de dengue y reportarlos inmediatamente, probablemente si llegáramos a tener un caso de dengue conoceríamos las siguientes acciones, pero por el momento, afortunadamente en mi comunidad no se ha presentado ninguno.

11).- CONTROL DEL PALUDISMO

Pretende disminuir la morbilidad por paludismo en la entidad, mediante la aplicación de las acciones establecidas en el programa de control.

Igualmente que en el anterior, nuestra función por el momento es detectar casos, tomar muestras y notificarlo inmediatamente.

12).- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEPRO

El objetivo es disminuir la morbilidad y prevenir las incapacidades por lepra mediante la aplicación de las actividades específicas del programa.

Actividades prácticas: Detección de casos y notificación inmediata.

13).- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA

Pretende disminuir la tasa de mortalidad por rabia humana a través de la vacunación de perros mayores de 2 meses y atención oportuna de personas agredidas y contactos, y notificación inmediata de casos.

14).- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Su objetivo es disminuir la mortalidad y morbilidad por tuberculosis mediante la aplicación de las medidas de control que indica el programa.

Actividades: Vacunación con B.C.G. antes del año de edad y al ingreso a la primaria. Atención gratuita a los casos sospechosos y toma de bar también gratuito, y supervisión del tratamiento en su debido caso.

15).- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA BRUCELOSIS

Tendiente a disminuir la morbilidad por brucelosis en la entidad, mediante la aplicación de acciones específicas de control a través de la detección de casos, reporte inmediato de los mismos y promoción de la participación comunitaria en la prevención y control de la brucelosis.

16).- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades de transmisión sexual mediante la aplicación de las acciones establecidas en el programa de control. Las actividades nuevamente son educación a través de charlas, detección de casos y tratamiento oportuno.

17).- CÁNCER CERVICU UTERINO Y MAMARIO

Objetivo: Disminuir la mortalidad por cáncer cervicú uterino y mamario.

Las actividades que realizamos son la exploración de mamas y la toma de frotis de papanicolau a toda mujer con vida sexual activa y/o mayor de 35 años.

Este programa es excelente pero no contamos con laminillas para la toma del papanicolau, y las pocas que tomamos casi nunca nos regresan los resultados.

18).- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Su propósito es prevenir, controlar o eventualmente erradicar todos los riesgos y daños a la salud.

En la práctica creo que todos los papeles que llenamos respecto al tipo de pacientes que vemos, número, notificación inmediata, sirven para el propósito de este programa, es una lástima que se pierda una gran cantidad de información epidemiológica en las hojas diarias de los pasantes.

**19), 20) Y 21).-
PREVENCION Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS,
HIPERTENSION ARTERIAL Y FIEBRE REUMATICA,
RESPECTIVAMENTE**

Cuyos objetivos son los mismos: Disminuir las tasas de mortalidad, así como las secuelas de cada una de ellas.

En la práctica tenemos que llevar a cabo las famosas detecciones tratando de alcanzar unas metas que en vez de motivar al pasante, lo desmotivan y fomentan la falsificación de información, y como además no tenemos tiras reactivas y la gente no cuenta con recursos para realizarse un exudado faríngeo, entonces ellos hacen como que nos ponen metas, nosotros como que detectamos, y el Secretario de Salud, como que los programas funcionan muy bien.

Cómo está organizado el sistema de información, es un misterio divino, y verdaderamente no estoy muy seguro que alguien que conozca (y esto incluye a mi director) sepa a ciencia cierta cómo es y pueda describir un flujograma de esto.

Lo único que se es que nosotros llenamos las hojas diarias de consulta de donde cada semana extraemos las enfermedades transmisibles y las reportamos en un formato denominado EPI-1-95 cada semana con nuestro director municipal, el cual las entrega a la Jurisdicción en San Juan del Río y de ahí para adelante, no se que pasa.

A partir de las hojas diarias se vacía todo el contenido en un formato denominado SISPA-1-96 el cual es entregado al director municipal cada día 27, el cual lo entrega a la Jurisdicción, pasa a Querétaro, y luego creo que a México.

En los casos de enfermedades de notificación inmediata, se llena el formato y se entrega con el director municipal, y nunca más vuelves a saber de él. Si te atreves a preguntar siempre encuentras la misma respuesta: "Si no nos notifican nada, es que fue negativo".

Puntualizaré mi opinión respecto a este sistema de información en los siguientes puntos:

1.- E sistema no es conocido por los pasantes porque nadie nos lo ha explicado y es muy difícil actuar correctamente dentro de un aparato que no conoces en su globalidad.

2.- Se pierde una cantidad descomunal de información porque el médico pasante necesita tomar dinero de las cuotas de recuperación y la única forma es “desapareciendo” pacientes de la hoja diaria.

3.- No existe una retroalimentación. Es decir, si yo envío láminas de papanicolau o frotis para barr, no obtengo la respuesta, el hecho de que nos digan que esto significa que fue negativo no es suficiente porque primero no sabemos nosotros cuando es el tiempo límite para saber si realmente es negativo, y cuando el paciente regresa por su resultado, no podemos decirle otra cosa que “lo siento, todavía no llegan los resultados”, lo que desmotiva todavía más pacientes de los que esperamos exámenes subsecuentes como lo es el papanicolau, y segundo porque en el caso, por ejemplo, de tomas de isopos rectales, necesitamos más frecuentemente en nuestra comunidad, para ratificar o rectificar nuestra terapéutica de primera elección.

4.- La cantidad de papeles que tienes que llenar es impresionante, y el manual de instrucción para el llenado de ellos luce más aterrador que el Harrison en inglés.

5.- El hecho que la percepción de los problemas sea en el nivel más bajo de la pirámide, y la toma de decisiones en el más alto, motiva la poca practicidad de los programas y su ineffectividad, ya que éstos no son aplicables a la realidad de la comunidad, y encima pretenden ser instrumentados por alguien que no puede tomar decisiones y carece de la visión global del sistema (o sea yo).

Como se puede apreciar, no tengo una muy buena opinión respecto al sistema de información, pero tengo mis razones y en verdad no estoy siendo pesimista, la cosa está realmente grave.

Creo que el 1er nivel de atención debería de tomar un papel preponderante en la toma de decisiones, y de poder tener más flexibilidad para su trabajo, el hecho de encadenarlo a metas a cumplir, actividades a realizar, papeles a llenar, lo hace parte de un gigantesco mecanismo acartonado y caduco, y destruye la iniciativa y las buenas intenciones que el pasante puede tener. Confío más en la apreciación de un pasante que está viviendo y sufriendo los problemas de la comunidad, que en un administrativo que vive en la capital de estado o del país, por mucha información estadística que éste tenga, y que, dicho sea de paso, es información que genera el primero.

Puedo estar equivocado, pero creo que debemos probar algo más, ya que el sistema que pretende controlar desde un aparato central de gobierno, ha demostrado hasta la sociedad, que es ineficiente y costoso.

DESCRIPCION DEL ESTADO DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA COMUNIDAD DE LA LIRA

UNA OPINION RAZONADA

ALUMNO: JULIAN ALBERTO FAJARDO DIAZ

EL PROBLEMA:

Creo que definitivamente los motivos de consulta no son un indicativo de los principales problemas de la comunidad, ya que en los casi tres meses, sólo he tenido consultas de control de embarazo, he atendido un solo parto y ningún puerperio. Esto es una comunidad con el mayor índice de natalidad en la región, y con un prácticamente muy bajo índice de problemas de muerte maternas, habla muy bien del trabajo que los recursos no institucionales (en este caso las parteras) han estado desarrollando en este lugar. Mención aparte merece el hecho de que un considerable porcentaje de partes son atendidas en la propia casa por madres, hermanas, amigas, etc., o en algunas ocasiones por la misma parturienta.

Existe, sin embargo, algo que sí ha sido motivo de consulta y es la solicitud de medicamento para interrumpir el embarazo, o sea la solicitud de un aborto.

En estos casos la paciente acude al consultorio refiriéndome que tiene 1, 2 o 3 meses sin que se le presente su menstruación, al preguntar si han tenido relaciones responden que sí y que no se ha estado usando ningún método anticonceptivo. Todos los datos clínicos responden a un embarazo y entonces ellas solicitan algo para interrumpirlo. La mayoría de estas pacientes (alrededor de 15 en 3 meses en total) son pacientes casadas y con ya 4 ó 5 hijos y muy pocas adolescentes. Algunas de ellas incluso ya traen su medicamento, una inyección de metrigem forte, o han probado remedios caseros (como ruda y chocolate).

Lo anterior señala un problema que si bien origina relativamente poca consulta, éste puede ser la punta del iceberg, y creo que e la población adolescente esto es mayor.

Se que el tema del aborto en México es harto complicado, pero la S.S.A. lo debe de enfrentar de alguna forma en lugar de ignorarlo y pretender que no existe. No sé por qué en México todavía no se puede comprar la píldora anticonceptiva que se toma después de la relación sexual.

Otros problemas que pienso que existen a pesar de que no son motivos de consulta son los siguientes:

- El embarazo de adolescentes es un problema tan frecuente que todo el mundo lo ve como lo más normal. Cuando las adolescentes acuden al Centro de Salud es porque ya están embarazadas y vienen al control del embarazo.

Las causas de esto son culturales y, creo yo, principalmente religiosas; la sexualidad continúa siendo un tema tabú en la sociedad mexicana, principalmente en las zonas rurales. A pesar de esto, en las pláticas que he dado he percibido un clima de mayor apertura a la idea de hablar de métodos de planificación familiar con los adolescentes.

En mi opinión, la educación sexual del adolescente es un punto fundamental en el desarrollo de la comunidad, ya que esto trunca la educación de las mujeres y de los hombres, al quedar las primeras embarazadas, y los segundos tener que trabajar para mantener a las primeras (en el mejor de los casos), y contribuye a la sobrepoblación. Estas dos (la ignorancia y la sobrepoblación) condicionan el nivel de pobreza de la comunidad.

Creo que, como un problema de educación que es, y por tener la infraestructura y el acceso masivo a la población adolescentes, la Secretaría de Educación Pública debería tomar cartas en el asunto, pero si no lo hace y siendo también un problema de salud, la Secretaría de Salud debe de manejarlo.

- El alcoholismo es otro problema que, aunque suene raro, considero un factor determinante en el estado de salud reproductiva de la comunidad, y con esto no quiero decir que las madres sean alcohólicas, lo que quiero decir es que para que una mujer se embarace necesita un espermatozoide, y el hombre que lo proporciona, en la mayoría de los casos tiene más poder en la toma de decisiones, que aún la misma mujer (principalmente en las zonas rurales).

Cuántas veces hemos oído decir, "Doctor, yo quiero controlarme, pero mi esposo no quiere", o "No tengo para la medicina porque mi esposo anda tomando y no ha trabajado"

No que un embarazo es de dos, y que para cuidar a la madre y al hijo está no solamente la madre, sino también el padre. Si no recuperamos a los hombres, estaremos reduciendo la capacidad de cuidado en todo el proceso reproductivo al 50%.

Yo se que difícil entrarle al problema del alcoholismo porque existen muchos intereses detrás de él, y porque además, la mayoría de los médicos no tienen la autoridad moral para decirle a alguien que no tome, si ellos mismos son vistos "chupando" los domingos de fut-bol, pero nadie dijo que era fácil.

El caso de alcoholismo es una especie de pandemia que nadie quiere ver, en mi opinión hace más daño que el dengue, el paludismo o la fiebre reumática, para los cuales ya existe un programa prioritario, pero no existe ni una sola acción en contra del alcoholismo (¿o será que el Secretario de Salud también "chupa"?).

Para tratar de solucionar o reducir este problema, creo que sería muy importante apoyarnos en Alcohólicos Anónimos, tratando de promover la asistencia de nuestros pacientes a esta institución, en las iglesias pidiendo a los sacerdotes su cooperación para que hablen de este problema en sus sermones y tratar de establecer pláticas con los adolescentes y hombres mayores. La promoción de actividades recreativas y deportivas, sería una maravilla, desafortunadamente con todos los trabajos que tenemos que hacer, no tenemos suficiente tiempo. Las comunidades que cuentan con una promotora social podrían utilizar este recurso. Es innegable que decisiones políticas tendrían un nivel de acción más amplio, decisiones como limitar licencias para ventas de alcoholes y encarecer el producto, pero también éstos serían menos profundos. Una solución profunda y bella sería impulsar fuentes de trabajo local que le brindaran a los pobladores una actividad fija (evitando el ocio) y un ingreso de dinero. Parece ser que ni el gobierno, ni la universidad, ni la comunidad desean o saben cómo hacer esto posible.

Si continuamos considerando el alcoholismo como una causa, estaremos imposibilitados para actuar, pero si consideramos este como un problema, nos estaremos obligando a buscar sus causas y sus posibles soluciones o atenuantes.

¿Qué importancia ha tenido el Centro de Salud para la atención de problemas de salud reproductiva?

Es muy difícil poder valorar el peso del Centro de Salud en este punto, ya que en primer lugar he estado muy poco tiempo en este lugar (menos de 3 meses), y en segundo lugar porque virtualmente toda acción que se emprenda a favor de la salud y educación en general, repercutirá en mayor o menor grado de salud reproductiva. Desde este punto de vista, el Centro de Salud ha sido de una ayuda incomparable, debido a que da atención aproximadamente a un promedio de 15 a 20 consultas diarias, tres conferencias o charlas a la semana, y visitas a escuelas casi todas las semanas, tiene a su cargo prácticamente la vacunación de el 100% de la población de la comunidad, la cual alcanza más de los 14,000 habitantes, teniendo mes con mes logros no menores del 955 del total de niños en edad de ser vacunados.

Desde otro punto de vista, si nos fijamos en aspectos más específicos a salud reproductiva, el peso no es tanto. Entre el pasante anterior y yo, hemos atendido hasta la fecha 5 partos (esto en un lapso de 9 meses), no se ha dado ninguna charla de educación sexual, ni de planificación familiar, la aplicación del Toxoide tetánico en mujeres de edad fértil se ha incrementado en los últimos 3 meses, pero continúa siendo muy baja (aproximadamente el 27% de la población en riesgo), y en el rubro de métodos anticonceptivos se da atención aproximadamente a 50 usuarios, todo esto en una población de 14,000 habitantes, es, según mi punto de vista, insuficiente. Es importante mencionar que en el rubro de atención al parto, las parteras locales tienen una actividad mucho mayor que el Centro de Salud (y por cierto de muy buen nivel).

El reto de mejorar, o mejor dicho, tratar de catalizar el mejoramiento del nivel de vida de la comunidad es enorme, y para afrontarlo contamos con los siguientes recursos:

Recursos Institucionales

1 Médico

1 Enfermera. Muy eficiente, por cierto, y con mucho arraigo en la comunidad.

1 Centro de Salud que cuenta realmente con lo mínimo necesario para la atención del paciente, pero no con los recursos para la educación de la población (pizarrón, cartulinas, crayolas, etc.), ni con unas suficientes instalaciones para el alojamiento del médico, lo cual es importante porque gasto demasiado tiempo tratando de solucionar mi abastecimiento de agua, comida y otros satisfactores. Tiempo que podría ser utilizado en una actividad de curación, difusión o educación.

5 Programas que a mi juicio son:

- *Nutrición y salud*
- Planificación Familiar en estrategia de extensión de cobertura.
- Salud Materno Infantil.
- Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Programa de Vacunación Universal.

Recursos No Institucionales:

3 Parteras Capacitadas.

2 Promotoras Sociales Voluntarias.

1 Comité de Salud

4 Alumnos de Secundaria en Servicio Social

Recursos Potenciales:

3 Padres con sus respectivas Iglesias

1 Primaria

1 Secundaria

1 Establecimiento de Alcohólicos Anónimos

Creó que hasta el momento, estos recursos no han sido utilizados al 100%, y pienso que mi principal problema, como probablemente el de mis antecesores, es la falta de tiempo y flexibilidad para el trabajo.

Me siento atrapado entre metas y papeles.

ACTUAL IMPLEMENTACION DE LAS POLITICAS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

A pesar de que en el "Informe sobre el Desarrollo Mundial" el Banco Mundial inicia reconociendo la naturaleza dual de la salud, esto es, como un fin en sí misma y como un medio para fomentar el desarrollo, la visión de la salud como un fin se va perdiendo progresivamente y se subordina a la visión de la salud como un medio para lograr el desarrollo. Esto es, en forma clara, la salud de una población es importante debido a que una población sana es más productiva que una enferma.

Para poder medir los efectos de forma más integral los daños a la salud se mide la Carga Global de Morbilidad (CGM) en Años de Vida Ajustados por Discapacitados (AVAD).

El BM recomienda disminuir la CGM al menor costo posible, esto es invertir en acciones que permitan ganar mas AVAD con el menor costo posible. Las dos estrategias fundamentales para lo anterior son:

- 1) Introducción de las fuerzas del mercado en el ambiente sanitario o lo que es lo mismo la privatización del mismo.
- 2) La inversión de recursos públicos con criterios de eficiencia.

Para este segundo punto el BM plantea un paquete básico de intervenciones del estado en la salud pública. Este paquete básico se compone de acciones que, a bajo costo, reditúan un gran número de AVAD e incluyen.

- Inmunizaciones y suplementación de nutrientes.
- Programas de salud escolar.
- Programas de educación/información
- Programas para reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Programas de prevención del SIDA con un fuerte componente relacionado con las enfermedades de transmisión sexual.

Esta propuesta del BM aunque tiene unos puntos importantes, tiene también algunas graves implicaciones tanto éticas como instrumentales.

En primer lugar, la conceptualización de la salud como un medio para lograr el desarrollo más que como un derecho inalienable de todo mexicano no atenta solamente contra la conceptualización de la misma en la constitución política mexicana que menciona claramente que es por sí misma un derecho de TODO mexicano, sino que atenta también contra los mínimos derechos de todo ser humano.

Desde este punto de vista nosotros tenemos derecho a la salud y a la atención médica porque somos parte de la fuerza productiva del estado y en la medida que uno deje de serlo también se acabará su derecho a lo anterior.

Teóricamente desde este punto de vista una persona que por algún impedimento físico mental no pudiera llevar una vida productiva no tiene derecho a vivir con servicios sanitarios ni con atención médica. Más aún, las personas de edad avanzada que alguna vez fueron productivos y ahora no lo son ¿tampoco tendrían este derecho?

Creo que en este punto el estado debería de garantizar el acceso a servicios sanitarios y atención médica como un derecho de todo ciudadano independientemente de su posición social, económica o nivel de productividad.

En cuanto a la primera estrategia, la privatización de los servicios sanitarios, y por esto yo entiendo servicios básicos como, agua potable, recolección de basura, drenaje, saneamiento del medio ambiente, etc., creo que verdaderamente la iniciativa privada podría hacer un trabajo mucho más eficiente que lo que el estado hace actualmente, creo que podríamos contar con un servicio mucho más eficiente, sin embargo tengo algunas dudas respecto a si este enfoque puede aumentar la cobertura de estos servicios, que es a fin de cuentas, creo, el problema principal más que la eficiencia.

Sabemos que las principales áreas que carecen de estos servicios son, áreas rurales alejadas y carentes de recursos económicos y asentamientos urbanos irregulares como los cinturones de miseria. No parece posible que la iniciativa privada va a tener ningún interés en este tipo de mercado y por lo tanto volvemos a las implicaciones éticas, ¿estos asentamientos no tienen derecho a servicios sanitarios por el simple hecho de no poder pagarlos?

Además de lo anterior es importante plantearse el costo que estos servicios tendrían aún en las áreas urbanas de clase media ya que correríamos el riesgo de que en vez de mejores servicios podríamos tener una clase media moviéndose hacia los estratos más bajos de pobreza.

Creo que si la iniciativa privada participara en las áreas urbanas y clases medias y altas y si el estado garantizará el acceso a estos servicios en las áreas más desprotegidas con un control en los precios del mercado privado esta estrategia podría funcionar, desafortunadamente no tengo mucha confianza en la función reguladora del estado, ya que se ha visto que sus funcionarios caen fácilmente en redes del soborno privado.

Con respecto a la segunda estrategia, la inversión del estado solamente en áreas que el mercado no encuentre atractivo y tomando en consideración la lógica de ganar más AVAD con el menor costo posible, creo, que a pesar que presenta las mismas implicaciones éticas que todo el proyecto, no tenemos otra opción teniendo solamente

recursos limitados y una gran población por atender. Es nuevamente en la función reguladora del estado donde tengo mis principales dudas. El documento del BM dice textualmente "la correcta asignación de recursos públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental". Eficiencia técnica e instrumental es precisamente la parte donde el aparato burocrático posee más faltas, y es precisamente esto lo que ha hecho fracasar a otros programas asistenciales en los cuales se terminan por diluirse los beneficios sin que lleguen precisamente a las clases más necesitadas.

Estoy por otra parte plenamente convencido de que si el paquete básico de intervenciones en salud pública mencionadas anteriormente pudieran llevarse a cabo en la comunidad de la Lira, esto mejoraría las condiciones de salud en la comunidad en mayor escala que la intervención de los médicos en servicio social por sí sólo.

Antes de terminar quisiera externar un último concernimiento, que es la concepción de estas intervenciones del estado como dádivas y no como derechos de los ciudadanos ya que realmente nosotros estamos pagando por ello.

Por último quisiera señalar la falta de propuestas para aumentar los ingresos de los Mexicanos, condición esta que subyace evidentemente en las principales problemas de salud pública de México.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACION

DEL PRIMER TRIMESTRE DEL

SERVICIO SOCIAL

MATRIZ DOFA

JULIAN FAJARDO

MATRIZ EFI

ESPACIO COMUNITARIO

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>1) Me gusta y estoy acostumbrado a la vida rural.</p> <p>2) Tengo un poco de dinero extra para tratar de hacer mi estancia más confortable.</p> <p>3) Tengo un carro que facilita ir a Querétaro para adquirir lo que necesito.</p> <p>4) Tengo identificados a los líderes comunitarios y llevo buena relación con ellos.</p>	<p>1) Soy vegetariano y me es difícil conseguir mi comida en la comunidad.</p> <p>2) Mis hábitos alimenticios son un inconveniente para convivir en las fiestas del pueblo.</p> <p>3) Me es imposible soportar algunas fiestas tradicionales del pueblo en las que maltratan animales.</p>

MATRIZ EFE

ESPACIO COMUNITARIO

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>1) Los líderes comunitarios son personas accesibles y dispuestos para ayudar.</p> <p>2) A pesar de que la comunidad no es muy atractiva, cerca de ella se encuentran lugares muy bonitos para visitar.</p>	<p>1) Mi esposa, que vive conmigo en el centro de salud, es extranjera y no habla español, además de que no le gusta la vida en la comunidad.</p> <p>2) Los líderes comunitarios pertenecen al PRI y quieren que todas sus actividades sean a nombre de él.</p> <p>3) Las condiciones de alcoholismo en la comunidad es exagerado lo cual dificulta la relación con ellos.</p> <p>4) Los lireños son muy agresivos y receloso con los forasteros.</p>

MATRIZ DOFA

ESPACIO COMUNITARIO

FORTALEZAS

DEBILIDADES

O P O R T U N I D A D E S	<p>1) Aprovechar mi relación con los líderes para realizar mejor mi trabajo</p> <p>2) Puedo ofrecer mi carro para ayudar en algunas actividades de los líderes a cambio de reciprocidad.</p>	<p>1) Puedo invitar a los líderes a comer y tratar de explicar mis hábitos alimenticios por motivos de salud.</p> <p>2) Puedo utilizar a los líderes para que justifiquen mi ausencia en este tipo de fiestas aduciendo que tengo mucho trabajo.</p> <p>3) Puedo aprovechar estos días para visitar alrededores con mi esposa.</p>
A M E N A Z A S	<p>1) Aprovechar el dinero y el carro que tengo para que mi esposa pueda hacer salidas cortas a los alrededores y mejorar su estancia en La Lira.</p>	<p>1) Debo buscar la forma de evitar que alguna actividad mía sea utilizada por algún líder con intenciones políticas.</p> <p>2) Debo recordar que las condiciones sanitarias en las que vivo son solamente temporales.</p> <p>3) Debo evitar lo más posible asistir a fiestas del pueblo, que es donde los hombres toman más y ofrecen más posibilidades de fricciones.</p>

MATRIZ EFI

ESPACIO INSTITUCIONAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES
1) Gran capacidad de trabajar en equipo.	1) Algunas veces problemas con la autoridad, en este caso con mis superiores.
2) Facilidad para relacionarse con los colaboradores (enfermeras y trabajadora social).	2) Soy muy desorganizado con papeles e inventarios.
3) Mi esposa, que me ayuda en el centro de salud, tiene grandes capacidades de organización.	3) Prefiero hacer las cosas a mi manera y no a la de mis directores.
	4) Desconozco la mayoría de los formatos que se utilizan para reportar la información al sistema de salud.

MATRIZ EFE

ESPACIO INSTITUCIONAL

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
1) Los supervisores y directores son muy flexibles.	1) Pocos cursos de asesoría administrativa y de muy mala calidad.
2) La localización geográfica de mi centro es muy cerca de la cabecera municipal y de la jurisdicción sanitaria.	2) La carga de trabajo administrativo es abrumadora.
3) Tengo en mi unidad los manuales más nuevos para el manejo de la papelería.	3) No existe retroalimentación de la información que mandamos al sistema.
4) Mi enfermera tiene mucha experiencia en el manejo de la papelería.	

MATRIZ DOFA

ESPACIO INSTITUCIONAL

FORTALEZAS

DEBILIDADES

<p>O P O R T U N I D A D E S</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tengo desde el principio que utilizar mi habilidad para trabajar en equipo, para formar una buena relación con mis supervisores, director y enfermera. 2) Estudiar los manuales para el llenado correcto de la papelería. 3) Pedir ayuda a la enfermera para el manejo de la papelería. 4) Pedir ayuda a mi esposa para la organización del centro de salud y de los inventarios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aprovechar la flexibilidad de supervisores y directores para tratar de no tener problemas con ellos (y ser flexible yo también). 2) La enfermera puede ayudarme con el manejo de papelería. 3) Aprovechar los manuales para el correcto llenado de los formatos.
<p>A M E N A Z A S</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Puedo aprovechar mi relación con el personal administrativo para pedir asesoría de cómo agilizarlo. 2) Pedir a mi esposa ayuda con el trabajo administrativo. 3) Pedir a manera personal, a los administrativos retroalimentación de la información que yo mando al sistema. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tratar de delegar responsabilidades administrativas en personas que puedan hacerlas.

MATRIZ EFI

RELACION MEDICO – PACIENTE

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>1) Experiencia previa con el trato a pacientes de áreas rurales.</p> <p>2) Amplio conocimiento del lenguaje rural.</p> <p>3) Llevar una vida libre de hábitos nocivos como alcohol y tabaco.</p> <p>4) Gran conocimiento de la medicina tradicional y herbolaria.</p> <p>5) Un gran y genuino interés en ayudar a las personas.</p> <p>6) Posibilidad de estar en mi centro de salud todo el tiempo necesario.</p>	<p>1) Carácter fuerte y explosivo que dificulta algunas veces las relaciones personales.</p> <p>2) No realicé ningún internado, por lo que me siento débil en experiencia clínica.</p>

7) Gran interés por el estudio y una gran facilidad de aprendizaje.	
---	--

MATRIZ EFE

RELACION MEDICO – PACIENTE

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>1) La enfermera del centro de salud es muy respetada y querida en la comunidad, además de muy eficiente.</p> <p>2) Mi unidad es una de las pocas que cuenta con todas las normas técnicas.</p> <p>3) Poseo, una gran cantidad de libros de consulta.</p>	<p>1) La población es muy grande, por lo que la consulta externa es excesiva.</p> <p>2) Los pasantes anteriores no realizaron un buen trabajo, por lo que la gente tiene prejuicios en mi contra.</p> <p>3) La gente de la comunidad posee muchos regionalismos, éstos, son desconocidos para mí.</p> <p>4) El sacerdote comunitario es un ferviente opositor de la planificación familiar.</p>

MATRIZ DOFA

ESPACIO CLINICO

FORTALEZAS

DEBILIDADES

<p>O P O R T U N I D A D E S</p>	<p>1) Aprovechar el lenguaje rural que conozco y los conocimientos de medicina tradicional para mejorar mi relación interpersonal con los pacientes.</p> <p>2) Aprovechar que tengo tiempo y material informativo (libros y normas técnicas) para estudiar los casos clínicos y mejorar mi relación objetivante.</p> <p>3) Aprovechar a la enfermera para que me presente con los habitantes de La Lira.</p>	<p>1) Canalizar los pacientes "difíciles" para mi, con la enfermera cuando el caso lo permita.</p> <p>2) Estudiar mucho para suplir la carencia de experiencia clínica.</p> <p>3) Aprender lo que pueda de la enfermera, ya que ella tiene mucha experiencia clínica.</p>
<p>A M E N A Z A S</p>	<p>1) Ampliar el horario de Consulta.</p> <p>2) Dar servicio bueno y honesto para borrar los prejuicios de la gente.</p> <p>3) Aprovechar a la enfermera para que me explique los regionalismos.</p>	<p>1) Referir oportunamente a los pacientes al 2º nivel cuando no tenga las herramientas o habilidades necesarias para el caso.</p>