



DIVISION: CBS

CARRERA MEDICINA

***“REPORTE DE SERVICIO SOCIAL”***

NUEVA MORELIA. CHIAPAS

AGOSTO 2009- JULIO 2010

MPSS: XOCHITL DONAJÍ LÓPEZ MENDOZA

MATRICULA: 204246838

ASESOR: DR. JOEL HEREDIA

## **INTRODUCCIÓN.**

El servicio social de los estudiantes de Medicina en México es obligatorio, se integra por dos componentes fundamentales, uno académico y el otro asistencial. En los planes de estudio de la Licenciatura en Medicina en nuestro país, corresponde al último año escolar y es indispensable para obtener el título.

En su perspectiva educativa, el servicio social de Medicina cobra mayor importancia, ya que debe ser el año que por excelencia se enfoque a la vinculación de la clínica con la práctica de la Salud Pública, con el fin de proporcionar al futuro médico el escenario que proporcione no solo la aplicación de conocimientos previos, sino el desarrollo de habilidades para un ejercicio médico integral y de calidad en el primer nivel de atención.

Este trabajo presenta el contenido de un año de trabajo de servicio social como Médico General dividido en tres secciones, tomando en cuenta aspectos personales, institucionales y de Salud Pública, con el fin de llevar a cabo un análisis que permita visualizar en todo su contexto a la comunidad en la que se lleva a cabo este servicio, puntualizando las fortalezas y debilidades de la práctica médica así como las posibles medidas que podrían llevarse a cabo para una mejor atención y desarrollo en el aspecto médico profesional.

# CONTENIDO

## **1ª SECCIÓN.**

<i>PROCESO DE ADAPTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL</i> .....	3
---	---

## **2ª SECCIÓN.**

### ***DIAGNÓSTICO DE SALUD***

EL DERECHO A LA SALUD.....	10
----------------------------	----

### **DIAGNÓSTICO COMUNITARIO**

<b>DIAGNÓSTICO COMUNITARIO</b> .....	22
--------------------------------------	----

## **3ª SECCION**

### ***SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD***

POLÍTICAS DE SALUD.....	50
-------------------------	----

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS.....	57
-------------------------------	----

PERFIL DE MORBILIDAD.....	78
---------------------------	----

CONCLUSIONES FINALES.....	84
---------------------------	----

## **PROCESO DE ADAPTACION DEL SERVICIO SOCIAL.**

El servicio social es para mí una etapa más de formación académica en donde se aterrizan todos los conocimientos teóricos, prácticos, así como experiencias personales donde la enseñanza se basa principalmente en la toma de decisiones, el desarrollo del criterio médico propio, la responsabilidad del trabajo profesional y la interacción con la comunidad, con la intención de llevar a cabo una relación médico-paciente efectiva y una práctica médica resolutive que no solo se basa en la conformación de diagnósticos, que incluye la relación humana y el entendimiento del estilo de vida, costumbres, religión pero sobre todo los problemas comunitarios de salud que afectan las vidas de los pacientes, que afectan el desempeño de sus actividades y en ocasiones lo limitan, esto sin tener una remuneración monetaria que a mi parecer permite que el enfoque sea mejorar las condiciones de salud de la población y no hacia un beneficio en particular que se obtiene por realizar este trabajo.

El servicio social desde mi perspectiva tiene los elementos necesarios para permitirme madurar profesionalmente tanto en el aspecto del desarrollo de mis habilidades médicas como de lado humano, el trato hacia los pacientes y establecer una relación con ellos que han quedado un poco de lado tomando en cuenta el trabajo que se realiza en el internado médico de pregrado, que es la práctica más reciente que he realizado y que me ha permitido vivir experiencias y adquirir conocimientos teóricos y prácticos, algunas veces con una sobrecarga de pacientes y falta de personal, en donde el trato y las conversaciones con los paciente se reducen a cuestionar los datos para rellenar formatos, para conocer datos específicos o antecedentes relacionados solo con el problema de salud que presentan; o los procedimientos absorben tanto, que a los pacientes se les nombra por su patología, a los cuales no es posible conocer y tratar de la manera más adecuada por la carga de trabajo. Por otra parte, la atención que se ofrece a un paciente en un hospital de segundo nivel y los padecimientos que se resuelven son muy diferentes al trabajo que se realiza en una clínica de primer nivel y todas las actividades que en esta se incluyen.

Es también una etapa que ha sido esperada ansiosamente y de la cual he escuchado gran cantidad de opiniones experiencias y consejos de otros médicos que ya la han vivido. Desde la experiencia más graciosa hasta la más dramática que habla de las limitaciones que sufrieron en las unidades donde han practicado el Servicio social, de la falta de alimento, agua, así como los servicios básicos de urbanización, donde se camina por horas para llegar a su comunidad y donde generalmente el papel del médico pasante ha provocado algún sentimiento de explotación y

desprotección. Añadiendo a esto siempre un consejo de acuerdo con el médico y a la experiencia que le haya tocado vivir o a su concepto y opinión sobre el servicio social, algunos como un trámite burocrático para obtener un título y realizar una especialidad, otros como las vacaciones que permiten conocer algún lugar diferente del país y otro en muy pequeña cantidad que habla del sentido humano y de enormes deficiencias y necesidades de nuestro sistema de salud actual.

De alguna manera tomando en cuenta todo esto tengo una idea predefinida de lo que será esta experiencia y también alguna idea de lo que debo realizar, en contraste a esto me encuentro ante una situación completamente incierta en donde me vienen a la cabeza miles de interrogativas, desde la imagen del lugar donde estaré, la lejanía del mismo, las condiciones en las que viviré, si tendré que caminar horas para llegar, si tendré agua, luz, si será un lugar seguro, agradable y como se comportará la gente conmigo, si sabré realizar diagnósticos adecuados, si resolveré los problemas de salud de todos los pacientes, incluso si podré estar sola este año lejos de un núcleo familiar al que estoy acostumbrada y al soporte de mis docentes médicos a quienes siempre pedía una opinión o la aprobación de alguna decisión, o la prescripción de algún medicamento. Esto me provoca incertidumbre y en ocasiones, miedo de lo dramático o difícil de padecimientos a enfrentar y sobre todo si seré capaz de resolverlo.

Existe una imagen propia de mí, de mi forma de ser, una opinión que me he creado con el paso del tiempo y me demburgo, como una persona humilde y responsable, que por decisión propia eligió la plaza de Servicio Social en el estado de Chiapas y la comunidad de Nueva Morelia como un reto a enfrentar y no como imposición por un promedio global, que tiene la intención de llevar a cabo el trabajo de la mejor manera, entendiendo y sin realizar juicios sin fundamento de la vida de la comunidad, sin embargo, también con errores que quiero evitar para llevar a cabo esta etapa con éxito y sobre todo que me deje la enseñanza que pretendo, colaborando con mi trabajo a la comunidad.

A la llegada por primera vez a la cabecera municipal de Ocosingo, a donde pertenece mi comunidad, me encuentro ante un panorama completamente desconocido, en donde se aprecian vestimentas y lenguas indígenas, en un panorama que a simple vista es muy diferente a lo acostumbrado, con vegetación por todos lados y un ambiente provinciano muy agradable.

Por un momento existen sentimientos encontrados, emoción sobre lo que viviré, así como la admiración del contraste de la población, se trata de una ciudad en donde se ve desde la gente mejor vestida hasta la comunidad indígena con su vestimenta tradicional, descalzos y hablando lengua Tzeltal. Al trato con las personas

me encuentro amabilidad y se aprecia a simple vista la tranquilidad de la población que me inspira confianza y un cierto sentimiento de seguridad.

Ante las experiencias vividas mi perspectiva del servicio social es completamente diferente a la que ahora vivo, como primer punto este año colaboraré con la Secretaria de Salud del estado de Chiapas, por lo que a la llegada a la Jurisdicción correspondiente, después de conocer a los compañeros médicos pasantes y a los supervisores y jefes de enseñanza, inicio un curso de inducción con una duración de 1 semana aproximadamente, donde puedo conocer e interactuar mejor con todos los médicos pasantes de nuevo ingreso a los cuales nos han ofrecido hospedaje y alimentación por parte de la misma jurisdicción.

Durante estos días me familiarizo mejor con la localidad y empiezo a ubicar los lugares más importantes de la población, como el parque central en donde se reúnen las personas por las tardes a caminar y el mercado de mujeres. en donde solamente se permite a este género comercializar y consta en su totalidad de mujeres indígenas que acuden desde localidades a la redonda de la cabecera municipal para ofrecer alimentos que cosechan ellas mismas como frijol, maíz, jitomate, elote, plátano, o que preparan como el pozol, que es una bebida tradicional de la región.

En cuanto al curso de inducción que la Jurisdicción Sanitaria nos ofrece a los médicos pasantes de nuevo ingreso, se aprecia una gran desorganización en cuanto al horario y los temas que no han sido preparados con anterioridad. En esta capacitación participan como exponentes los coordinadores de los diferentes programas de salud como son Salud Reproductiva, Oportunidades, VIH, Vacunación, Promoción a la Salud, IRAS, EDAS, Tuberculosis, Trabajo Social, Alcoholismo y Tabaquismo, así como los departamentos de calidad, red de frío y Epidemiología que no son programas de Salud, pero son coordinaciones que colaboran para el funcionamiento y control de estos.

Al analizar los temas de cada una de estas coordinaciones, me sorprende el enfoque que se les da ya que no describe ninguna característica de la población, del lenguaje utilizado, de la manera de abordar a la comunidad y mucho menos de la situación económica o los problemas de salud, que en este caso debería ser el centro de toda la capacitación, incluso no se habla de las actividades que como médicos debemos realizar, única y exclusivamente se enfoca al llenado de formatos para la entrega de SIS que además, nos deja a todos los médicos pasantes una cantidad considerable de dudas.

Después de este curso, a cada uno de los pasantes de nuevo ingreso se nos presenta con su respectivo Supervisor Zonal para ser llevado la comunidad o Centro de Salud a cargo. Somos del conocimiento también, de un proceso de Acreditación

para todos completamente desconocido, por el cual están pasando varios Centros de Salud, y que es el motivo por el cual, las Unidades de Salud en algunas comunidades, han sido abandonadas, en algunos casos por meses ya que los médicos responsables de las mismas, se encuentran rellenando papelería y haciendo reportes de actividades y notas de valoración ficticias para cumplir con los requisitos que la secretaría de Salud les pide para acreditar este proceso. Por este mismo motivo se retrasa la presentación a la comunidad asignada de cada Médico pasante alrededor de 3 semanas para la mayoría como en mi caso, y en otros fueron 2 y 3 meses, ya que a estos compañeros los asignaron a colaborar con el proceso de acreditación de algunos centros de salud.

A la llegada a Nueva Morelia, al Centro de Salud que me fue asignado, el Supervisor Zonal me entrega de manera personal un juego de llaves y el material en resguardo de la Unidad de Salud que incluye la mueblería y medicamento para iniciar las labores, así también me presenta un Pasante en técnico de Salud Comunitaria para realizar su servicio social de 6 meses cumpliendo con el papel y las actividades de enfermería.

Sin presentarnos a la comunidad y sin alguna explicación acerca de nuestras actividades, nos deja en la Unidad.

Reconociendo el Centro de Salud, el material con el que se cuenta, la papelería oficial, las actividades que se deben llevar a cabo, se realiza la limpieza de la Unidad y se inician las actividades formalmente al día siguiente.

Ante la llegada del primer paciente me encuentro con muchas deficiencias para la atención del mismo, para empezar con las funciones del técnico en Salud comunitaria, el cual nunca ha tenido el acercamiento a un paciente, por lo que no tiene conocimiento del trato y de la toma de signos vitales que debe llevar a cabo, dada esta circunstancia llevo a cabo una demostración rápida tomando en cuenta que había ya a esa hora más de 10 personas esperando atención médica e inicio con la atención del paciente.

Ya en el consultorio, me encuentro ante una paciente de género femenino aproximadamente de 22 años quien se presenta con un menor de 5 años, su lengua es Tzeltal en entiende muy poco el español pero no lo habla, inicio el interrogatorio, me contesta su nombre pero desconoce su edad, por sus expresiones infiero que presenta dolor en epigastrio y a la exploración solamente lo confirmo, sin poder ahondar en el interrogatorio por la diferencia de lengua, entonces decido iniciar tratamiento para una Enfermedad Acido Péptica sin tener seguridad de este diagnóstico y doy las recomendaciones médicas necesarias sin saber a ciencia cierta si la paciente ha comprendido esto y la prescripción de medicamentos. Sin lugar a

duda esta atención no cumple las expectativas de ningún paciente, y tampoco es grato para mí sabiendo que tengo limitantes para abordar adecuadamente a mi paciente.

En otra ocasión se presenta una paciente de 34 años la cual de igual manera habla Tzeltal, al entrar al consultorio se aprecia una farsa de dolor y angustia, comienza a hablar y a hacer diversos ademanes, a simple vista se observa que ha sido golpeada, y rompe en llanto ante la desesperación y supongo también por un sentimiento de incompreensión de mi parte a su lenguaje, a la exploración encuentro signos de violencia física y hematomas en todo el cuerpo, al interrogarla no comprende lo que trato de decirle, por lo que me queda dar la atención médica, el medicamento así como las recomendaciones en el entendido que la paciente no ha comprendido el 80% de mis palabras y que la Consulta Médica no ha satisfecho sus necesidades.

Ante estas situaciones que son solo el ejemplo de muchas experiencias en la consulta médica, me encuentro que la dificultad más importante para llevar a cabo mis actividades de manera eficaz es el lenguaje, la relación médico- paciente simplemente no puede llevarse a cabo, si no se tiene la información adecuada del paciente y sin esto, puede hacerse más de 1 diagnóstico erróneo, así como ofrecer el tratamiento inadecuado.

En ocasiones me apoyaba con pacientes que dominaban el tzeltal y el español, pero sin lugar a duda, no existía una relación médico-paciente adecuada y me daba la impresión de que al sentirse expuestos ante otra persona omitían algunos datos sobre sus padecimientos, lo que pudo hacer que mi interpretación así como mis diagnósticos y conducta médica no fuera la óptima, o incluso no tuviera relación con el padecimiento real de cada paciente. Más aún cuando se trataba de algún padecimiento ginecológico y solamente había algún hombre que me interpretara lo que las pacientes referían, tal vez ante un sentimiento de vergüenza o ante el miedo de ser juzgadas no exponían su verdadero padecimiento.

Esto también me provoca un sentimiento de incertidumbre sobre la eficacia de mi práctica médica, ya que me doy cuenta de las deficiencias que tengo y que por lo tanto no cumpla con los requisitos mínimos que debería tener un médico que se enfrenta a esa comunidad, que no precisamente radican en el conocimiento médico sino en el de la comunidad, sus costumbres, estilo de vida, alimentación su lenguaje y los muchos errores que puedo cometer ante esta circunstancia.

Por otra parte, existe un proceso de adaptación a la rutina de vida de la comunidad, a las actividades y horarios que en ella se llevan a cabo. Este proceso es muy difícil para mí y me produce sentimientos de tristeza y soledad.



Los habitantes de la comunidad acostumbran a iniciar su jornada laboral aproximadamente a las 6 de la mañana, por lo que desde esa hora acuden a pedir consulta al Centro de salud, y aun con las deficiencias de lenguaje la consulta médica es muy solicitada, aproximadamente doy entre 30 y 35 consultas diariamente lo que me hace dejar a un lado mi horario de alimentación y descanso, al término de la jornada laboral de 8 horas hago 1 comida y de ahí en adelante la comunidad se aprecia en total calma, las personas han regresado de sus trabajos y a las 8 de la noche todos se encuentran reunidos en sus hogares para descansar, las luces se apagan y con ello toda la comunidad. Esto me dificulta mi adaptación personal, e inicio una rutina que después de varias semanas me produce depresión y más allá de eso un problema gástrico a consecuencia del ayuno prolongado.

Debido a mi rutina diaria me es difícil convivir con las personas de la comunidad e incluso entablar alguna relación de amistad con alguien, las mujeres de mi edad ya han formado una familia, tienen hijos y obligaciones que cumplir, por las tardes los hombres jóvenes se reúnen y organizan partidos de básquetbol y los mayores acuden a verlos.

Por otra parte, el pasante que tengo a mi cargo desconoce todas las actividades de salud que debe llevar a cabo y por esto después de la jornada laboral, tengo que dedicar tiempo para capacitarlo y también para desempeñar otras actividades de limpieza, ordenar toda la papelería y expedientes de años pasados, así como medicamentos y complemento alimenticio que se encuentra en malas condiciones por insectos y roedores.

Existen también algunos acercamientos con mujeres que me producen satisfacciones personales, me doy cuenta que ante la comunidad soy la primera figura de médico del género femenino, y esto me permite realizar más eficazmente algunas actividades, en particular las relacionadas con la salud de la mujer, como la toma de Papanicolaou y exploración de mama, las mujeres se presentan con mayor frecuencia a este tipo de detecciones y manifiestan su agrado por ser atendidas por alguien del mismo género.

De igual manera existen condiciones sociales que impiden el desempeño de algunos programas, este es el caso de Planificación familiar, la mayoría de las mujeres no lleva un control de su sexualidad y el número de hijos está determinado por su edad fértil, no pueden tomar decisiones de planificar, a menos que ésta sea por el esposo o en su caso jefe de familia. En algunas ocasiones el consejo médico sobre planificación es tomado de mal manera por la población argumentando que es decisión de ellos la cantidad de hijos que puedan tener.

El control prenatal se lleva a cabo por parteras tradicionales las cuales son ampliamente conocidas por la comunidad y que han asistido el parto de la gran mayoría de mujeres. El tamiz neonatal no es permitido por los padres ya que lo toman como una agresión hacia el menor y no existe concientización de este.

Los programas de salud que se llevan a cabo son:

SALUD REPRODUCTIVA, que comprende control de embarazo, parto y puerperio, planificación familiar, toma de Papanicolaou, prevención y atención oportuna de infecciones de transmisión sexual.

- TUBERCULOSIS.
- VIH.
- OPORTUNIDADES
- PROMOCION A LA SALUD.
- CRONICO DEGENERATIVOS.
- CONTROL NUTRICIONAL.
- VACUNACION.
- CONTROL DE LACTANCIA.
- CONTROL DE IRAS Y EDAS.
- CONTROL DE TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO.
- DETECCION Y PREVENCION DE VIOLENCIA.

En cada inicio de semana, los días lunes, el médico debe presentarse en la jurisdicción sanitaria para entregar información sobre padecimientos encontrados de primera vez, hacer trámites y solicitar material, que, en la mayoría de las veces, no es proporcionado por los departamentos a los que se les solicita y en otras ocasiones, estos trámites absorben más de la mitad del día, la respuesta a éstos lleva incluso meses. Tomando en cuenta que el transporte a las comunidades es por las mañanas, muchas veces no hay manera de acceder el mismo día, lo que retrasa las actividades del personal en la sede y los pacientes no tienen acceso a la atención médica hasta el día martes en la mayoría de los casos.

De acuerdo a cada programa el médico debe cumplir con una calendarización de consultas, según el padecimiento o programa que se lleva a cabo, pero en muchas ocasiones es insuficiente la atención de 1 solo médico y si a esto se suma las inasistencias de los días lunes y las que por derecho le corresponden al médico como periodos vacacionales, incapacidades y días festivos libres, la comunidad pierde el acceso a la atención médica así como la continuidad de la gran mayoría de los programas de salud.

En el caso que el médico se encuentre en la unidad de salud y se cumpla con el número de consultas que se requieren para el seguimiento de programas, la atención se remite a menos de 10 minutos por paciente para cubrir con la demanda de consulta, y en este tiempo se incluye el llenado de los formatos del expediente de este.

## **SEGUNDA PARTE “DERECHO A LA SALUD”**

La salud es un valor compartido por todas las sociedades y todos los sistemas ideológicos como uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades y reconocida la necesidad de protegerla.

El instrumento constitutivo de la Organización Mundial de la Salud (1946), define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Y señala que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.<sup>1</sup>

Esta definición contiene dos aspectos trascendentes: por un lado, señala que la salud significa ausencia de enfermedades; y por otro, que la salud depende de una serie de factores genéricos que permiten al individuo y a la sociedad llevar una vida plena; los cuales pueden ser de carácter económico, social, cultural, político, geográfico, etc.

En este sentido, la salud es un valor importante que, sumando a otros que condicionan un bienestar general, se constituyen como indicador del logro de oportunidades para el desarrollo de los individuos en igualdad de circunstancias. Luego entonces, la salud es un bien vital, que además de ser un bien biológico para que el individuo pueda desarrollarse de manera armónica física y mentalmente también es un bien social y cultural imprescindible para la convivencia humana en sociedad.

En cada país se ha aceptado la responsabilidad tradicional del Estado de salvaguardar la salud de la población, todos los países han adoptado medidas tendientes a preservar la salud pública. La primera nación latinoamericana que incluyó el derecho a la salud en su Constitución fue Chile en 1925, aunque con referencia limitada a la salud pública.

1.- AGUILERA, Nelly, *et al.*, “Desigualdad en salud en México: los factores determinantes”, *Comercio Exterior*, México, vol. 56, núm. 2, febrero 2006, pp.106-113.

Varios años, después de la aparición del derecho a la protección de la salud en documentos internacionales, casi todas las constituciones del continente se refieren al derecho a la salud o el derecho a la protección de la salud.<sup>2</sup>

Por otra parte, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) reconoce en su artículo XI que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y de la comunidad

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) establece en su artículo 25, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; además de tener derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad. También hace referencia a la necesidad de cuidados y asistencia especiales durante la maternidad y la infancia, y el derecho de protección social para todos los niños nacidos dentro o fuera del matrimonio.

El artículo 12 del pacto internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales (1966) dice que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.
- El mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas profesionales y de otra índole y luchar contra ellas.
- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

Para aclarar y hacer operacionales las medidas arriba enumeradas, el comité de derechos económicos sociales y culturales, adoptó en el 2000 una observación general sobre el derecho a la salud.

Según dicha observación, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

1. Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

2. 2.- BRENA SESMA, Ingrid, *El derecho y la salud*, ILJ-UNAM, México, 2004. , *Salud y derecho*, ILJ-UNAM, México, 2005.

3. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
  - No discriminación
  - Accesibilidad física
  - Accesibilidad económica (asequibilidad)
  - Acceso a la información
4. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y ciclo de vida.
5. Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.<sup>3</sup>

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados parte tres tipos de obligaciones.

- **Respetar.** Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.
- **Proteger.** Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean del Estado) interfieran en el goce del derecho a la salud.
- **Cumplir.** Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Según la observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende obligaciones básicas referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Tales como atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva, saneamiento, agua limpia potable; medicamentos esenciales. Otra obligación básica es la de adoptar una estrategia y plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población sobre la base de un proceso participativo y transparente; deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los procesos realizados; se deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.<sup>4</sup>

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (1965), señala que el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad y los servicios sociales, es una prerrogativa que debe garantizarse sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico.

3.- CAMPERO, Valentín, *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 2000.

4.- CANO VALLE, Fernando y JIMÉNEZ GÓNGORA, Antonio (coords.), *La administración de justicia en el contexto de la atención médica*, UNAM, México, 2003.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979), dispone que los Estados Parte deberán adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar el acceso a servicios de salud, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.<sup>5</sup>

El protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como “Protocolo de San Salvador” (1988), reconoce que toda persona tiene derecho a la salud, como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.<sup>6</sup> En éste instrumento, los Estados reconocieron a la salud como un bien público y se comprometieron a adoptar las siguientes medidas:

- Otorgar atención primaria de salud, esto es, asistencia sanitaria esencial al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- Prevenir y tratar las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- Educar a la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud;
- Satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.<sup>6</sup>

5-. FRENK MORA, Julio, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Económica, México 1993.

6.-ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS, *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”*, 1988

## DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva “es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, con sus funciones y procesos”. El objetivo de la Salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino; que el mismo se lleve a cabo en un pleno estado de bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable. (Organización Panamericana de Salud)

Sin lugar a duda es uno de los problemas más importantes y en los que el país presenta mayor deficiencia de abordaje médico. 7

A continuación, se presentan los artículos referentes al derecho a la salud sexual y reproductiva aprobados el 6 de noviembre del 2007.

### Derechos Sexuales y Reproductivos

**Artículo 1º. (Deberes del Estado).** - El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

**Artículo 2º. (Principios).**- Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos universales, intransferibles e inalienables y su protección incluye:

- a) La equidad en términos de género;
- b) La equidad en materia social;
- c) La igualdad de trato y oportunidades;
- d) La prestación de servicios con criterios de universalidad, calidad, eficiencia, confidencialidad, privacidad y solidaridad sin discriminación alguna.
- e) Respetar la diversidad de idiosincrasias, valores y tiempos personales de evolución.

7.- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 19 Perspectivas del programa mujer y salud”, Perinatología Reproducción Humana, vol.18, núm.1, marzo 2004, consultado en:<http://scielo.unam>.

- f) Reconocer el derecho de toda persona a procurar su satisfacción sexual según sus propias necesidades y preferencias, siempre que resulten respetados los derechos de terceros;
- g) Combatir las discriminaciones de orden cultural que impidan la toma de decisiones autónomas y en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres;
- h) Combatir toda forma de violencia sexual y otras presiones de carácter físico, social, económico o cultural;
- i) Reconocer y difundir el derecho y la obligación de hombres y mujeres, cualquiera sea su edad, a controlar responsablemente su sexualidad por los medios más adecuados y compatibles con sus convicciones.
- j) Garantizar el derecho y deber de los profesionales de la salud a guardar el secreto profesional y el derecho de los usuarios y las usuarias a la confidencialidad.

**Artículo 3º. (Objetivos generales). -**

Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) Universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados.
- b) Garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios.
- c) Asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad biopsicosocial de la persona.
- d) Capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar.



e) Impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva.

f) Promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.<sup>8</sup>

### **COMENTARIO FINAL.**

El concepto de salud actual se integra a la necesidad de contar con unas condiciones de bienestar del individuo, a su derecho a una calidad de vida digna, al acceso a servicios básicos que le garanticen un desarrollo de sus libertades fundamentales, no solo se trata de la prestación de atención médica en el momento en que se presenta una patología.

En los distintos conceptos que se abordan en este texto, acerca de lo que significa el derecho a la salud, podemos observar que incluye un gran contexto, social y económico en donde para cada una de las etapas de la vida deben existir una serie de estrategias y actividades en cuanto a la educación para la salud, la promoción de la misma, la atención médica y actividades que, por ende, deben llevarse a cabo para lograr el objetivo de la obtención de la salud en cada una de las edades. Todo esto proviniendo de un mandato gubernamental.

Las instituciones de salud y seguridad social como ISSSTE, IMSS, ISEMMYM, deben contemplar como su nombre lo dice la seguridad social y en salud de los derechohabientes, generalmente estas instituciones son sustentadas por recursos financieros de éstos mismos y de ramo gubernamental.

## DIAGNOSTICO DE SALUD

La salud es el resultado de diversas condiciones sociales, económicas, educativas, culturales y personales, cada uno de estos aspectos afecta directamente el resultado o la condición de salud de cada individuo.

Al realizar un estudio comunitario como en este caso un diagnóstico de salud es necesario tomar en cuenta con profundidad cada una de estas condiciones y analizarlas de manera particular para compararlas y obtener un resultado global no solo tomando en cuenta las estadísticas de morbilidad y mortalidad de la población en estudio

Por este motivo es necesario conocer las características de una población y el panorama general del país para identificar la problemática en salud y la diferencia del resto de la población, los índices de marginación e indicadores de pobreza nos darán una visión general de las características de la población.

En esta sección se abordará como eje principal el Derecho a la salud, de manera introductoria con un marco teórico que tiene el propósito de entender el verdadero concepto y sentido de este tema y conocer el nacimiento de este derecho y todos los aspectos que abarca.

De manera específica se presentarán las características de la comunidad en estudio y en cada uno de los aspectos estudiados se hará una comparación sobre las condiciones que se presentan en diferentes niveles para tener una perspectiva de la problemática y las condiciones de vida de los habitantes de esta comunidad.

Dentro de la problemática de la salud, el eje principal es Salud Reproductiva y dentro de éste, la Mortalidad Materna por lo que este tema será explicado con mayor detalle a base de las estadísticas que se han presentado en el Estado.

La información que se presentará en esta sección tiene el propósito de generar una visión que más allá del punto de vista médico, sea del punto de vista humano que genere conciencia y responsabilidad sobre las actividades que como médicos pasantes pueden mejorar en gran medida el concepto de Salud en una comunidad.

Chiapas es uno de los 31 estados que, junto con el Distrito Federal, conforman las 32 entidades federativas de México. Perteneció al Reino de Guatemala durante la dominación española. Está localizado en el sureste de México, se convirtió en el 19° estado de México el 14 de septiembre de 1824 tras la realización de un plebiscito popular, pues durante la etapa colonial estaba integrado en la Capitanía General de Guatemala.

Chiapas es el octavo estado más grande en superficie de la República Mexicana, tiene una extensión territorial de 75,634 Km<sup>2</sup>. Colinda al este con Guatemala, al oeste con Oaxaca, al norte con Tabasco, al sur con el océano Pacífico y al noroeste con Veracruz. Se divide en 118 municipios y en 7 regiones fisiográficas: Llanura costera del Pacífico, Sierra Madre de Chiapas, Depresión central, Bloque central, Montañas del Norte, Montañas del Oriente y Llanuras aluviales del Norte.

El total de la superficie geográfica está conformada principalmente en un 34% por selva, un 29% por bosques de pinos y 16% de pastizales.

Abundantes ríos, lagunas y cascadas surcan la región. Entre un total de 42 corrientes de aguas superficiales, el Río Suchiate divide la frontera con Guatemala; de las aguas del Río Grijalva se genera una alta producción de energía eléctrica y el Río Usumacinta constituye el río más largo y caudaloso de América Central.

El ambiente natural en Chiapas es extremadamente diverso debido a tres factores principales: su accidentada topografía, su consecuente diversidad climática, y el ser punto de convergencia de dos regiones biogeográficas. En general, las costas son cálidas con temperaturas medias de hasta 28° C y los altos son fríos con temperaturas promedio de 14° C.

## **RECURSOS NATURALES**

Chiapas guarda una gran diversidad animal y vegetal debido a su posición geográfica. Se conserva una superficie significativa de los bosques, destacando por su gran biodiversidad la Selva Lacandona. En las últimas décadas esta superficie sufrió una fuerte degradación a raíz de la explotación maderera y ganadera, así como de la fuerte presión humana sobre la tierra. A esto se añade una serie de políticas gubernamentales contradictorias que por un lado intentan promover la conservación, pero por otro ha seguido instrumentalizando como una fuente de recursos naturales mercantilizables. En este contexto se superponen macroproyectos de “conservación ambiental” como el Corredor Biológico Mesoamericano, o el Proyecto de Desarrollo Social, Integrado y Sostenible en la y reordenamiento territorial permitiría acceso y extracción de los recursos naturales.

## **BIODIVERSIDAD**

Existe un interés importante de corporaciones transnacionales y farmacéuticas en Chiapas y su “oro verde”, en particular por la posibilidad de crear patentes basados en plantas medicinales.

Se reconocen en Chiapas:

- 19 tipos de vegetación;
- cerca de 8.500 especies de plantas;
- 180 especies de mamíferos;
- 666 especies de aves;
- 227 especies de reptiles;
- 92 especies de anfibios; y más de 1.200 especies de mariposas.

## **AGUA**

En Chiapas se concentra el 30% del agua superficial del país. Chiapas cuenta con los dos ríos más caudalosos del país: El Usumacinta y el Grijalva. La región hidroeléctrica más grande del país se encuentra en La Reserva de la Biósfera de los Montes Azules.

De las más de 10 cuencas hidrópicas en Chiapas, la más importante es la del Rio Grijalva, que genera el 54% de la energía hidroeléctrica del país.

## **AREAS NATURALES PROTEGIDAS**

Chiapas cuenta con más áreas naturales protegidas (37) que cualquier otro estado de México. El 20% del territorio del estado está bajo protección oficial.

La biodiversidad de Chiapas se concentra en las áreas naturales protegidas. Una de las más grandes de estas áreas es la Reserva de la Biósfera de Montes Azules.

El 13 de marzo de 2007, el EZLN declaró a una parte de Huitepec en los Altos de Chiapas, cerca de San Cristóbal de Las Casas, una “área natural protegida y reserva ecológica comunitaria zapatista”. Se ubica en los mismos terrenos del Área Natural Protegida Huitepec-Los Alcanfores que fue posteriormente creada por el gobierno estatal, según se ha denunciado, sin consultar a la población de la zona y amenazada con ser desalojada.<sup>10</sup>

10.-Velasco Palacios Antonio, *Geografía de Chiapas, 1ª ed., México 2003.*

El estado se divide en 9 regiones económicas:

**I Centro:** 22 municipios  
9 municipios

**II Altos:** 18 municipios

**III Fronteriza:**

**IV Frailesca:** 5 municipios  
municipios

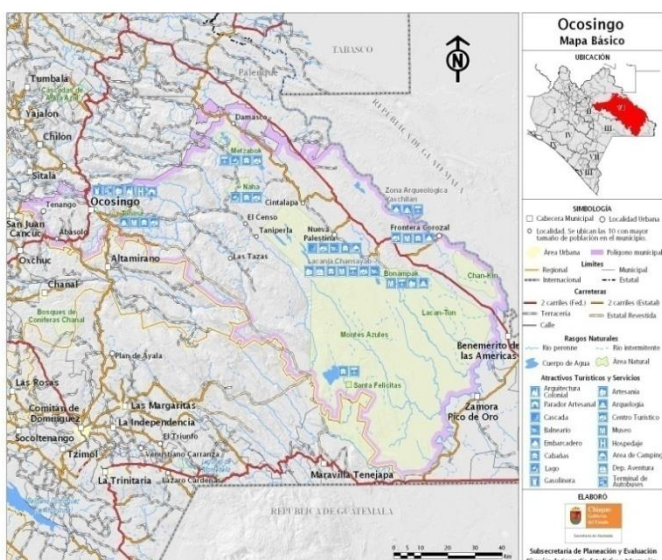
**V Norte:** 23 municipios

**VI Selva:** 14

**VII Sierra:** 8 municipios  
municipios.1

**VIII Soconusco:** 16 municipios

**IX Istmo-Costa:** 3



El municipio de Ocosingo se encuentra en la región económica "VI Selva", limita al norte con los municipios de Chilón y Palenque, al este con la República de Guatemala, al sur con Marqués de Comillas, Maravilla Tenejapa y la República de Guatemala; y al oeste con Las Margaritas, Altamirano, Oxchuc y Sitalá. Las coordenadas de la cabecera municipal son: 16° 54' 26" de latitud norte y 92° 05' 46" de longitud oeste y se ubica a una altitud de 900 metros sobre el nivel del mar. 11

Nueva Morelia es una comunidad perteneciente a dicho municipio y se encuentra a 43 km de la cabecera Municipal. Tiene una altura de 893 metros sobre el nivel del mar. Para la atención médica se compone por 1 microrregión que abarca además de Nueva Morelia 8 localidades más:

- Chenchó la Cumbre
- Santa Cruz
- El Recuerdo
- Pataté Viejo
- Pataté Nuevo
- San Vicente
- Ranchería Laurel
- Ranchería Laurel San Marcos

11.-<https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/2008/11/contextos-regionales.pdf>

En total la Microrregión tiene un territorio de 280 hectáreas caracterizado por un 40% de planicie, 30% de lomeríos y 30% de área montañosa.

El clima se distribuye según los meses del año:

Seco: en los meses de marzo abril y mayo.

Semiseco: Noviembre , Diciembre, Enero , Febrero

Húmedo: Junio Julio Agosto y Septiembre

Por su temperatura:

Cálido: Abril, Mayo, Junio y Julio

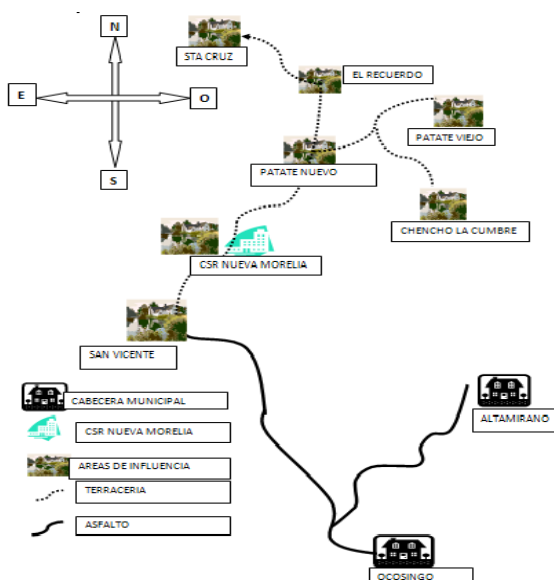
Semicálido: Septiembre y Octubre.

Dentro de la hidrografía se encuentra:

Rio Jataté al Norte

Laguna del Carmen en la localidad de Pataté Viejo.

### **CARTOGRAFIA DE LA MICRORREGION.**



Fuente: Cédula de Micro diagnóstico familiar Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas

## **DIAGNOSTICO COMUNITARIO**

La comunidad de Nueva Morelia es considerada un ejido, fue fundada en mayo del año 1982, los primeros habitantes fueron originarios de la comunidad llamada Ejido Morelia ubicado en el municipio de Altamirano, migraron debido a los conflictos del EZLN que en esa fecha iniciaban y que finalmente culminaron en 1994, debido a esto decidieron darle el nombre de Nueva Morelia y establecerse en dicho lugar.

Anteriormente en este sitio se encontraba un aserradero el cual desapareció pocos años después. Con los años los primeros pobladores tuvieron hijos, los cuales se relacionaron y formaron nuevas familias, aumentó el número de pobladores hasta convertirse en una comunidad.

Cabe mencionar que en Nueva Morelia, una muy pequeña parte de familias se consideran integrantes del movimiento Zapatista, éstas mantienen una relación cordial con el resto de la comunidad y aunque no reciben apoyo gubernamental, mantienen respeto hacia las instituciones públicas.

### **VÍAS DE ACCESO.**

El acceso a las comunidades es a través de transporte público, que es llevado a cabo por habitantes de la comunidad en camionetas que se adaptan para un cupo de hasta 15 pasajeros, cabe mencionar que no se cuenta con medidas de seguridad. La única comunidad que tiene acceso por camino pavimentado es la comunidad de San Vicente, las demás comunidades cuentan con acceso en camino de terracería, El Recuerdo, Santa Cruz y Chenchó la Cumbre no cuentan con transporte público por lo que el acceso es a pie o en animales de carga.

### **RELIGIÓN**

Existe variantes en la religión que practican los habitantes de la Microrregión, las comunidades mas grandes como Pataté Nuevo, Pataté Viejo y San Vicente Rio Grande profesan la religión católica, mientras que Nueva Morelia, Chenchó la Cumbre, Santa Cruz, el Recuerdo tienen como religión la Adventista y cristiana presbiteriana.

Aunque la religión católica se profesa en las comunidades más grandes, las religiones cristianas Presbiteriana y adventista son las que profesa la mayoría de la población de la Microrregión.

En las comunidades que practican la Religión católica existen días de fiesta anuales del pueblo donde los habitantes reúnen recursos para celebrar, comida, música y bailes se hacen 1 vez al año con motivo de la festividad del pueblo.

En las comunidades adventistas tienen otro tipo de costumbres, se reúnen 1 vez a la semana en un día que determinan entre toda la comunidad y se prohíbe cualquier otra actividad en esas fechas, incluso reuniones de padres de familia, de salud o cualquier otra índole, la comunidad no acepta convocatoria para ninguna otra actividad en común ese día.

## **RECREACIÓN.**

Las personas de la Microrregión tienen como recreación únicamente para el género masculino encuentros deportivos que se organizan generalmente todas las tardes con los mismos habitantes, adolescentes y adultos, en donde se practica el fútbol y básquetbol.

Durante una temporada aproximada de 2 meses al año, organizan equipos de éstas disciplinas antes mencionadas y se enfrentan entre localidades hasta obtener los primeros lugares, esto es algo que se ha venido llevando a cabo desde hace aproximadamente 5 años.

Para las mujeres no existe una actividad específica de recreación, éstas se dedican a las actividades propias del hogar.

## **ORGANIZACIÓN SOCIAL Y POLÍTICA**

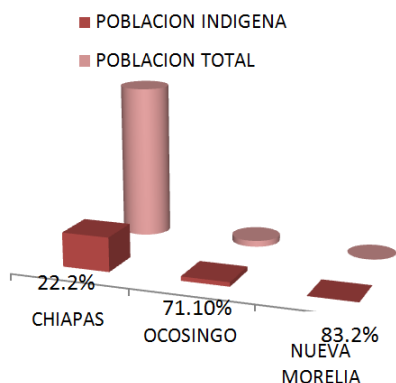
Las comunidades de la Microrregión tienen una organización en la cual los hombres cabezas de familia se reúnen para realizar las actividades comunales de manera equitativa, así como la cooperación para materiales de algunas obras comunales, entre estas actividades se incluyen las escolares, de salud, religión y servicios comunitarios.

Dentro de cada localidad existe un agente que se encarga de los asuntos de la comunidad, éste mismo es elegido por usos y costumbres, todos los asuntos relacionados con la población son avalados por esta persona. <sup>12</sup>



## DEMOGRAFIA

Según el censo del INEGI de 2005, Chiapas cuenta con 4.293.459 habitantes, ocupando el séptimo lugar de las entidades estatales más pobladas del país. De estos se calcula que el 957.255 pertenecen a un pueblo indígena, lo que representa el 22.29% de la población total.



Fuente: Cédula de Micro diagnóstico familiar Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas

Ocosingo tiene un total aproximado de 170,280 habitantes, la Microrregión Nueva Morelia 1379, la cual presenta un porcentaje representativo de Indígenas en comparativo a la cabecera municipal, y esta a su vez a nivel Estado. De este total en la microrregión existe un total de familias de 264.

EDAD	FEMENINO	MASCULI	
<1 Año	1.81%	1.88%	3.69%
1 A 5 Años	10.29%	10.51%	20.80%
6 - 9 Años	4.9%	4.8%	9.75%
10 A 19 Años	12.83%	12.98%	25.81%
20-29 Años	7.54%	8.19%	15.73%
30-44 Años	7.68%	8.04%	15.72%
45-49 Años	.72%	1.01%	1.73%
50-69 Años	2.68%	2.39%	5.07%
70-79 Años	0.36%	0.21%	0.57%
80-89 Años	0.21%	0.50%	.71%
90 y más	0%	0.21%	0.21%
<b>TOTAL</b>	<b>50.83%</b>	<b>49.16%</b>	<b>100%</b>

FUENTE: INEGI. CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2005.

El 49.16% de la población representa el género femenino existiendo mayoría del género masculino, con 50.84%. El municipio de Ocosingo representa el 3.97% de la población estatal, y el 51.22% de ésta, es del género femenino a diferencia de la microrregión donde la mayoría es del género masculino.

A nivel Microrregional la población se distribuye de la siguiente manera:

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>%</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>0-4</b>	138	20	141	21	279	20
<b>5-9</b>	99	14	94	14	193	14
<b>10-14</b>	98	14	111	16	209	15
<b>15-19</b>	81	12	66	10	147	11
<b>20-24</b>	73	10	54	8	127	9
<b>25-29</b>	40	6	50	7	90	7
<b>30-34</b>	45	6	38	5	83	6
<b>35-39</b>	43	6	43	6	86	6
<b>40-44</b>	23	3	25	4	48	4
<b>45-49</b>	14	2	10	1	24	2
<b>50-54</b>	14	2	17	2	31	2
<b>55-59</b>	8	1	9	2	17	1
<b>60-64</b>	6	1	4	1	10	1
<b>65 y más</b>	18	3	16	3	34	2
<b>TOTAL</b>	<b>700</b>	<b>100</b>	<b>678</b>	<b>100</b>	<b>1378</b>	<b>100</b>

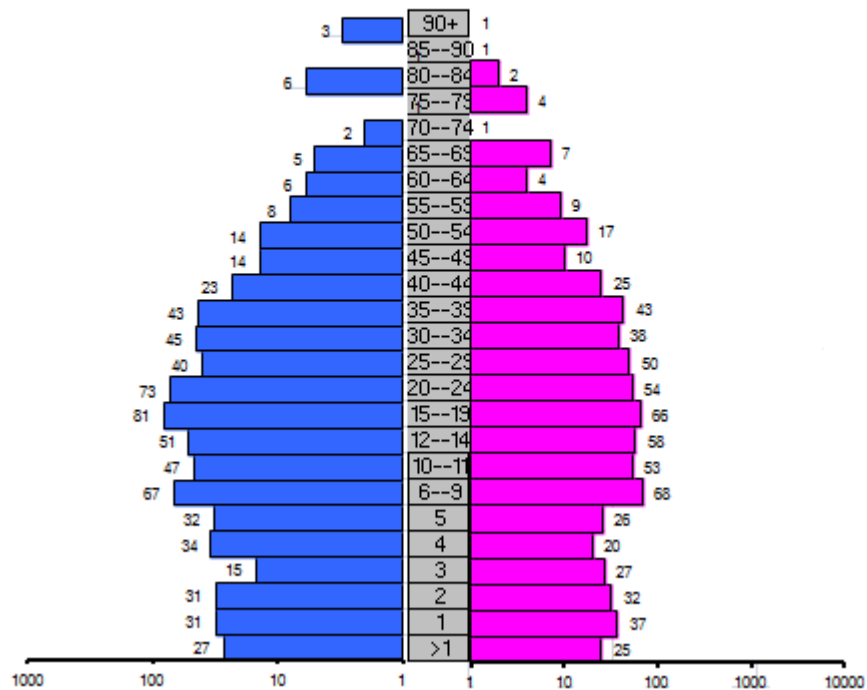
FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas

**HOMBRES**

700

**MUJERES**

678



MIRAMIDE POBLACIONAL MICRORREGIONAL

FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

A diferencia del nivel Nacional y Estatal, la microrregión tiene una mayoría de género masculino de 0.8 % con relación al género femenino. La mayoría de los habitantes tienen entre 6 y 39 años, entre las cuales existe una gran población en edad reproductiva.

CONCEPTO	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
Población Total Microrregión	1379	0.8	701	0.41	678	0.39
Urbana	0	0	0	0	0	0
Rural	1379	1.16	701	0.59	678	0.57

Valor total de microrregión  
Comparado con valor Municipal

Población Urbana y Rural de la Microrregión

FUENTE. Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Chiapas. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocoingo, Chiapas.

El programa Oportunidades Beneficia a 187 familias representando el 74% del total de la Microrregión.

	OPORTUNIDADES			NO OPORTUNIDADES			TOTAL		
	FAMILIAS	PERSONAS	%	FAMILIAS	PERSONAS	%	FAMILIAS	PERSONAS	%
San Vicente Rio Blanco	67	382	27.2	23	108	7.83	90	49	35.53
Nueva Morelia	44	229	16.6	16	89	6.45	60	318	23.06
Ranchería Laurel	0	0	0	9	27	1.96	9	27	1.96
Patathé Nuevo	32	154	11.17	7	30	2.18	39	184	13.34
Chenchó La Cumbre	0	0	0	12	56	4.06	12	56	4.06
Patathé Viejo	27	159	11.53	2	6	0.44	29	165	11.97
El Recuerdo	5	35	2.54	6	33	2.39	11	68	4.93
Rancho Santa Cruz	11	55	3.99	2	9	0.65	13	64	4.64
San Marcos	1	7	0.51	0	0	0	1	7	0.51
<b>MICRORREGIONAL</b>	<b>187</b>	<b>1021</b>	<b>74.04</b>	<b>77</b>	<b>358</b>	<b>25.96</b>	<b>264</b>	<b>1379</b>	<b>100</b>

Familias pertenecientes al Programa OPORTUNIDADES. FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocoingo, Chiapas.



FUENTE. Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Chiapas., Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocoingo, Chiapas.

De igual manera desglosados por localidad en la microrregión se aprecia la diferencia del número de familias siendo mayoritario en todas las localidades la cantidad de beneficiarios Oportunidades con excepción de Ranchería Laurel y

Chenchó La Cumbre, en donde el programa no tiene cobertura, éstas también son las localidades más pequeñas.

En el total de la población se aprecia que el programa de cubre la mayoría de los habitantes que se encuentran en edades vulnerables como es los menores de 5 años y los ancianos, así también las mujeres en edad reproductiva.

## ESTADÍSTICAS VITALES

PRINCIPALES INDICADORES	MICRORREGIONAL	MUNICIPAL
POBLACION FEMENINA DE 12 A 49 AÑOS	398	37635
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	3.6	2.84
TASA DE FECUNDIDAD	128.1	333.30
TASA DE NATALIDAD	37.0	73.70

ESTADÍSTICAS VITALES. FUENTE: Diagnóstico de salud 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

LOCALIDAD	2009					
	POBLACION TOTAL DE LA MICRORREGION	No. DE MUJERES DE 12 A 49 AÑOS	NACIMIENTOS DURANTE EL 2009	TASA DE NATALIDAD	TASA DE FECUNDIDAD	DEFUNCIONES RN
SAN VICENTE RIO BLANCO	490	120	15	30.6	125.0	
NUEVA MORELIA	318	70	7	22.0	100.0	
RANCHERIA LAUREL	27	6	1	37.0	166.7	
PATATHE NUEVO	184	58	11	59.8	189.7	
CHENCHO LA CUMBRE	56	15	0	0.0	0.0	
PATATHE VIEJO	165	45	7	42.4	155.6	
RECUERDO	68	36	4	58.8	111.1	
RACHERIA STA CRUZ	64	47	6	93.8	127.7	
SAN MARCOS	7	1	0	0.0	0.0	
MICRORREGIONAL	1379	398	51	37.0	128.1	0

### ESTADÍSTICAS VITALES POR LOCALIDAD

FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

En el Municipio de Ocosingo, el 22.8% de la población son mujeres en edad fértil, a nivel microrregional representan el 28.86% de la población total, sin embargo, al realizar la comparación únicamente involucrando al género femenino, la microrregión tiene un 58.7% de las mujeres en edad fértil, a comparación del porcentaje Municipal que representa el 44.17%.

Estas cifras suenan alarmantes cuando se incluyen los principales problemas de salud que se remiten al derecho a la Salud Reproductiva, aunado a la marginalidad, el desabasto de servicios de salud y el bajo nivel educativo y económico del Estado.

La tasa de fecundidad del Estado fue la segunda más alta del país en 2009: 2.4 niños/as por cada mujer.

CONCEPTO	TOTAL MUNICIPAL	%	TOTAL MICRORREGIONAL	%	%
<b>Nacimientos</b>	8483	5.53	20	0.36	1.88
<b>Hombres</b>	4180	49.28	25	0.29	1.81
<b>Mujeres</b>	4303	50.72	16	0.08	1.16
<b>Defunciones</b>	386	2.06	9	2.33	0.65
<b>Hombres</b>	208	53.89	8	2.07	0.58
<b>Mujeres</b>	178	46.11	1	2.85	0.07
<b>Defunciones menores de 1 año</b>	35	2.77	0	2.85	0.07

NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES. FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Dirección General Adjunta de Integración e Investigación Estadística  
Cédula de diagnóstico Microrregional Nueva Morelia 2009.



## MORTALIDAD

Dentro de la Microrregión se presentó una tasa de mortalidad general de 2.69 y de Mortalidad Infantil de 0. Cifras municipal, Estatal y Nacional.

Chiapas tiene un registro mayoritario de muertes generales en áreas urbanas con el 52% y el 44.5% se presenta en áreas rurales, el resto se reporta como área no especificada.

En México es mucho mayor el porcentaje de muertes en área urbana y representa el 74.99% a comparación del 23.53% que son en área rural.

Concepto	MR	MP	ETT	NL
<b>Tasa de Mortalidad General</b>	1.32	2.69	4.3	4.9
<b>Tasa de Mortalidad Infantil</b>	0	26.56	20.2	14.7

**MORTALIDAD .MR:** Microrregional; **MP :** Municipal; **NL:** Nacional.\*tasa x mil.  
FUENTE. Cédula de diagnóstico Microrregional Nueva Morelia 2009.

Las estimaciones de tasa de mortalidad infantil en Chiapas son mucho mayor que la estimada a nivel nacional y es el segundo estado después de Guerrero según los reportes de Conapo en 2009.

Principales causas de mortalidad infantil (menores de un año), 2008.					
Nacional					
Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa <sup>1/</sup>	%
	A00-Y98	Total	29,519	1 509.7	100.0
1	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14,767	755.2	50.0
2	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	2,848	145.7	9.6
3	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	1,719	87.9	5.8
4	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	725	37.1	2.5
5	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	457	23.4	1.5
6	Q00	Anencefalia y malformaciones similares	254	13.0	0.9
7	Q79.2-Q79.5	Defectos de la pared abdominal	209	10.7	0.7
8	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	189	9.7	0.6
9	N00-N19	Nefritis y nefrosis	161	8.2	0.5
10	Q90	Síndrome de Down	117	6.0	0.4
11	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	110	5.6	0.4
12	<sup>2/</sup>	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	105	5.4	0.4
13	Q05, Q07.0	Espina bífida	87	4.4	0.3
14	Q39.0-Q39.3	Fistula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica	86	4.4	0.3
15	I30-I33,I38,I40.I42	Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre reumática)	84	4.3	0.3
16	D50-D64	Anemia	74	3.8	0.3
17	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	71	3.6	0.2
18	G40-G41	Epilepsia	71	3.6	0.2
19	J45-J46	Asma	47	2.4	0.2
20	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Central	45	2.3	0.2
	R00-R99	Causas mal definidas	521	26.6	1.8
		Las demás	6,772	346.3	22.9

FUENTE: CONAPO. Causas de mortalidad infantil (menores de 1 año) 2010.

Entre las primeras causas de mortalidad infantil se encuentran patologías prevenibles y sin embargo siguen presentándose en gran medida en todo el país.

A nivel Microrregional las principales causas de muerte en 2009 fueron, infarto agudo al miocardio en 2 casos representando el 40%, traumatismo craneoencefálico en 1 caso representando el 20%, ahogamiento en 1 caso representando el 20% e

Insuficiencia renal en 1 caso representando el 20% final. Todas éstas se presentaron en Adultos.

<b>CAUSAS DEMUERTE</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	1	0	3	1	2
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO	0	0	0	0	1
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	0	1	0	1	0
ACCIDENTES DE TRABAJO	2	0	1	1	0
AHOGAMIENTO	0	0	0	0	1
MUERTE NEONATAL	1	0	1	0	0
DESHIDRATACIÓN SECUNDARIA A GEPI	0	1	0	1	0
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS	1	1	0	0	0
AGRESIONES	1	0	0	0	0
CAUSAS NO DEFINIDAS	2	0	1	0	0
COMPLICACIONES POR DIABETES MELLITUS TIPO II	1	2	0	0	1
DESNUTRICIÓN	1	0	1	0	0
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>

FUENTE: CÉDULA SEMESTRAL DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR NUEVA MORELIA 2009.

En la tabla anterior se aprecia que durante los últimos 5 años, en el 2005 es cuando más muertes se han registrado, y en éste último quinquenio el infarto agudo al miocardio ha sido la primera causa de muerte.

## **MORTALIDAD INFANTIL**

Existen 2 muertes por Choque Hipovolémico secundario a GEPI, las cuales a nivel Jurisdiccional ni Estatal se encuentran registradas, este hallazgo se hizo realizando el censo Microrregional en 2009, cabe mencionar que los dos menores son hijos de la misma madre, perteneciente a la comunidad de Chenchó la cumbre.

De igual manera existen 2 muertes infantiles por desnutrición no registradas oficialmente en el 2005 y 2007 respectivamente, ambas del sexo masculino menores de 1 año.



La última muerte infantil reportada fue en el 2009, el caso es por ahogamiento de una menor de 6 años en la comunidad de Santa Cruz.

## MORTALIDAD MATERNA

Chiapas se encuentra entre los tres primeros estados con mayor número de defunciones maternas por año. Del 2003 al 2007 se había mantenido una tendencia a la disminución. En el 2008 se incrementaron 14 defunciones más que en el 2007, representando un incremento del **18%**.

Año	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
2001	24	21	20	17	82
2002	29	21	23	21	94
2003	26	33	28	19	106
2004	34	23	25	14	96
2005	19	15	27	21	82
2006	26	22	14	20	82
2007	19	21	21	17	78
2008	20	21	24	27	92
PROMEDIO	24	21	22	18	86
2009	12	12	18	9	51

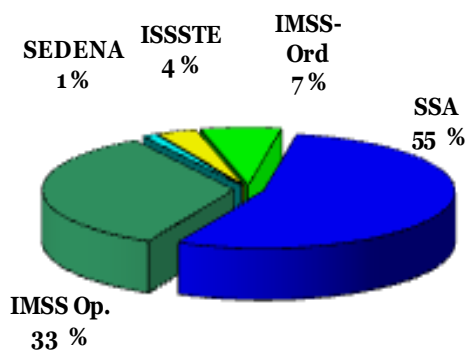
MORTALIDAD MATEERNA POR AÑO.  
FUENTE: CONAPO. Mortalidad materna por año en el Estado de Chiapas.

Durante los últimos 5 años se han presentado el mayor número de muertes maternas en Chiapas en el 2008 y 2006 de las cuales 70.6% han sido en unidades pertenecientes a la Secretaría de Salud.

Las jurisdicciones con mayor porcentaje de muertes maternas son Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de Las Casas Palenque y Pichucalco.

J. Sanitaria	Mortalidad Materna									Mortalidad Materna					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S	%	I	%	O	%
TUXTLA	10	7	10	4	23	13	20	10	10	9	90			1	10
S.C.D.L.C.	13	20	21	20	12	13	11	14	9	5	55.6	3	33.3	1	11.1
COMITAN	6	6	7	7	4	7	4	10	5	3	60	2	40	0	0
VILLAFLORES		2	3	3	2	3	3	6	2	2	100				
PICHUCALCO	5	10	11	5	8	11	8	6	9	8	88.9	1	11.1		
PALENQUE	11	10	5	7	6	5	3	10	7	5	71.4	2	28.6		
TAPACHULA	12	9	12	9	8	9	12	15	4	2	50	2	50		
TONALÁ	1	4	3	3	1	1	3	1	0						
OCOSINGO	5	5	5	10	8	11	3	12	3	2	66.7	1	33.3		
MOTOZINTLA	5	7	1	8	5	4	3	4	2			2	100		
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>80</b>	<b>78</b>	<b>76</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>70</b>	<b>88</b>	<b>51</b>	<b>36</b>	<b>70.6</b>	<b>13</b>	<b>25.5</b>	<b>2</b>	<b>39</b>

FUENTE: CONAPO. Mortalidad materna por año en el Estado de Chiapas por jurisdicción Sanitaria.

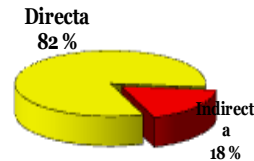


Según la población responsable de cada Institución, durante el 2008 se presentó el mayor porcentaje de muertes maternas en la población perteneciente a la secretaria de Salud y en menor porcentaje en SEDENA e ISSSTE. Esto podría darse debido a que estas instituciones tienen menor cantidad de población responsable dadas las condiciones de afiliación o derechohabencia.

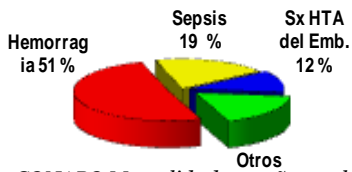
12.. Fuente: CONAPO Mortalidad por año en el Estado de Chiapas según Institución.

Durante el 2009 el ISSSSTE no reportó ninguna muerte materna, en Cruz Roja se presentaron el 2.25% de las muertes a diferencia del año 2008 que no reportó ninguna.

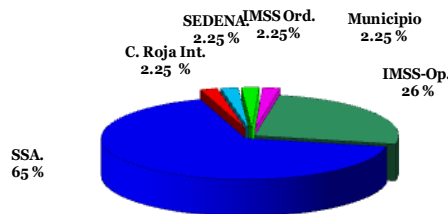
Las causas principales de las defunciones maternas en el 2009 son : Hemorragias, Sx Hipertensivo del embarazo y Septicemia, siendo clasificadas en un 82% como defunciones maternas directas



Fuente: CONAPO Causas de Muerte Materna Estado de Chiapas

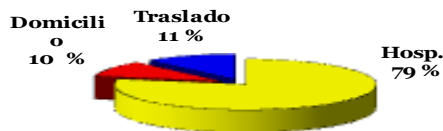


Fuente: CONAPO Mortalidad por año en el Estado de Chiapas según Institución

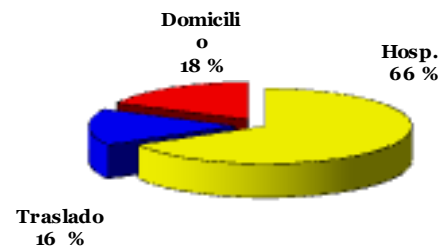


Fuente: CONAPO Mortalidad por año en el Estado de Chiapas según Institución

Más del 70% de las defunciones se presentaron en un segundo nivel en el 2008 y el 66% en el 2009. En la Microrregión no se presentaron muertes maternas en los últimos 5 años.



Gráfica referencial 2008



Gráfica referencial 2009

Fuente: CONAPO Mortalidad por año en el Estado de Chiapas según Institución.

## **EDUCACIÓN.**

Según CONAPO en 2009, el 42.76% de la población Chiapaneca de 15 años y más no tiene primaria completa y el 20.4% no ha recibido ninguna forma de instrucción formal.

La educación ha sido tradicionalmente el instrumento de las políticas indigenistas que pretendían “aculturar” y asimilar a los indígenas a la cultura nacional mexicana, no permitiendo ni la manifestación ni el desarrollo de su propia cultura. Por otra parte, un gran número de comunidades indígenas nunca han tenido acceso a la educación pública. Por estos motivos la educación se convirtió en una de las principales demandas de la lucha zapatista y uno de los principales ejes de su proyecto autónomo. La educación zapatista pretende recuperar y desarrollar la cosmovisión indígena y consolidar su proyecto rebelde. En contenido y estructura se alejan del modelo oficial.

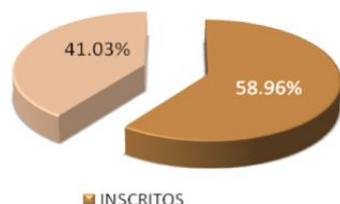
La población que no pertenece al movimiento zapatista aún tiene muchas limitaciones para el acceso a la educación, en la microrregión se cuenta con un número escaso de escuelas y maestros, cabe mencionar que en su mayoría son cubiertos por personal en formación quienes cumplen con un servicio social, en algunos otros planteles escolares, no se cuenta con ningún titular de éstos mismos y los habitantes designan a algún integrante de la comunidad para cumplir con ese rol. En otros casos, la cantidad de niños que asisten a preescolar o primaria, no cumplen con el mínimo para mantener las clases y las escuelas son cerradas por temporadas, en el mejor de los casos los alumnos que quedan sin acceso a esa educación se trasladan diariamente a la comunidad mas cercana donde puedan retomar sus estudios, pero esto no sucede en la mayoría de los casos.

Las escuelas en su mayoría son construidas con madera y lámina por los habitantes de la comunidad quienes se organizan para llevar a cabo estas actividades. Sólo en las 2 localidades más grandes han sido construidas con materiales firmes por la SEP.

Los grupos escolares son mixtos, se imparten clases desde primer año de primaria hasta sexto por un solo docente, sucede lo mismo en cuanto a educación preescolar se refiere a excepción de San Vicente Rio Grande y Patathé nuevo que por ser las 2 localidades más grandes acompletan grupos para los 6 grados de primaria, entre habitantes del lugar y localidades vecinas.

En las localidades de Patathé Viejo y Santa Cruz, los niños asisten a clases entre 3 y 4 días a la semana.

Las localidades más pequeñas no cuentan con planteles educativos. La cantidad de niños en edad escolar que habitan en la microrregión, es mayor al número que se reporta en los diferentes planteles escolares.



El total de los niños en edad escolar incluyendo nivel preescolar, primaria y secundaria es de 57.43% de la población total en la Microrregión, sin embargo el 41.03% de estos no se encuentran inscritos en una unidad de Enseñanza- Aprendizaje.

FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

Concepto	Total MP	%	Total MR	%	Hombres MP	%	Mujeres MP	%
Alumnos primaria								
<b>Inscritos totales</b>	38 780	4.90	362	0.93	19 839	51.16	18 941	48.84
<b>Existentes</b>	37 855	4.94	267	0.68	19 364	51.15	18 491	48.85
Alumnos secundaria								
<b>Inscritos totales</b>	11 809	4.54	72	0.60	6 406	54.25	5 403	45.75
<b>Existentes</b>	11 193	4.55	67	0.59	6 061	54.15	5 132	45.85
Alumnos bachillerato								
<b>Inscritos totales</b>	5 150	3.19	33	.006	2 683	52.10	2 467	47.90
<b>Existentes</b>	4 765	3.19	22	.46	2 489	52.24	2 276	47.76

FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas

■ Valor Municipal comparado con valor Estatal   
 ■ Valor Microrregional comparado con valor Municipal   
 ■ Porcentaje del total Municipal según género..  
 MR: Total Microrregional  
 MP: Total Municipal

La educación en la Microrregión tiene un gran déficit, más allá de solo recibirla menos de la mitad de los niños en edad escolar, en nivel primaria solo representa un 0.93% de los alumnos a nivel Municipal y tomando en cuenta que Ocosingo tiene el 4.9 % del total de niños inscritos a nivel Estado en la Microrregión se ve menor el nivel educativo de ésta proyección.

Se aprecia también que existe una deserción a medida que el nivel educativo es mayor, el número de alumnos disminuye drásticamente desde el paso de la educación primaria al nivel secundaria y más aún al nivel bachillerato, aunque a nivel Microrregional es más drástico ese cambio, en el Municipio también se ve una gran

deserción escolar. Esto tiene impacto directamente con el nivel socioeconómico, cultural, desarrollo humano y calidad de vida.

Según en Censo Nacional de Población y Vivienda 2005, se encontraron los siguientes datos relevantes en materia Educativa.

- El 14.1% de la población de 6 a 14 años en el Estado de Chiapas no asiste a la escuela actualmente.
- El 24.9% de la población del Estado no habla español.
- El promedio de la escolaridad de la población indígena de mas de 5 años es de 3.9 años en 2005.
- Chiapas tiene el nivel de analfabetismo más alto en el país.
- El 9.6% de la población general Chiapaneca de de 8 a 14 años a comparación del nivel nacional que es de 3.3%.
- El 21.4% de la población general Chiapaneca de 15 años o más no sabe leer ni escribir. El 39.2% de la población indígena que tiene 15 años o más es analfabeta.
- El 27.9% de todos los hombres y el 50.1% de todas las mujeres de la población indígena son analfabetas. Acorde a la información recaudada en el 2005, el problema de educación sigue vigente de mayor impacto en el género femenino.

## **MIGRACIÓN.**

La migración de chiapanecos hacia otros estados o a Estados Unidos en los porcentajes actuales es un fenómeno relativamente nuevo. A partir de los años 30, la Selva Lacandona había servido como válvula de escape para la tensión social creada por la falta de tierra. Las políticas neoliberales impulsadas a partir del año 1982 con el gobierno de Miguel de la Madrid cancelaron las políticas de protección al campo mexicano. Más tarde las consecuencias del TLCAN, en vigor desde 1994, dejaron sin salida comercial a los productos del campo. Esta crisis está obligando a miles de chiapanecos a abandonar sus comunidades y sus tierras en búsqueda de una salida económica.

Migración hacia los Estados Unidos de América:

Entre 30,000 y 50,000 chiapanecos emigran hacia los EUA cada año, de una población de casi 4 millones.

Se calcula que en menos de 10 años, unos 300,000 chiapanecos se habrán asentado en los EUA. El 65% de ellos son campesinos e indígenas que proceden de Pantepec (zoques), Altos (tzotziles), Norte (choles), Selva (tzeltales) y de la Sierra Madre (mames).

Los nuevos migrantes de Chiapas se establecen principalmente en entidades estadounidenses sin tradición receptora, en las zonas centro y occidente, entre ellos Oklahoma, Colorado y Washington. <sup>13</sup>

## ACTIVIDAD ECONÓMICA

En el estado domina el modelo de agricultura de subsistencia, que no permite excedentes agrícolas con los que tener ingresos económicos. Esto no tiene variación con la actividad que en la microrregión e desempeña, donde el 44.44% realiza actividades de agricultura, seguido de la ganadería con el 36.47% y el comercio en el 17.09%. Estas actividades son realizadas por el género masculino y femenino, en ocasiones las familias recurren al apoyo de los hijos para realizar el trabajo de campo, por lo que influye directamente en la deserción escolar.

ACTIVIDAD ECONOMICA								
LOCALIDAD	AGRICULTURA		GANADERIA		COMERCIO		TOTAL POR LOCALIDAD	
	NO. FAM	%	NO. FAMILIAS	%	NO. FAMILIAS	%	NO. FAMILIAS	%
SAN VICENTE RIO BLANCO	40	44.4	40	44.4	10	11.11	90	100
NUEVA MORELIA	35	58.33	22	36.67	15	25.00	60	100
RANCHERIA LAUREL	11	122.22	11	122.22				
PATATHE NUEVO	20	51.28	9	23.08	10	25.64	39	100
CHENCHO LA CUMBRE	6	75.00	0	0	2	25.00	8	100
PATATHE VIEJO	15	51.72	12	41.38	8	27.59	29	100
EL RECUERDO	20		34		4		40	100
RANCHO SANTA CRUZ	13		10		0	0	23	100
SAN MARCOS	1	100	0	0	0	0	1	100

FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

13.- Díaz, J., & Sánchez, M. (2007). *Estados Unidos, lugar de destino para los migrantes chiapanecos. (Spanish)*. Migraciones Internacionales.

En la gran mayoría de los casos como se mencionó, estas actividades son completamente de subsistencia, no existe registro de la población indígena empleada en la microrregión. Hay 304.018 indígenas empleados en el estado de Chiapas: el 42% (122.345) no registran ingresos. Otro 42% (127.682) sobreviven por debajo de un salario mínimo mensual. Sólo el 9,9% de la población indígena chiapaneca gana de uno a dos salarios mínimos mensuales. El 83% de la población indígena está ocupada en la agricultura, en comparación con 58,3% de la población general de Chiapas. 5,5% de la gente indígena trabaja en la industria y otro 8,6% en servicios. Esto suena menos alentador ya que el salario mínimo actual es de aproximadamente 49.50 pesos al día. <sup>14</sup>

Chiapas es el estado con mayor concentración del ingreso monetario entre pocas personas o familias a nivel nacional, con una medida equivalente a la que se presenta en los países africanos más pobres. También tiene la mayor desigualdad en distribución del ingreso monetario en nivel nacional. <sup>15</sup>

## VIVIENDA

Un gran porcentaje de los hogares de la población indígena no cumplen con las condiciones mínimas de una vivienda digna.

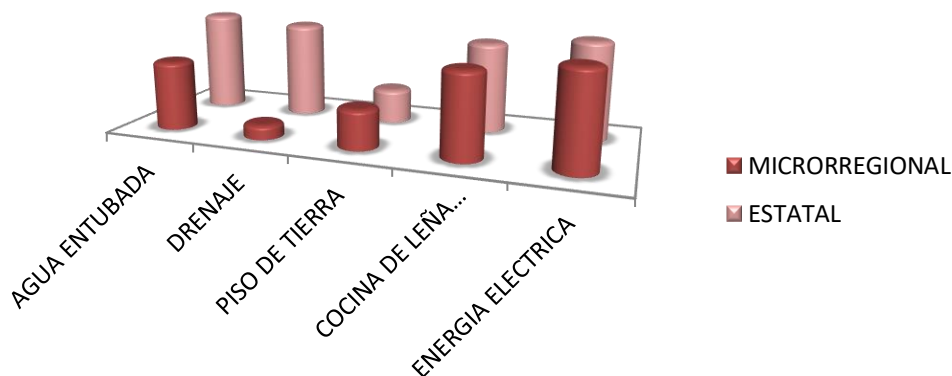
<b>DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS</b>	<b>ESTATAL</b>	<b>MICRORREGION</b>
<b>EN LA POBLACION INDIGENA</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>AGUA ENTUBADA</b>	97.1	66.28
<b>DRENAJE</b>	91.93	13.6
<b>PISO DE TIERRA</b>	32.9	37.87
<b>COCINA DE LEÑA O CARBON</b>	85.9	81.06
<b>ENERGIA ELECTRICA</b>	94.12	91.52

**DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS SANITARIOFUENTE:**  
Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

14.- INEGI. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>

15.- CHIAPAS EN DATOS <http://www.sipaz.org/es/chiapas/chiapas-en-datos.html>





FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas

## DISPOSICION DE AGUA

Existe una diferencia grande entre la disponibilidad del agua entubada entre la población indígena del Estado y de la Microrregión, el 6.8% ésta se abastece de agua de arroyo, el 4.9% de pozo, y el 21.21% de ojo de agua. El 100% carece de agua potable, el agua entubada no tiene estas características, cabe señalar que aún cuando la población tenga acceso a éste servicio deberá dar tratamiento de manera independiente para poder ingerirla ya que ninguna localidad cuenta con planta de tratamiento de agua. La población de la Microrregión la lleva a cabo hirviéndola en el 83.46% y clorándola en el 14.53%, el 2% de la población manifiesta ingerirla sin tratamiento.

DISPOSICION DE AGUA	PORCENTAJE
ARROYO	6.80
POZO	4.90

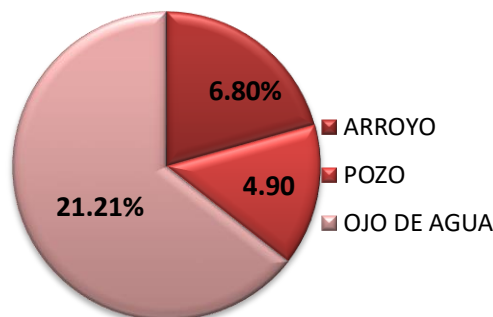
FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas

El drenaje es de los servicios sanitarios el que se encuentra en menor porcentaje, el 29.16% de la población utiliza letrina, el 4.5% fosa séptica y el 52.65% defeca al ras del suelo, esto es uno de los problemas mas preocupantes si tomamos en cuenta la contaminación del suelo y el agua.

La mayoría de las viviendas de la microrregión cuentan con piso de tierra en el 59.09%, de cemento el 37.87% y un 3.78% de madera, estas estadísticas varían mas del 7% a las cifras representativas del Estado.

En cuanto a material de construcción se refiere, el techo del 89% de las viviendas es de lámina, y el 10.9% de concreto. Las paredes son en la mayoría de madera representando el 90.15% y el resto del porcentaje de block.

Como instrumentos de cocina en la gran mayoría de las viviendas se utiliza fogón bajo en el 73.10%, fogón alto en el 7.5% y estufa en el 18% restante, este porcentaje lo abarcan las comunidades de San Vicente y Nueva Morelia que son las más cercanas y con mayor acceso a la cabecera municipal.



La energía eléctrica es el servicio con el que más cuentan las viviendas en el 91.52% de ellas, a nivel Estatal el 94.12% se beneficia con este servicio.<sup>16</sup>

## **SALUD.**

Por toda una serie de políticas discriminatorias la mayoría de las comunidades indígenas no han tenido el acceso al sistema de salud. La falta de recursos y la lejanía de algunas comunidades de los grandes centros urbanos ha llevado a la agudización y reproducción de enfermedades fácilmente curables.

Según estadísticas de la secretaria de Salud en Chiapas, se cuenta con menos de un médico por 1000 habitantes, lo cual es la cifra más baja de todo el país. Se acepta oficialmente la falta de acceso de más de un millón de chiapanecos a los centros de salud (cerca de 25% de los habitantes del estado), en su mayoría indígenas.<sup>7</sup>

Dentro de la Microrregión se cuenta con una Centro de Salud Rural con un médico a cargo de prestar atención a 1379 habitantes, una cifra más baja a la representada a nivel estatal. Ninguno de estos cuenta con afiliación a alguna Institución de Seguridad Social.

16.- INEGI. Censo Nacional de Poblacion y Vivienda 2010.

17.- Tejiendo Igualdad. Los objetivos de desarrollo del milenio en Chiapas desde la perspectiva de género.2009.

También cuenta con 9 auxiliares de salud coordinados con el Médico para realizar actividades en cada comunidad y 8 Parteras tradicionales quienes prestan atención al 90% de las pacientes en trabajo de parto.

LOCALIDAD	MEDICO	ENFERMERA(O)	AUXILIAR DE SALUD	PARTERA
NUEVA MORELIA	1	0	1	0
SAN VICENTE	0	0	2	2
PATATE NUEVO	0	0	2	2
PATATE VIEJO	0	0	2	2
SANTA CRUZ	0	0	1	1
EL RECUERDO	0	0	1	0
RANCHERIA LAUREL	0	0	0	0
CHENCHO LA CUMBRE	0	0	0	1

FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

Los auxiliares de salud en su totalidad han cumplido con la educación primaria completa y son capacitados por médicos de la Jurisdicción Sanitaria IX para la atención y prescripción de medicamentos. En el año 2009 solo recibieron 1 capacitación acerca de toma de muestras para BAAR.

El medicamento que utilizan los auxiliares de Salud es proporcionado por el Médico en el Centro de Salud Nueva Morelia

El Municipio de Ocosingo aun teniendo una gran cantidad de comunidades y a su vez habitantes, solo cuenta con 99 Unidades Médicas representando un 8.87% de las existentes a nivel estatal.

<b>Unidades de Salud por Institución.</b>						
<b>Concepto</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Seguridad Social</b>	<b>%</b>	<b>Asistencia Social</b>	<b>%</b>
Unidades Médicas	<b>99</b>	<b>8.87</b>	<b>2</b>	<b>2.02</b>	<b>97</b>	<b>97.98</b>
De Consulta Externa	<b>96</b>	<b>96.97</b>	<b>2</b>	<b>2.08</b>	<b>94</b>	<b>97.92</b>
<b>IMSS</b>	75	<b>78.13</b>	0	<b>0.00</b>	75	<b>100.00</b>
<b>ISSSTE</b>	1	<b>1.04</b>	1	<b>100.00</b>	0	<b>0.00</b>
<b>ISSTECH</b>	1	<b>1.04</b>	1	<b>100.00</b>	0	<b>0.00</b>
<b>SSA</b>	19	<b>19.79</b>	0	<b>0.00</b>	19	<b>100.00</b>
De Hospitalización General	<b>3</b>	<b>3.03</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>3</b>	<b>100.00</b>
	2	<b>66.67</b>	0	<b>0.00</b>	2	<b>100.00</b>
<b>ISSSTE</b>	0	<b>0.00</b>	0	<b>0.00</b>	0	<b>0.00</b>
<b>ISSTECH</b>	0	<b>0.00</b>	0	<b>0.00</b>	0	<b>0.00</b>
<b>SSA</b>	1	<b>33.33</b>	0	<b>0.00</b>	1	<b>100.00</b>

FUENTE: Unidades de Salud por Institución. Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Chiapas, 2005, Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

El 99.97% de las Unidades existentes en el Municipio son de consulta Externa y solo el 3.03% cuenta con Hospitalización General, sin embargo de las Unidades de Consulta Externa el 2.08% pertenecen a Instituciones a las que no se tiene acceso libre como son ISSSTE e ISSTECH.

## **NUTRICIÓN.**

El estado de Chiapas ocupa el segundo lugar de desnutrición en el país, después de Guerrero. Más de la mitad de los municipios padecen de este problema. Sesenta municipios presentan desnutrición severa, 36 con importante grado de desnutrición, 13 con moderada y solo dos con desnutrición leve según el gobierno de estado. La desnutrición es la séptima causa de morbilidad en el estado de Chiapas y la décima causa de la mortalidad. En 1994, era la sexta causa de mortalidad entre gente indígena. La desnutrición en la población indígena es del 71,6% en 2008.<sup>18</sup>

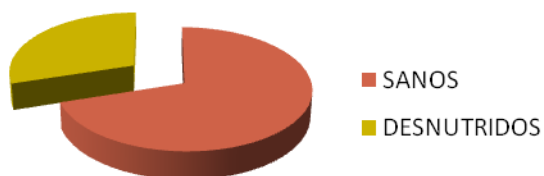
18.- SEDEPAS <http://www.sedepas.chiapas.gob.mx>

LOCALIDAD	MENORES DE 5 AÑOS	DESNUTRICIÓN													
				LEVE		MODERADA		SEVERA		OBESIDAD		RECUPERADOS		CONTROL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SAN VICENTE	57	24	42.1	22	38.6	9	15.8	2	3.51	0	0	0	0	57	100
NUEVA MORELIA	49	22	44.9	21	42.9	4	8.16	2	4.08	0	0	0	0	49	100
LAUREL	3	1	33.3	2	66.7	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
PATATE NUEVO	32	19	59.4	12	37.5	1	3.13	0	0	0	0	0	0	32	100
CHENCHO LA CUMBRE	12	6	50	5	41.7	1	8.33	0	0	0	0	0	0	12	100
PATATE VIEJO	21	12	57.1	9	42.9	0	0	0	0	0	0	0	0	21	100
EL RECUERDO	24	13	54.2	11	45.6	0	0	0	0	0	0	0	0	24	100
SAN MARCOS	1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
MICRORREGIONAL	199	98	49.2	82	41.2	15	7.54	4	2.01	0	0	0	0	199	100

#### DESNUTRICIÓN EN LA MICRORREGIÓN

FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

En la microrregión, dentro de los menores de 5 años el 29.88% presentan algún grado de desnutrición. Considerando el porcentaje estimado a nivel estatal de niños indígenas desnutridos, en la microrregión el porcentaje se encuentra muy por debajo, sin embargo no es un número satisfactorio de casos.

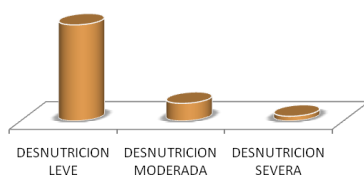


Dentro del total de niños que presentan algún grado de desnutrición en la microrregión, la mayoría es de grado leve con el 81.18%, siguiéndole el moderado con 14.85% y finalmente el severo con 3.96%.

FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

No se encuentran niños con algún grado de sobrepeso u Obesidad.

Del total de los niños que presentan grado de desnutrición 86 reciben atención médica que representan el 85.14% abarcando el total de niños con desnutrición severa y moderada, el 14.86% corresponde a niños con desnutrición leve.



FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009.  
Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas .

## DESIGUALDADES SOCIALES

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), desde 2000, Chiapas es el segundo estado con mayor grado de marginación en el país. En su estudio de 2005, se detecta que los municipios ubicados en los Altos de Chiapas son los que representan los grados de mayor marginación. Sin embargo, el municipio de Sitalá, ubicado en la zona Norte-Selva ocupa el segundo lugar dentro de los municipios más marginados a nivel nacional.

Municipio Ocosingo				
Concepto	Índice	Grado	Lugar Estatal	Lugar Nacional
<b>Marginación</b>	1.4566	Muy alto	27	216
<b>Rezago Social</b>	1.5194	Alto	24	216
<b>Desarrollo Humano</b>	0.6709	Medio	83	2 179
<b>% de Población en Pobreza Alimentaria</b>	68.18	N/A	31	119
<b>% de Población en Pobreza de Capacidades</b>	76.45	N/A	29	115
<b>% de Población en Pobreza de Patrimonio</b>	90.42	N/A	26	122

Fuente: CONAPO Consulta Enadid 2009.

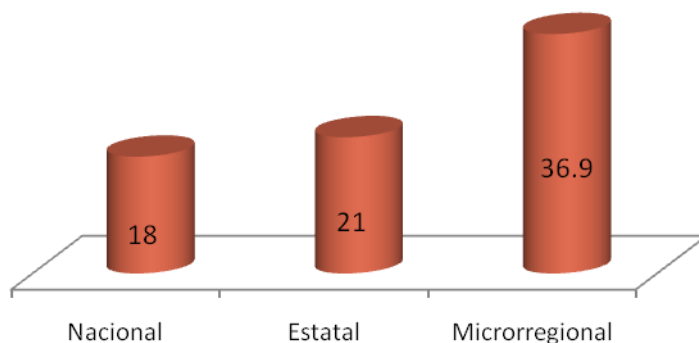
Ocosingo tiene un índice muy alto de marginación ocupa el lugar número 27 a nivel Estatal y el 216 a nivel Nacional.

El índice de Desarrollo Humano se encuentra en el lugar 83 a nivel Estatal y 2179 a nivel Nacional

Dentro de los demás indicadores en cuanto a rezago social, pobreza alimentaria, pobreza de capacidades y patrimonio se aprecia el bajo nivel económico a comparación del nivel Estatal y Nacional.

### **SALUD REPRODUCTIVA.**

En el 2009 a nivel Nacional se presentó una tasa bruta de natalidad de 18, mientras que en el Estado de Chiapas de 21. A nivel Microrregional ésta cifra alcanzó el 36.9.



FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas .CONAPO.

De este total de nacimientos existe un número significativo de madres adolescentes. Según estimaciones realizadas por el INEGI, en el año 2009 el 17.2% de los nacimientos registrados fueron de madres adolescentes, en el Estado de Chiapas en 18.9% del total de los nacimientos fueron de madres adolescentes, quedando en el 4º lugar a nivel Nacional con las cifras más altas de madres adolescentes.

Hasta el 2008, la tasa de crecimiento anual de la población fue a nivel Nacional de 1, en el Estado de Chiapas de 1.6.

	<b>Sin Escolaridad</b>	<b>Primaria Incompleta</b>	<b>Primaria Completa</b>	<b>Secundaria o Equivalente</b>	<b>Bachillerato</b>	<b>Profesional</b>
<b>Nacional</b>	5.5	9.2	24.9	34.2	16.4	9.9
<b>Estatad</b>	23.6	21.1	26.4	16.8	7.6	4.5
<b>Microrregional</b>	43.7	23.4	21.8	10	1.1	0

FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas .CONAPO.

Existe un porcentaje muy bajo de madres que han tenido niveles educativos altos. A nivel nacional el 9.9 % solamente tiene un nivel educativo profesional y el 34.2% solo secundaria, éste es el nivel educativo que tiene la mayoría de madres en el país.

En el estado de Chiapas el mayor porcentaje de madres tienen como nivel educativo primaria completa, y a nivel Microrregional el problema se acentúa y se presenta el mayor porcentaje de madres sin escolaridad.



## **CONCLUSIONES.**

La microrregión de Nueva Morelia se encuentra en una zona geográfica rica en recursos naturales que los habitantes aprovechan para realizar actividades laborales como la agricultura, el ganado y la tala de árboles para obtención de madera que se ha visto en forma desmedida con la finalidad de recibir un aporte monetario para sus familias, lo cual afecta directamente al ecosistema en el que viven.

Dentro del núcleo familiar solamente se recibe un aporte monetario al hogar, que depende de diversas variables. En el caso de la agricultura, los factores climáticos determinan la productividad y con esto el importe del trabajo que se realiza durante un tiempo determinado por lo que los agricultores no pueden disponer de un sueldo que se invierta en gastos para aumentar su calidad de vida, apenas para la alimentación y en cada una actividad económica que se realiza existen condiciones que modifican el ingreso familiar.

La natalidad se encuentra descontrolada, la ideología de las comunidades en muchas ocasiones no permite la utilización de métodos de planificación familiar, no existe educación sexual y las autoridades de salud encargadas de estas actividades no tienen estrategias de capacitación y orientación hacia los habitantes de la comunidad. Esto repercute directamente en otro problema de salud importante que es la desnutrición, ya que mientras menor controlada la natalidad, las familias se hacen más grandes y por lo tanto la alimentación se verá afectada teniendo que invertir en cantidad y no permitiendo una dieta de calidad como se ve en la mayoría de las familias.

La educación es otro factor que agrava esta situación, las mujeres son quienes presentan menor grado de estudios que son quienes podrían modificar el control de la natalidad y debido al rol que desempeñan en la familia, modificar el problema de desnutrición con el mejor manejo de la alimentación.

El servicio médico y los medicamentos no son suficientes para la Microrregión, en alguno de los casos los pacientes acuden a valoración médica y ante la falta de medicamentos, no reciben un tratamiento, permitiendo que las enfermedades avancen y puedan presentar complicaciones, así también los métodos de planificación familiar se escasean y las pocas pacientes que se encuentran en control lo pierden haciendo que esta estrategia fracase a corto plazo.

La morbilidad más alta se trata de enfermedades infecciosas las cuales reducirían un número importante si existiera más énfasis en la medicina preventiva.

La mortalidad materna no se ha presentado en los últimos 5 años en la Microrregión sin embargo existen debilidades exponen a este riesgo a esta comunidad ya que el control prenatal es muy bajo, la mayoría de las mujeres se atiende con parteras tradicionales, las cuales en mucho tiempo no han sido capacitadas por las autoridades de salud.

La calidad de la consulta médica no es óptima y la relación médico paciente se remite a un interrogatorio dirigido que probablemente no sea suficiente para obtener información adecuada, que encamine a un buen diagnóstico y tratamiento.

Toda la carga de trabajo administrativo y las deficiencias que se tienen, desde el material, medicamento y lenguaje son puntos que debilitan el ejercicio de la práctica médica e incluso la permanencia y la continuidad del servicio social.

El estado de Chiapas tiene una gran riqueza en cultura, en recursos y maravillas naturales, en cuanto a los servicios de salud, a mi parecer cuentan con una gran deficiencia en su administración, como inicio el enfoque n y trámites burocráticos que podrían ser modificados, abarcar gran parte de los verdaderos problemas de salud de las, sobre todo lo más esencial y de donde provienen muchas complicaciones como es salud reproductiva.

Si bien es difícil modificar todo el sistema de salud en México, cada uno de nosotros como médicos contribuimos a mejorar, empeorar o seguir con la misma calidad de atención, y con esto cambiar la calidad de vida de los pacientes informando, atendiendo un padecimiento, concientizando y comprendiendo desde la parte humana a cada uno de estos, aunque en nosotros no esté ofrecer las condiciones adecuadas para cada uno de los habitantes bien podríamos brindar nuestros conocimientos para hacer que con lo que cuenten lleven una vida más sana, para esto necesitamos apoyo, uno y sobre todo el más importante es el aprendizaje de la lengua que ellos dominan.

Este último punto a mi parecer es lo que más debilita la atención y la relación médico paciente y que crearía un cambio en el comportamiento de muchos pacientes si contáramos con este recurso.

El Índice de Desarrollo Humano, nos indica que la población se encuentra en muy malas condiciones, desde el punto de vista del Derecho a la salud, la comunidad no cuenta con este derecho constitucional y se encuentra muy lejos de alcanzarlo, más aún con las estrategias de acreditación que disfrazan las cifras reales de pacientes en tratamiento, medicamentos otorgados y condiciones de salud de la población en general, contrastando totalmente con la realidad de la calidad de vida de la comunidad.

## **POLITICAS DE SALUD EN MÉXICO.**

En el siglo XIX, los servicios médicos proporcionados en los países subdesarrollados estaban vinculados a las compañías comerciales y atendían a los empleados europeos vinculados a las mismas.

Durante los periodos coloniales, las iniciativas sobre salud pública tenían como objetivo: combatir las enfermedades que afectaban a las poblaciones europeas y mantener sana la mano de obra para asegurar las ganancias. A finales del periodo colonial, los servicios eran parecidos a los de la metrópolis, operaban con tecnología cara y cuidados curativos mediante grandes hospitales urbanos, el personal había sido formado de acuerdo al modelo de los países europeos y sus servicios se limitaban exclusivamente a las grandes ciudades y a plantaciones o minas.

En la década de los 50 y 60, al independizarse los últimos países de los europeos, se buscó extender los servicios, los planes contemplaban énfasis en la prevención y atención a zonas rurales, pero los presupuestos se concentraron en atender hospitales urbanos. Los hospitales de especialidades no atendían los problemas frecuentes de la población y las campañas preventivas buscaban atacar una sola enfermedad por programa, cada uno tenía administración y presupuesto diferente.

En los 60 Se desarrolla el modelo de servicios básicos de salud sustentado en la creación de centros de salud rural y en la formación de profesionales en salud. El modelo sigue siendo medicalizado, orientado a servicios y con poca participación comunitaria. A principios de los 70 se desarrolla el modelo de atención a las necesidades básicas, a finales de la esta década mejora la cobertura pero el personal médico tiene poca relación o compromiso con la comunidad.

Como consecuencia de esto, surge la atención a la salud basada en la comunidad, que tenía como elemento central los promotores comunitarios surgidos de la comunidad que se capacitaban para luego auxiliar a sus vecinos, se fomentaba la autosuficiencia y el uso de recursos locales baratos y se daba prioridad a las medidas preventivas, la educación sanitaria y la implicación y el liderazgo de los miembros de la comunidad. Muchos de los proyectos surgidos en un inicio se interesaron en la atención de aspectos humanitarios, pero con el paso del tiempo y dada la realidad social incorporaron aspectos ideológicos y políticos en su trabajo y formaron redes de apoyo.<sup>19</sup>

19.-Aguilar-Morales, J.E. (2006) Evolución y desarrollo de las políticas públicas en salud. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

En 1978, derivado del éxito de los programas de salud basados en la comunidad y la presión social existente ante los fracasos del modelo médico tradicional se efectuó en Alma Ata, en Kazajstán una reunión de ministros de salud, que culminó en una declaración progresistas que incorporó elementos de programas basados en la comunidad.

En la declaración del Alma Ata, se estableció el compromiso de “Salud para todos” y se amplió la definición de la OMS de la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Todas las naciones se comprometieron a la atención de las necesidades básicas de salud con un modelo denominado “Atención Primaria a la Salud”. Además de identificar la salud como un elemento no diferenciado del desarrollo económico.

Las burocracias médicas se opusieron a una modificación del sistema de salud, se reprimió a quienes se involucraron en dicho proyecto y en algunos casos se desarrollaron proyectos con un apoyo económico importante abandonado el apoyo de los proyectos autogestivos.

Sin embargo, existieron experiencias exitosas de atención primaria a la salud en Mozambique y Nicaragua. Las claves de estos éxitos se debieron a la presencia de un deseo político de responder a las necesidades básicas de salud de toda la población, a la participación popular activa en el intento de lograr este objetivo, y el aumento de la igualdad social y económica.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de

comunicación. Las personas de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Estas políticas que no cuestionan las condiciones sociales y políticas en las que se enmarca la salud son las que prevalecen en la actualidad y son insostenibles. Los indicadores que aparentemente habían mejorado retroceden nuevamente en la medida que las condiciones económicas de la población empeoran.

#### EL BANCO MUNDIAL.

El Banco mundial desempeña dos funciones básicas. Es un banco y una institución de desarrollo. Como banco, su función primaria es permanecer rentable y solvente, mediante la recuperación de los préstamos concedidos. El poder de voto de las decisiones del Banco Mundial, está determinado por el tamaño de las contribuciones de cada país miembro. Desde su creación, los Estados Unidos y unas pocas Naciones industrializadas controlan totalmente sus decisiones. El gobierno de los E.E.U.U. nombra al presidente del Banco y la mayoría de su personal reside en Washington D.C. El banco Mundial no es una institución democrática. Sus políticas son decididas e implementadas de acuerdo con los intereses de los accionistas que lo controlan, es decir EE. UU., Gran Bretaña, Alemania, Francia y Japón.<sup>20</sup>

El Banco Mundial es también ostensiblemente una institución de desarrollo, a menudo ha alegado que su objetivo primario es el de reducir la pobreza mediante la promoción del desarrollo y del incremento económico. Su rol es proveer capital que de otro modo no estaría disponible para proyectos de infraestructura a gran escala los cuales son necesarios para la industrialización e incremento de la productividad.

20.-Rivera, Felipe (2005), "Salud en Latinoamérica: un análisis desde las políticas públicas y la norma", a (ed.), serie Seminarios y conferencias, (LC/L.2373-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe

En búsqueda de los objetivos de desarrollo por él fijados, el Banco Mundial ha diseñado y financiado actividades para explotar los recursos humanos y naturales en los países en desarrollo. En particular, ha fomentado inversiones que promuevan un crecimiento económico y un incremento de producción de bienes materiales. Sin duda, el Banco Mundial ha contribuido a la expansión del mercado capitalista moderno en países en vías de desarrollo y en algunos países que han recibido préstamos de éste existe un crecimiento económico tangible. Sin embargo, el crecimiento económico y el aumento de producción de bienes materiales no necesariamente conducen a una mejor calidad de vida para la mayoría.<sup>21</sup>

En los últimos años, el Banco Mundial se ha convertido en la principal fuente internacional de préstamos y ayudas para el sector salud, superando tanto a la Organización Mundial de la Salud como a UNICEF.

El BM es también una institución de desarrollo y se supone que sus préstamos promueven el desarrollo económico, por lo tanto, el Banco debe asegurarse de que sus préstamos para el sector salud cumplan con este propósito.

A fin de asegurarse que sus préstamos al sector salud se usarán para proyectos técnicamente adecuados, el BM podría consultar con las agencias especializadas de la ONU tales como la OMS y UNICEF, o con ONGs internacionalmente reconocidas. En su lugar, ha decidido tomar el liderazgo mundial en la formulación de políticas de salud.<sup>22</sup>

## POLITICAS DEL SEXENIO ACTUAL.

Aunque el porcentaje del PIB que México invierte se ha incrementado en los últimos años, este porcentaje es todavía insuficiente para atender las demandas relacionadas con la transición epidemiológica y está por debajo del porcentaje del PIB que otros países de ingresos medios de América Latina le dedican a la salud. Este gasto es predominantemente privado y, en su gran mayoría, gasto de bolsillo. El sistema nacional de salud está constituido por las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y otros), que prestan servicios a sus derechohabientes (trabajadores del sector formal de la economía y sus familias); la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS-Oportunidades, que prestan servicios a la población que no tiene seguridad social, y el sector privado, que presta servicios a la población con capacidad de pago.

21.- Organización Panamericana de la Salud. 1986 carta de Ottawa para la promoción de la salud. Washington DC: OPS

22.- URZÚA, C.M. (2000), Medio siglo de relaciones entre el Banco Mundial y México: El Colegio de México, Ciudad de México.

Los servicios que prestan las instituciones de seguridad social a sus derechohabientes se financian con recursos gubernamentales, recursos del empleador (que en el caso del ISSSTE también son recursos del gobierno) y contribuciones de los empleados.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 se plantea cinco objetivos que son los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población;
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Cada uno de estos objetivos está asociado a metas estratégicas que deberán cumplirse en el periodo 2007-2012

La Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud tiene como objetivo disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinarán con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud. De implantación en colaboración con las familias, comunidades, medios de comunicación, sociedad civil, sindicatos, sector privado y distintos órdenes de gobierno. Esta estrategia cuenta con 10 componentes.

1. Intervenciones por grupo de edad.
2. Conocimiento personal de determinantes de la salud y desarrollo de competencias para el manejo adecuado de la salud.
3. Programa Único de Promoción Educativa en Salud.
4. Reforma de la acción comunitaria para la salud.
5. Fortalecimiento de la oferta de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
6. Desarrollo de capital humano en salud pública.
7. Entornos favorables a la salud.
8. Políticas públicas saludables.
9. Abogacía y gestión intersectorial a favor de la salud.
10. Generación de evidencias científicas para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

Atención integrada durante la infancia y la adolescencia

Aunque México ha logrado avances significativos en materia de salud en la infancia y la adolescencia, es necesario consolidar un modelo de atención integrada en las unidades de salud, particularmente en el primer nivel de atención.

## Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud

Dentro de las líneas de acción se tiene extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a través de las Caravanas de la Salud (unidades móviles y equipos de salud itinerantes), que estarán integradas a las redes de servicios. Incrementar el conocimiento de la medicina tradicional y complementarias y promover su utilización de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población. Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas. Fortalecer la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad. Promover una mayor colaboración entre instituciones, entidades federativas y municipios para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud

### Caravanas de la salud

Las Caravanas de la Salud beneficiarán a 1.2 millones de personas que residen en cerca de 20 mil localidades que cuentan con acceso limitado a servicios de salud. Estas caravanas ofrecerán la mayor parte de los servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica ambulatoria incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud del Seguro Popular.

Las Caravanas de la Salud estarán conformadas al menos por un médico, una enfermera y un promotor. Estos equipos ofrecerán una amplia cartera de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención básica, puerta de entrada al CAUSES. En los intervalos entre visitas, estas familias serán atendidas por auxiliares de salud comunitarias adscritas a una casa de salud.

En apoyo a los equipos itinerantes, se integrarán unidades móviles con servicios de odontología, radiología dental, laboratorio de química seca y ultrasonido, que se ubicarán en las redes de servicios a las cuales se integrarán las Caravanas. Es importante destacar que todas las familias beneficiarias de las Caravanas de la Salud se afiliarán al Sistema de Protección Social en Salud.<sup>23</sup>

23.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud. México.



## CONCLUSIONES

El Sistema Nacional de Salud es un organismo que depende de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, forma parte de la gran estructura gubernamental encaminada a poner en práctica la Política de Salud del Gobierno Federal; agrupa una serie de instituciones directamente involucradas en la atención de la población como el IMSS, el ISSSTE, la SSA, las Secretarías de Salud de las Entidades de todo el país, etc. Al igual que otros organismos, genera un gran banco estadístico, tendiente a ser utilizado como marco de referencia en distintos programas.

Los apoyos destinados a la satisfacción de las necesidades de salud en el país, constituyen uno de los brazos fuertes del discurso político, gracias a ello y a campañas sexenales que expresan la supuesta necesidad de erradicar los problemas de salud.

Por desgracia, en lugar de aceptar que se tienen fallas desde las conceptuales y metodológicas hasta las estructurales y en lugar de manifestar una preocupación más sana e imparcial para hacer de la política de salud un valuarte de entereza y apoyo a la población, se siguen repitiendo esquemas y vicios que cada día más limitan su labor y su real aplicación. Se realizan estrategias nacionales para prevención o distintos programas que muchas veces no pueden aplicarse al 100% de la población por la diferencia de condiciones de la misma.

Como ya se mencionó en este texto, la salud es un estado completo de bienestar que no solo compete al acceso a servicios de salud sin o condiciones de vida que competen también a autoridades gubernamentales. Es difícil llegar a un alcance total a la población de un estado óptimo de salud como se trata de hacer en éste país, ya que las políticas de salud con sus estrategias están basadas en una población que tiene acceso a recursos básicos, son pocas estrategias dirigidas hacia poblaciones indígenas, y aún cuando se tengan, los recursos son insuficientes para llevar a cabo todas las actividades que en el programa de salud sexenal se manifiestan.

Se requiere un sistema de salud con mucho más individualización y realismo ante los alcances y los logros que se tienen en cuanto a los programas de salud se refiere.

## SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS

NOMBRE: **SALUD REPRODUCTIVA**

OBJETIVOS:

Espaciar los nacimientos y disminuir la multiparidad con la finalidad de disminuir la tasa de morbilidad.

Disminuir los riesgos de Morbilidad materno-infantil

Prevenir en tiempo y forma oportunamente el Ca CU y darle de la misma manera el tratamiento.

METAS:

- Planificación familiar

Promoción de los métodos de planificación familiar 12 meses

Otorgamiento de metodología anticonceptiva 39% MEF

Seguimiento de la usuaria activa de método de planificación familiar al 100%

Consulta a mujeres en planificación familiar 1 vez al mes al 100%

- Control prenatal

Captar el 100% de embarazadas desde el 1er trimestre

Ofrecer un mínimo de 5 consultas prenatales

Aplicación de TD al 100 % de pacientes embarazada

ministración de ácido fólico y hierro desde el 1er trimestre de embarazo al 100 % de los casos.

Identificación, vigilancia y referencia a segundo nivel al 100% de pacientes con embarazo de alto riesgo.

En la microrregión se espera que el 80% de los partos sean atendidos por parteras tradicionales.

Referir al 100% de pacientes con trabajo de parto a segundo nivel, captadas en el centro de salud.

- Parto y puerperio

Atención al 100% de mujeres puérperas con 3 consultas a los 7, 28 y 42 días.

- Atención del recién nacido  
revisión en 3 ocasiones al 100% de recién nacidos, al nacimiento, a los 7 y 8 días  
Realizar tamiz neonatal al 100% de los recién nacidos  
Aplicación de BCG y HB al 100% de recién nacidos

- Cáncer cervicouterino

Toma de Papanicolaou anual al 100% de las mujeres mayores de 25 años que hayan iniciado vida sexual activa.

Talleres de información sobre cáncer cervicouterino, 12 por año.

#### ESTRATEGIAS:

- PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- CONTROL PRENATAL
- DETECCIÓN Y CONTROL DEL CANCER CERVICOUTERINO

#### ACTIVIDADES:

##### PLANIFICACION FAMILIAR

- Censo de mujeres en edad fértil
  - Visitas domiciliarias en búsqueda de mujeres en edad fértil y registro de estas
- Promoción del método anticonceptivo.
  - Pláticas mensuales informativas a cada comunidad de la Microrregión acerca de los métodos de planificación disponibles y su uso.

- Administración de métodos anticonceptivos.
  - Entrega de métodos de planificación familiar a auxiliares de salud de acuerdo al número de usuarias activas para evitar el desabasto del mismo y por lo tanto el abandono del método.
- Seguimiento de la usuaria.
  - Integración de expedientes, consentimiento informado y uso de tarjetero de Planificación familiar.
  - Consulta mensual a usuarias activas del programa.

#### CONTROL PRENATAL

- Búsqueda y control de embarazadas
  - Censo de embarazada realizado con búsqueda intencionada por visita a la comunidad 1 vez al mes para identificación de las mismas.
  - Expediente de la mujer embarazada integrando Tarjeta de control prenatal para facilitar identificación y control.
  - Aplicación de TD en 2 dosis oportunamente durante el embarazo.
  - Consulta de control prenatal por lo menos en 5 ocasiones durante la gestación.
  - Entrega de suplemento alimenticio a las embarazadas beneficiarias con Oportunidades
  - Administración de Fumarato Ferroso y Ácido Fólico
- Atención del parto.
  - Referencia a segundo nivel para atención del parto
- Atención del RN
  - Atención del recién nacido una vez al mes durante el primer año de vida.
  - Toma de Tamiz neonatal.
- Atención del puerperio
  - Consulta mensual a la paciente durante puerperio.
  - Censo de mujeres en edad fértil

#### DETECCION OPORTUNA DE CACU

- Capacitación de los ASC y del Comité de Salud
  - Pláticas impartidas por médico y enfermera dos veces al año.
- Toma de citologías cervicales
  - Al 100% de las mujeres mayores de 25 años con vida sexual activa.

- Entrega de resultados
  - A todas las mujeres que se hayan practicado toma de citología cervical en el menor tiempo posible.
- Envío a 2º. Nivel en caso de positividad.
- Visitas domiciliarias.
  - A todas las mujeres con resultado positivo para seguimiento del caso.
- Consultas
  - A todas las mujeres con resultados patológicos. Tratamiento médico a quienes lo ameriten.

#### RESULTADOS Y ANALISIS:

#### PLANIFICACION FAMILIAR:

Censo actualizado de mujeres en edad fértil a nivel de la Microrregión con un total de 334. De las cuales 32 mujeres que representan en 12.5% son usuarias activas de algún método de planificación familiar.

De los métodos que se ofrecen en el centro de salud 12 pacientes son usuarias de hormonal inyectable bimensual, 6 utilizan hormonal inyectable mensual, 7 tienen un dispositivo intrauterino, 4 utilizan preservativos y 3 son controladas con anticonceptivos orales.

Al inicio del año se encontraron 21 pacientes en control, 11 se incorporaron durante el año de trabajo.

Por lo tanto, concluimos que menos del 10% del total de mujeres en edad fértil utiliza algún método de planificación.

No hay seguimiento adecuado.

Promedio de 2 platicas de planificación familiar al año en cada comunidad de la Microrregión.

#### CONTROL PRENATAL

Por falta de personal y tiempo, así como la falta de condiciones no se realizan las visitas mensuales para la búsqueda intencionada de embarazadas. En las comunidades en las cuales se cuenta con auxiliar de salud, mensualmente se obtiene esta información por ellos.

Las consultas de control prenatal y puerperio solamente las cumplen en su totalidad las beneficiarias del programa Oportunidades, en la mayoría de los otros casos son valoradas durante el embarazo por parteras tradicionales.

La mayoría de las pacientes que llevan control prenatal deciden ser atendidas por parteras tradicionales

Durante el año de servicio, se realizaron 158 consultas prenatales en el centro de salud de las cuales 39 fueron de primera vez y 119 subsecuentes

Se atendieron 52 partos de los cuales 40 que corresponden al 76% del total fueron atendidos por parteras tradicionales, y 12 que corresponden al 24% se refirieron a nivel, no hubo atención de partos en el centro de salud y no se reportaron complicaciones en el periodo perinatal.

La realización de vacunación mensual en cada comunidad permite la aplicación adecuada de las dosis de TD.

Se reportaron 72 embarazos en el año de los cuales 46 que representan el 63% del total recibió 2 dosis de TD el resto solo 1 dosis

El tamiz neonatal se realiza a todos los recién nacidos que acuden a valoración médica, aunque en su mayoría son hijos de madres usuarias del programa oportunidades, de los 52 recién nacidos fueron tomados tamiz neonatal a 39 de los cuales solo se reportaron 28 resultados, el 100% sin alteraciones.

Más de la mitad de las mujeres puérperas no acuden a valoración médica y del recién nacido. Sobre todo, de las comunidades más lejanas

Se registraron 39 consultas de puerperio de primera vez de un total de 52 puérperas, de estas usuarias, 18 acudieron a la segunda valoración y solamente 9 completaron una tercera valoración.

#### DETECCION OPORTUNA DE CACU

Se llevaron a cabo 12 pláticas con las que se cubrieron el 100% de las programadas para el año

Solo se realizó una campaña de toma de citología en donde acudieron 52 pacientes menos del 30% de las mujeres mayores de 25 años registradas en el censo general.

Los resultados de las tomas de citología cervical fueron entregados 2 meses después de las tomas y menos de la mitad de las pacientes que presentaron resultado con proceso inflamatorio secundario a cervicovaginitis, acudieron a consulta.

Se reportaron 3 casos con resultado de NIC2, los cuales fueron referidos a segundo nivel donde se trataron con electrocirugía y tuvieron seguimiento adecuado.

#### COHERENCIA INTERNA:

##### PLANIFICACION FAMILIAR.

- No se cuenta con material de apoyo didáctico para realizar pláticas y capacitación, teniendo en cuenta que en gran parte de la población habla otra lengua por lo cual la comprensión del tema es limitada.
- Existe desabasto de métodos de planificación familiar, por lo tanto no es posible abastecer a los auxiliares de salud para su posterior entrega a las usuarias activas de cada comunidad.
- El uso de Métodos de planificación familiar no es aceptado por toda la población debido a factores culturales.
- Esta estrategia funciona en menos del 10 %.

##### CONTROL PRENATAL.

- Se cuenta con los recursos materiales para realización de expediente, valoración médica y toma de tamiz, sin embargo las visitas a las comunidades no se realizan cada mes.
- El programa es aceptado por la población en su mayoría, pero una gran parte de mujeres embarazadas prefieren la atención y control por partera tradicional
- Esta estrategia funciona en menos del 50%.

##### DETECCION OPORTUNA DE CACU.

- Se cuenta con el material para la toma de citología vaginal al total de las mujeres en edad fértil.
- El programa no es aceptado por toda la población.
- El programa funciona en menos del 30%.

## PROPUESTAS.

- Abastecimiento de la cantidad de Métodos de planificación familiar necesaria para evitar el abandono del mismo por las usuarias activas.
- Apoyo del medio de transporte y personal capacitado que hable la lengua de la comunidad para la realización de pláticas, capacitación y búsqueda intencionada de embarazadas en las localidades de la Microrregión.
- Capacitación de manera continúa a las parteras tradicionales para la identificación oportuna de factores de riesgo y referencia de las pacientes a unidad hospitalaria
- Capacitación de la comunidad mediante talleres acerca de la importancia de la atención prenatal y del puerperio así como la atención del recién nacido por personal capacitado con el lenguaje para que sea aprovechada dicha actividad.
- Realizar campañas en cada localidad por lo menos 2 veces al año para la toma de citología vaginal a la mayoría de las mujeres que se encuentren en las condiciones adecuadas para el estudio.

## NUTRICIÓN

- Objetivos del programa.
  - Identificar a los niños menores de 5 años
  - Vigilar peso y talla del menor de 5 años
- Metas
  - Ingreso a control nutrición al 100% de los niños menores de 5 años con un total según el censo microrregional de 279.
  - Valoración nutricional con citas según edad y estado nutricional al 100% de los niños en control nutricional.

### Estrategias.

- Promoción a la salud
- Ingresos a niños para control
- Valoración del niño
- Administración de ferricol
- Entrega de suplementos
- Programación de citas



## Identificación del RN

### Control Nutricional.

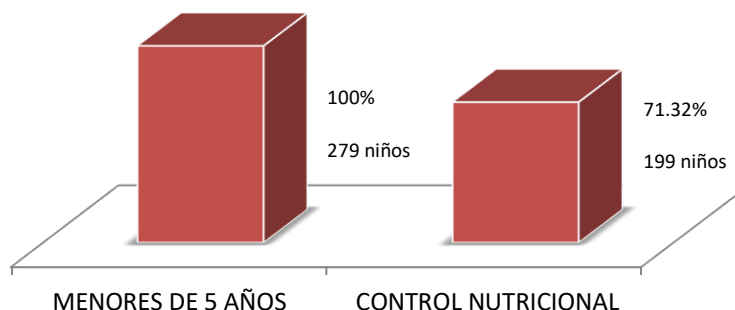
Capacitación de madres sobre lactancia materna, vacunación y la próxima administración de ferricol.

### ACTIVIDADES

- Censo de niños recién nacidos
- Ingreso a control nutricional
  - i. Integración del expediente y tarjetero de control nutricional
- Programación de citas de acuerdo a estado nutricional.
  - Consulta a los 7, 28 días y cada 2 meses hasta el año al niño sano.
  - i. Niños con desnutrición leve y sobrepeso 1 vez por mes.
  - ii. Niños con desnutrición moderada 2 veces al mes.
  - iii. Niños con desnutrición severa 1 vez por semana con referencia al nutriólogo.

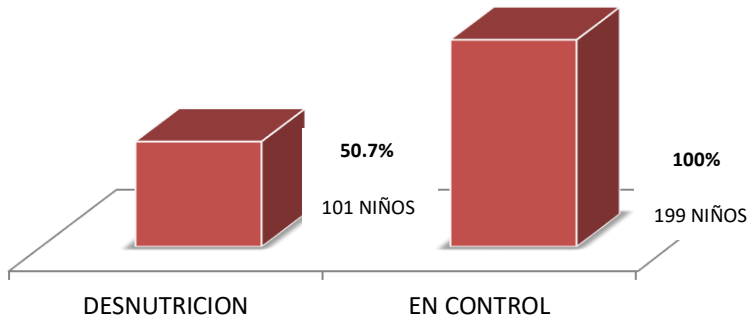
### RESULTADO Y ANÁLISIS

- Dentro del total de niños que presentan algún grado de desnutrición en la microrregión, la mayoría es de grado leve con un total de 82 niños representando el 81.18%, seguido del moderado con 15 niños con un porcentaje de 14.85% y finalmente el severo conformado por 4 niños con el 3.96%.
- Del 100% de niños menores de 5 años conformado por un total de 279 que deberían mantenerse en control nutricional únicamente 199 que representa el 71.32% se mantiene activos en el programa.

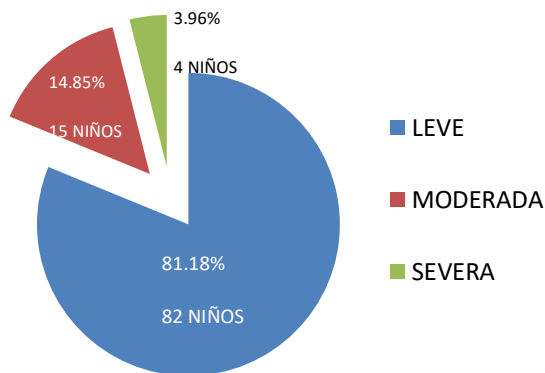


NIÑOS EN CONTROL NUTRICIONAL EN LA MICRORREGION.

FUENTE: Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.



NIÑOS EN CONTROL NUTRICIONAL. **FUENTE:** Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.



NIÑOS EN CONTROL POR GRADO DE DESNUTRICION. **FUENTE:** Cédula de Microdiagnóstico familiar 2009. Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

- No se realizan las consultas a todos los niños de acuerdo a edad se tiene acceso a peso y talla por promotores de salud de cada localidad.
- Dentro del grupo de niños con desnutrición leve solo hubo 9 niños representando el 10.97 % que tuvieron recuperación.
- Se mantuvo el niño con diagnóstico de Desnutrición moderada y severa, no hubo ingresos en estos últimos 2 grados de desnutrición.
- Coherencia interna.

- Los objetivos, metas y acciones que se proponen son coherentes sin embargo no se cuenta con el personal para realizar dichas actividades. Los auxiliares de salud reportan mensualmente las mediciones de los niños de las localidades in embargo en 3 de ellas no existe auxiliar de salud.
- El programa es aceptado por la población
- En la microrregión el programa funciona en menos del 30% propuesto.

Realizar la búsqueda intencionada en las localidades en las que no existe auxiliar de salud con apoyo de personal capacitado en nutrición para el desarrollo de adaptaciones de dietas a los pacientes de acuerdo a sus posibilidades.

**NOMBRE DEL PROGRAMA: INMUNIZACION**

**OBJETIVOS DEL PROGRAMA:**

Erradicar a las enfermedades prevenibles por vacunación

**METAS** Completar Esquema de vacunación a 311 niños que representan el 100 % de niños de 0 a 6 años.

Completar esquema de TD al 100% de mujeres embarazadas con un total de 72 embarazos.

**ESTRATEGIAS:**

Promoción a la salud

Búsqueda del menor de 5 años

Aplicación de biológico

Programación de citas y otorgar cartilla

Recomendaciones al niño vacunado

**ACTIVIDADES:**

- Promoción a la salud

-Visita mensual a cada una de las localidades de la Microrregión para realizar actividades de vacunación.

- Ingreso al censo nominal

- Integración del expediente, registro en el censo nominal, mecanizado y entrega de cartilla nacional de vacunación
- Recomendaciones de la vacuna
- Cita en la próxima vacunación
- Registrar en la cartilla

#### RESULTADOS Y ANÁLISIS:

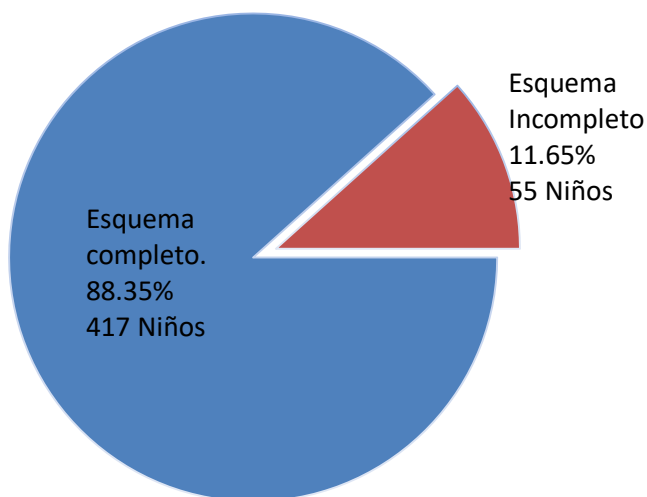
Este programa es uno de los que mayor alcance tiene en la Microrregión ya que al no existir en la mayoría de los casos personal de enfermería, es apoyado por personal de la jurisdicción que realiza esta visita y la aplicación del biológico, así como las actividades programadas.

Este programa se lleva a cabo en el 90%.

Se realizó el 100 % de las visitas programadas 1 vez por mes a cada localidad con un total de 96.

El censo nominal se encuentra actualizado al 100% con un registro de 472 niños de 0 a 6 años y 72 embarazadas durante el año de servicio.

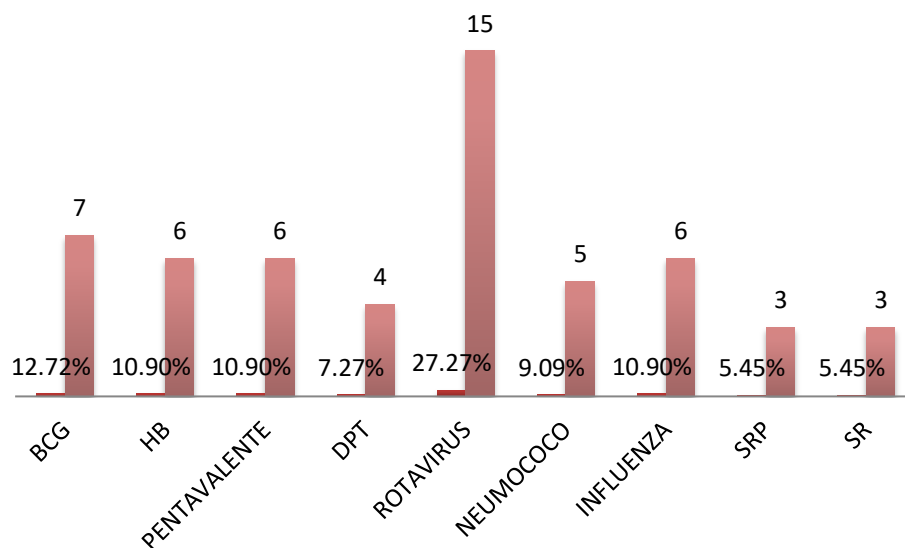
De los niños en control de vacunación se reportan un total de 55 esquemas incompletos que representan un 11.65%.



NIÑOS EN CONTROL DE VACUNACIÓN.

FUENTE: Censo nominal de vacunación Nueva Morelia, Chiapas 2010.

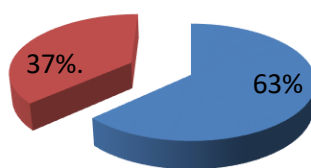
A continuación, se presenta una gráfica con los casos de esquemas incompletos desglosado por vacuna y con el porcentaje que representa cada una.



NIÑOS EN CONTROL CON ESQUEMA DE VACUNACION INCOMPLETO.

FUENTE: Censo nominal de vacunación Nueva Morelia, Chiapas 2010.

Entre las causas de la falta de aplicación de vacunas se encuentra la ausencia del paciente en la localidad al momento de la visita y la escasez del biológico a nivel jurisdiccional. Se observa un mayor número de esquemas incompletos de rotavirus debido a que pasada la fecha de aplicación, ya no puede aplicarse la dosis de la misma. Para el caso de las mujeres embarazadas el 100 % recibieron por lo menos una dosis de TD. De las cuales 46 pacientes que representan el 63% completaron el esquema.



NIÑOS EN CONTROL CON ESQUEMA DE VACUNACION INCOMPLETO.

FUENTE: Censo nominal de vacunación Nueva Morelia, Chiapas 2010

## COHERENCIA INTERNA

Es el programa que tiene mejor cobertura

Se lleva a cabo debido a que existe una visita mensual a cada localidad, en donde además de aplicar el biológico por edad se actualiza el censo nominal, los habitantes de la microrregión están familiarizados con la importancia de uso de las vacunas.

El programa funciona en un 88% aproximadamente.

## PROGRAMA

### OPORTUNIDADES

#### OBJETIVO GENERAL

Lograr mayor efectividad en los procesos de atención y operación de los componentes del Programa y con ello potenciar los impactos para el desarrollo de capacidades en educación, salud y alimentación de las familias en condición de pobreza.

#### OBJETIVOS PARTICULARES:

- Aplicar un nuevo modelo de focalización multidimensional para la identificación de las familias beneficiarias
- Implementar nuevos esquemas de asignación de becas escolares para potenciar los impactos en la inscripción y permanencia escolar, entre otros
- Operar un nuevo esquema de transferencia de apoyos que permita la bancarización de los beneficiarios.
- Desarrollar un nuevo modelo de orientación y atención personalizada a las titulares beneficiarias
- Diseñar y probar el acceso a los servicios de salud que respondan a la pertinencia de atención y certificación de corresponsabilidades con base en la dinámica que viven las familias del medio urbano.

## ESTRATEGIAS:

### COMPONENTE EDUCATIVO:

- BECAS EDUCATIVAS
- APOYO PARA UTILES ESCOLARES
- APOYO A JOVENES CON OPORTUNIDADES

### COMPONENTE ALIMENTARIO:

- APOYO ALIMENTARIO
- SUPLEMENTO ALIMENTICIO
- COMPENSATORIO
- ENERGETICO

### COMPONENTE DE SALUD.

- PAQUETE BASICO GARANTIZADO DE SERVICIOS DE SALUD
- VIGILANCIA NUTRICIONAL
- TALLERES DE CAPACITACION PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD.
- APOYO PARA ADULTOS MAYORES.

## ACTIVIDADES:

### BECAS EDUCATIVAS:

- Entrega de becas educativas jóvenes menores de 18 años al 31 de diciembre del año del ciclo escolar, que estén inscritos en educación básica en escuelas de modalidad escolarizada.
- Becas de educación media superior a jóvenes de entre 14 y 21 años, cumplidos al 31 de diciembre del año del ciclo escolar, inscritos en escuelas de modalidad escolarizada.

### APOYO PARA ÚTILES ESCOLARES

- Entrega de becas educativas de apoyo monetario bimestral a menores de 18 años al 31 de diciembre del año del ciclo escolar inscritos en educación básica en escuelas de modalidad escolarizada.
- Becas educativas de apoyo monetario bimestral a nivel medio superior a los jóvenes de entre 14 y 21 años, cumplidos al 31 de diciembre del año del ciclo escolar, inscritos en escuelas de modalidad escolarizada.
- Incentivo por aprovechamiento escolar cuando hayan alcanzado un promedio general mínimo de 8.0 en el semestre inmediato anterior.

## APOYO A JOVENES CON OPORTUNIDADES

- Apoyo monetario a jóvenes becarios quienes concluyan su educación media superior antes de los 22 años en una sola exhibición al acreditar su conclusión.

## COMPONENTE ALIMENTARIO

- Apoyos monetarios directos mensuales de manera bimestral a las familias beneficiarias,
- Entrega de suplementos alimenticios a la población beneficiaria más vulnerable como son niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y mujeres en lactancia.
- Apoyos adicionales a las familias denominados: “Vivir Mejor”, “Compensatorio” y “Energético”.

## APOYO COMPENSATORIO

- Las familias beneficiarias que sólo tengan niños menores de 12 años, al 31 de diciembre del año en curso, podrán recibir bimestralmente un apoyo compensatorio mensual para enfrentar los gastos que se derivan de la atención de los hijos menores.

## APOYO ENERGÉTICO.

El Programa otorgará de manera bimestral un apoyo monetario mensual a las familias beneficiarias destinado gasto energético.

## COMPONENTE DE SALUD

- Verificar que cada integrante de la familia cuenta con su Cartilla Nacional de Salud y activarla
- Programación de acciones preventivas que debe recibir el beneficiario en el transcurso de los siguientes meses con base en dos factores:
  - Preventivas
  - Con base en el diagnóstico de salud durante la consulta.
- Programación de citas médicas para cada integrante de la familia en la que recibirá las acciones preventivas, tanto en el Formato S1-U como en el documento “Citas para la Familia.

Las acciones mínimas de las Cartillas Nacionales de Salud que están cubiertas en el Paquete Básico Garantizado de Servicios de Salud y que se programan por integrante de familia, de acuerdo con su edad, sexo y evento de vida son las siguientes:



**Niños de 0 a 9 años:**

- Evaluación y Vigilancia del Estado Nutricional del Menor de Cinco Años
- Desparasitación
- Administración de Vitamina “A”
- Aplicación de Vacunas
- Profilaxis de la Tuberculosis
- Otras detecciones (Determinación de Hemoglobina)

**Adolescentes de 10 a 19 años:**

- Evaluación y Vigilancia del Estado Nutricional
- Desparasitación
- Administración de Hierro
- Administración de Ácido Fólico
- Aplicación de Vacunas
- Detección de Tuberculosis
- Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar
- Quimioprofilaxis de la Tuberculosis
- Otorgamiento de Métodos Anticonceptivos
- Vigilancia Prenatal y Atención del Parto
- Vigilancia del Postparto
- Orientación-Consejería
  - VIH-SIDA e ITS
  - Adicciones<sup>21</sup>

**Mujeres de 20 a 59 años:**

- Evaluación y Vigilancia del Estado Nutricional
- Administración de Hierro
- Administración de Ácido Fólico
- Aplicación de Vacunas
- Detección de Enfermedades
- Cáncer de Mama
  - Mastografía
  - Cáncer Cérvico Uterino
  - Papanicolaou
  - Diabetes Mellitus
  - Hipertensión Arterial
  - Hipercolesterolemia
  - Tuberculosis Pulmonar
  - Dislipidemias

- Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar
- Quimioprofilaxis Tuberculosis Pulmonar
- Salud Reproductiva
  - Uso de Métodos Anticonceptivos
  - OTB • Vigilancia Prenatal y Atención del Parto
- Vigilancia Postparto
- Orientación-Asesoría
  - VIH-SIDA e ITS
  - Adicciones

**Hombres 20 a 59 años:**

- Evaluación y Vigilancia del Estado Nutricional
- Aplicación de Vacunas
- Detección de Enfermedades
  - Diabetes Mellitus
  - Hipertensión Arterial
  - Hipercolesterolemia
  - Tuberculosis Pulmonar
  - Dislipidemias
- Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar
  - Quimioprofilaxis Tuberculosis Pulmonar
- Salud Reproductiva
  - Uso de Métodos Anticonceptivos
  - Vasectomía
  - Entrega de Condón
- Orientación-Asesoría
  - VIH-SIDA e ITS
  - Adicciones

**Adultos Mayores de 60 años o más:**

- Evaluación y Vigilancia del Estado Nutricional
- Aplicación de Vacunas
- Detección de Enfermedades
  - Cáncer de Mama
  - Cáncer Cérvico Uterino
  - Papanicolaou
  - Diabetes Mellitus
  - Hipertensión Arterial
  - Hipercolesterolemia
  - Tuberculosis Pulmonar

- Dislipidemias
- Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar
- Quimioprofilaxis Tuberculosis Pulmonar
- Salud Reproductiva
  - Uso de Métodos Anticonceptivos
  - Vasectomía
  - Entrega de Condón
- Orientación-Consejería
  - Adicciones
  - VIH-SIDA

#### VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN.

- Apoyos alimentario y nutricional a la población beneficiaria más vulnerable como son los niños, así como las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
- Capacitación y comunicación educativa
- Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria de acuerdo a las recomendaciones de la OMS
- Uso apropiado de los suplementos alimenticios distribuidos por el Programa para mujeres y niños
- Alimentación saludable durante el embarazo y el período de lactancia
- Recomendaciones para la vigilancia de la ganancia de peso durante el embarazo.
- Identificación y control de riesgos durante el embarazo, con énfasis en la diabetes gestacional y las enfermedades relacionadas con la presión arterial.

#### **Talleres para el Autocuidado**

Temas:

1. Alimentación Saludable
2. Uso del Suplemento y Actividad Física Durante el Embarazo
3. Lactancia Materna
4. Lactancia Materna, Alimentación Infantil y Uso de Suplemento
5. Adolescencia y Sexualidad
6. Planificación Familiar
7. Cáncer de Mama y Cérvico Uterino
8. Vacunación
9. Diarrea y Uso del Suero Vida Oral
10. Infecciones Respiratorias Agudas (incluye Influenza)
11. Hipertensión Arterial y Diabetes
12. Prevención de Accidentes

13. Prevención de Adicciones
14. Infecciones de Transmisión Sexual
15. Prevención de VIH-SIDA
16. Violencia Intrafamiliar

Para el desarrollo de los Talleres Comunitarios, el personal de salud debe utilizar los materiales de apoyo que deben ser entregados por responsables del programa Oportunidades a nivel Jurisdiccional.

## **RESULTADOS Y ANÁLISIS**

### **COMPLEMENTO ALIMENTICIO**

De las 72 embarazadas que se reportaron durante el año, 57 pertenecían al programa Oportunidades, de éstas recibieron complemento en su totalidad por lo menos en 1 ocasión, sólo 15 pacientes recibieron cada mes por un periodo de 7 meses.

Todos los niños en control nutricional del programa oportunidades recibieron complemento Nutrisano de manera mensual.

### **VACUNACIÓN**

Solo existieron 3 esquemas incompletos de BCG en niños pertenecientes al programa Oportunidades por escases de biológico, al igual que 5 esquemas incompletos de rotavirus y 1 de DPT.

Las mujeres embarazadas recibieron 2 dosis de TD en el 85% (49) y el resto solo 1 dosis.

### **BECAS EDUCATIVAS**

Existían 27 jóvenes registrados en educación medio superior de los cuales solo 7 estaban inscritos y acudían a clases regularmente.

### **PREVENCIÓN**

Solo se llevó a cabo una campaña de detección de CaCu en la cual asistieron 52 pacientes todas pertenecientes al programa Oportunidades. Éstas representan el 25% de las mujeres en edad reproductiva registradas en el mismo.

No se realizaron otras detecciones.

#### TALLERES DE AUTOCUIDADO.

De los 16 temas programados para los talleres solo se desarrollaron seis en las distintas localidades que son las siguientes.

1. Uso del Suplemento y Actividad Física Durante el Embarazo
2. Lactancia Materna
3. Planificación Familiar
4. Cáncer de Mama y Cérvico Uterino
5. Diarrea y Uso del Suero Vida Oral
6. Hipertensión Arterial y Diabetes

#### COHERENCIA INTERNA

Los objetivos metas y acciones que se proponen con el programa Oportunidades no pueden ir de acuerdo con toda la población, en algunas situaciones hay dependiendo de las características de cada comunidad pueden desarrollarse algunas actividades, pero algunas otras tienen limitaciones importantes por las características particulares de cultura religión y organización social así como lenguaje.

De igual manera no se cuenta con el recurso de personal sanitario que lleve a cabo todas las actividades programadas, el tiempo de consulta es insuficiente para llevar a cabo sobre todo las consultas familiares de pacientes sanos por la demanda del servicio por los demás habitantes de las localidades que no son beneficiarios del programa.

EL material de apoyo para las capacitaciones viene en un formato nacional en español cuando la mayoría de la población tiene otro lenguaje.

El programa es aceptado por la localidad ya que los beneficia con un aporte económico, sin embargo Las pláticas sobre equidad de género y planificación familiar no son muy bien aceptadas por toda la población. En cuanto al rubro de Componente educativo, el programa funciona al 100 % aportando las becas a los beneficiarios según grupo de edad y rubro.

Del componente en salud, algunas de las actividades como vacunación llevan un buen funcionamiento y que se abarcan desde el programa individual de vacunación, Sin embargo, aunque los pacientes se ven obligados a acudir a las consultas programadas con la condicionante de la posibilidad de perder sus apoyos, en muchas ocasiones las consultas familiares o las demás estrategias no son llevadas a cabo adecuadamente por falta de material o personal.

El programa funciona en un 40 % aproximadamente.

## PERFIL DE MORBILIDAD

**PERFIL DE MORBILIDAD** Tasa x mil calculada entre población total de la Microrregión. \*Tasa x mil calculada entre la población femenina, \*\*tasa x mil calculada en mayores de 14 años. FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009, Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

<b>PRINCIPALES PATOLOGIAS PRESENTADAS DURANTE EL AÑO</b>	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Total	Tasa
<b>INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS</b>	17	20	32	41	66	77	51	38	22	17	13	12	406	294.62
<b>ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA</b>	14	19	15	21	19	24	31	34	45	38	24	11	295	214.07
<b>INFECCION DE VIAS URINARIAS</b>	16	18	17	11	14	21	16	19	22	26	20	21	263	190.85
<b>ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA, DUODENITIS</b>	16	23	19	18	23	19	18	15	18	25	22	20	236	171.26
<b>INFECCION VAGINAL PARASITOSIS INTESTINAL</b>	11	15	20	18	16	17	15	18	21	22	19	18	210	309.73*
<b>DESNUTRICION LEVE</b>	11	14	13	17	16	20	21	20	18	17	16	15	198	143.68
<b>HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA</b>	7	12	15	17	19	18	22	12	10	13	12	7	164	119.01
<b>DERMATITIS</b>	4	9	11	11	12	9	11	9	12	12	11	15	126	91.43
<b>DIABETES MELLITUS II</b>	6	8	10	9	12	11	9	10	13	10	9	7	114	82.78
	7	8	9	11	9	11	10	9	7	8	11	10	110	151.81**

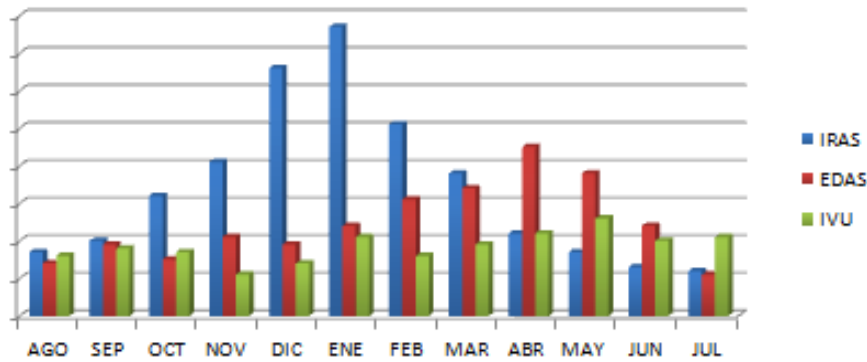
PRINCIPALES PATOLOGIAS TRANSMISIBLES PRESENTADAS DURANTE EL AÑO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL	TASA
<b>INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS</b>	17	20	32	41	66	77	51	38	22	17	13	12	496	294.62
<b>GEPI</b>	14	19	15	21	19	24	31	34	45	38	24	11	295	214.07
<b>INFECCION DE VIAS URINARIAS</b>	16	18	17	11	14	21	16	19	22	26	20	21	263	190.85
<b>VAGINOSIS</b>	11	15	20	18	16	17	15	18	21	22	19	18	210	309.73
<b>PARASITOSIS INTESTINAL</b>	11	14	13	17	16	20	21	20	18	17	16	15	198	143.68
<b>DERMATITIS</b>	6	8	10	9	12	11	9	10	13	10	9	7	114	82.78
<b>OTITIS MEDIA AGUDA</b>	6	8	7	9	11	15	13	11	10	7	8	7	112	81.27
<b>CONJUNTIVITIS</b>	6	6	7	6	8	5	7	8	11	13	11	10	98	71.11
<b>INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS</b>	7	6	5	7	6	9	11	10	8	7	5	3	84	60.95

FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas. \*Tasa calculada por 1000 en habitantes con incidencia sobre el total de la Microrregión

PRINCIPALES PATOLOGIAS NO TRANSMISIBLES PRESENTADAS DURANTE EL AÑO	EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI	TOTA	TAS
	E	B	R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C	L	A
<b>ULCERA GASTRITIS Y DUODENITIS</b>	16	23	19	18	23	19	18	15	18	25	22	20	236	171.26
<b>DESNUTRICION LEVE</b>	7	12	15	17	19	18	22	12	10	13	12	7	164	119.01
<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b>	7	8	9	11	9	11	10	9	7	8	11	10	152	218.07**
<b>DIABETES MELLITUS</b>	10	12	11	14	15	10	9	11	10	11	15	16	144	104.42
<b>LUMBALGIA, MIALGIAS</b>	5	13	10	11	8	15	8	14	9	16	11	12	132	95.79
<b>CEFALEA TENSIONAL</b>	10	14	6	13	16	13	10	16	7	4	12	4	125	90.71
<b>SINDROME DE DESGASTE CRONICO</b>	6	8	12	5	9	11	6	3	14	9	6	12	119	85.35
<b>CONTROL PRENATAL</b>	5	8	12	11	9	9	6	9	11	10	11	7	108	159.29*
<b>DESNUTRICION MODERADA</b>	5	12	6	3	7	8	12	11	9	8	5	10	96	69.66
<b>ERGE</b>	4	6	7	9	11	6	13	6	3	7	5	8	85	62.40

Tasa x mil entre la población total de la microrregión, \*Tasa x mil calculada entre población femenina, \*\*tasa x mil calculada en mayores de 14 años. FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas





FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

En la gráfica anterior se muestra el comportamiento de las 3 principales patologías transmisibles presentadas durante el año. Se observa una marcada mayoría en el caso de las infecciones respiratorias agudas, que se comportan con un aumento importante de su incidencia durante los meses de octubre hasta marzo con un pico mayoritario en los meses de diciembre y enero. Esto relacionado a su vez con el cambio de clima que favorece la aparición y transmisión de este tipo de infecciones así como las condiciones de vivienda, es decir, como ya se mencionó en el diagnóstico de salud comunitario, la mayoría de las familias viven en casas construidas de madera y piso de tierra en las cuales todos los integrantes de la misma comparten una habitación, el hacinamiento favorece la transmisión de las infecciones respiratorias y las condiciones de vida aumentan las condiciones ideales para la reproducción de los microorganismos responsables de dichas patologías.

A nivel Nacional y Estatal se presenta una tasa menor de incidencia de infecciones de vías respiratorias, esto va relacionado con la distribución de la población, que en su mayoría se encuentra en ciudades y con condiciones de vida muy diferentes a las que se observan en la Microrregión.

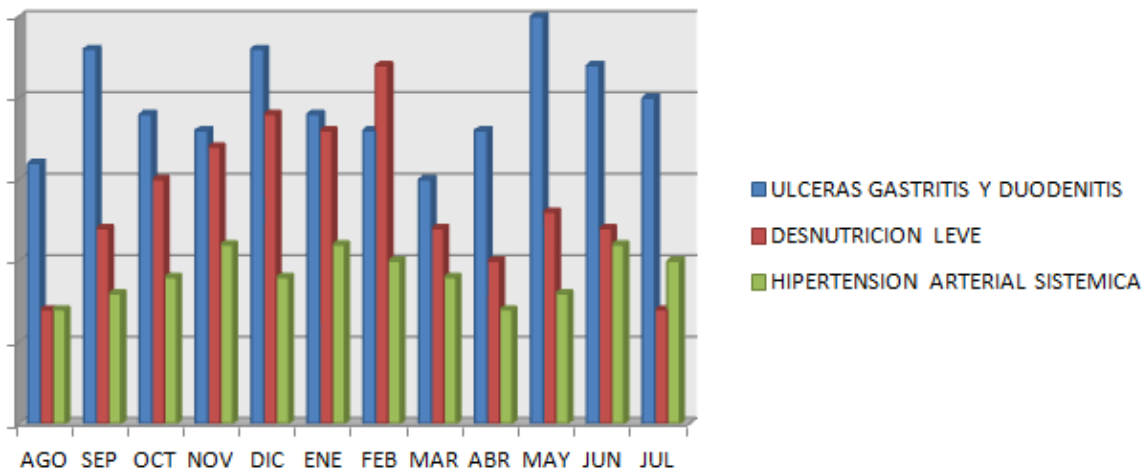
Para el caso de la Enfermedad Diarreica Aguda, se observa un alza muy importante en la tasa que se presenta a nivel Microrregional que es de 214.07 en comparación a la que se presenta a nivel Estatal de 31.63 que es menor aún que la presentada a Nivel Nacional. Considerando las condiciones de vida de los habitantes del Estado y los cambios climáticos podría existir un subregistro en esta patología que sea responsable de la discordancia de dichas cifras. En el caso de ésta patología se relaciona directamente con el uso del agua. En la Microrregión no se cuenta con agua potable, la mayoría de las familias obtienen el agua para consumo propio de pozos y ojos de agua, no existe una concientización y capacitación adecuada sobre las medidas de desinfección del agua. Se aprecian malos hábitos higiénicos que por la fisiopatología de la transmisión de estas infecciones promueven su propagación.

Existe un aumento en la incidencia en los Meses de Abril a Septiembre, disminuye en los meses de Octubre y Noviembre y en Diciembre se observa un pico de incidencia. Esto muy relacionado con el aumento de la temperatura estacional que secundariamente coadyuva y favorece la presentación de ésta patología.

	NACIONAL	ESTATAL	MICRORREGIONAL
<b>IRAS</b>	290.2544	161.7897	294.62
<b>EDAS</b>	43.8471	31.6344	214.07
<b>IVU</b>	33.297	21.0313	190.85

INCIDENCIA DE PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES SEGÚN NIVELES. . Tasa x mil en el total de los habitantes de la Microrregión. FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas. CENAVECE. Compendio de anuarios de Morbilidad 2009/2010.

Para el caso de las Infecciones de vías urinarias que es la tercera patología transmisible con mayor incidencia se observa una tasa de 190.85 muy alta en comparación con la reportada a nivel Nacional y Estatal. En mayor parte por los hábitos higiénicos de la población. Se observa un aumento de su incidencia en los meses de abril a septiembre y se relaciona de igual manera con la disposición de agua, la gran mayoría de los habitantes de la microrregión no acostumbran el baño y cambio diario, de igual manera no existe la utilización de métodos de barrera lo que promueve la transmisión y diseminación por su localización anatómica.



FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

En la gráfica anterior se muestra la incidencia y el comportamiento de las principales patologías no transmisibles presentadas a lo largo del año. En donde se superpone la patología gastrointestinal correspondiente a úlceras, gastritis y/o duodenitis. Se manifiesta con una presencia constante sin embargo se encuentra en

mayor porcentaje en el mes de Mayo hasta Septiembre con un pico en Diciembre. Esta patología se relaciona directamente con los hábitos alimenticios y la economía de la población, generalmente los habitantes de la Microrregión basan su dieta en Frijol, pozol huevo chile y en ocasiones pollo, sin embargo existe un ayuno prolongado debido a jornadas laborales largas de predominio en el sexo masculino. En este caso no se relaciona un aumento o descenso importante por la época del año, en cuanto a la tasa de 171.26 del nivel Microrregional a comparación de la tasa presentada a nivel Estatal de 157.55 se encuentra más alta y ligeramente más baja que la que se presenta a nivel Nacional. La desnutrición leve es la segunda causa de enfermedades no transmisibles con una mayor incidencia de los meses de Octubre a Febrero la tasa Nacional es de 124.16 ligeramente más alta que la presentada a nivel Microrregional y a nivel Estatal se encuentra una tasa muy elevada de 316.344, esto es relacionado a las condiciones económicas del Estado en donde se encuentran áreas de pobreza extrema, con desabasto de alimentos y servicios básicos de salud. El programa de salud Oportunidades ofrece apoyo con complemento alimenticio a los niños con algún grado de desnutrición sin embargo las familias en muchos de los casos venden este complemento para tener mayor ingreso monetario.

La Hipertensión Arterial Sistémica ocupa el tercer sitio con un comportamiento regular durante todo el año, con una tasa mucho menor presentada a nivel Microrregional que Estatal y Nacional. Esto relacionado con la alimentación de la población que generalmente no consumen comida chatarra y en exceso, por el contrario, es baja en proteínas y escasa en cantidad. Esto disminuye factores de riesgo como obesidad lo que provoca una tasa de incidencia menor que en el resto de la población.

TASA	NACIONAL	ESTATAL	MICRORREGIONAL
ULCERA GASTRITIS Y DUODENITIS	178.069	157.554	171.26
DESNUTRICION LEVE	124.96	316.3.44	119.01
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	720.9	406.9	218.07

TASA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS PRESENTADAS EN LA MICRORREGIÓN.

FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

CENAVECE. Compendio de anuarios de Morbilidad 2009/2010.

	Masculino	No. Casos	Femenino	No. Casos
<b>0-4</b>	IRAS	58	IRAS	67
	EDAS	54	EDAS	49
	Parasitosis Intestinal	53	Parasitosis intestinal	47
<b>5-9</b>	Iras	56	IRAS	59
	EDAS	39	EDAS	54
<b>10-14</b>	Otitis Media Aguda	35	Conjuntivitis	43
	Iras	41	Iras	33
	Ivu	39	Ivu	28
<b>15-19</b>	Dermatitis	38	Parasitosis intestinal	27
	Iras	37	Iras	42
	Enfermedad acido péptica	32	Vaginosis	39
<b>20-29</b>	Colitis	30	Infeccion de vías urinarias	32
	Iras	43	Enfermedad acido petica	42
	Enfermedad ácido péptica	37	Colitis	40
<b>30-39</b>	Parasitosis intestinal	26	Embarazo	38
	Cefalea tensional	32	Colitis	54
	Síndrome de colon irritable	29	Vaginosis	43
<b>40-49</b>	Lumbalgia	25	Embarazo	22
	Cefalea a tensional	28	Síndrome anémico	34
	Síndrome de desgaste crónico	25	Infección genitourinaria	32
<b>50-59</b>	Mialgias, contractura muscular	22	Conjuntivitis	29
	Enfermedad acido péptica	23	Síndrome de desgaste crónico	34
	Mialgias, contractura muscular	21	Lumbalgia	24
<b>60 y más</b>	Diabetes Mellitus tipo II	18	Síndrome de colon irritable	16
	Diabetes Mellitus tipo II	24	Hipertensión arterial	22
	Hipertensión arterial sistémica	21	Síndrome anémico	17
	Síndrome de desgaste crónico	15	Enfermedad articular degenerativa	16

PRINCIPALES PATOLOGÍAS PRESENTADAS POR EDAD A NIVEL MICRORREGIONAL.

FUENTE. Cédula de Microdiagnóstico Familiar 2009 Nueva Morelia, Ocosingo, Chiapas.

CENAVECE. Compendio de anuarios de Morbilidad 2009/2010.

En la tabla anterior podemos observar la presencia de las principales patologías según edad y sexo, así como grupo etario. Entre estas patologías las que no se mencionaron en las primeras 10 de mayor incidencia, se encuentran el síndrome anémico, síndrome de desgaste crónico y enfermedad articular degenerativa, que por ser patologías que se presentan en edades mayores, no llegan a alcanzar un número significativo, sin embargo, son una de las principales afectaciones entre edades determinadas.

De los 0 a 9 años las patologías que se presentan con mayor incidencia coinciden con las que se presentan entre las 10 más importantes de la población en general, cambian de acuerdo a género y edad, presentándose a partir del grupo de edad de 5 años infecciones de tracto genitourinario con mayor frecuencia en las mujeres esto debido a la corta edad que inician vida sexual activa. De los 20 años en adelante se presentan trastornos gastrointestinales que van en relación con la mala alimentación y ayuno prolongado. De los 30 años en adelante aparece también el síndrome anémico en el sexo femenino y síndrome de desgaste crónico en ambos géneros. Por último, a partir de los 50 años se presentan los trastornos musculares

esqueléticos que va relacionado directamente a las actividades de trabajo que realizan los habitantes de la microrregión, y finalmente, en las edades mayores se presentan las enfermedades crónico-degenerativas como principal motivo de consulta.

## **CONCLUSIONES**

El servicio social es una etapa de aprendizaje en donde se ponen a prueba las capacidades cognoscitivas, pero también la adaptación del Médico ante una comunidad diferente en cuanto a cultura costumbres y lenguaje.

En cuanto al enfoque personal el servicio social es una etapa de aprendizaje que ayuda a comprender la importancia de la calidad de atención y de la preservación de las costumbres de los habitantes, donde la obligación de las autoridades de salud es brindar atención de calidad, no solo con la construcción de clínicas sino haciendo una adaptación de los medios, dar la capacitación adecuada al personal de salud para brindar una atención de calidad, no solo cumplir con un número de consultas que en muchos de los casos no ofrecen el mejor tratamiento ya que ni siquiera hay la comprensión del paciente por la diferencia de lenguaje. También es importante mejorar el abasto de medicamentos y aunque se cuenta con poco personal sanitario, la Jurisdicción cuenta con los medios para de manera oportuna apoyar a las unidades con el recorrido a las localidades que corresponden y hacer las búsquedas intencionadas de pacientes embarazadas, así como la impartición de pláticas de los programas. Aun así, no se cumplirían los programas al 100% pero habría mejor cobertura de estos y se desatendería menos la unidad de salud. En conclusión, los programas de salud a la fecha no están diseñados para las características de la comunidad, están hechos como un prototipo para todos los habitantes sin contar que las condiciones de vida y el acceso a los servicios son muy diferentes que lo que se tiene en áreas urbanas, así como microrregional. La diferencia de lenguaje es la principal barrera para ofrecer los servicios, el material de apoyo para las diferentes actividades este hecho para personas alfabetas que hablan español y definitivamente esa no es una característica de la comunidad por lo que dicho material no es de ninguna ayuda.

A pesar de las condiciones de vida, la calidad de la misma podría mejorar con acciones básicas como el manejo adecuado del agua, las excretas y los hábitos higiénicos. Debido a esta problemática, las enfermedades con mayor incidencia siguen siendo las infecciosas las cuales las EDAS podrían reducirse en gran medida, con esto las complicaciones de dicha patología.

Las enfermedades crónico degenerativas no se presentan en gran medida a diferencia del resto de la población a nivel Nacional debido a las diferencias de

condiciones de vida, la obesidad no es una patología de gran incidencia por la calidad de la alimentación por lo tanto no es un factor de riesgo presente en la gran mayoría de los habitantes de la Microrregión, sin embargo los pacientes que padecen Diabetes o Hipertensión arterial tienen un mal control debido al desabasto de medicamentos, la imposibilidad de llevar una dieta adecuada y la falta de educación e información acerca de su padecimiento.

En una opinión general el servicio social permite conocer la deficiencia con la que la población marginada se enfrenta, las necesidades reales lejos de las que se satisfacen con un sistema de salud que lejos de cumplir con metas establecidas dejan mucho que desear y se pueden tachar de incongruentes en muchos de los casos no por ser programas mal diseñados, sino por no ser ajustados a las características de la población.

## **BIBLIOGRAFIA.**

- 1.- AGUILERA, Nelly, et al., “Desigualdad en salud en México: los factores determinantes”, Comercio Exterior, México, vol. 56, núm. 2, febrero 2006.
- 2.-BRENA SESMA, Ingrid, El derecho y la salud, IIJ-UNAM, México, 2004., Salud y derecho, IIJ-UNAM, México, 2005.
- 3.-CAMPERO, Valentín, La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 2000.
- 4.-CANO VALLE, Fernando y JIMÉNEZ GÓNGORA, Antonio (coords.), La administración de justicia en el contexto de la atención médica, UNAM, México, 2003., Bioética. Temas humanísticos y jurídicos, IIJ-UNAM, México, 2005.
- 5.-FRENK MORA, Julio, La salud de la población. Hacia una nueva salud pública, Fondo de Cultura Económica, México 1993.
- 6.-ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, 1988.
- 7.-ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- 8.-“Perspectivas del programa mujer y salud”, Perinatología Reproducción Humana, vol.18, núm.1, marzo 2004, consultado en:  
[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01875337200400010001&Ing=es&nrm=iso&tlng=](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01875337200400010001&Ing=es&nrm=iso&tlng=).
- 9.<https://www.chiapas.gob.mx/ubicacion/#:~:text=Chiapas%20se%20localiza%20al,%C2%B014'%20de%20longitud%20oeste..>
- 10.-Velasco Palacios Antonio, Geografía de Chiapas, 1ª ed., México 2003.
- 11.-<https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/2008/11/contextos-regionales.pdf>
12. Fuente:CONAPO Mortalidad por año en el Estado de Chiapas según Institución.

- 13.- Díaz, J., & Sánchez, M. (2007). Estados Unidos, lugar de destino para los migrantes chiapanecos. (Spanish). Migraciones Internacionales.
- 14.- INEGI. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>
- 15.- CHIAPAS EN DATOS <http://www.sipaz.org/es/chiapas/chiapas-en-datos.html>
- 16.- INEGI. Censo Nacional de Poblacion y Vivienda 2010.
- 17.- Tejiendo Igualdad. Los objetivos de desarrollo del milenio en Chiapas desde la perspectiva de género.2009.
- 18.- SEDEPAS <http://www.sedepas.chiapas.gob.mx>
- 19.-Aguilar-Morales, J.E. (2006) Evolución y desarrollo de las políticas públicas en salud. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
- 20.-Rivera, Felipe (2005), “Salud en Latinoamérica: un análisis desde las políticas públicas y la norma”, a (ed.), serie Seminarios y conferencias, (LC/L.2373-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- 21.- Organización Panamericana de la Salud. 1986 Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Washington DC: OPS
- 22.- URZÚA, C.M. (2000), Medio siglo de relaciones entre el Banco Mundial y México: El Colegio de México, Ciudad de México.
- 23.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaria de Salud. México.
- 24.- URZÚA, C.M. (2000), Medio siglo de relaciones entre el Banco Mundial y México: El Colegio de México, Ciudad de México.
- 25.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaria de Salud. México.