

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD  
LICENCIATURA EN MEDICINA

DIAGNOSTICO DE SALUD Y ESTUDIO DE MORBILIDAD  
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE  
SERVICIO SOCIAL

SAN MIGUEL PALMAS, PEÑAMILLER  
JURISDICCÓN SANITARIA No 3 CADEREYTA , QUERÉTARO

DR. OSCAR SANTIAGO CRUZ  
No DE MATRICULA 94344386



FECHA DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL 1 AGOSTO DEL 2000  
FECHA DE TERMINACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL 31 DE JULIO DEL 2001

ASESOR INTERNO  
DRA. ROSALINDA FLORES ECHAVARRIA

MÉXICO D.F. MAYO DEL 2002.

## INDICE

<b>I. ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE</b>	
<b>1. Espacio clínico</b>	
1.1 Actividad de aprendizaje 1.A	1
1.1.1 Casos Clínicos	2
1.2 Actividad de aprendizaje 2.A	11
1.3 Actividad de aprendizaje 3.A	12
1.4 Conclusiones	14
<b>2. Espacio Comunitario</b>	
2.1 Actividad de aprendizaje 1.B	15
2.2 Actividad de Aprendizaje 2.B	16
2.3 Actividad de Aprendizaje 3.B	19
2.4 Conclusiones	21
<b>3. Espacio Institucional</b>	
3.1 Actividad de Aprendizaje 1.C	22
3.1.1 Programas del Centro de Salud o Unidad Medica Rural	22
3.1.2 Políticas de Salud	25
3.2 Actividad de Aprendizaje 2.C	26
3.3 Actividad de Aprendizaje 3.C	28
3.4 Conclusiones	29
<b>4. Conclusiones Generales de las Actividades de Aprendizaje</b>	29
<b>II. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN</b>	
1. Matriz EFI Y EFE	32
2. Matriz DOFA	35
<b>III. DIAGNOSTICO LOCAL DE SALUD</b>	
1. Introducción	39
2. Prólogo	40
3. Justificación	40
4. Objetivos	42

## **5. Antecedentes Históricos**

5.1 Antecedentes del Estado de Querétaro	44
5.2 Antecedentes de la Jurisdicción Sanitaria No 3	45
5.3 Antecedentes Históricos de la Comunidad de San Miguel Palmas	46
5.3.1 Fecha de Fundación	46
5.3.2 Nombres que ha tenido la Comunidad	47
5.3.3 Eventos más Relevantes	

## **6. Ubicación y Aspectos Geográficos**

6.1 Localización	52
6.2 Limites	52
6.3 Altitud y Latitud	53
6.4 Fisiografía	54
6.5 Hidrografía	54
6.6 Clima	55
6.7 Flora	56
6.8 Fauna	57

## **7. Demografía**

7.1 Pirámide de Población	58
7.1.1 Pirámide Poblacional por Localidad	60
7.1.2 Pirámide de Población de Aguacaliente	61
7.1.3 Pirámide Poblacional de la Era	62
7.1.4 Pirámide poblacional de Camelinas	63
7.2 Densidad de Población	64
7.3 Número de Habitantes por localidades	64
7.4 Número de Familias	65
7.5 Promedio de Miembros por Familia	66
7.6 Crecimiento Poblacional en los últimos Cinco Años	67
7.7 Migración	68
7.8 Natalidad	68
7.9 Índice de Natalidad	69
7.10 Mortalidad General	70
7.11 Estado Civil	72
7.12 Idiomas y Dialéctos	73

## **8. Comunicación**

8.1 Vías de Comunicación	73
8.2 Transportes	74
8.3 Medios de Comunicación	74

## **9. Aspectos Educativos.**

9.1 Escolaridad Promedio	76
9.2 Número de Analfabetas por Localidad	77
9.3 Recursos Físicos	78
9.4 Grupos Formados de INEA	79
9.5 Bibliotecas y Salas de Lectura	79

## **10. Aspectos Nutricionales**

10.1 Alimentos que con Mayor Fuerza se Consumen	79
10.2 Obtención de los Alimentos	80
10.3 Estado Nutricional de la Comunidad	80
10.4 Repercusiones Físicas y Mentales por Mala Nutrición	81

## **11. Aspectos Económicos**

11.1 Población Económicamente Activa y Rama de Actividades	82
11.2 Distribución del Ingreso Mensual	83

## **12. Aspectos Ambientales**

12.1 Saneamiento de la Vivienda	84
12.2 Disponibilidad del Agua	84
12.3 Eliminación de Excretas	86
12.4 Eliminación de Basura	87
12.5 Datos de Urbanización de la Población	88
12.6 Fauna Nociva y/o Transmisora	88
12.7 Contaminantes Ambientales	89

### **13. Organización**

13.1 Política	89
13.2 Social	90
13.3 Laborales	90
13.4 Religiosos	90
13.5 Familiar	91

### **14. Servicios Para el Recreo de la Comunidad**

14.1 Número de Plazas y Jardines	91
14.2 Número de Salas de Espectáculos y Funciones	91
14.3 Deportes que se Practican y Numero de Canchas	92

### **15. Hábitos y Costumbres**

15.1 Fiestas Civiles y Religiosas más Importantes	92
15.2 Hábitos y Costumbres de la Localidad	93
Relacionadas Con la Salud	
15.3 Rutina Diaria	94
15.4 Mitos y Tradición	95

### **16 Problemas Sociales**

16.1 Catástrofes Naturales	95
16.2 Problemas Humanos	96
16.3 Problemas Psicosociales	96

### **17. Daños a la Salud**

17.1 Total de Consultas	97
17.2 Mortalidad	99
17.3 Mortalidad	102

## **18. Recursos Para la Salud**

18.1 Organización del Servicio Público	105
18.2 Número de Farmacias	108
18.3 Número de Establecimientos con venta de Medicamentos	109
18.4 Recursos Humanos de la Medicina Tradicional	109
18.5 Normas Técnicas para la Atención Médica	109

## **19. Estudio de la Unidad Médica en que Presta el Servicio Social**

19.1 Servicios que Presta la Unidad	110
19.2 Área de Influencia	111
19.3 Otros Recursos fuera de la Unidad	111
19.4 Atención a Módulo	111

## **20. Programas de la Salud**

20.1 Números y Características de las Funciones y Programas básicos a nivel jurisdiccional	112
20.2 Número y Características de los Programas Realizados a Nivel de la Unidad durante el desarrollo del Servicio Social	113

## **IV. SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DE SALUD**

1. Consulta Externa	122
2. Atención Materno Infantil	124
3. Planificación Familiar	125
4. Salud del Niño Sano	126
5. Estado de Nutrición	129
6. Detecciones DM, Hipertensión Arterial, CA, CU, CA, Mama, Tamiz	129
7. Salud del Adulto y el Anciano	131
8. Zoonosis	131
9. Micobacteriosis	132
10. Enfermedades de Transmisión Sexual	132
11. Atenciones por Lesiones	133
12. Salud Bucal	133

13. Hospitalización	133
14. Promoción a la Salud	133
14.1 Salud Escolar	133
14.2 Salud Municipal	135
14.3 Apoyo a Programas Prioritarios	136
15. Referencias	137
16. Tratamientos Familiares	137

## **V. PERFIL DE MORBILIDAD**

1. Introducción	139
2. Enfermedades Transmisibles	140
3. Enfermedades No Transmisibles	142
4. Análisis de los Resultados	145
5. Daño Diferencial	146
6. Análisis General de Daño Diferencial	152
7. Daños a la Salud Reproductiva	153

## **VI. CONCLUSIONES SOBRE LA COMUNIDAD**

155

## **VII CONCLUSIONES FINALES DEL AÑO DE SERVICIO SOCIAL**

157

## **BIBLIOGRAFÍA.**

160

## **ANEXOS**

Mapas y Croquis de la comunidad, áreas de influencia y Fotos de la Unidad Médica	161
--	-----

## I. ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

### 1. Espacio clínico

#### 1.1. Actividad de aprendizaje 1.A

El proceso de mi llegada a la comunidad que me correspondió para realizar el Servicio Social (San Miguel de Palmas, Peñamiller Qtro) fue emocionante desde el día que se escoge plaza en la Universidad, pues a pesar de tener la oportunidad de elegir entre muchas opciones, uno no sabe realmente donde se encuentra ubicada la Comunidad, como son las características de su clima, su gente, la organización jurisdiccional etc. Cuando finalmente llega el día de presentarse a la Plaza del Servicio Social junto con los compañeros de la misma zona jurisdiccional, se dan situaciones de incertidumbre, curiosidad, optimismo y porque no de miedo; pero una de las cosas que marcó nuestra llegada fue esa forma tan fría y apática que mostraron algunas de las personas que nos recibieron, que sin más que decir, explicar no orientar sobre algunas cosas básicas de lo que teníamos que realizar después de nuestra presentación y de nuestras actividades a realizar fuimos enviados a nuestros respectivos Centros de Salud, unos compañeros en camión y otros que tuvimos mejor "suerte" transportados como bultos en la parte trasera de una camioneta 4x4 que entre terracería, veredas, baches y cerros después de 2 horas más de viaje llegamos a la comunidad, sin embargo al llegar al Centro de Salud me sentí despreocupado y más tranquilo por el modo en que fui recibido por el personal que se mostró desde un principio amable y optimista.

Un evento que quisiera comentar y creo que es importante es que la mayoría de las veces el nuevo pasante es recibido de acuerdo a como el anterior pasante se mostró y portó durante su año de Servicio Social, clasificándolo en ocasiones de acuerdo a la Universidad o la ciudad de donde proviene; como lo fueron en mi caso, en donde el pasante anterior fue casi corrido de la comunidad debido a su mal comportamiento, sus faltas al grado que cuando me presentaron, a este médico lo expulsaron prácticamente en forma inmediata, pero lo mejor fue cuando me di cuenta que este médico era un compañero de la misma Universidad el cual no hizo el internado. Después de esto empezó mi travesía en la inmensa papelería que tendría que realizar, así como juntas jurisdiccionales.



El recibimiento por parte de la comunidad fue muy bueno, sobre todo por el interés, su amabilidad, el respeto y el cariño que muestran al pasante de medicina es lo que hace soportar todos los problemas burocráticos. Si alguien me preguntara dónde volvería a realizar el Servicio Social sin duda contestare en la misión de San Miguel Palmas.

La dificultad que se presentó como a todos los pasantes, fue adaptarme a la tanta papelería como son los formatos y los reportes de todo lo que se realiza diariamente y quizás como existía un desorden en toda la organización de la Unidad Medica con falta de papelería, información e instrumental, atrasada en promociones educacionales, en metas y logros de programas. Sin embargo, la constancia, ganas de superación personal y el apoyo moral de la familia hicieron que cada una de estas dificultades se fueran resolviendo en forma total, pero es aquí donde el estudiante de medicina se independiza totalmente del trabajo de equipo, es decir de los compañeros que hasta hace poco formábamos un equipo.

### 1.1.1 Casos clínicos.

A continuación se mencionaran dos casos clínicos desde el punto de vista de relación objetivante y relación interpersonal.

Relación objetivante.

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO  
 JURISDICCIÓN SANITARIA No 3 CADEREYTA  
 UNIDAD DE SALUD. SAN MIGUEL PALMAS

HISTORIA CLÍNICA.

Ficha de Identificación

Fecha de realización 03-08-00

Nombre : Rosa Hernández Hernández

Edad : 36 años

Sexo : Femenino

Lugar de Nacimiento: SMP Peñamiller Qrto.

Lugar de Residencia : SMP Peñamiller Qrto.

Escolaridad : Ninguna

Edo. Civil : Casada

Religión : Católica.

Ocupación : Ama de casa, campesina.

Antecedentes Heredofamiliares

Madre viva de 84 años de edad aparentemente sana.

Padre fallecido desconoce patologías.

Abuelos paternos vivos negando patologías.

Abuelos maternos fallecidos.

Refiere tener 7 hijos, de los cuales el tercero cursa con crisis convulsivas, y los demás cursan con desnutrición leve.

Antecedentes personales no patológicos.

Habita en casa propia construida a base de tabique y adobe con techo de lámina y piso de tierra la cual cuenta con 3 cuartos y una cocina, cuenta con los servicios de agua y luz solamente, cuenta con fosa séptica, en el cual conviven hasta 10 personas durmiendo hasta 5 personas en un mismo cuarto. Refiere convivir con 6 perros los cuales entran y salen de la casa, además de aves (3) y ganado caprino (8). Hábitos higiénicos dietéticos malos refiriendo baños cada 8 días con cambio de ropa interior y exterior cada tercer día. Hábitos alimenticios regulares en cantidad y malos en calidad con carne 1/7, leche 2/7, huevos 7/7, fruta 2/7, verduras 2/7, leguminosas 2/7, cereales 1/7, consumiendo al día aproximadamente 1 medio litros de agua.

Tabaquismo negado, alcoholismo negado. Toxicomanías interrogadas y negadas, inmunizaciones desconoce, tipo sanguíneo desconoce, refiere exposición a humo de leña desde su juventud.

Antecedentes personales patológicos.

Cursó con enfermedades propias de la infancia,

Quirúrgicos interrogados y negados

Traumáticos interrogados y negados

Transfusionales interrogados y negados

Hospitalizaciones refiere internamiento en HGQ por presentar parto prematuro hace tres años.

Antecedentes ginecoobstétricos

Menarca a los 11 años, rítmica de 28x3días dismenorreica, con IVSA a los 20 años de edad, PS 1, MPF nunca, DOC hace 2 años aparentemente normal.

G-9 P-8 A-1 FUM : 12/12/99.

Padecimiento actual.

Inicia su padecimiento aproximadamente hace 9 meses con amenorrea secundaria a embarazo el cual cursa aparentemente de forma normoevolutiva, sin presencia de complicaciones, recibiendo solo sulfato ferroso y una aplicación de toxoide tetánico, refiriendo dolor de tipo obstétrico desde hace 2 horas por la cual acude a esta unidad de salud. Por lo cual se ingresa para labor y atención de parto.

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.

Síntomas generales.

Refiere dolor de tipo obstétrico.

Órganos de los Sentidos.

No refiere sintomatología de los órganos de los sentidos.

Aparato Cardiorespiratorio

Sin referir datos patológicos

Aparato Digestivo.

Solo refiere nauseas sin llegar al vómito.

Aparato Urogenital

Refiere contracciones continuas, con poliuria.

Sistema Músculo esquelético.

Refiere mialgias.

Piel y Anexos.

Sin referir alteraciones.

Esfera Neuropsiquiátrica

Refiere regulares relaciones interpersonales.

Exploración Física.

Habitus Exterior.

Se trata de paciente femenino de edad aparentemente similar a la cronológica, con buen estado de hidratación y coloración de tegumentos, constitución ectomorfa, armónica, con facies de mujer embarazada, conciente bien orientada en las tres esferas, cooperadora al interrogatorio, con movimientos libremente escogidos.

Signos Vitales.

TA 110/70, FC 90 x min, FR 20 x min, Temp 36 GC, Talla 159 cm, Peso 65 Kg

Cráneo: Normocéfalo sin datos de endos ni exostosis, con adecuada implantación de cabello de acuerdo a edad y sexo. Cara: Cejas presentes con apropiada distribución,

simétricas, ojos simétricos, reflejo corneal presente, movimientos oculares normales, campimetría normal, pupilas isocóricas normorreflectivas, pestañas presentes con buena distribución y adecuada implantación, párpados sin ptosis, no movimientos anormales, pabellones auriculares con buena implantación, de constitución normal, conducto auditivo externo limpio, limpio permeable, sin presencia de secreciones, nariz central, tabique nasal central, narinas permeables, comisuras de labios simétricas, lengua móvil, desplazable, con piezas dentales incompletas faltando dos molares superiores de cada lado, con presencia de caries, úvula central, reflejo nauseoso presente, amígdalas no hiperémicas, no hipertróficas sin presencia de exudados, ni descarga retranasal.

Cuello: cilíndrico, con arcos de movilidad normal, sin presencia de ganglios en cadena cervical ni retroauricular, traquea central y desplazable, tiroides no palpable, pulsos carotídeos presentes sincrónicos, sin datos de injurgitación yugular.

Tórax: Normolineo, superficie de la piel normal, sin lesiones mamas presentes simétricas, con cambios propios de la gestación con presencia de calostro, sin presencia de datos de dificultad respiratoria, sin presencia de ganglios axilares, con movimientos de amplexión y amplexación normales, a la percusión claro pulmonar en toda el área pulmonar, a la auscultación áreas pulmonares limpias, sin fenómenos agregados, choque de la punta en el 5to espacio intercostal línea media clavicular izquierda, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad.

Abdomen: Blando, depresible, globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo con FCF de 140 x min, con fondo uterino de 34 cm, SL, PC, DI, con presencia de contracciones uterinas en No de 3 en 10 minutos con duración de hasta 45 segundos cada una, con presencia de moco cervical, al tacto vaginal con presencia de membranas íntegras con dilatación de 3 cm y borramiento del 40%, con presentación OII en 4to plano. Resto sin datos que comentar.

Genitales: de acuerdo a edad y sexo y con características mencionadas anteriormente.

Extremidades: simétricas, armónicas, íntegras, sin presencia de movimientos anormales, sin limitación para el movimiento, pulsos presentes sincrónicos y homocrotos, ROTs normales, sensibilidad conservada, llenado capilar 1 seg.

IDx. Multigesta con embarazo de término + Trabajo de Parto.

Plan: se ingresa para atención de parto y puerperio inmediato.

### Indicaciones

1. A.H.N.O.
2. Solución fisiológica al 9 % 500 cc para 8 hrs. IV
3. Vigilar evolución de contracciones uterinas y trabajo de parto
4. Pasar oportunamente a sala de expulsión.

DR. OSCAR SANTIAGO CRUZ MPSS.

### Relación interpersonal.

Se trata de paciente femenino de 36 años de edad quien se encuentra con diagnóstico de multigesta con embarazo de término + trabajo de parto con antecedentes de G-9 P-8 A-1, originaria de esta comunidad, de bajos recursos económicos, analfabeta, quien refiere tener un hijo de 10 años de edad con crisis convulsivas, retraso mental, hasta la fecha sin tratamiento establecido, con hacinamiento y promiscuidad en su casa, malas condiciones higiénico-dietéticas.

Cuando se dio de alta a esta paciente se le indicó una dieta balanceada, multivitámicos y reposo relativo; sin embargo sabemos que le es imposible seguir tales instrucciones, además su esposo es campesino, no tiene trabajo ni fuente de ingresos y ella tiene que ayudar a no solo sus labores domésticas y atender a sus hijos más pequeños, sino ayudar a obtener ingresos económicos en otras actividades.

Cabría decir aquí, que es donde empieza una compresión y preocupación real de el médico por el paciente, por su salud y bienestar porque aunque el médico conozca la forma de recuperación física y saludable más rápida para este caso médico no puede hacer nada para que esto se realice y se limita sólo a darle una receta y desearle que Dios le ayude.

**Segundo Caso Clínico.**

**Relación Objetivante.**

UNIDAD DE SALUD. SAN MIGUEL PALMAS

## HISTORIA CLÍNICA.

Ficha de Identificación

Fecha de realización 09-11-00

Nombre : Celsa Rincón Cruz

Edad : 32 años

Sexo : Femenino

Lugar de Nacimiento: SMP Peñamiller Qrto.

Lugar de Residencia: SMP Peñamiller Qrto.

Escolaridad : Primaria Incompleta

Edo. Civil : Casada

Religión : Católica.

Ocupación : Ama de casa, campesina.

### Antecedentes Heredofamiliares

Madre viva de 70 años de edad con dx de HAS en control.

Padre fallecido desconoce datos.

Abuelos paternos vivos con abuelo con Dx de CHAN.

Abuelos maternos con abuela con Dx de HAS y DM II en control.

Refiere tener 4 hijos, de los cuales tres cursan con desnutrición leve.

### Antecedentes personales no patológicos.

Habita en casa propia construida a base de tabique con techo de lámina y piso de cemento, la cual cuenta con dos cuartos y una cocina, cuenta con los servicios de agua y luz solamente, cuenta con fosa séptica, en el cual conviven cuatro personas durmiendo hasta cuatro personas en un mismo cuarto. Refiere convivir con 3 perros los cuales entran y salen de la casa, además de aves (3) y ganado caprino (8) Y porcino (2). Hábitos higiénicos refiriendo baños cada 3 día con cambio de ropa interior y exterior el mismo día. Hábitos alimenticios regulares en cantidad y malos en calidad con carne 2/7, leche 1/7, huevos 3/7, fruta 2/7, verduras 4/7, leguminosas 2/7, cereales 2/7, consumiendo al día aproximadamente 1 medio litros de agua.

Tabaquismo negado, alcoholismo negado. Toxicomanías interrogadas y negadas, inmunizaciones desconoce, tipo sanguíneo desconoce, refiere exposición a humo de leña desde su juventud.

### Antecedentes personales patológicos.

Cursó con enfermedades propias de la infancia,

Quirúrgicos refiere antecedentes de cesárea previa por presenta placenta previa hace 3 años.

Traumáticos interrogados y negados

Transfusionales , refiere transfusión sanguínea de un 2 paquetes globulares

Antecedentes ginecoobstétricos

Menarca a los 12 años, rítmica de 28x5días eumenorreica, con IVSA a los 18 años de edad, PS 2, MPF hormonal inyectable mensual, DOC hace 14 meses aparentemente normal.

G-4 P-2 C-1 FUM : 20/Q3/99.

Padecimiento actual.

Inicia su padecimiento aproximadamente hace 8 meses con amenorrea secundaria a embarazo, sin llevar control prenatal, sin recibir ningún tipo de multivitamínicos, cursando aparentemente de forma normoevolutiva, sin embargo refiere que el día de hoy presenta dolores de tipo obstétrico desde hace 3 horas, con malestar general negando perdidas transvaginales razón por la cual acude a esta Unidad de Salud.

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.

Síntomas generales.

Refiere dolor de tipo obstétrico, malestar general

Órganos de los Sentidos.

No refiere sintomatología de los órganos de los sentidos.

Aparato Cardiorespiratorio

Refiere leve falta de aire cuando se presenta una contracción.

Aparato Digestivo.

Solo refiere nauseas sin llegar al vómito.

Aparato Urogenital

Refiere contracciones continuas, con poliuria.

Sistema Músculo esquelético.

Refiere mialgias.

Piel y Anexos.

Sin referir alteraciones.

Esfera Neuropsiquiátrica

Refiere malas relaciones interpersonales.

Exploración Física.

Habitus Exterior.

Se trata de paciente femenino de edad aparentemente similar a la cronológica, con regular estado de hidratación y coloración de tegumentos, constitución ectomorfa, armónica, conciente bien orientada en las tres esferas, quejumbrosa, cooperadora al interrogatorio.

Signos Vitales.

TA 110/60, FC 98 x min, FR 22 x min , Temp 36.8 GC, Talla 165 cm, Peso 55 Kg

Cráneo: Normocéfalo sin datos de endos ni exostosis, con adecuada implantación de cabello de acuerdo a edad y sexo.

Cara : Cejas presentes con apropiada distribución, simétricas, ojos simétricos, reflejo corneal presente, movimientos oculares normales, campimetría normal, pupilas isocóricas normorreflexticas, pestañas presentes con buena distribución y adecuada implantación, párpados sin ptosis, no movimientos anormales, pabellones auriculares con buena implantación, de constitución normal, conducto auditivo externo limpio, limpio permeable, sin presencia de secreciones , nariz central, tabique nasal central, narinas permeables, comisuras de labios simétricas, lengua móvil, desplazable, con piezas dentales incompletas faltando un molar superior izquierdo, incisivo inferior, con presencia de caries, úvula central, reflejo nauseoso presente, amígdalas no hiperémicas, no hipertróficas sin presencia de exudados, ni descarga retrorrenal.

Cuello: cilíndrico, con arcos de movilidad normal, sin presencia de ganglios en cadena cervical ni retroauricular, traquea central y desplazable , tiroides no palpable, pulsos carotídeos presentes sincrónicos , sin datos de injurgitación yugular.

Tórax : Normolíneo, superficie de la piel normal, sin lesiones mamas presentes simétricas, con cambios propios de la gestación sin presencia de secreción. Sin de datos de dificultad respiratoria, sin presencia de ganglios axilares, con movimientos de amplexión y amplexación normales, a la percusión claro pulmonar en toda el área pulmonar, a la auscultación áreas pulmonares limpias, sin fenómenos agregados, choque de la punta en el 5to espacio intercostal línea media claviclar izquierda, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad.

Abdomen : Blando, depresible, globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo con FCF de 160 x min , con fondo uterino de 27 cm, SL, P?, DI, con presencia de contracciones uterinas en No de 1 en 15 minutos con duración de hasta 25 segundos, sin presencia de moco cervical, se difiere tacto vaginal por antecedentes antes mencionados, sin presencia de borramiento .

Genitales: de acuerdo a edad y sexo y con características mencionadas anteriormente.



Extremidades: simétricas, armónicas, integras, sin presencia de movimientos anormales, sin limitación para el movimiento, pulsos presentes sincrónicos y homocrotos, sin datos de edema, ROTs normales, sensibilidad conservada, llenado capilar 2 seg.

IDx. Multigesta con embarazo de 37 SDG x FUR+ Amenaza de Parto pretermino.

Plan: Se refiere a segundo nivel

Indicaciones

1. A.H.N.O.
2. Solución fisiológica al 9 % 500 cc para PMVP
3. Se realiza hoja de referencia a segundo nivel
4. Se solicita apoyo a la delegación para transporte.

DR. OSCAR SANTIAGO CRUZ MPSS.

Relación interpersonal.

Se trata de paciente femenino de 32 años de edad con dx Multigesta con embarazo de 37 SDG x FUR + Amenaza de Parto Pretérmino. Con antecedentes de Cesárea previa + Placenta previa. Con embarazo actual sin llevar control prenatal, quien se presenta esta Unidad de Salud por referir dolor de tipo Obstétrico sin perdidas transvaginales, encontrándose a la exploración física conciente, quejumbrosa, regularmente hidratada, CP sin compromiso aparente, abdomen globoso, depresible con dolor al presentarse la contracción con duración de 25 seg. cada 10 min. Sin perdidas Trasvaginales.

Casada, campesina, de bajo recursos económicos, quién se encuentra sin su marido desde hace un año y medio, encontrándose en los EE.UU trabajando de forma ilegal, se le indica que tiene que realizar un USG obstétrico urgente para corroborar edad gestacional y estado del producto, sin embargo, la paciente responde que no tiene dinero ni para el transporte, por lo cual se busca apoyo por parte de la delegación para trasladar al paciente al H.G.Q. lo cual se logra con éxito. Teniendo producto eutocico de termino de (38 SDG) de bajo peso al nacer teniéndose en observación durante una semana.

Aquí también se refleja claramente la relación interpersonal de la relación médico-paciente, en la cual el médico no sólo se queda en la exploración y un diagnóstico con una hoja de referencia, sino, se llega a un objetivo final que es la

salud de la madre y el producto, saliendo de un consultorio y buscar solucionar intereses que no son personales sino propios de su profesión.

### **1.2 Actividad de aprendizaje 2.A.**

Las situaciones personales que pueden favorecer a la realización de una iatrogenia son principalmente la falta de experiencia en el uso de algunos fármacos, así como de patologías no tan comunes, o quizás conozcamos la terapéutica pero la forma en que responda finalmente a este tratamiento aún no lo conocemos personalmente, todo eso aunado, a las condiciones en las un estudiante egresa de un hospital o clínica donde se realizan estudios de laboratorio ó gabinete de forma inmediata o se realizan interconsultas de un rato a otro, o se esta bajo la responsabilidad de un médico de base, en cambio durante un Servicio Social no existe esto o si lo hay es muy tardado y con ello algunas veces se hace un diagnostico superficial y en el mejor de los casos sintomatologico.

Las situaciones institucionales son principalmente según mi opinión, el escaso interés a no decir nulo el de proporcionar asesoría, facilidades para corroborar un diagnóstico concreto y/o difícil. Además a nivel jurisdiccional el cuadro básico de medicamentos es muy limitado y más aún en la farmacia de cada clínica por donde por una u otra razón nunca se surte a tiempo o se reporta como agotado el medicamento.

Dentro de los factores comunitarios tenemos a la falta de confianza por parte del pueblo a "los medicamentos del gobierno" (medicamentos rebajados) y esto influye en cierta forma a la recuperación de un paciente, y estos a su vez, hace que ellos mismos automediquen una dosis mayor e incluso otros fármacos. Y por último a la mala atención que reciben las personas por parte del Hospital General de Zona las personas no quieren acudir al mismo para la realización de Estudios de laboratorio o gabinete o para la realización de una ínterconsulta.

Dentro de las diferentes iatrogenias que existen como la del moribundo, intrascendente, terapéutica, por acción, por experimentación, a la que un médico pasante puede incurrir es la iatrogenia por terapéutica debido principalmente por la morbilidad de enfermedades artríticas, reumáticas y contar sólo con corticoesteroides como una opción real, conociendo sus probables efectos colaterales y sin embargo continuar empleándose por no existir un medicamento en el cuadro básico realmente eficaz.

Las actitudes que podrían ayudara evitar este tipo de iatrogenia es apelar por otros medicamentos con menos efectos secundarios o buscar otras terapéuticas menos agresivos, es decir, actualizarse uno mismo en el área. Las medidas y/o

preocupaciones que debería tomar el médico es realizar una minuciosa revisión clínica así como un estudio general del paciente.

Por otra parte, varias condiciones institucionales deben de modificarse para evitar iatrogenias como los es, el dar importancia a como sé esta llevando acabo la atención medica a la población, como se está llegando al diagnóstico y a la conclusión del mismo, y no solo preocuparse por las estadísticas, la papelería bien escrita y completa. Por otro lado sería el que se brinde un medio de transporte oportuno e indicado para realizar referencias y urgencias a un segundo nivel. Otro problema real el cual creo personalmente es el más gravé es la complicidad que existe en un momento dado entre la jurisdicción y el médico que ha cometido una iatrogenia, al cubrir su falla por no verse afectado por el mismo por los medios de comunicación, como lo fue en mi caso donde mi comunidad levanto una carta de conducta negligente a un médico de SSA y sólo se limito a decir ya lo arreglaremos, sin que a la fecha se haya resuelto algo. Por ultimo una actualización constante de los médicos a través de programas educativos en áreas de patologías y farmacología actualizada.

La responsabilidad profesional del médico ante los derechos humanos se puede entender como la obligación de brindar una buena atención médico-paciente con la mejor calidad y precisión de una terapéutica que incluye calidez y respeto al paciente, sin embargo en ocasiones es debido al propio paciente que no se lleve acabo esto, debido en parte por la propia cultura , malas experiencias que su confianza y respeto al médico es muy escaso por no decir nulo y lo trata como una maquina a la que solo acude para resolver un problema de salud y que exige como si estuviéramos en deuda con el.

### **1.3 Actividad de Aprendizaje 3.A**

De acuerdo a la lectura Cervantes. A. (1996) "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México". En Gloria Careaga. J. Guillermo Figueroa y M. Consuelo Mejía (comps) : Ética y Salud reproductiva. Porrúa. PUEG-UNAM y PUIS-UNAM. México, pp 315-346. Las características centrales de los derechos reproductivos son la decisión libre y responsable acerca del número y espaciamiento de los hijos a tener coexistiendo centralmente en tres dimensiones; la decisión de tener un hijo, la de cuando tener un hijo y sobre el tipo de anticonceptivo a utilizar o medio para regular la fecundidad, tomando en consideración su propia situación, así como las

implicaciones de sus decisiones para el desarrollo equilibrado de sus hijos, de la comunidad y la sociedad en donde viven.

Frente a los derechos reproductivos intervienen tres áreas para que esto se lleve acabo:

1) La Institución cuya responsabilidad es proporcionar material e información técnica y educacional a los trabajadores de Salud, así como métodos anticonceptivos suficientes para la demanda poblacional.

Cumpléndose en parte a través de programas con planes y metas a cumplir.

2) Usuarios; acudir y recibir información para poder llevarla a sus familiares e impartir con ellos los propósitos y ventajas de los diferentes métodos de planificación familiar. Además del cumplimiento de sus citas mensuales a consulta de Planificación Familiar y poder usar correctamente el método.

3) Médicos; su responsabilidad es informar a la población abierta, no sólo a un grupo de los diferentes métodos anticonceptivos sus beneficios y sus desventajas y cumpliéndose en la orientación que se imparte en las pláticas mensuales, donde también se les hace reflexionar sobre la responsabilidad moral y económica de tener un hijo.

En mi opinión creo que el autor llega a una conclusión muy acertada en todos los aspectos, puesto que no se trata de tener una fábrica de personas encargadas de cumplir metas programadas que opera bajo una lógica de poder unidireccional (de arriba hacia abajo), jerárquico y centralizado donde la verdad es el criterio del saber médico con un espíritu autoritario sin tomar en cuenta los ejecutores directos, es decir, a los que están en contacto con el grupo de mujeres en control familiar, que son tomados como piezas sustituibles e irrelevantes que lo que importa es que se logre las metas impuestas no importando como se consiga.

Por otra parte se pasa por encima de los derechos e inquietudes de las mujeres, no sólo no respetando sino incluso promoviendo las decisiones libres, autónomas sobre la reproducción y descendencia para alcanzara a cumplir una meta programada. Por ejemplo, en mi plaza de Servicio Social se ve claro esta situación en donde incluso se amenaza indirectamente a los pasantes de medicina en su liberación pronta por no alcanzar metas de Planificación Familiar y realización de papanicolaos, no entendiendo que la gran mayoría de los esposos de mi comunidad se encuentran de emigrantes, razón por la cual, para que quieran un método anticonceptivo las mujeres ¿ oh no ?, Pero esto no importa y señalan ó clasifican al médico como un incumplido, sin interés en los programas de Salud Reproductivas.

#### 1.4 Conclusiones.

Podemos concluir que en este espacio del área clínica nos sumergimos en el primer contacto con la realidad pública, es decir, que de la Universidad a lo que es real donde ya no existe una calificación o un examen como tal sino es una adaptación a lo que va a ser nuestra profesión como trabajadores de la Salud en el área médica, y se comienza tal vez desde que se llega a la Plaza del Servicio Social a una Institución de Salud en mi caso a la S.S.A. en el cual tuve un recibimiento muy frío, calculador, informal, donde somos tratados como piezas irrelevantes y sustituibles, donde nuestro objetivo general es alcanzar los logros y metas que alguien impuso desde un escritorio de la jurisdicción, sin importar como se lleve a cabo la relación médico-paciente, las probables iatrogenias que se podrían cometer, como se vio en la actividad de aprendizaje 2.A. Donde no todo depende de la capacidad o conocimiento del médico, sino influye también un conjunto de condiciones como son las institucionales y comunitarios donde se tienen que modificar actitudes de conducta, de normas técnicas y de asesoría por parte de cada jurisdicción Sanitaria hacia sus pasantes de medicina como también obligación de cada pasante que ingresa de fomentar y continuar el trabajo del pasante anterior de crear una cultura de Salud en su comunidad.

Por otra parte el aspecto de salud reproductiva en su fase de métodos de Planificación Familiar en donde se establece una política que tiene como objetivo regular los fenómenos que afecta a la población y en cuanto a su volumen, estructura dinámica y su distribución en el territorio nacional pasando en ocasiones sobre la naturaleza del derecho reproductivo sin importar la calidad del servicio a usuarias y el respeto irrestricto a la autonomía y necesidades de las mujeres.

Finalizo diciendo que el sistema de Auto-aprendizaje modelo de Nuestra Universidad si funciona adecuadamente en esta área de enfrentar a los problemas reales de la sociedad en los cuales se requiere una relación médico-paciente, el cual se inculca desde los primeros trimestres de la Licenciatura; Pero sobre todo buscar siempre ideas claras, proyectos y metas propias.

## II. ESPACIO COMUNITARIO.

### 2.1 Actividad de aprendizaje 1.B.

En el objetivo de esta actividad es el realizar un análisis comparativo de las diferentes concepciones y prácticas en torno a la salud y la reproducción humana en la comunidad donde realice el servicio Social. Teniendo en cuenta apreciaciones derivadas de mi propia experiencia, tomando como referencia tres aspectos como es Salud/ Enfermedad, reproducción y anticoncepción.

#### Salud / Enfermedad,

En la comunidad donde realicé mi Servicio Social los conceptos de salud-enfermedad son como los mencionados en la lectura. El primero de ellos es, lo que la gente conoce como "susto" o que "Se le va la Sangre" en los cuales a una persona (no importando la edad) que sufre un accidente o un espanto, pierde el apetito, se pone triste, sin ganas de hacer nada y entonces la forma de lograr su salud, no es llevarlo al médico, porque es según ellos "una enfermedad mala". La forma de sanarlo es que cuando esta persona esté durmiendo por la noche se le quite la ropa y llegando la media noche y esté profundamente dormido se le deja caer bruscamente un litro de mezcal sobre su cuerpo y así al sentir lo frío y otro susto se le quita el susto. A mí me tocó revisar en la consulta a una persona a quien le practicaron esta curación y lo que únicamente resulto fue un resfriado y aún que se le explica al familiar porque una persona reacciona así a un susto no es suficiente para ellos y deciden volver a hacerlo hasta que funcione.

#### Reproducción.

Esto si es increíble y en parte no muy limpio, pues yo mismo me enfrente a este casi, se trata de una paciente de 38 años de edad multigesta quien cursa con puerperio mediato con quien tuve ciertos problemas con ciertas indicaciones desde el comienzo de su ingreso, en primer lugar no quería permanecer acostada, después no quería alimentar a su bebé cuando nació porque según ella en sus creencias "la

primera leche no sirve, porque esta ceda" y le hace daño al bebé, pasando hasta dos horas y yo preocupado porque el recién nacido no caiga en hipoglucemia. Después ellos dicen que deben guardar la cuarentena y lo cumplen al pie de la letra, ya que después de ocho días del parto tenía que llegar a cita de revisión, sin embargo no asistió la madre, y pasando ocho días más fui a visitarla a su casa y cuando llegue me entere que seguía en guardando cama, sin bañarse ni cambiarse de ropa teniendo un olor muy desagradable porque " Es malo si no guarda la cuarentena porque le puede entrar el aire", así como lo comento, tienen que permanecer cuarenta días sin bañarse y sin levantarse de la cama.

### **Anticoncepción.**

Por ultimo la anticoncepción es un tema aún espinoso en una de mis comunidades en donde incluso uno puede observar en las pláticas educativas que se imparten a la población de forma mensual que cuando se toca el tema de los métodos anticonceptivos la mayoría de las señoras inclinan las cabezas por pena y cuando se les hace una pregunta o se pide un comentario se miran entre ellas y finalmente la más valiente responde " todo esto esta bien pero mi marido dice que no, pues si uno se casa es para tener hijos" otra señora respondió " dice mi viejo que si una mujer no da hijos no sirve, y pues se va con otra que si se los de".

A mi parecer sería de gran ayuda que a toda la población se le introduzca a lo que realmente es la planificación familiar desde el sexto año de primaria para empezara erradicar todos los mitos y falsedades en torno a la planificación familiar que hacen que actualmente muchas familias lo rechacen.

### **2.2. Actividades de aprendizaje 2.B**

Las acciones que se han venido realizando en la Salud Reproductiva en el Centro de Salud de San Miguel Palmas corresponden al concepto de la OMS. que barca la etapa preconcepción, prenatal, parto y puerperio aunque no se cubren en 100% como tal.

A continuación se presentan algunas de las principales acciones relacionadas con la Salud Reproductiva que se llevan a cabo en el centro de Salud de san Miguel Palmas organizadas conforme a las etapas comprendidas en el concepto que establece la OMS.

ETAPAS	ACCIONES	OBJETIVOS.	SUJETO O GRUPO A QUIEN VA DIRIGIDO.	PROGRAMA
<b>ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL</b>	<p>1. Informar a la población masculina y femenina en edad fértil sobre los métodos anticonceptivos con los que cuenta el Centro de Salud.</p> <p>2. Informar sobre los objetivos de la planificación familiar</p>	<p>1. Brindar información sobre los diferentes métodos anticonceptivos que se utilizan en la planificación familiar.</p> <p>2. Orientar como decidir el número de hijos y el periodo inter genésico</p>	<p>1. A la población en general, dando mayor atención aquellos que se encuentren en edad fértil.</p> <p>2. A la población que se encuentren con utilizando un método anticonceptivo de forma voluntaria.</p>	Planificación familiar.
<b>ATENCIÓN PRENATAL.</b>	<p>1. se orienta a las mujeres en gestación sobre la importancia de llevar un control prenatal adecuado.</p> <p>2. Se informa a la madre sobre los factores de riesgos y datos de alarma que se pueden presentar en un embarazo.</p>	<p>1. Detección temprana de factores de riesgos así como patologías que se pueden suscitar en el embarazo.</p> <p>2. Disminución de la morbilidad y mortalidad del binomio materno-fetal.</p> <p>3. Lograr un control prenatal con un mínimo de cinco consultas.</p>	1. Mujeres embarazadas.	Control prenatal.



ETAPAS	ACCIONES	OBJETIVOS.	SUJETO O GRUPO QUIEN VA DIRIGIDO.	PROGRAMA
<b>ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO.</b>	1. Informar la importancia de atender el parto en una Unidad de Salud. 2. Orientar e informar sobre los beneficios de asistir a tiempo a atenderse su parto.	1. Que cada mujer embarazada conozca e identifique el inicio del trabajo de parto. 2. reducir la morbi-mortalidad en este periodo.	A mujeres embarazadas en fase de trabajo de parto.	Atención del parto y puerperio.
<b>ATENCIÓN NEONATAL PRECOZ.</b>	1. Orientar a la madre acerca de la lactancia materna y el cuidado de un recién nacido. 2. Informar a la madre sobre la importancia del control nutricional de ambos.	1. reducir el número de niños con grados de desnutrición. 2. Integrar a cada recién nacido al programa del niño sano.	A todos los niños de recién nacidos a 5 años. A mujeres que se encuentran en el periodo de lactancia.	Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil

Las reflexiones realizadas por el autor se pueden relacionar con el concepto de la OMS, en el sentido del completo bienestar físico, mental y social, que realmente debería llevarse a cabo este objetivo y no sólo como la ausencia de enfermedad; que al final de cuentas es lo que sólo se quiere garantizar en una institución, en donde en ocasiones, no se le da la importancia real a la mujer como tal, ni tampoco una igual práctica de derechos sociales, psicológicos y médicos, siendo sólo clasificada por su función reproductiva.

De alguna manera las reflexiones del autor de la lectura complementan los conceptos y factores de riesgos reproductivos mencionados quienes ven la salud de la mujer en edad fértil desde la preconcepción, la gestación y el puerperio.

### **2.3 Actividad de aprendizaje 3.B.**

#### **Planificación de Actividades.**

Participe en la planificación de actividades como médico del Servicio Social es integrándome con el Comité de Salud Local de la comunidad.

Se imparten pláticas y hay acciones directas del Comité de Salud a los distintos puntos de la comunidad, como la delegación en el apoyo en la recolección de basura, en la realización de faenas, participaciones escolares, pintas de bardas para promocionales de campañas de Salud, reuniones con mujeres en edad fértil para impartir información sobre diversos Programas de Salud como Mujer y Salud, Paquete Básico de Salud, etc.

Tuve en particular tres Comités de Salud a quienes impartí pláticas de capacitación cada quince días durante todo un año, así como actividades extramuros.

Los problemas que como médico de la UAM-X se afronta son acatarse a los Programas Jurisdiccionales que existen desde hace décadas en su mayoría, por ser protocolizados, cerrados, limitantes y en ocasiones no funcionan y es entonces como médico UAM-X tiene otra manera de ver las cosas por ser crítico, renovador e iniciador cosas que el supervisor zonal no acepta porque según las normas técnicas dicen otra cosa.

NECESIDADES SENTIDAS	NECESIDADES PROFESIONALMENTE DEFINIDAS
1. Apoyo verdadero o real para la solución de problemas de salud de la Comunidad.	1.Falta de un medio de transporte para las urgencias e interconsultas médicas. (ambulancia)
2.Escaso apoyo didáctico por parte de la jurisdicción para capacitación a los Comités de Salud Locales.	2.Apoyo económico verdadero así como transporte a los Médicos pasantes de Servicio Social.
3.Informalidad o incumplimiento en la distribución de medicamentos.	3.Compromiso real de los jefes jurisdiccionales en la atención a los Centros de Salud.
4.Supervisión de apoyo e información más que sólo preocuparse por recoger una papelería completa.	4.Evaluación de trabajo por parte de la jurisdicción a los M.P.S.S. y los Médicos de contrato.
5. Mejor instrumental médico para el Centro de Salud.	

Los problemas compatibles sería en primer lugar la evaluación del trabajo de los médicos por parte de la jurisdicción, de como se desenvuelven en su trabajo para con la comunidad sobre todo en la relación medico-paciente, ya que en mi caso fui testigo de una iatrogenia o negligencia médica que puso en peligro a la vida de un binomio, que incluso yo mismo lleve el oficio que envió la comunidad a la jurisdicción, sin embargo esta sólo se limito a decir que ya lo arreglarían, sin embargo nadie se entero. Ellos mismos ocultaron lo sucedido y mi sorpresa fue mayor cuando me entero que no es la primera vez que sucede esto. Hay varios antecedentes de lo mismo. En segundo lugar al real cumplimiento de los Programas ya que en muchas ocasiones dejan mucho que desear, por ejemplo, el que un equipo médico móvil que tiene como función principal el asistir e impartir consultas y atenciones a diversas comunidades de una localidad y esta no lo haga hasta por una semana por excusas como el no contar con su camioneta; siendo comunidades a media hora de distancia. La antagónica sería la escasa distribución de medicamentos ya que en ocasiones esta agota en la misma jurisdicción Estatal.

### **Mi propuesta para mejorar la relación del Servio social de medicina.**

Consiste que el sector universitario se involucre más en el desarrollo del propio servicio Social a través de visitas, reconocimientos de problemas de corrección y apoyo sobre todo en el transporte de cada médico. Así como también que exista un real servicio médico más que un servicio administrativo, es decir la inmensa papelería que se maneja y que según los directivos jurisdiccionales es con lo que se puede evaluar a un médico, no importando, su calidad, la calidez y atención, mientras este llene y entregue completa y a tiempo la papelería.

Por otra parte debe existir un seguimiento de cada trabajo que termina un pasante y empieza otro, ya que se tiene en ocasiones en abandono al Centro de Salud siendo el problema para el médico entrante ya que tiene que organizar y renovar y aún hacer lo que el anterior ó inclusive anteriores no hicieron.

### **2.4 CONCLUSIONES.**

En esta Unidad de aprendizaje se ha analizado el espacio comunitario en cuanto a sus propios conceptos de Salud-Enfermedad, reproducción y anticoncepción y en la forma que se les hace frente el equipo médico, a través de diversos Programas que incluyen a un comité de Salud de la misma comunidad por lo que podemos llegar a conclusiones como que la realidad en los pueblos es otra a la que imaginamos o pensamos que ya ha cambiado por la modernidad de nuestra época, por ejemplo, su forma de pensar y sus costumbres prevalecen entre otras cosas y que con formatos y políticas e influencias negativas de la misma época hacen que estas no desaparezcan, como pueden ser una iaotrogenia derivada de la aplicación de un método anticonceptivo y las personas dicen que ya sabían lo que iba a pasar y por eso otros ya no se arriesgan a utilizar algún método anticonceptivo.

Además de la corrupción y en ocasiones de la escasa ética de los propios supervisores y directivos de una dependencia jurisdiccional, que permiten algunas veces o fingen no ver incumplimientos de Programas de Salud, de asistencia, mala calidad de atención a la población y negligencias en algunos integrantes del equipo médico, sólo se limitan y preocupan en llevar un buen control epidemiológico, de cobertura, alcances y metas (es decir la múltiple papelería) aunque los datos no sean del todo fidedignos.

La participación del médico pasante en los diferentes programas o planificaciones es crucial y muy importante; de los pilares que mueve a toda una organización y que gran parte del éxito depende de su capacidad, intuición y trabajo. Por lo que es importante capacitar al médico sobre su participación en la comunidad, orientándolo bien en como ejecutar un Programa de cualquier materia y como lograr resultados con las normas técnicas ya establecidas, que en la mayoría de veces limitan las ideas, inquietudes y trabajo de un médico pasante del Servicio Social.

### **3.1 ESPACIO INSTITUCIONAL.**

#### **3.1 Actividad de aprendizaje 1.C**

A continuación se presenta el Paquete Básico de servicios de Salud con el que se cuenta en la Unidad Médica de Salud de San Miguel Palmas, Peñamiller Querétaro, perteneciente a la jurisdicción Sanitaria No 3, Cadereyta.

1. Saneamiento Básico.- Mejoramiento y la preservación de las condiciones Sanitarias de agua para consumo humano, disposición sanitaria de excremento y orina, ya sea en letrinas o baños. Manejo de la basura, control de fauna nociva, ratas, cucarachas y pulgas, mejoramiento de las sanitarias y limpieza de vivienda.

2. Planificación Familiar.- Brindar información acerca de los métodos anticonceptivos que se utilizan en la planificación familiar.

3. Atención Prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido.- Identifica riesgos y daños durante el embarazo, parto y puerperio, así como en el recién nacido para su derivación oportuna a la unidad de salud más cercana.

Brindar orientación sobre hábitos higiénicos y dietéticos y planificación familiar durante el embarazo y puerperio.

Apoyar las acciones sobre inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo del niño.

4. Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil.- Definir la magnitud de la desnutrición en nuestra población, establecer y sistematizar la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.

Evaluar el estado e nutrición de los niños menores de 5 años.

5. Inmunizaciones.- Prevención de enfermedades evitables con vacunas, a mantener la erradicación de la poliomielitis y avanzar en la de otros padecimientos inmuno-prevenibles, a que todas las vacunas lleguen a todas las comunidades.

6. Manejo de casos de diarrea en el hogar.- Capacitación y adiestramiento a las madres para la identificación e datos de alarma de deshidratación, tratamientos de los casos de diarrea, distribución y uso de Vida Suero Oral, referencia de casos complicados.

7. Tratamiento antiparasitarios a las familias.- Administración periódica de antiparasitarios al núcleo familiar.

8. Manejo de infecciones respiratorias agudas.- Reconocimiento oportuno de los signos de alarma, su adecuado tratamiento y la referencia de los casos graves.

9. Prevención y control de la tuberculosis pulmonar.- Detección oportuna de enfermos potenciales, y monitoreo constante del tratamiento de los casos confirmados y e sus contactos, así como el impulso intensivo delas medidas preventivas.

10. Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus.- Detección, diagnostico, y tratamiento de casos de hipertensión arterial y diabetes Mellitus, control de casos y educación para la salud.

11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.- Otorgamiento de primeros auxilios en caso de accidentes, referencia de los casos, educación y orientación tendientes a evitarlos.

12. Participación Social.- Promoción de la salud. Apoyo a las campañas de salud, protección de las fuentes de abastecimiento de agua. Participación social en la producción y el aprovechamiento delos alimentos para el autoconsumo, el cuidado de la salud en general y el uso de los servicios. Educación para la salud.

13. Prevención y diagnostico temprano del cáncer cervicouterino.- Enfocada a la detección temprana el cáncer cervicouterino a través de la realización del papanicolau.

14. Prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.- Dengue y Paludismo, por encontrarse específicamente esta jurisdicción en zona endémica de estos dos padecimientos, realización detección y prevención de los posibles casos.

15. Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual.- Principalmente encaminado ala detección de posibles casos de VIH-SIDA, por la migración hacia los Estados Unidos, así como de otras enfermedades transmitidas por contacto sexual.

De acuerdo a la Programación a nivel **Estatad** se encarga de restablecer los principios y lineamientos generales para el buen funcionamiento de la implementación del Paquete Básico de Salud, ya que este nivel se evalúa en general a todo el Estado para que estos lineamientos se lleven a cabo. Y se realiza la administración de los recursos de acuerdo a niveles jurisdiccionales.

A nivel **jurisdiccional** se realiza un análisis más detallado de cómo funcionan los Programas de Salud, de las comunidades bajo su influencia, a través de la distribución de los lineamientos generales del Programa de atención en Salud a cada Centro de Salud. Concentra la información sobre la operación del componente de Salud de cada Municipio y la remite a nivel Estatal. Asesora capacita al personal del componente, elabora cronograma anual para la supervisión del componente de Salud.

A nivel de **coordinado Municipal**, supervisa que se lleve a cabo los lineamientos generales del componente de Salud en cada municipio, para así concentrar la información y remitirla a nivel jurisdiccional. Capacita y asesora a los integrantes de los componentes de Salud de cada Centro de Salud. Evalúa el desempeño de cada integrante de este componente de salud, así como realiza una retroalimentación con cada uno de estos.

A nivel del **Centro de Salud** ejecuta las acciones del componente de Salud, con la continua actualización de sus censos nominales, atiende principalmente los programas del Paquete Básico, realizando pláticas, visitas domiciliarias a personas que no asistan a su cita de control. Formula programas de trabajo en las comunidades de su área de su influencia. Coordina e integra programas cartográficos a través de la realización del croquis. Asesora y retroalimenta al personal comunitario quienes apoyan para realizar las acciones del componente Básico de Salud.

En cuanto al **Médico Pasante** se encarga de compilar toda la información de las acciones del componente de Salud, a nivel de su comunidad, así como de realizar actividades con las comunidades para implementar dicho componente, recibe supervisión del supervisor médico municipal, el cual capacita para un mejor desarrollo de las actividades de este componente.

### 3.1.2 Políticas de Salud.

El concepto de la Salud desde el cual el Banco Mundial (BM) define las políticas de Salud para sus países miembros, define a la salud no como un fin, sino en una visión subordinada de Salud como un medio, encapsulándose a la importancia que la producción y funcionamiento de los Servicios de Salud tiene como un sector de creciente interés económico, es decir privilegiando su función económica las implicaciones éticas que emergen de esta política de Salud es que es selectiva, pues la Salud deja de ser considerada como una necesidad básica humana y su atención un satisfactor esencial y un derecho inalienable para convertirse en un bien privado.

Es renunciar a garantizar el derecho a la Salud para todos sus ciudadanos limitando la acción pública sólo a los sectores empobrecidos, basándose en dos estrategias; la asistencia selectiva (atención por su condición indigente) y privatización selectiva (asistencia según su capacidad de pago).

Este concepto o noción de Salud realmente no es compatible como un derecho humano como aparece en la constitución, ya que requiere clasificar la atención médica de acuerdo a su condición de indigentes o consumidores, estructurando el acceso a los servicios de forma etiquetada. En la comunidad existen Programas básicos de asistencia medica en forma gratuita a la gente de escasos recursos (PROGRESA) económicos, pero basándose en su clasificación al lugar en donde vive y no como vive, es decir, solo aquellas familias que se encuentran viviendo fuera del pueblo son las que entran dentro de su clasificación, aunque en algunas de estas casas estén mucho mejor económicamente que de los que viven dentro del pueblo, por ejemplo, familias de hasta diez hijos quienes no acuden a los servicios médicos por falta de recursos económicos por no estar dentro del Programa y otras familias pequeñas que viven fuera del pueblo y llegan en camionetas a recibir atención médica en forma gratuita porque estos si están dentro del programa.

La aplicación de las políticas de la Salud selectiva puede resultar realmente cuando se aplique a personas que realmente lo necesitan, como lo es en el caso de mi comunidad en donde actualmente las personas reciben atención debido a la extensión de algunos Programas de Ampliación de Cobertura (PAC) que es mediada por el Banco Mundial, llevando atención médica gratuita a las comunidades y rancherías más apartadas.



### 3.2 Actividad de Aprendizaje 2.C.

En esta actividad se presenta algunas preguntas relacionadas con la lectura contenida en la Antología del Servicio Social en Medicina de la UAM-X : Nigenda ,G; langer, Ana (ed)(1995) **"Métodos cualitativos para la investigación en la Salud pública "**. Perspectivas en salud Publica No 20 INSP, México pp (79-98).

1. ¿Cuál es el problema que se propusieron estudiar las investigadoras ?

Reconocer y actualizar situaciones entorno a la Salud reproductiva desde un punto de vista cualitativo es decir actitudes, valores, creencias, prácticas, relaciones, etc. y no tanto desde el punto de vista numérico.

2. Para que propósitos lo realizaron ?

Para contribuir a una mejor Salud reproductiva de las mujeres del campo, en todo la extensión del concepto.

3. porque eligieron llevar a cabo la investigación empleando una metodología cualitativa ?

Para abordar temas delicados y más profundamente; y aún conocer las creencias y conceptos que abarca la Salud Reproductiva de estas comunidades rurales.

4. ¿ En que consiste esta metodología? ¿ Cuales son los recursos y técnicas que utilizaron para hacerlo?

Se eligieron a dos municipios del Estado de Morelos, en uno se aplicó el programa y el otro sirvió de control, en dichas comunidades tenían altas tasas de fecundidad, mortalidad materna y bajo índice de bienestar social. Se eligieron dos comunidades cuya principal actividad económica es la agricultura, con altas tasas de fecundidad, elevados niveles de morbilidad y mortalidad maternas, y bajo índice de bienestar social según criterios del INEGI.

Se elaboró un mapa demográfico para identificar diferentes sectores socioeconómicos, para asegurar la variabilidad en nuestros datos.

Las técnicas de investigación empleadas fueron discusiones grupales, entrevistas a profundidad y observaciones generales, posteriormente por otras necesidades se utilizaron técnicas cuantitativas.

5. Cómo procedieron en cuanto al manejo y tratamiento de la información obtenida?

Para la recolección de la información:

Ubicación de informantes claves. Se siguió un esquema ramificado de acuerdo con el mapa demográfico.

Aplicación de la guía de entrevista. Se realizaron entrevistas con cada informante con un tiempo de duración promedio de doce horas.

Llenado del diario del campo. Se anotaron sistemáticamente los datos de los informes clave y el contenido de los encuentros, siguiendo el orden de las preguntas abiertas. Cuando por las características de la narrativa esta no fue posible, los temas tratados se ubicaron en una matriz.

Redacción del informe. Se inicio de la captura computarizada de la información en una matriz temática, la información se presento textualmente respetando los vocablos locales.

El método de observación participante se aplico con cuatro informantes- amas de casa y parteras. El equipo de antropólogas acompaño a estas informantes durante sus actividades diarias. Para elaborar la síntesis de los resultados se tomo encuentra la frecuencia con que se expreso cada concepto. Las palabras que se descartan incursivas corresponde a expresiones del dominio popular; las frases entre comillas reproducen explicaciones textuales de los informantes. El uso del paréntesis identifica las observaciones o aclaraciones de los investigadores.

6. Habría algún problema o situación con relación a la salud reproductiva de tu comunidad que consideres podrías estudiar utilizando una metodología cualitativa? ¿Cuál es ese problema o situación?

En realidad No, solo hace falta cobertura plena del programa básico de salud para adolescentes en cuanto a temas de salud reproductiva.

De la pregunta 7 a la 9 corresponden a una segunda lectura contenida en esta misma antología llamada: Gpo. interinst. de Sal. Rep. 1995. "PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1995-2000" Poder Ejecutivo federal. S.S.A. México, pp 1-12.

7. Cúales son los principales daños a la salud reproductiva que identificas el diagnóstico?

Existen muchos daños en él diagnóstico entre los cuales son de relevancia la demografía, la planificación familiar, problemas de preconcepción, problemas perinatales, así como las transmisiones de enfermedades sexuales.

8. De los factores condicionantes ¿cuales consideras tú los más relevantes asociados a la producción de esos daños?

A la falta de atención o planeación más hacia el sexo masculino, ya que en la mayoría de ocasiones la mayor parte de los Programas de Salud llámese reproductivo, demográficos, de planificación familiar van enfocados en su mayor parte a la población femenina dejando pocas alternativas a los hombres.

9. Este diagnóstico presentado dentro del programa nacional de salud reproductiva en tu opinión, corresponde con el concepto de salud reproductiva y los factores de riesgo que estudió en la Unidad A de esta sección?

Si corresponde sin embargo, aun quedan temas sin cubrirse del todo, por lo que es importante detectar a tiempo los factores de riesgos de cada comunidad y así poder disminuir los problemas de salud reproductiva de nuestro país.

### **3.3 ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE 3.C.**

Esta actividad se relaciona con los aspectos que se deben de tomar en cuenta para la elaboración de un Programa de Salud, los puntos y las secuencias que se deben de seguir, así como lo que se debe de evaluar del mismo para que tengan el resultado que se espera.

Los aspectos de programación que se deberían de tomar en cuenta para poder evaluar los logros reales en los programas de planificación familiar, ya que en mi experiencia en la Unidad Medica donde me encuentro (que es en todas las demás Unidades de Salud) se evalúa por el número total de usuarias y por el número de ingresos al programa y muchas veces esto no puede ser válido por que la gran mayoría de la mujeres (hablando de mi comunidad) renuncian a su método anticonceptivo por la simple razón de que sus esposos emigran a trabajar a los EE.UU. y ya no lo necesitan, pero sin embargo a través de platicas intra y extramuros y otras actividades se logra ingresar a nuevos usuarios, y a veces esto por si mismo no recompensa las bajas anteriores. Esta realidad pasa con frecuencia al calificar al médico de Servicio Social donde no se consideran puntos como los antes mencionados y es mal evaluado en esa área.

Considero finalmente que los logros obtenidos en el programa de Planificación familiar deben de ser evaluados por los ingresos y constancias de los mismos, más que el número total que varia de acuerdo a cada zona demográfica.

### 3.4 CONCLUSIONES.

En este último espacio, que fue el Institucional, se dio a conocer que y cuantos Programas de Salud presenta el Paquete Básico de Salud que se lleva a cabo en cada Unidad de Salud, concluyendo que a pesar que se lleva un concepto nacional no es suficiente el sólo quedarse en la programación sino llevarse a cabo cada uno, no tan solamente en la prevención sino en otras áreas como en cada necesidad en particular de cada comunidad. En nuestra jurisdicción se cuenta con un Paquete Básico de Salud que consta de 15 programas de los 12 son a nivel Estatal y 2 son a nivel jurisdiccional por la prevalencia de ese grupo de enfermedades dentro de la misma jurisdicción. Cabría mencionar que aunque se abarque la mayoría de los problemas de Salud dentro de un Paquete Básico aún prevalecen ciertos problemas dentro de la propia Institución en el cumplimiento del mismo, así como realmente llegar a las metas establecidas debido dentro de otras cosas a una real supervisión zonal de cada Unidad de Salud, a su personal, a su trabajo personal, a la relación médico-paciente, a su equipo e instrumental médico entre otras cosas.

Uno de los problemas que continúa hasta nuestros días es lo relacionado al tema de la Reproducción, Planificación Familiar, enfermedades de Transmisión Sexual y la detección oportuna de Ca de mama y Ca Cu. Que como se explicó en su momento se debe a la falta de atención a la pareja como tal y no solo a la población femenina, esto aunado a la inflexible que en ocasiones son las famosas normas técnicas, así como en la forma de evaluar cada uno de estos Programas hacen que permanezcan ciertas lagunas en las resoluciones.

### 4. CONCLUSIONES GENERALES DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE.

Durante esta última fase de nuestra carrera el rol clásico del estudiante de Medicina cambia totalmente, ahora es responsable de la atención a la Salud de una población, con lo que se espera de él o de ella que actúe en consecuencia. Ya no opera el rol del estudiante cuya última responsabilidad en relación a su formación es estudiar y acreditar exámenes y módulos, elemento nuevo que obliga a modificar la modalidad educativa seguida hasta ahora en cuya función entra la Antología, que es el medio didáctico mediante el cual la y el estudiante de medicina abordarán los tres últimos módulos del plan de estudios de la Carrera y que cursa simultáneamente con el servicio Social. Identificando tres espacios, el Clínico, el comunitario y el

institucional como los fundamentales dentro de los cuales se desenvuelve la práctica médica en el Servicio Social. Este proceso es significativo ya que el inicio del servicio Social la actitud del médico esta más volcada al hacia lo personal, hacia la interioridad y poco después hacia la comunidad y posteriormente a la institución asistencial.

En cuanto al primer espacio es aquí donde nos ponemos por primera vez en contacto con la realidad de nuestras vidas profesionales desde el punto de vista de que es lo que soy, que tan bueno o malo soy como médico, hasta donde dónde soy capaz de llevar una terapéutica, es decir es una adaptación a lo individual, que si bien es cierto, como médicos formados en la UAM-X nuestro modelo educativo modular es casi relación médico-paciente desde el inicio de la carrera nos da la pauta para enfrentar dicha adaptación, pero sin embargo la adaptación más severa es un conjunto de condiciones de tipo comunitarios o institucionales donde se tienen que afrontar aptitudes de conducta, inflexibles normas técnicas y criterios a veces irracionales que hacen declinar el bien médico.

Por otra parte el espacio Comunitario cuenta con su propio concepto de Salud Enfermedad, Reproducción y anticoncepción que a base del Programa Básico de Salud se ha intentado introducirlos a un mejor nivel de Salud pero que hasta la fecha la falta de creatividad, interés real, verdadero cumplimiento de dichos Programas y por si fuera poco, las propias iatrogenias y descuidos por parte de las Instituciones de Salud hacen que ellos desistan en el error, es decir el no aceptar un control prenatal, un método anticonceptivo (mucho menos de tipo Quirúrgico) o de asistir a un segundo o tercer nivel donde muchas veces son tan maltratados que prefieren recurrir a un curandero o a sus propias formas de sanidad, cabe mencionar que esta realidad o problema no es muy importante para algunos que se dicen ser representantes de salud a nivel de Jurisdicción o zonal quienes se dicen ejemplares servidores públicos a pesar de permitir, tolerar o en ocasiones cubrir negligencias, personal incompetente, no importando tanto una buena calidad de atención al paciente o relación médico-paciente sino conformista solo limitado a recibir una papelería bien llenada y completa aunque sus datos en ocasiones no sean verídicas.

Es de gran importancia el papel que juega la relación médico pasante en la realización de los Programas de Salud del Paquete Básico de Salud y del que parte del éxito depende de su capacidad, intuición y trabajo por lo cual es también de vital importancia tratarlo como médico y como un administrador de una comunidad,

motivándolo, considerando su esfuerzo a través de reconocimientos, apoyo didáctico, cursos de actualización y por que no ayuda monetaria.

Por último a pesar de los grandes alcances que se ha logrado en materia de Salud de cada comunidad en provincia aún siguen prevaleciendo ciertos problemas en materia de los Programas de Salud Reproductiva, Planificación Familiar y enfermedades de y transmisión sexual que si bien los tabúes son menos y los mitos o tradiciones han disminuido; las propias Instituciones de Salud han propiciado inseguridad, miedo a través de iatrogenias, malas atenciones y la cuestión económica. Probablemente la forma de resolución sería incrementar la educación de estos temas desde la educación básica, hacer flexibles las normas técnicas y considerar las metas de cada Programa en forma ética y no en forma obligatoria, a través de métodos forzosos y en el peor de los casos ofreciéndoles ayuda monetaria a cambio de su Salud.

## II. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

### 1. Matriz EFI Y EFE

#### INDIVIDUAL O CLÍNICO.

#### MATRIZ EFI

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocimiento de las enfermedades.</li> <li>2. Experiencia en el internado y en la consulta externa.</li> <li>3. Autoaprendizaje</li> <li>4. Paciencia para atender y escuchar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No conocer todas las patologías.</li> <li>2. Falta de comprensión de algunas palabras de la comunidad.</li> </ol>

#### MATRIZ EFE

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo por parte de mis compañeros del centro de salud.</li> <li>2. Contar con instrumental y equipos médicos necesarios.</li> <li>3. Contar con la confianza de uno mismo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de confianza en el médico pasante</li> <li>2. Mal concepto de la medicina del gobierno.</li> <li>3. Poca tolerancia al no equivocarse en un diagnóstico.</li> </ol>

## COMUNITARIO

### MATRIZ EFI

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo total de la delegación</li> <li>2. Buen entendimiento con la población.</li> <li>3. Apoyo para traslados de pacientes.</li> <li>4. Buen entendimiento con las escuelas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tener que estar de continuo en la población.</li> <li>2. Estar a 2 horas terraceria de una Unidad Medica con ambulancia.</li> <li>3. No toda la población participa en las platicas de salud.</li> </ol>

### MATRIZ EFE

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. estimación lograda de la población hacia el médico.</li> <li>2. Credibilidad alcanzada a través de la constancia y certeza delas patologías.</li> <li>3. Gente que brinda su apoyo no solo para realizar mi trabajo, sino para otras cosas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poca aceptación de los medicamentos del gobierno.</li> <li>2. No llevan un tratamiento al pie de la letra y recaen.</li> <li>3. Siempre se debe de dar atención médica no importa la situación en que se encuentre el médico.</li> </ol>



## INSTITUCIONAL

### MATRIZ EFI

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisan mis actividades.</li> <li>2. Apoyo de propaganda de Servicios de Salud.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poco conocimientos de las normas técnicas.</li> <li>2. Gran cantidad de papelería que se tiene que manejar.</li> <li>3. Ver poco interés por parte de la supervisión de la relación medico paciente.</li> </ol>

### MATRIZ EFE

OPORTUNIDADES	Amenazas
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incrementar los conocimientos adquiridos.</li> <li>2. Adquirir una plaza de trabajo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hostigamiento constante sobre el llenado de papelería.</li> <li>2. Amenaza de no dar vacaciones o hasta de liberarse del servicio social por alguna falta.</li> <li>3. Exigir que se cumplan con las normas técnicas aunque no sean efectivas.</li> </ol>

## 2. Matriz DOFA.

## ESPACIO INDIVIDUAL O CLÍNICO

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	1. Conocimiento de las enfermedades. 2. Experiencia en el internado y en la consulta externa. 3. Autoaprendizaje 4. Paciencia para atender y escuchar	1. No conocer todas las patologías. 2. Falta de comprensión de algunas palabras de la comunidad.
<b>OPORTUNIDADES</b> 1. Apoyo por parte de mis compañeros del Centro de Salud. 2. Contar con el instrumental y equipos médicos necesarios. 3. Contar con la confianza de uno mismo	<b>F - O</b> 1. El conocimiento de las enfermedades y el apoyo por parte de mis compañeros del Centro de Salud hará un buen Servicio Social. 2. La experiencia en el internado y la consulta externa y contar con instrumental y equipo médico necesarios hará una mejor atención y certeza médica. 3. La paciencia para escuchar y el autoaprendizaje aumentarán mi confianza en mi mismo.	<b>D - O</b> 1. El apoyo por parte de mis compañeros del Centro de Salud me ayudarán a resolver algunas dudas sobre algunas patologías. 2. Contar con una autoconfianza en mí junto con el apoyo del Equipo médico de Salud me ayudarán a comprender algunas palabras de la comunidad que no entiendo completamente.
<b>AMENAZAS</b> 1. Para confianza en él médico pasante 2. mal concepto de la medicina del gobierno. 3. Poca tolerancia al no equivocarse en un diagnóstico.	<b>F - A</b> 1. el conocimiento de las enfermedades y la experiencia en el internado lograrán que se gane la confianza en el médico pasante. 2. La paciencia para la atención y el autoaprendizaje harán no equivocarse en un diagnóstico.	<b>D - A</b> 1. El aprender y conocer más de algunas enfermedades para equivocarme lo menos posible en un diagnóstico. 2. Tratar de adquirir más conocimiento de algunas palabras de la comunidad para poder ganar la confianza en el médico pasante y así como también de la medicina del cuadro básico de medicamentos del la S.S.

## ESPACIO COMUNITARIO.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	1. Apoyo total de la delegación 2. Buen entendimiento con la población. 3. Apoyo para traslados de pacientes. 4. Buen entendimiento con las escuelas	1. Tener que estar de continuo en la población. 2. Estar a 2 horas terracería de una Unidad Médica con ambulancia. 3. No toda la población participa en las pláticas de salud.
OPORTUNIDADES	F - O	D - O
1. Estimación lograda de la población hacia el médico. 2. Credibilidad alcanzada a través de la constancia y certeza de las patologías. 3. Gente que brinda su apoyo no solo para realizar mi trabajo, sino para otras cosas.	1. El apoyo total de la delegación y la estimación lograda de la población hacia el médico harán un mejor Servicio Social. 2. El buen entendimiento con la población y la credibilidad alcanzada a través de la constancia facilita más un mejor servicio. 3. El buen entendimiento con las escuelas y el apoyo por parte de la gente para realizar otros tipos de trabajo hacen que se pueda realizar más actividades que las programadas.	1. La estimación lograda de la población hacia el médico hace menos tedioso estar de continuo en la comunidad. 2. La credibilidad alcanzada a través de la constancia y la certeza de las patologías hará que la mayoría de la población acuda a las pláticas de Salud. 3. Las personas que me apoyan para realizar otras actividades me podrían ayudar a realizar traslados a otras Unidades Médicas.
AMENAZAS	F - A	D - A
1. Poca aceptación de los medicamentos del gobierno. 2. No llevan un tratamiento al pie de la letra y recaen. 3. Siempre se debe de dar atención médica no importa la situación en que se encuentre el médico.	1. Con el apoyo total de delegación se podría fomentar una educación sobre la igualdad de los medicamentos. 2. Con el buen entendimiento con la población se les podría explicar él porque de un horario de atención médica.	1. Aprovechar el estar de continuo en la población y realizar actividades extramuros para enseñar sobre la importancia de llevar un TX completo. 2. Aprovechar la estancia de los pacientes en la consulta para impartir e invitar a pláticas de Salud.

## ESPACIO INSTITUCIONAL

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	1. Supervisión de mis actividades. 2. Apoyo de propaganda de Servicios de Salud.	1. Poco conocimiento de las normas técnicas. 2. Gran cantidad de papelería que se tiene que manejar. 3. Ver poco interés por parte de la supervisión de la relación medico paciente.
OPORTUNIDADES	F - O	D - O
1. Incrementar los conocimientos adquiridos. 2. Adquirir una plaza de trabajo.	1. Durante la supervisión de mis actividades podría incrementar los conocimientos adquiridos? 2. Mediante buenas impresiones de mi trabajo durante las supervisiones podrían llevarme a adquirir una plaza de trabajo.	1. Al incrementar los conocimientos adquiridos añadiría las Normas Técnicas. 2. Al llenar una gran cantidad de papelería me serviría si deseara trabajar en una plaza de Salubridad.
AMENAZAS	F - O	D - A
1. Hostigamiento constante sobre el llenado de papelería. 2. Amenaza de no dar vacaciones o hasta de liberarse del servicio social por alguna falta. 3. Exigir que se cumplan con las normas técnicas aunque no sean efectivas.	1. La supervisión de mis actividades podrían asesorarme sobre el buen llenado de papelería y evitar problemas de faltas. 2. En la supervisión de actividades dialogar sobre la efectividad de las Normas Técnicas.	1. Tratando de conocer las normas técnicas y el buen llenado de la papelería aminora el hostigamiento de la supervisión. 2. Cumplir con las Normas técnicas y exigir una buena relación medico-paciente.



### III. DIAGNOSTICO LOCAL DE SALUD.

#### 1. INTRODUCCIÓN.

La salud es un bien que permite a las personas y las familias disfrutar de la vida y ser productivos, por eso es tan importante protegerla hacerla crecer y repararla cuando esta se ha dañado. Así mismo la salud depende de las formas y condiciones en las que viven las personas de tal manera que existen situaciones y actitudes que favorecen la salud y otras que lo perjudican. Los servicios de salud no aseguran esta por si solos, porque no depende de ellos proporcionar todos los satisfactores necesarios aunque si ayudan a cambiar algunas costumbres por otras más saludables, a prevenir y atender enfermedades y a utilizar oportunamente los servicios. En otras palabras para tener salud se necesitan buenos servicios médicos , pero además, contar con los satisfactores básicos como son la salud como son la educación, la alimentación, la vivienda, los servicios básicos y el saneamiento, así como , un estilo de vida favorable para la salud. Por lo tanto se reconoce la necesidad de analizar los riesgos y problema de salud y actuar en su ámbito respectivo para solucionarlos o contribuir a su solución por ello el diagnostico de salud es la herramienta a utilizar ya que es un documento que presenta el conjunto de factores de riesgos y los daños para la salud que prevalecen en la comunidad relativa a las personas y al ambiente en el que viven, así como, los recursos humanos y materiales comunitarios sociales y gubernamentales que se dispone para el cuidado y la mejoría de la salud.

El presente trabajo es un estudio de comunidad que abarca características de carácter demográficas, geográficas, socioeconómicos, psicosociales, culturales y ambientales propias de la localidad. Describiendo las condiciones potencialmente riesgosas que se derivan de estas condiciones de la localidad, se mostrará un perfil de daños a la salud con la morbi-mortalidad de la población en general, con números de casos y/o episodios de enfermedad, con distribución según causa por grupos de edad y sexo. Se detallan en breve los recursos para la atención médica tanto de la subsistema publica (SNS) y su cobertura como privados y alternativos, describiendo los programas prioritarios para su ejecución llegando a una conclusión sobre los resultados mencionados y hallados en dicho trabajo. Agregándose mapas, gráficas, censos poblacionales para la mejor comprensión de la problemática en demografía, geografía y salud.

## 2. PROLOGO

El Servicio Social nace en el año de 1936, durante el gobierno del Gral. Lázaro Cárdenas, siendo director de la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad Nacional el Dr. Gustavo Baz Prada, firmando el convenio de servicio social con el Dr. José Siurub Goerne quien era encargado del departamento de Salubridad.

En 1944 se inicia formalmente el Servicio Social en el Instituto Politécnico Nacional, Incorporándose a ésta misión las enfermeras; en 1945 se agregaron los Odontólogos y posteriormente los pasantes de otras disciplinas y en 1946, se amplió a 6 meses para todas las profesiones; Actualmente se suman 28 carreras afines a la atención médica y 40 carreras profesionales y técnicas relacionadas con la regulación sanitaria.

En 1952, siendo presidente el Lic. Miguel Alemán Valdez se extendió el Servicio Social de medicina al resto de las instituciones gubernamentales y descentralizadas que proporcionan atención médica, debido al incremento de egreso de las escuelas y falta de espacios en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1954, La Universidad Nacional Autónoma de México promovió brigadas multidisciplinarias de Servicio Social, en 1957 se incremento el Servicio Social a 12 meses.

En 1958, el Instituto Politécnico Nacional organiza un esfuerzo similar, realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México, en 1954 pero ubicado a sus pasantes en áreas indígenas y rurales.

## 3 JUSTIFICACIÓN

Dentro del producto interno bruto de un país, existe una parte que se destina a la educación, es así que en México es una de los países que más destina para este rubro, de tal manera que es aproximadamente del 2 al 5 %, por esto en las escuelas de nivel medio superior y superior de Gobierno o dependiente de el, hablando económicamente, deben de pagar de alguna manera a este lo que invierte durante la formación, de esta manera se establece el servicio Social.

Para las demás escuelas o facultades basta con completar generalmente 480 hrs. , En alguna dependencia gubernamental, donde se retribuya con trabajo lo ya invertido, más sin embargo para los estudiantes de la carrera de medicina se les solicita un año completo de apoyo.

También cabe mencionar que se emplea mucho material para investigación, aprendizaje, etc., lo que conforman los talleres y laboratorio, sobre todo para las materias básicas, ya que en las clínicas apoyan las diferentes instituciones del Sector Salud. (IMSS, ISSSTE, SSA)

Otra parte muy importante y personal de la Carrera de Medicina, es que el recién egresado aunque tenga los conocimientos adquiridos durante la formación en la Facultad, y algunas habilidades adquiridas durante el internado de peregado, falta la confianza en sí mismo, y la oportunidad de dar de sí en un medio cautivo, ya que si se enfrentara solo las posibilidades de consulta serían mínimas comparadas con las oportunidades que ofrece el Servicio Social, pese a ser en ocasiones un tiempo de sufrimiento y sacrificio, pero también con grandes recompensas y experiencias.

Esto es lo que a mi modo de ver es parte del Servicio Social del Médico.

ATENTAMENTE.

Dr. Oscar Santiago Cruz. M.P.S.S.



## 4 OBJETIVOS

### OBJETIVOS GENERALES:

1. - Promover la participación comunitaria en acciones de salud y saneamiento básico, así como dar orientación y capacitar a la población para su propio cuidado.
2. - Proporcionar actividades de asistencia y educación médica a la comunidad.
3. - Promover la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades a la población abierta.
4. - Proporcionar la información obtenida a los Servicios de Salud del Municipio.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. - Proporcionar servicios de salud de primer nivel a la población de influencia.
2. - Educar a la población en cuanto al cuidado básico de las enfermedades respiratorias y diarreicas en menores de 5 años.
3. - Atención y capacitación a mujeres en edad fértil, embarazadas y puérperas con la finalidad de disminuir la mortalidad infantil,
4. - Realizar detecciones oportunas de CACU y CA mamario.
5. - Orientar sobre planificación familiar y proporcionar los métodos electos por los usuarios.
6. - Vigilar la nutrición y crecimiento en menores de 5 años así como mantener la cobertura de inmunizaciones.
7. - Promover y orientar acerca del paquete básico de salud.

Al término de sus estudios de licenciatura, el pasante de la carrera de Medicina General estará capacitado para:

1. - Distinguir entre lo normal y lo patológico en el proceso salud-enfermedad.
2. - Fundamentar su practica profesional en conocimientos biomédicos.
3. Desarrollar una practica clínica de calidad al aplicar los procedimientos clínicos, de acuerdo con las características particulares de los pacientes.
4. - Aplicar los conocimientos y herramientas epidemiológicas, para promover la salud colectiva.
5. - Basar y ejercer su profesión e acuerdo a principios éticos. Extender esa actitud a las esferas personal, social y laboral.
- 6- Contar con elementos teóricos y metodológicos, para realizar investigación.
7. - Practicar su profesión con un sentido humanista.
8. - Realizar trabajo interdisciplinario.
9. - Desarrollar actividades de enseñanza en el ámbito de su desempeño profesional.
10. - Evaluar con sentido crítico su ejercicio profesional, y en consecuencia, diseñar y efectuar un programa de superación profesional.

## 5. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

### 5.1 Antecedentes del Estado de Querétaro.

La fundación de Querétaro se atribuye a un indio Otomí bautizado como Fernando de Tapia. Ocurrió el 27 de Junio de 1531 o 1532 sin derramamiento de sangre, pues la confrontación que implantó el dominio español y el cristianismo se hizo con una lucha cuerpo a cuerpo, durante la cual se ocultó el sol en pleno día y en el momento del eclipse dicen que apareció Santiago Apóstol en un corcel blanco y con una cruz brillante.

Pese a ser un pueblo de indios, en Querétaro se arraigaron muchos españoles. Fue declarado Villa en 1606 y Ciudad 50 años más tarde. En 1671 recibió el título de "Tercera Ciudad del Reino".

A fines del siglo XVI se construyó la iglesia de San Francisco y en 1586 Diego de Tapia, hijo del fundador de la Ciudad, empezó la edificación del Hospital Real de San José Gracia, donde en 1652 los hermanos de la Caridad de San Hipólito levantaron otro a un más grande llamado Hospital real de la Purísima Concepción.

También a fines del siglo llegaron al pueblo los Padres Dieguinos o Franciscanos descalzos que fundaron San Antonio de Padua. Poco después se instalaron los padres Carmelitas, que erigieron El Carmen (1614) y su convento; el templo conserva las características del siglo XVII (1685) y el convento las de mediados del siglo XVIII (1756).

Durante el siglo XVII, por orden del virrey, los franciscanos fundaron 8 misiones en la Sierra Gorda.

En Jalpan se levantó el convento de Santiago; en Landa de Matamoros el templo de la Purísima Concepción; en Tilaco el exconvento de San Francisco; en Tancoyol, el templo de Nuestra Señora de la Luz, en Conzá, el templo de San Miguel, cuya pila bautismal es notable.

Desde estas misiones, situadas en la margen izquierda del Río Moctezuma, fray Junípero Serra emprendió la evangelización de los indios y los congregó al rededor de los templos.

Al iniciarse el siglo XVIII había cientos de haciendas que explotaban la tierra, una ganadería floreciente, una minería en auge y una gran actividad artesanal. Además se instaló la Real Fabrica de Tabacos que proveía a toda la Nueva España. Los ricos queretanos como el marqués de la Villa del Villar del Águila y el Conde de

Sierra gorda, prestaron grandes servicios a la ciudad y a la pacificación de la región.

Durante el siglo XVIII se construyeron fuentes para proveer a los habitantes de agua potable, traída desde la Cañada mediante el acueducto construido de 1726 a 1738.

También se edificaron el Hospicio de Nuestra Señora de la Merced y los colegios jesuitas de San Ignacio y San Francisco Javier.

Actualmente Querétaro es un Estado que conserva su fuerte personalidad histórica y sus tradiciones, y al mismo tiempo se desarrollo con acelerado ritmo que exige una urbe moderna y competitiva como lo es la Ciudad de Querétaro.

La Ciudad de Querétaro definió sus características principales en el siglo XVI, y la construcción se llevo a cabo en dos etapas; La primera realizada por los fundadores de Querétaro y la segunda estuvo a cargo del español Juan Sánchez de Alanís.

La Plaza principal (San Francisco), constituyo el principal generador del espacio urbano, a partir del cual la Ciudad configuró su desarrollo. De ahí salieron las principales calles y los caminos que se comunicaron con el exterior: el Camino Real con dirección a la Ciudad de México, capital el virreinato, y a la Zona de la Cañada. Hacia el norte el Camino Real de la Tierra Adentro que conectaba con la zona minera de Zacatecas, hacia el poniente el Camino Real que conducía a las tierras del Bajío y al Pueblito.

## **5.2 Antecedentes de la Jurisdicción Sanitaria No. 3**

El Municipio de Cadereyta se encuentra en el centro del estado; la parte norte de su territorio pertenece a la Sierra Gorda.

Cadereyta fue fundada en 1640 por el Capitán Alonso de Tovar y Guzmán, quien eligió el fondo del Valle de Maya para el asentamiento de la población, designándola con el nombre de San Nicolás Tolentino.

Sus fuentes de agua pluviales fueron construidas en el siglo XIX. La fuente de San Antonio además posee un manantial para abastecer a los lugareños del vital liquido en casos emergentes.

Cadereyta es la cede de la "Quinta Invernadero-Fernando Schmoll" dedicada al cultivo de cactus y especias suculentas, reconocidas como el más grande de América Latina y único en su especie, fundada en 1920.

El centro cultural inaugurado en 1989 por el Presidente de la Republica, esta localizado en una casona virreinal del siglo XVII.

La zona arqueológica de Toluquillas se ubica en lo alto de un cerro y pertenece al periodo clásico tardío, con influencia de la cultura huasteca. Sus construcciones fueron edificaciones militares, alineadas a lo largo de la meseta, entre los que se destacan el juego de pelota, algunos basamentos piramidales y viviendas, se puede percibir también la muralla que rodeaba a ésta ciudad.

Cadereyta es una ciudad localizada en una llanura entre las montañas, cuyas coordenadas geográficas son 20°41' de latitud norte; 99°48' en longitud oeste, su altitud es de 2040m sobre el nivel del mar.

En el año de 1985, la Jurisdicción Sanitaria No.3 toma como sede a éste municipio, siendo anteriormente el municipio de Tolimán. Su ámbito continúa sin modificación y coordina las actividades en materia de salud de los municipios de Cadereyta, Ezequiel Montes, Tolimán, San Joaquín y Peñamiller.

San Miguel Palmas, corresponde al municipio de Peñamiller, siendo esta la localidad sede, de la que Comunidades de Influencia son: La Era, Aguacaliente, Camelinas y el Higuierón.

La Jurisdicción Sanitaria No.3 se encuentra limitada al norte con los municipios de Pinal de Amoles, Jalpan de Serra y el Estado de Guanajuato. Al Sur con Colón, Tequisquiapan y el Estado de Hidalgo, con el mismo al este y al oeste con el Estado de Guanajuato, su extensión territorial es de 3921 Km<sup>2</sup>, lo que involucra el 33% del Estado. Siendo esta la más extensa del territorio.

### **5.3 Antecedentes Históricos de la comunidad de San Miguel Palmas.**

#### **5.3.1 Fecha de fundación.**

La fecha de fundación de esta comunidad de San Miguel Palmas fue el día 17 de abril de 1691 por el Fray Galindo, viceprovincial y ministro nombrado por el Virrey Sr. D. Gaspar de la cerda Sandoval Silva y Mendoza Conde de Galve, para la conquista espiritual de la Sierra gorda de Querétaro. Quién vino de México en compañía de P. Fray Luis de Guzmán Fray Juan Gutiérrez, el Sr. Lic. Don Francisco Saraza y Arce y el camarista José Saraza.

Cabe mencionar que las familias que en aquellos tiempos poblaban esta misión eran ochenta y antes de la formación del pueblo vivían en forma dispersa en cuadrillas, pero después formaron el vecindario, hacían chiquihuites de carrizo y se ayudaban con mezcal, tunas garambullos y toda fruta silvestre.

### 5.3.2 Nombres que ha tenido la comunidad

Esta comunidad anteriormente se identificó por ser una misión franciscana, nombrada así ya que los religiosos daban misiones en los pueblos y en los lugares circunvecinos trayéndolos a bautizarse desde lugares muy lejanos y dada la gran cantidad de palmas que existió en esos tiempos se llamó " Misión de Palmas", nombre con el cual actualmente muchos la reconocen. Sin embargo narra la historia que para edificar la iglesia tuvieron que solicitar algunos permisos tales como la licencia del Sr. Obispo de México, quien le facultó para imponer la piedra fundamental, que quizá tuvo lugar el día 29 de septiembre de 1693, una vez que ya se había jurado y titulado al Arcángel San Miguel, patrono de esta misión por el P. Fray Felipe Galindo surgiendo de ahí el nuevo nombre de San Miguel Palmas, nombre que actualmente es el oficial.

### 5.3.3 Eventos más relevantes.

En la historia inicial se sabe que el dialecto que hablaban los primeros habitantes de esta población los Mecos era el pame, derivado del idioma mexicano dominante en muchos pueblos de México; pero ya se conocía, y hablaba aunque imperfectamente entre pocos habitantes el idioma castellano. Esta misión comenzó a recibir la civilización el día 17 de abril de 1691. Se cuenta que los Mecos recibieron a los conquistadores con demostraciones de alegría pues tenían fe de que ellos serían la prosperidad del lugar tanto espiritual como laboral. Primeramente los conquistadores realizaron la elección de un lugar propio para celebrar los divinos oficios y dar instrucciones catequistas a los neófitos en materia religiosa y civil .

Fray Felipe Galindo realizó el 17 de abril de 1691 la primera misa, consagró agua para conferir el sacramento del bautismo, de matrimonios, defunciones, providencia de fabricas y otras más. El Sr. Lic. D. Francisco Loraza y Arce acompañado de los religiosos escogió a seis hombres de los más capaces para instalar el ayuntamiento de estado civil nombrando presidente, gobernador. Alcalde, Regidor, fiscal y Sotofiscal, les instruyó en el oficio para el recto desempeño de su cometido posteriormente fueron dados a conocer al pueblo quien debía de obedecerlos y sujetarse a las leyes vigentes del señor virrey. El 18 de abril de 1691 el Sr. Lic. D. Francisco Loraza y Arcade abrió los libros presidenciales de asientos, secretaria, tesorería, prometiéndole remitirle a México los títulos de aseguramiento del pueblo levanto el acta que firmó como delegado por el virrey y los empleados del ayuntamiento. Posteriormente el Sr. Lic. Y el M. R. P. Fray Felipe Galindo acompañado por los habitantes del pueblo procediendo a la demarcación y los límites

de la jurisdicción los cuales fueron : El rancho de limas, el coyote, Molinos, Encinal, Puerto de ramos, Tuna Mansa, Puerto del aire, Olveras, Arroyo de las palmas, El carrizal, El Frontoncillo, Charcas y san Diego. Consecuentemente repartió las tierras y cerros entre los habitantes para fincar y sembrar en estas y realizar también la cría de animales con mayor y mejor forma.

Después de haber puesto en función los asuntos tanto espiritual como temporal se procedió a nombrar el capellán el M.R.P Fray Juan Gutiérrez quien permaneció en este cargo hasta el mes e marzo de 1963, en junio del mismo año llego a sustituirlo el M.R.P. Fray Antonio Prado quien promovió la fundación de la iglesia y del convento colocándose la primera piedra el 29 de septiembre de 1963, una vez que ya se había jurado y titulado el Arcángel san Miguel patrón de esta Misión. Prosiguió el tiempo y llegaron los religiosos dominicos Fray Bartolomé Pérez de la Serna. Fray Diego de Aguilar, Fray Juan Castañeda, Fray Julio Fortiño y Fray Liocandi, los cuales formaron el colegio de la comunidad, ya que eran encargados de la evangelización del lugar.

Después del 27 de mayo de 1758 llegó a esta misión el R:P Fray Juan de dios de Córdoba en compañía del R:P Fray José carrasco , este sacerdote se dio a la tarea de mejorar las condiciones de vida de la comunidad ya que las tierras eran deficientes que se componían la mayor parte de ellas por cerros ásperos y estériles que son las únicas destinadas para el sembradío . También se encargo de solicitar nuevamente los " Títulos de aseguramiento" del pueblo que prescribía las cédulas los cuales se encontraban extraviados.

El 28 de febrero de 1760 escribió un oficio al Sr. Virrey de san Joaquín de Monserrat en donde no aceptaba la anexación a la jurisdicción del rancho de Orozco la cual se encontraba abandonado en ese entonces debido a la muerte de su propietario Don José Álvarez de Ubante . Dicha petición fue autorizada y dad a conocer el día 9 de Junio de 1761 a la población por el teniente coronel y capitán comandante D. Juan Rivera Maldonado, presentes, como presidente del pueblo de la misión, el R.P. Fray Juan de Dios de Córdoba y su fiscal Juan Antonio y Sota (fiscal) Juan Antonio Mata, Salvador de Santiago (regidor), oficiales circunvecinos e interesados. Los títulos de dicho rancho fueron expedidos el 17 de abril de 1761. El R.P Fray Juan de dios de Córdoba también emprendió de un acueducto desde la angostura del río arriba hasta las tierras del centro del pueblo para que se pudiera producir la cosecha del maíz, fríjol, caña y frutales a así calmar algo la miseria en que vivían . Este acueducto fue construido por los maestros albañiles Fernando de la Cruz y Felipe de Santiago, concluyéndose dicha obra el 12 de septiembre de 1761. Cabe hacer notar que dicho acueducto aún se puede apreciar en la actualidad junto con la instrucción de la fecha en que fue construido.

La administración parroquial de San Pedro Tolimán y de Santa Maria Peñamiller paso a esta misión en 1774, probablemente por orden del gobierno eclesiástico ignorándose la causa específica de este cambio, pero estas facultades parroquiales duraron poco tiempo probablemente por escasez de eclesiásticos. En 1775 un decreto de la real academia ordeno numerar a las familias para identificar la situación en que se encontraban y que tierras de labor eran las que tenían.

El 7 de noviembre de 1779 llegó a esta misión el R.P. Fray José Maldonado quien anunció la llegada del excelentísimo el Sr. Don Alfonso Núñez de Haro y Peralta, Arzobispo de la Nueva España quien arribó a este lugar el 10 de diciembre de 1780, los reverendos religiosos y el pueblo salieron a encontrar, el R.P. Fray José Capellán Maldonado lo recibió ritualmente en la iglesia.

El motivo de su venida a esta misión era practicar la santa visita pastoral y conferir el santo sacramento de la confirmación. El Arzobispo permaneció varios días en la misión durante los cuales visitó la Iglesia, el convento y toda la jurisdicción en compañía de los religiosos y el pueblo que lo seguía en masa. En 1808 la real junta superior de propios, procedida por el Virrey Sr. D. José de Iturrigaray que expidió en México un decreto ordenando la vacuna para prevenir a los pueblos del virus inoculado de la varicela que se desarrollo horriblemente en esa época.

Llegaron las noticias en el año de 1810 a la misión, de que el párroco de Dolores, Don Miguel Hidalgo y Costilla había tomado las armas contra el mal gobierno consumándose la independencia de nuestro país, el 27 de septiembre de 1821 por Don Agustín de Inturbide. Posteriormente el 18 de abril de 1822 se ordenó a las autoridades de San Miguel Palmas tomar el juramento correspondiente de obediencia y respeto al nuevo gobierno mediante un decreto enviado a este lugar el 18 de abril de 1822, haciendo dicho juramento bajo la fórmula preescrita por el M.R.P. Fray José Valadez con el Ayuntamiento y el pueblo en el día festivo preceptuado.

El 20 de diciembre de 1827 llegó a esta misión una ley que ordenaba la expulsión de los españoles del país mexicano y con este motivo los meces de este lugar persiguieron a los españoles que aquí residían y les activaron una derrota a palos, con ondas, machetes y así causando la muerte de algunos de ellos en el cerro de España, llamado así porque muchos de los españoles se fueron a refugiar a este lugar que esta cerca del puerto grande en este pueblo.

Fray Vicente Velásquez en 1828 reglamento un plan de estudios primarios y secundarios consistentes en enseñanza rudimentaria, lengua latina, filosofía, tecnología, dogmática y moral, oratoria sagrada, literatura y versificación castellana, teniendo algunos alumnos notables como el M.R.P. Antonio Muñoz y Ortiz,



superior de la providencia de San Pedro y San Pablo que curso lengua latina y quizá otras materias llegó a hacer delegado de la comunidad.

En 1823 la epidemia de cólera asiática causó la muerte de muchos de los habitantes de este lugar y de otros pueblos circunvecinos sembrando el pánico y el dolor entre los pocos sobrevivientes.

Llegó una circular procedente de México el 16 de diciembre de 1839 ordenando a los párrocos que en todo momento por todos los medios posibles hicieran labor de convencimiento entre la población para que se vacunarán contra la viruela ya que en ese tiempo había una epidemia.

En 1834 por orden del Presidente de la republica Don Antonio López de Santana se levanta un censo de población en toda la republica, quedando comisionada para ello en este lugar el Sr. Don Ignacio Granados, quien hasta el 12 de agosto del citado año sumo 559 habitantes.

En 1847 con ocasión del decreto del gobierno referente a la usurpación de los bienes de la iglesia ordeno capturar hombres con el fin de engrosar a sus filas, pero no faltaron valientes opositores y en el pinar de San Agustín perteneciente a Xichu Guanajuato se levantó en armas el Sr., Eleuterio Quiroz central del gobierno derrotándolo en su primera batalla efectuada en la cuesta de Carrasquilla de Xichu Gto. lo cual le valió que lo nombrarán general del ejercito del Pinal de San Agustín en Enero de 1848, tuvo su segundo enfrentamiento en la cuesta de los españoles de donde fue vencido por el gobierno. Debido a la persecución llegaron a esta población las tropas federales procedentes de Tolimán instalándose en el Templo de este lugar.

A principio de febrero de 1849 arribaron a este lugar las tropas del general Quiroz entablándose una encarnecida lucha contra las tropas del gobierno lo cual duró varias horas resultando vencedor el general Quiroz, después de esta victoria salió rumbo a Peñamiller en donde fue derrotado en una de sus últimas batallas, fue apresado, se le formó consejo de guerra y fue fusilado.

El 13 de mayo de 1850 por orden del gobierno de Querétaro donde José Antonio de Urrutia se concede el título de villada al pueblo de San Pedro Tolimán cabecera de este pueblo.

El gobierno del estado de Querétaro en 1864 ordeno practicar un censo de los habitantes del pueblo recogiéndose la cifra de 1100 habitantes de todas las edades. El 9 de abril de 1870 llega a esta misión el Sr. P. D. Fermis Soto Martínez quien procedió a cambiar el lugar el panteón que se encontraba ubicado en el lugar que actualmente ocupa el jardín esto fue para tener un ambiente más higiénico y sin peligro de contagio.

Apareció un cometa hacia el oriente en enero de 1882 este llevaba una cola enorme la cual causaba alegría y a la vez temor porque según significaba él apesete el hambre y la guerra que cuyos factores no se dieron. Los días 4,5y 6 de febrero de 1885 cayó una fuerte nevada que transformó las fincas y los campos en verdadera superficie blanca este fenómeno natural causo verdaderas perdidas en ganados y agricultura.

En los meses de julio o agosto aproximadamente de ese año se presento un temblor a las 5 . 00 PM afortunadamente no se presenta catástrofe alguno.

Una gran corriente del río en agosto de 1888 destruyó sembradíos, cañales y árboles frutales dejando numerosas perdidas.

Se decía que por el año de 1898 se terminaría el mundo por esta razón, la gente estaba intranquila y hacia oración y pedía a Dios su misericordia, después de 14 de noviembre del citado año como a la media noche comenzó una lluvia de estrellas rumbo a la hacienda de Santillán y se supo que reventó un bólido en él espacio en dirección a Cadereyta de Montes Qro.

A principio de enero de 1914 llega a este pueblo la orden de capturar gente para llevarlos a México con el objetivo de engrosar a las filas de la federación no pudiéndose llevar a efecto esta orden debido a la falta de personas que auxiliaran a las autoridades prolongándose la ejecución de la orden hasta el 21 de marzo de 1914, entonces cuando pasaban las 11:00pm los federales de Peñamiller capturaron a Crispín Ramos, Hilarión Hernández, Eduardo Hernández, Bardomiano Hernández y Rosalío Pérez Luna, esta acción continuó durante el resto del mes del mismo año.

El día 25 de abril de 1914 el Sr. Pedro Hernández Morales dio la noticia de que los rebeldes se encaminaban a este pueblo motivo por el cual la gente comenzó a huir llevando consigo sus pertenencias y animales. Durante la época revolucionaria este pueblo vivió siempre con el temor de la llegada de los rebeldes debido a la noticia que se tenían de los saqueos y desmanes que realizaban en las plazas.

Prosiguiendo el tiempo el 10 de agosto d 1917, bandidos al mando del capitán José Soto robaron y quemaron algunas cosas de la comunidad de Aguacaliente. Un año después el 8 de octubre se desata una peste conocida con el nombre de gripe y para combatirla la gente tomaba mezcal y limones, ponches de borrago y naranja o canela endulzados con azúcar y se untaban en la cabeza y en las articulaciones catalán caliente, también fue necesario usar manteca mezclada con cal viva rosa de castilla, tequezquite y todo para combatir la tos, poquísimas personas pudieron escapar del contagio, murieron cerca de 150 personas.

Se inauguró un campo mortuorio en la comunidad de Aguacaliente a las 5.30 p.m. del 16 de noviembre de 1918 esto fue con el objetivo de auxiliar el campo santo

principal, pues dificultaba tanto el traslado de los difuntos ya que estos eran muchos.

Los datos anteriores fueron obtenidos de un libro escrito por el sacerdote Emilio González quien se dio a la tarea de recopilar los sucesos de mayor relevancia en la población desde su fundación hasta el año de 1920, época en que fue escrito el mencionado libro. Debido a su ocupación religiosa se narra muchos de los acontecimientos relacionados con la Iglesia, sin embargo no se descuidan detalles en cuanto a la organización civil y los acontecimientos médicos de mayor importancia. Cabe hacer notar que la delegación municipal sobre existen documentos a partir del año de 1940 ya que anterior a ello se destruyeron debido a un incendio en este lugar.

## **6. UBICACIÓN Y ASPECTOS GEOGRÁFICOS.**

### **6.1 LOCALIZACIÓN .**

La comunidad de San Miguel Palmas se encuentra ubicada dentro de los límites del municipio de Peñamiller, al poniente del Estado de Querétaro. El Municipio de Peñamiller alcanza una extensión territorial de 795 Km, representando el 5.9 % de la superficie del Estado, colindando al norte con el Estado de Guanajuato, al este con el municipio de Pinal de Amoles y Cadereyta de Montes, al sur con los municipios de Cadereyta de Montes y Tolimán, al oeste con el municipio de Tolimán y el Estado de Guanajuato.

La comunidad de San Miguel Palmas es una de las principales localidades de las 118 que forman a este municipio reconocida como delegación y límite de la sierra gorda de Querétaro.

### **6.2 LIMITES**

Los límites principales de San Miguel Palmas son :

<u>PUNTOS CARDINALES</u>	<u>COMUNIDAD</u>	<u>DISTANCIA UAS</u>
NORTE	LA ORDEÑA	12 Km
SUR	EL ARTE	12 Km
ESTE	EL SAUCITO	5 Km
OESTE	MEZA DEL TROJE	6 Km
NORESTE	EL MOLINO	18 Km
NOROESTE	LA CIÉNEGA	6Km
SURESTE	BOQUILLAS	8 Km
SUROESTE	PUERTO DEL AIRE	4 Km

### COMUNIDADES ALEDAÑAS A SAN MIGUEL PALMAS

<u>COMUNIDADES</u>	<u>DISTANCIA USA</u>	<u>TIEMPO USA</u>
LA ERA	1 km	2 minutos
AGUA CALIENTE	6 km	15 minutos
CAMELINAS	4 km	10 minutos
EL HIGUERÓN	8 km	17 minutos

### 6.3 ALTITUD Y LATITUD

<u>COMUNIDAD</u>	<u>LATITUD NORTE</u>		<u>LONGITUD OESTE</u>		<u>ALTITUD</u>
	<i>Grados minutos</i>		<i>grados minutos</i>		<i>msnm</i>
	<i>(b)</i>		<i>(b)</i>		<i>(b)</i>
Peñamiller (a)	21	07	99	59	1500
San Miguel Palmas	21	06	99	58	1460

Fuente a) INEGI Qto. 1990

Fuente b) INEGI Carta topográfica 1:50 000

## 6.4 FISIOGRAFÍA

En relación con la fisiografía el municipio de Peñamiller cuenta con zonas topográficas variables con provincias de la sierra madre oriental y mesa del centro en la mayor parte de su extensión así como una subprovincia del carso huasteco hacia el noroeste, gobernado en el resto del estado con subprovincias con las sierras y llanuras del norte de Guanajuato e incluso en algunas pequeñas áreas con mesetas y cañadas.

La comunidad de San Miguel palmas esta condicionada con limites de la sierra madre oriental y en menor proporción con llanuras del norte de Guanajuato.

Fuente: CSGNEGI carta fisiográfica.

## 6.5 HIDROGRAFÍA.

La comunidad de San Miguel Palmas cuenta con la afluencia del río Victoria el cual pasa a través de las comunidades de Tierra Blanca y Santa Catarina Guanajuato, para continuar su extensión hasta peñamiller donde es conocido con el nombre de río Extoraz.

También a los alrededores de la comunidad desembocan varios arroyos que al recorrer a la superficie terrestre terminan por unirse al río Victoria el cual se desplaza por el este de la comunidad el cual es utilizado para el riego de cultivos, cabe mencionar que este río es conocido por la comunidad con el nombre de río Xichú , el cual sólo alcanza a cubrirse en su superficie en tiempos de lluvia , ya que es alimentado por numerosos arroyos que surgen de toda la sierra.

## 6.6 CLIMA.

El municipio en el que se encuentra ubicado la comunidad de San Miguel Palmas sé observan los siguientes climas:

TIPO O SUBTIPO	% DE LA SUPERFICIE MUNICIPAL
Semicalido subhúmedo con lluvias en verano de menor humedad	5.02
Templado subhúmedo con lluvias en verano de mayor humedad	3.95
Templado subhúmedo con lluvias en verano de menor humedad	1.60
Semiseco semicalido	60.40
Semiseco templado	8.06
Seco semicalido	20.93

Fuente: CGSNEGI Carta de climas.

Nuestra comunidad se encuentra dentro de la clasificación de Semiseco semicalido, haciendo más calor durante los meses de abril a junio; se tiene lluvias escasas durante los meses de agosto a octubre , y por ultimo los meses más fríos son durante diciembre y enero, de ahí que durante el verano aumenten las enfermedades gastrointestinales y durante el invierno las enfermedades respiratorias.

## 6.7 FLORA.

Dado que el clima que predomina en nuestro municipio es semiseco semicalido la flora esta condicionada a matorrales, pastizales, bosques y en mucha menor proporción a la agricultura . En el siguiente cuadro mostramos en que porcentaje se encuentran cada una , los más importantes así como su utilidad final.

TIPO	% SUPERFICIE MUNICIPAL	NOMBRE	UTILIDAD
AGRICULTURA	0.51	MAIZ	COMUSTIBLE
		FRIJOL	COMUSTIBLE
PASTIZAL	3.22	COLA DE ZORRA	FORRAJE
		NAVAJITA	FORRAJE
BOSQUE	25.14	PINO	MADERA
		COZAHUATL, LAURELILLO	MADERA
		TÁSCATE, SABINO	LEÑA
MATORRAL	7.13	CORVAGALLINA	FORRAJE
		HUIZACGE	FORRAJE
		HOJA ANCHA	CONSTRUCCIÓN

Nota: Sólo se mencionan algunas especies útiles

Fuente: INEGI. Carta de uso de suelo y vegetación.

En la comunidad existen desniveles de la superficie terrestre por lo que su flora es muy variada predominando pinos, encinos, mezquites, garambullos, pitayos, biznagas, organos, nopales, magueyes así como otras plantas cactáceas. Cabe mencionar que la mayoría de las familias que habitan en esta comunidad cuentan con un huerto conteniendo una amplia variedad de árboles frutales como son: nogales, aguacate, durazno, papaya, mora, granada, mango, guayaba, limas, limones, mandarinas, etc.,

En cuanto a la flora nociva en la comunidad sea reportado la existencia de plantas dañinas como lo es la " tullidora " que se encuentra en cerros cercanos y la persona que la ingiere presenta datos de parálisis. Otra planta es la llamada " mala mujer " que produce un cuadro de urticaria cuando esta tiene contacto con la piel.

## 6.8 FAUNA

En nuestra comunidad en su clima semiseco semicálido existen variedades de animales de tipo domestico y salvaje.

Dentro de los animales domésticos la población practica la crianza de estos para consumo propio y algunos para comercializar como son: gallinas, vacas, chivos, puercos, borregos, caballos, bueyes, etc.

En las partes más altas de la comunidad se pueden encontrar aunque en raras ocasiones coyotes, gatos montes, tejones, víboras como la cascabel, coralillo, alicantes, chirrioneras, etc. Y en las partes bajas encuentran conejos, ardillas, liebres, zorrillos, lagartijas, así como también existen una gran variedad de aves como son águilas, palomas, cuervos, correcaminos, gorriones, canarios, tecolotes, etc. Entre los insectos se encuentran moscos, zancudos, avispa, abejas, mariposas, mayates, arañas de diversos tipos, alacranes, tarántulas, cien pies, etc.

Como fauna nociva se encuentra principalmente las cucarachas, moscas, y alacranes, chinches, piojos, entre otros.



## 7. DEMOGRAFÍA.

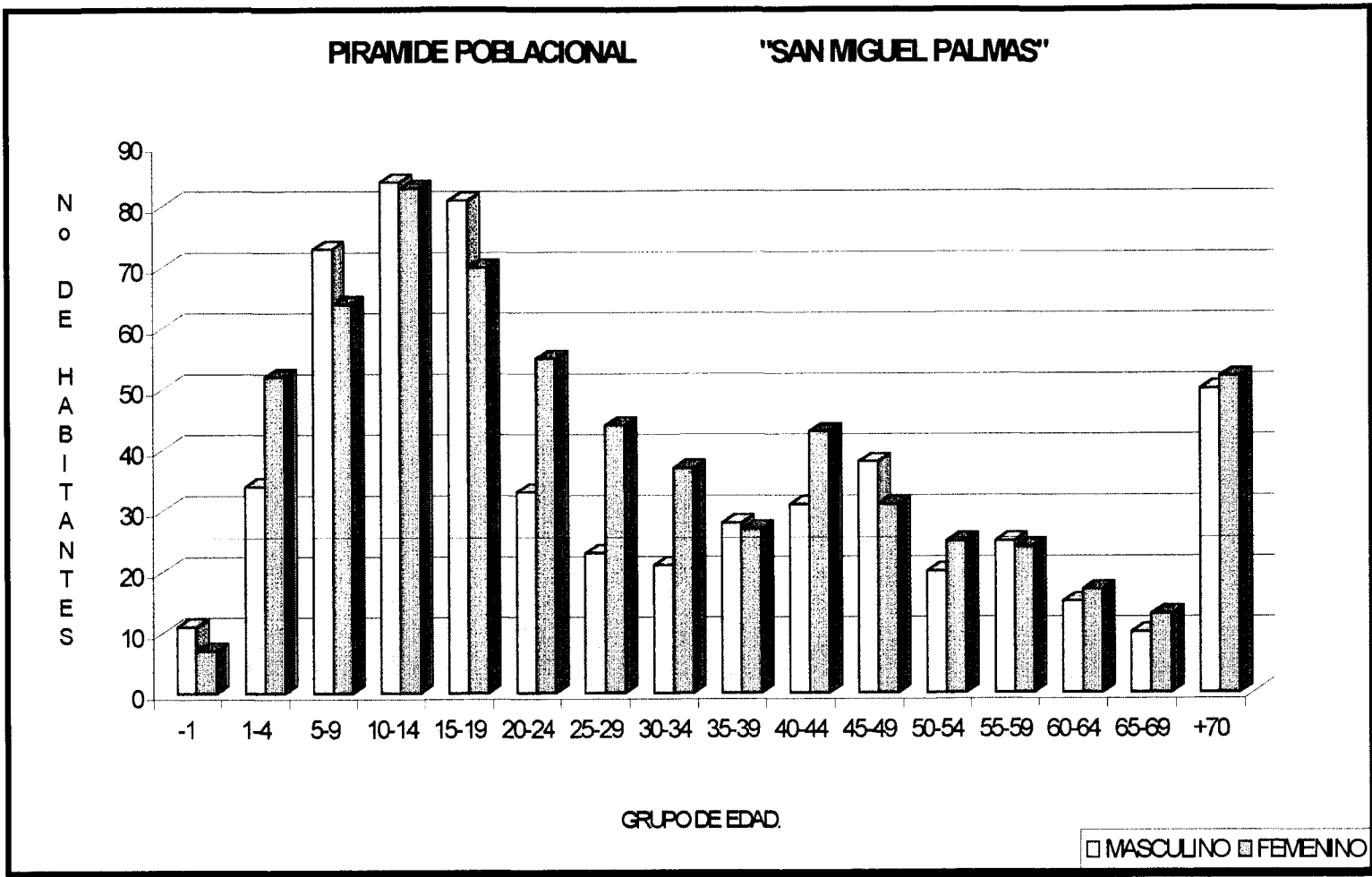
### 7.1 PIRÁMIDE DE POBLACIÓN

Se puede deducir que la población esta dada mayormente por edades de uno a veinticinco años y con un incremento a la edad de setenta años y más.

A continuación se mostrara la pirámide poblacional por grupo de edad y sexo de la comunidad junto con sus localidades aledañas posteriormente se expondrá por localidad.

PIRÁMIDE POBLACIONAL GENERAL SAN MIGUEL PALMAS		
MASCULINO	GRUPO DE EDAD	FEMENINO
11	-1	7
34	1-4	52
73	5-9	64
84	10-14	83
81	15-19	70
33	20-24	55
23	25-29	44
21	30-34	37
28	35-39	27
31	40-44	43
38	45-49	31
20	50-54	25
25	55-59	24
15	60-64	17
10	65-69	13
50	+70	52
577	TOTAL	644

Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001



Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001

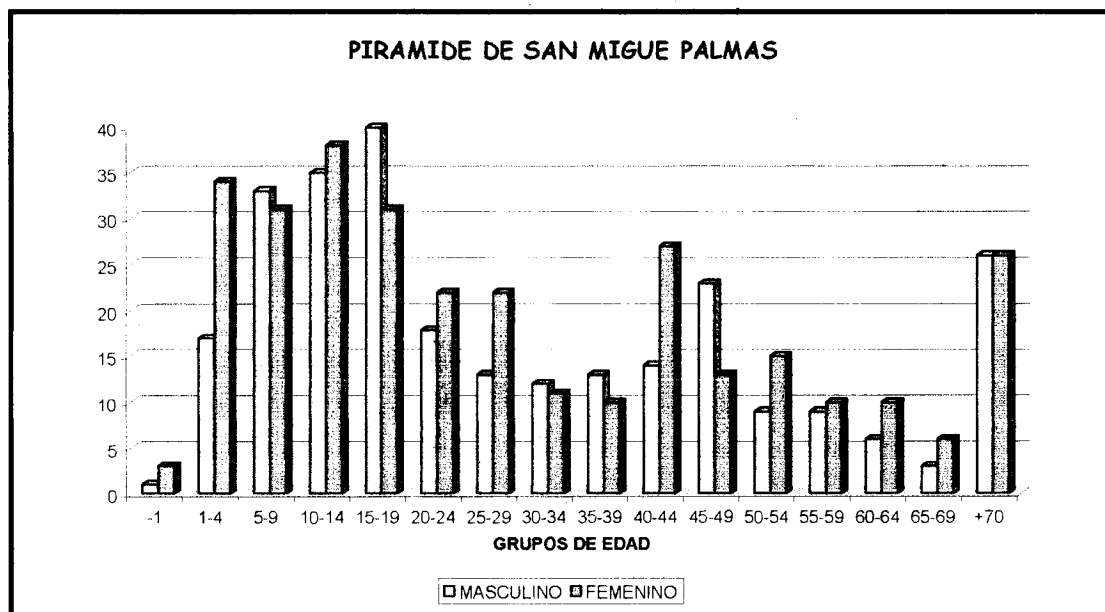
### 7.1.1 PIRÁMIDE POBLACIONAL POR LOCALIDAD.

Como se muestra en la siguiente tabla por orden de importancia de acuerdo al número habitantes se encuentra la localidad de San Miguel Palmas , Agua Caliente , La Era y por ultimo la localidad de Camelinas teniendo una población total de 1221 con un total de 577 hombres y 644 mujeres .

#### Pirámide poblacional de San Miguel Palmas.

MASCULINO	EDAD	FEMENINO
1	-1	3
17	1-4	34
33	5-9	31
35	10-14	38
40	15-19	31
18	20-24	22
13	25-29	22
12	30-34	11
13	35-39	10
14	40-44	27
23	45-49	13
9	50-54	15
9	55-59	10
6	60-64	10
3	65-69	6
26	+70	26
272	TOTAL	309

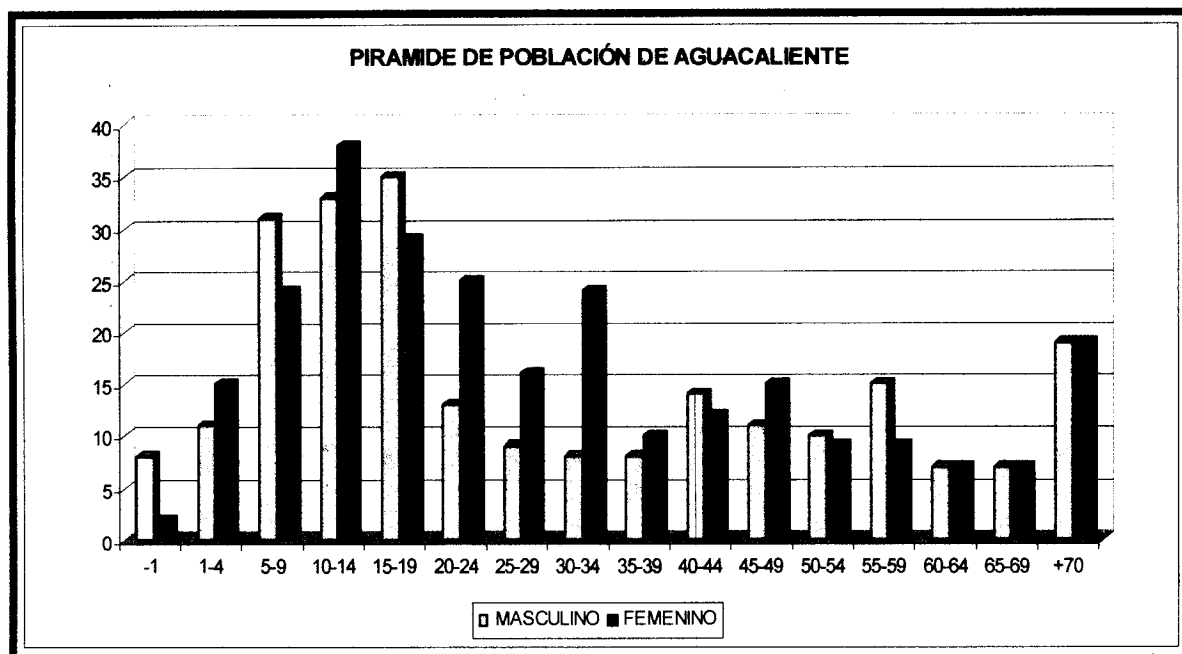
Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001



Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001

## 7.1.2 PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE AGUACALIENTE.

PIRAMIDE DE POBLACION DE AGUACALIENTE , SMP.		
MASCULINO	EDAD	FEMENINO
8	-1	2
11	1-4	15
31	5-9	24
33	10-14	38
35	15-19	29
13	20-24	25
9	25-29	16
8	30-34	24
8	35-39	10
14	40-44	12
11	45-49	15
10	50-54	9
15	55-59	9
7	60-64	7
7	65-69	7
19	+70	19
239	TOTAL	261

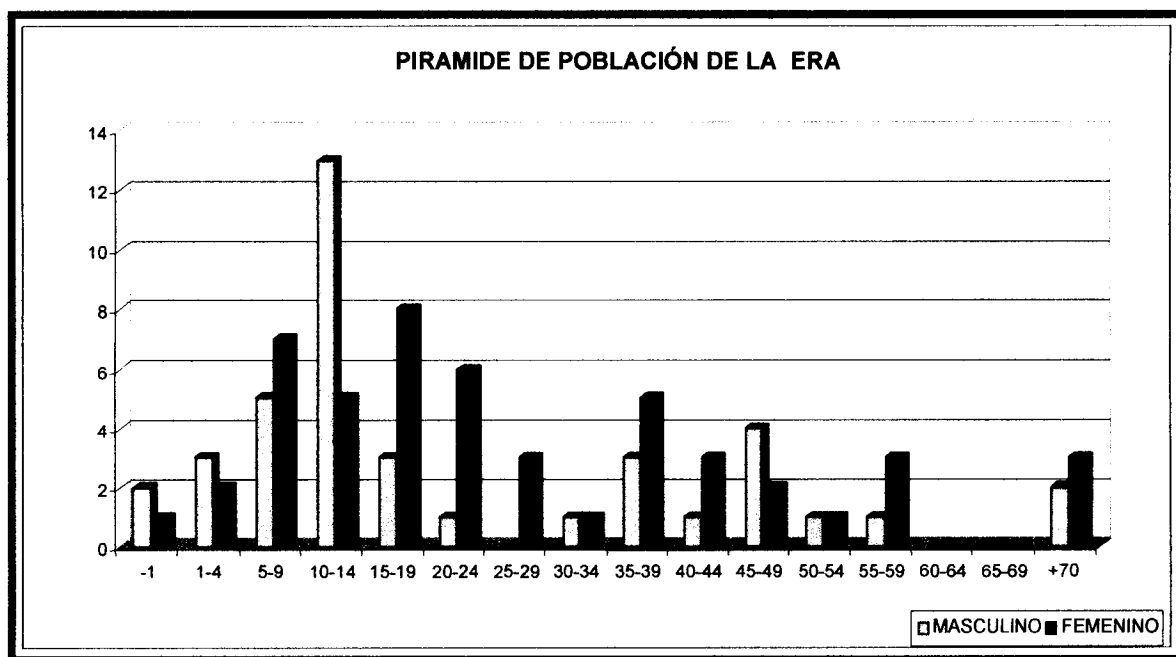


Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001

## 7.1.3 PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE LA ERA.

CENSO DE POBLACION DE LA ERA, S.M.P.		
MASCULINO	EDAD	FEMENINO
2	-1	1
3	1-4	2
5	5-9	7
13	10-14	5
3	15-19	8
1	20-24	6
0	25-29	3
1	30-34	1
3	35-39	5
1	40-44	3
4	45-49	2
1	50-54	1
1	55-59	3
0	60-64	0
0	65-69	0
2	+70	3
40	TOTAL	50

+

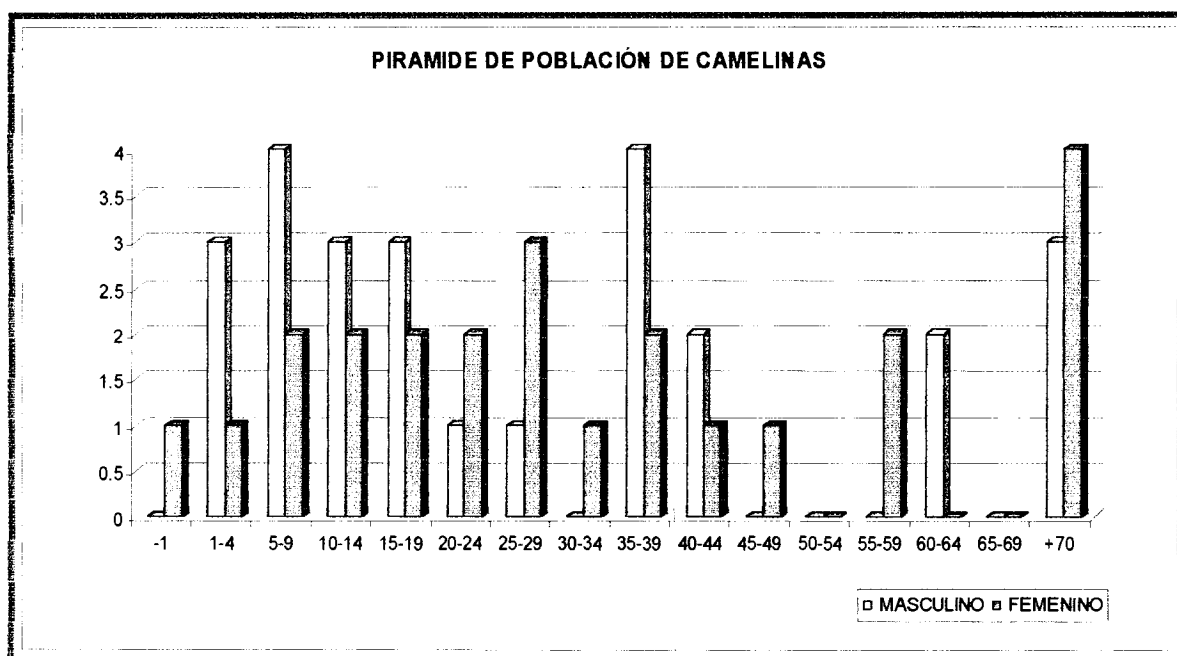


Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001

## 7.1.4 PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE CAMELINAS.

PIRAMIDE DE POBLACION DE CAMELINAS, S.M.P.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO
-1	0	1
1-4	3	1
5-9	4	2
10-14	3	2
15-19	3	2
20-24	1	2
25-29	1	3
30-34	0	1
35-39	4	2
40-44	2	1
45-49	0	1
50-54	0	0
55-59	0	2
60-64	2	0
65-69	0	0
+70	3	4
TOTAL	26	24



Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001.

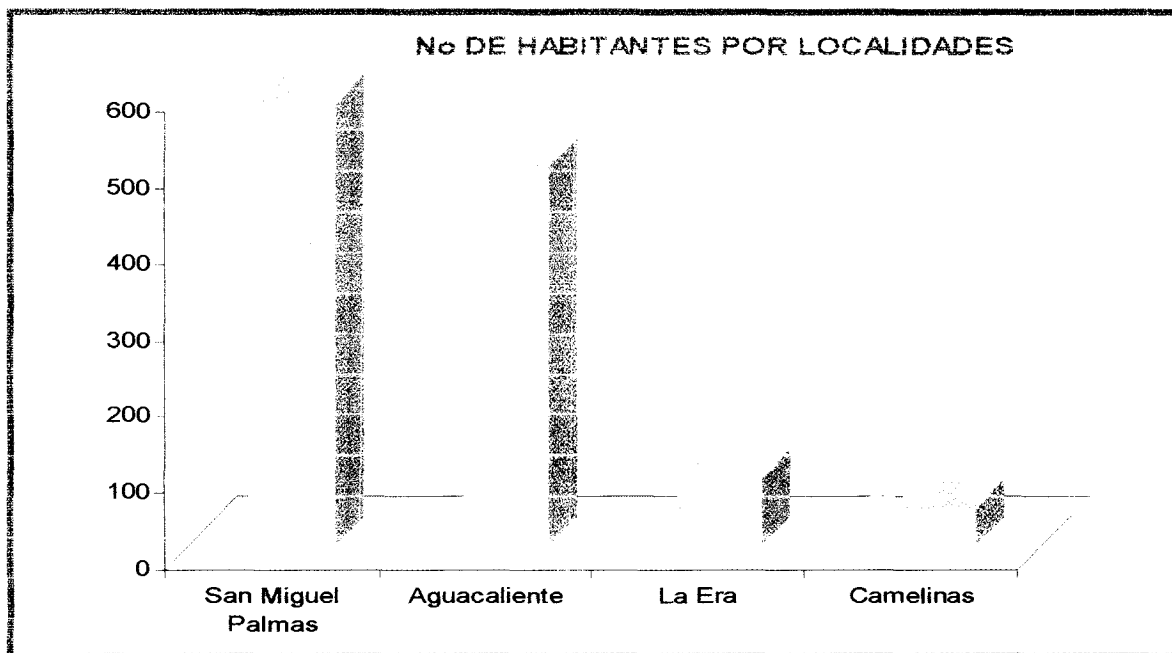
## 7.2 DENSIDAD DE POBLACIÓN.

San Miguel Palmas posee una extensión territorial de 795 km<sup>2</sup>, con un total de 1221 habitantes con lo que equivale a 1.5 % del total de la superficie del Estado de Querétaro.

## 7.3 NÚMERO DE HABITANTES POR LOCALIDADES.

El número de habitantes por localidades es el siguiente:

LOCALIDAD	No DE HABITANTES
San Miguel Palmas	581
Aguacaliente	500
La Era	90
Camelinas	50
<b>TOTAL</b>	<b>1221</b>

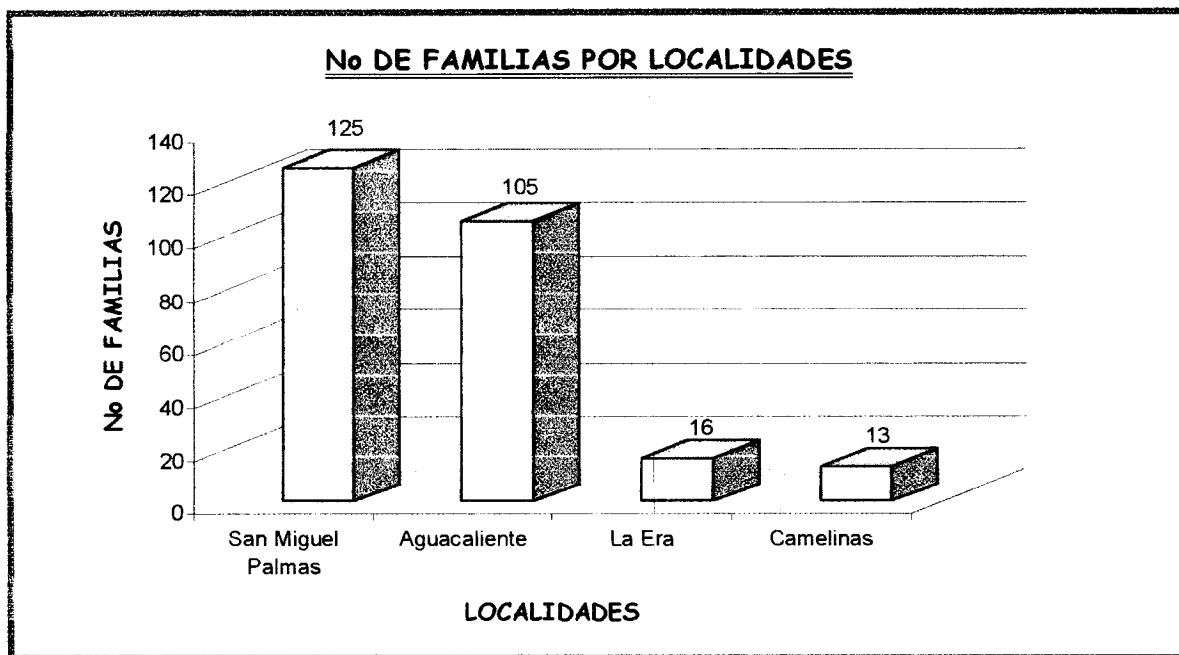


Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001

## 7.4 NÚMERO DE FAMILIAS.

El número total de familias por localidad se muestra en el siguiente cuadro, donde se tiene un total de 259 familias.

LOCALIDAD	No DE FAMILIAS
San Miguel Palmas	125
Aguacaliente	105
La Era	16
Camelinas	13
TOTAL	259



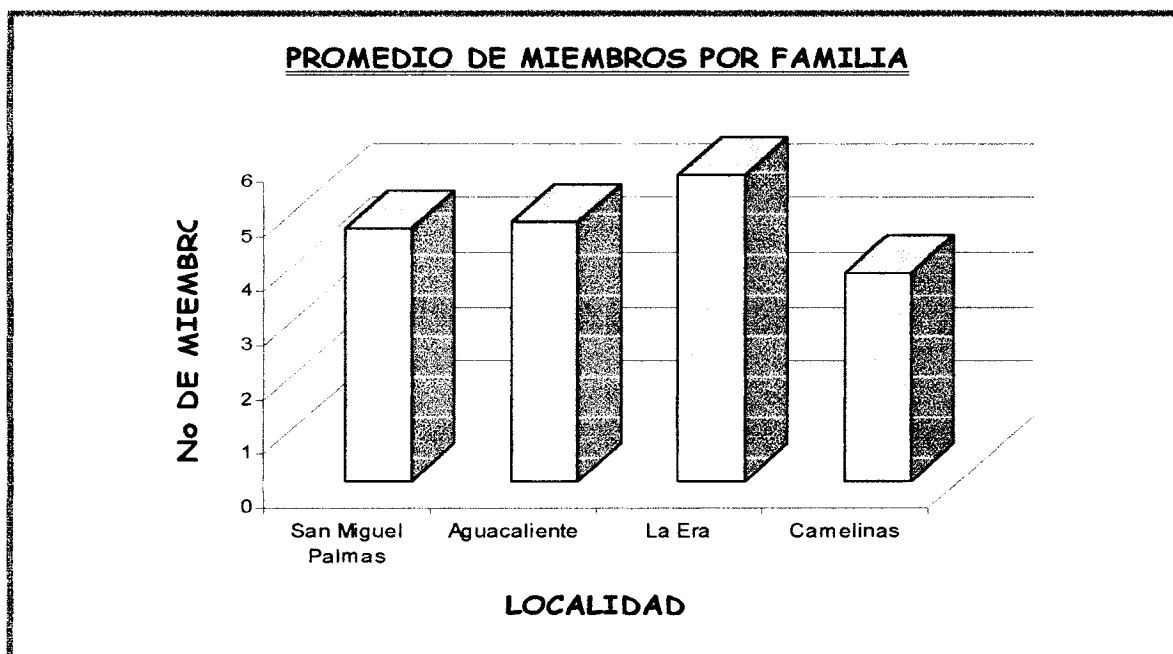
Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001.



## 7.5 PROMEDIO DE MIEMBROS POR FAMILIA.

El promedio de miembros por familia y por localidad muestra un promedio general de 4.72 miembros por cada familia.

LOCALIDAD	PROMEDIO DE MIEMBROS
San Miguel Palmas	4.64
Aguacaliente	4.76
La Era	5.62
Camelinas	3.84
PROMEDIO GENERAL	4.72

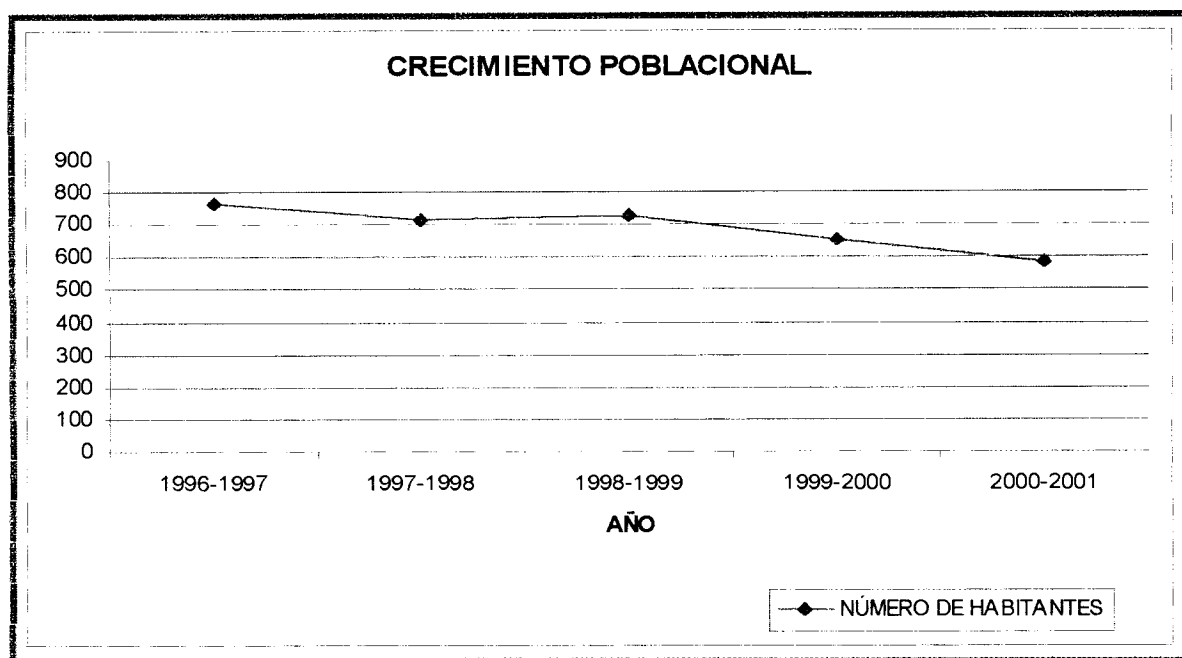


Fuente : hojas de microdiagnostico mayo 2001

## 7.6 CRECIMIENTO POBLACIONAL EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.

El crecimiento de la población ha ido en franco decremento durante los últimos años, debido a la emigración ya no sólo de la población masculina sino también de familias completas, como se verá en el siguiente cuadro.

AÑO	NÚMERO DE HABITANTES
1996-1997	762
1997-1998	716
1998-1999	726
1999-2000	650
2000-2001	581



Fuente : Censo poblacional 2001 y estudios de comunidad anteriores.

## 7.7 MIGRACIÓN.

Aproximadamente más del 80 % de la población masculina del grupo etario de 17 a 45 años emigra hacia los Estados Unidos de Norte América en busca de fuentes de trabajo. Aproximadamente un 60 % van con contratos de 3 hasta 6 meses de estancia y el otro 40 % lo hace de forma ilegal, viajando algunos hasta 3 veces por año. En estos últimos años han emigrado familias completas por lo que ha disminuido el número de habitantes. Los Estados más concurridos son Texas, Nevada, Atlanta, Carolina del Norte, Carolina del Sur, California, Washington, Chicago entre otros.

Un 10 % de la población se dedica a trabajar en la labores de la comunidad como es la agricultura, la ganadería, y curtidores dentro de la misma comunidad, por último el 5 % restante emigra hacia la capital del país y otros Estados urbanizados para obtener fuentes de trabajo.

Cabe mencionar que la población femenina en su mayoría permanece dentro de la comunidad logrando solo estudiar la tele-secundaria, dedicándose a las labores como la ganadería, la agricultura, la industria textil y al pequeño comercio.

## 7.8 NATALIDAD

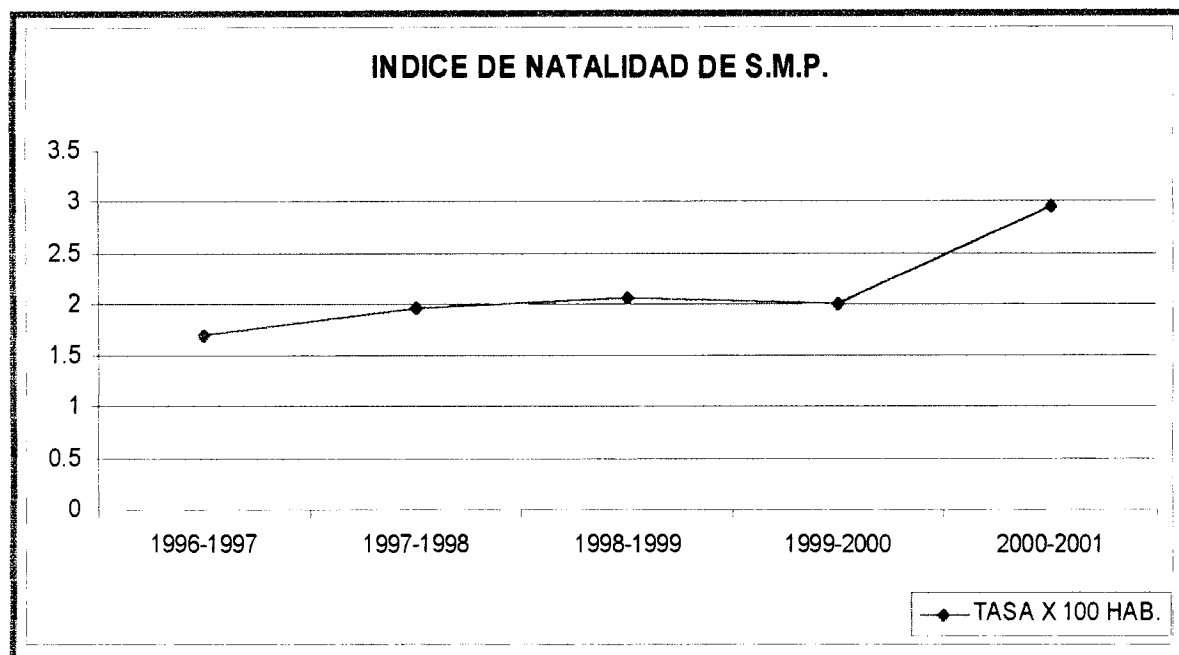
El número de nacimientos en la comunidad durante el periodo de agosto del 2000 a julio del 2001 fue de 17 lo que representa una tasa de  $2.92 \times 100$  habitantes.

## 7.9 ÍNDICE DE NATALIDAD

El índice de natalidad en los últimos cinco años ha ido en aumento desde 1.31 en 1996 hasta en un 2.95 en el 2001 .

A continuación se mostrara en un cuadro este incremento así como en su gráfica correspondiente.

AÑO	NÚMERO DE HABITANTES	No DE NACIMIENTOS	TASA X 100 HAB.
1996-1997	762	13	1.7
1997-1998	716	14	1.95
1998-1999	726	15	2.06
1999-2000	650	13	2
2000-2001	581	17	2.95



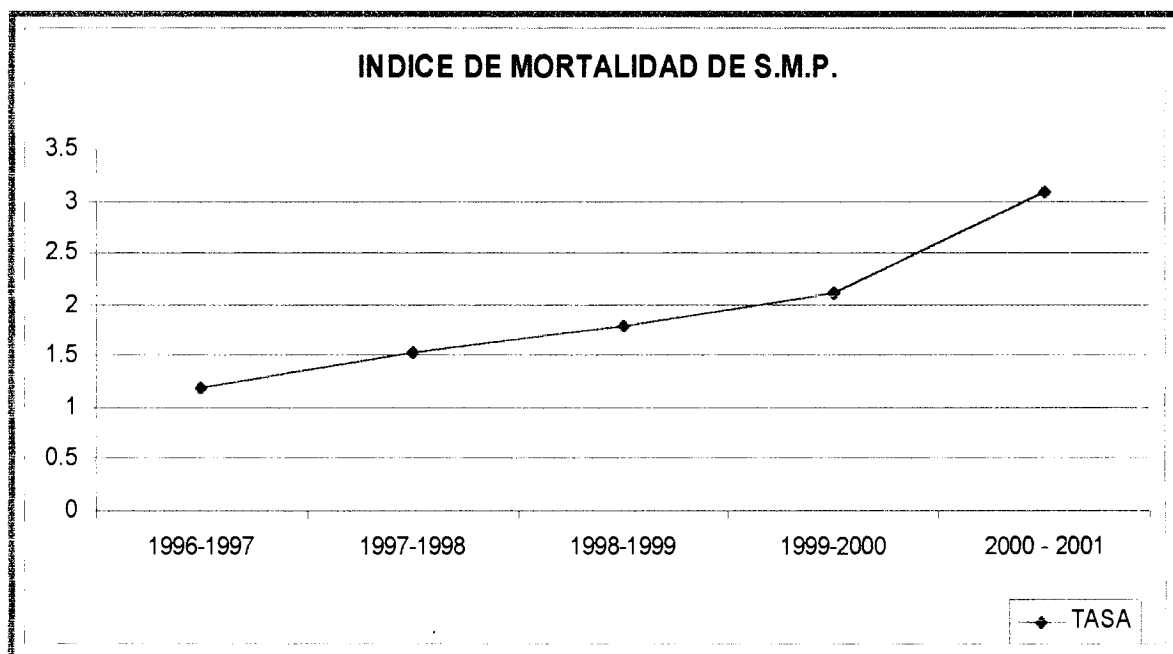
Fuente: registro civil S.M.P y estudios de comunidad anteriores.

## 7.10 MORTALIDAD GENERAL.

El registro de mortalidad del periodo de agosto del 2000 a julio del 2001 en la oficialía del registro civil fue de 18 defunciones.

A continuación se muestra un registro de la mortalidad de los últimos cinco años.

AÑO	MORTALIDAD	TASA
1996-1997	9	1.18
1997-1998	11	1.53
1998-1999	13	1.79
1999-2000	14	2.1
2000 - 2001	18	3.09



Fuente: registro civil de S.M.P. y estudios anteriores.

## DEFUNCIONES AGOSTO 2000- JULIO 2001.

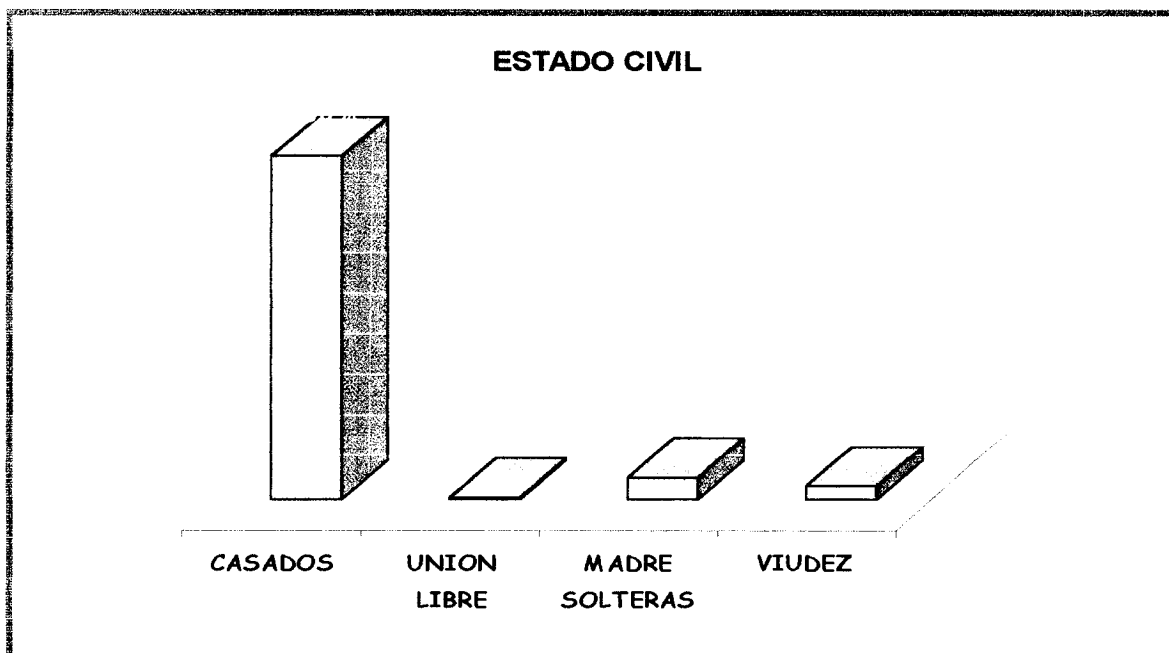
DIAGNOSTICO	EDAD	SEXO
MUERTE NATURAL	85 AÑOS	MASCULINO
T.C.E. POR ACC. VEHIC.	20 AÑOS	MASCULINO
SIDA	40 AÑOS	FEMENINO
MUERTE NATURAL	69 AÑOS	MASCULINO
CA DE PANCREAS	70 AÑOS	MASCULINO
I.A.M.	69 ANOS	FEMENINO
E.V.C.	70 ANOS	FEMENINO
T.B.P.	71 ANOS	MASCULINO
T.C.E. POR ACC. VEHIC.	20 ANOS	MASCULINO
SEPSIS NEONATAL	1 DIA	FEMENINO
INSUFICIENCIA CARDIACA	80 ANOS	FEMENINO
E.V.C. + H.T.A.	83 AÑOS	MASCULINO
POLITRAUMATIZADO	31 AÑOS	MASCULINO
ETILISMO CRONICO + C.C.	36 AÑOS	MASCULINO
SX ASPIRACION DE MEC.	1 DIA	MASCULINO
POLITRAUMATIZADO	65 AÑOS	MASCULINO
INSUFICIENCIA CARDIACA	93 AÑOS	MASCULINO
CIRROSIS HEPATICA	59 AÑOS	MASCULINO
INSUFICIENCIA CARDIACA	64 AÑOS	FEMENINO
MUERTE NATURAL	100 AÑOS	MASCULINO
I.A.M. + N.O.C.	45 AÑOS	FEMENINO
I.C. + I.A.M.	62 AÑOS	MASCULINO

Fuente : registro civil de S.M.P.

### 7.11 ESTADO CIVIL.

Aproximadamente cerca del 90 % de las familias se encuentran casados por la iglesia y el registro civil, un 6 % se encuentran madres solteras, un 3.5 % se encuentran en viudez y un 0.5 en unión libre. Estos datos son tomados del censo realizado en 2001.

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
CASADOS	90%
UNION LIBRE	0.50%
MADRE SOLTERAS	6%
VIUDEZ	3.50%



Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001 y registro civil S.M.P.

## 7.12 IDIOMAS Y DIALECTOS.

El idioma de la comunidad es el castellano el cual dominado por toda la población, sólo en un 2 % habla el ingles lo cual lo aprenden de forma empírica cuando se encuentran como emigrantes en los Estados Unidos de Norte América.

No se tiene conocimiento de algún dialecto que se utilice en la actualidad sólo se sabe por la historia que un tiempo se utilizo un dialecto en los indios pames y otomis.

## 8. COMUNICACIÓN.

### 8.1 VÍAS DE COMUNICACIÓN.

Las carreteras principales de la comunidad se muestran en el siguiente cuadro.

TIPO	NÚMERO	CONECTA CON COMUNIDADES	DISTANCIA	TRANSITABLES
TERRACERIA	1	PEÑAMILER , QRO.	28 Km	TODO EL AÑO
TERRACERIA	1	TOLIMÁN ,QRO.	38 Km	TODO EL AÑO
PAVIMENTADA	1	STA CATARINA , SAN IÑTŪRBIDE Y	15 Km 68 Km	TODO EL AÑO



## 8.2 TRANSPORTES.

Los medios de transportes que existen en la comunidad son rutas de autobuses de segunda y tercera clase los cuales tienen los siguientes horarios:

Autobuses de segunda clase: Flecha Amarilla con tres salidas; las primeras dos de 5:30 a.m., y 1:30 p.m. y llegadas a las 11:30 a.m. y 10:00 p.m. con recorrido a San José Inturbide, la ciudad de Querétaro y destino final la ciudad de México. Teniendo un tiempo de recorrido de dos y media hora la ciudad de Querétaro y de 5 horas a la ciudad de México. La segunda salida a las 6:00 a.m. y llegada a las 8:30 p.m. con recorrido a San José Inturbide y destino final a la ciudad de Guanajuato.

Autobuses de tercera clase: Flecha verde con ocho salidas, con un horario con salidas cada hora a partir de las 5:00 a.m. hasta las 5:00 p.m. con llegadas también cada hora a partir de las 10:00 a.m. hasta las 9:00 p.m.

Pasando durante su recorrido por los siguientes pueblos; Sta. Catarina, Tierra Blanca, el Capulín, San José Inturbide, Sta. Rosa Jaúregui y su destino final la ciudad de Querétaro, sin embargo realizan paradas en múltiples lugares, teniendo un tiempo de recorrido de hasta cuatro horas.

No se cuenta con servicios de taxi, sólo con camionetas que ofrecen viajes y que por lo regular son poco frecuentados, algunos casos sólo de extrema necesidad. No hay transporte a Peñamiller la cabecera municipal.

## 8.3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

Los medios de comunicación con que cuenta la comunidad de San Miguel Palmas son los siguientes:

TELÉFONO. Se cuenta con dos casetas telefónicas cada una con un teléfono que permanecen la mayor parte del tiempo descompuestos, debido al mala utilización

y a las lluvias. Cabe mencionar que también en la comunidad de Aguacaliente se encuentra funcionando un teléfono.

**CORREO.** Se cuenta con un servicio postal, donde se otorgan los servicios de apartado postal, correspondencia aérea y terrestre, así como de paquetería se mandan los servicios los días miércoles y domingos con un horario de 9:00 a 14:00 hrs. y se recibe correo de Querétaro los días lunes, jueves y sábados.

**RADIO.** Se cuenta con dos radios de comunicación, el primero se encuentra en la unidad de salud teniendo un alcance exclusivamente a la unidad Medica de Molinitos, La Unidad medica de Agua fría y la ESI-2 de Peñamiller ( que se encuentra en la misma comunidad) y muy milagrosamente con la Supervisión zonal, realizando puentes de comunicación entre una comunidad y otra para reportar informes semanales. El segundo radio se encuentra en la delegación de la localidad teniendo un mejor alcance.

**TELEVISIÓN.** Aproximadamente un 80 % de la población cuenta con televisión teniendo señal pública con los canales 2, 5 y en algunas zonas más altas el canal 9, sin embargo una gran cantidad de habitantes cuentan con antenas de televisión parabólicas con lo que amplían la variedad de canales y un menor número cuentan con sistema Skay.

**EQUIPOS DE SONIDO.** En la comunidad se cuentan con dos equipos de sonido. El primero se encuentra en la delegación en el cual se apoya la mayoría de usuarios, sobre todo con lo que respecta ala Unidad Medica para anunciar campañas de vacunación, promoción a la salud entre otros. El segundo se encuentra en la iglesia que por lo regular es de uso interno, para las labores propias de la misma.

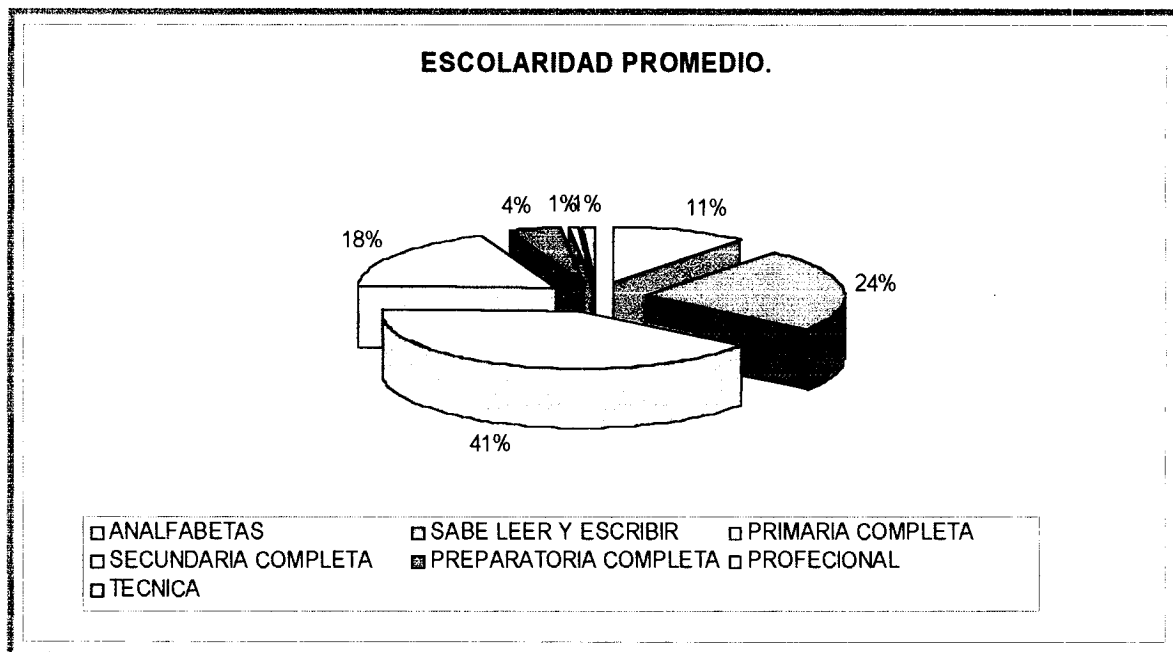
**PERIÓDICO, TELÉGRAFO.** En la comunidad no se cuenta con ninguno de los dos servicios anteriores, pero cabe mencionar que para informar a la población se utilizan carteles y anuncios por parte de la delegación, así como, citatorios personales distribuidos a través de la policía municipal.

## 9. ASPECTOS EDUCACIONALES.

### 9.1 ESCOLARIDAD PROMEDIA.

Se mostrara en el siguiente cuadro y gráfica de pastel.

NIVEL ESCOLAR	NUMERO DE PERSONAS	PORCENTANJE
ANALFABETAS	136	11%
SABE LEER Y ESCRIBIR	290	24%
PRIMARIA COMPLETA	496	41%
SECUNDARIA COMPLETA	225	18%
PREPARATORIA COMPLETA	51	4%
PROFECIONAL	10	1%
TECNICA	13	1%
TOTAL	1221	100%

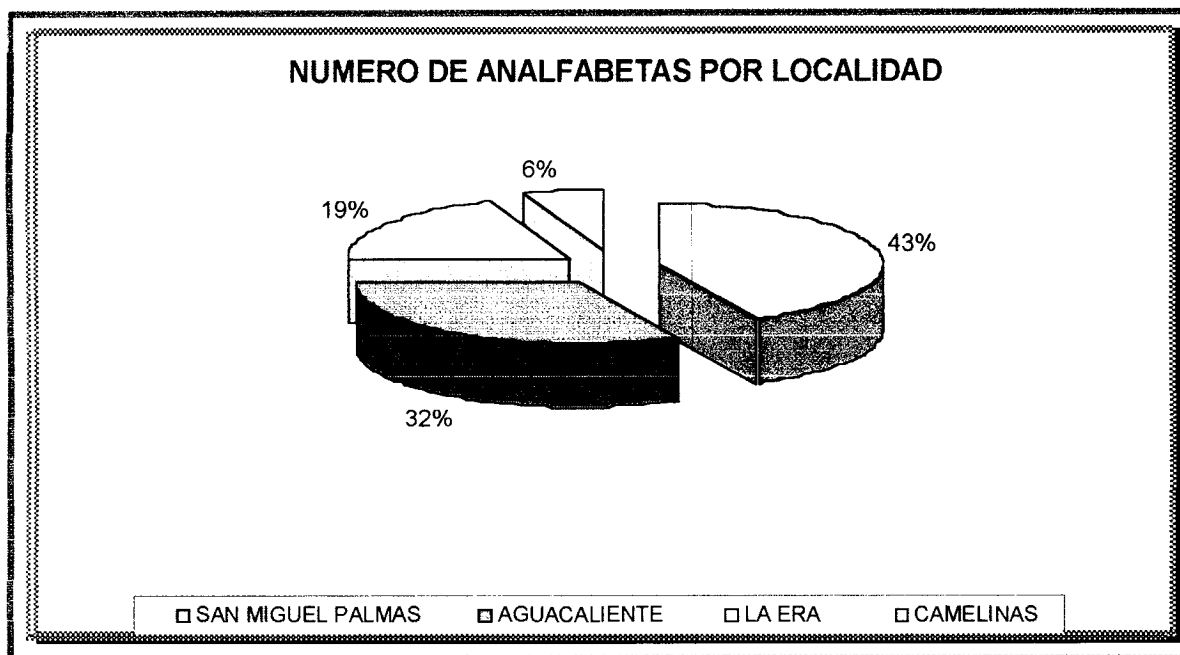


Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001.

## 9.2 NÚMEROS DE ANALFABETAS POR LOCALIDAD.

Se encontró con un total aproximado según las hojas de microdiagnostico un número de 136 personas las cuales se encuentran repartidas en las comunidades en la forma siguiente.

LOCALIDAD	No DE PERSONAS	PORCENTAJE
SAN MIGUEL PALMAS	58	43%
AGUACALIENTE	44	32%
LA ERA	26	19%
CAMELINAS	8	6%
TOTAL	136	100%



Fuente : hojas de microdiagnostico mayo 2001.

### 9.3 RECURSOS FÍSICOS.

En la comunidad de San Miguel Palmas se encuentra espacios físicos educativos consistentes en una escuela preescolar, primaria y tele-secundaria y en la localidad de Aguacaliente se cuenta con preescolar y primaria con las siguientes características.

#### SAN MIGUEL PALMAS.

ESCUELA	No DE ALUMNOS	No DE AULAS
PREESCOLAR	25	2
PRIMARIA	121	6
TELE-SECUNDARIA	96	3

#### AGUACALIENTE

ESCUELA	No DE ALUMNOS	No DE AULAS
PREESCOLAR	27	1
PRIMARIA	95	4

#### 9.4 GRUPOS FORMADOS DE INEA.

Actualmente no se cuenta con grupos formados por parte del Instituto Nacional de Educación Adulta, debido entre otros factores a la falta de interés por parte de la ciudadanía por aprender y a sus múltiples ocupaciones dentro de su entorno.

#### 9.5 BIBLIOTECAS Y SALAS DE LECTURA.

En la comunidad de San Miguel Palmas no se encuentra con bibliotecas o salas de lectura. Sin embargo cabe mencionar que en la tele-secundaria y la parroquia existen algunos libros para consulta conteniendo información de ese mismo nivel educacional y libros teológicos, de filosofía e históricos respectivamente.

### 10. ASPECTOS NUTRICIONALES.

#### 10.1 ALIMENTOS QUE CON MAYOR FUERZA SE CONSUMEN.

El grupo de alimentos que mayormente se consumen son los carbohidratos, las proteínas de origen vegetal, las grasas, las leguminosas y posteriormente las proteínas de origen animal. Debido de entre otras causas a los malos hábitos alimenticios que se han creado en generaciones anteriores y mismas que se están tratando de corregir a través de algunos programas educacionales. La dieta esta basada principalmente en el consumo de maíz y fríjol, leguminosas como el garbanzo, los quelites, sopas de pasta, haba, nopales, pan, posteriormente hay un alto consumo de comida chatarra en todos los grupos de edad incluyendo el refresco, harinas y otras. , Y por ultimo se encuentra la carne y sus derivados y las verduras de hoja verde que aparte de sólo conseguirse los días domingos (día de plaza) son pocas las familias que poseen los medios económicos suficientes para poder extraerlos.

## 10.2 OBTENCIÓN DE LOS ALIMENTOS.

Aproximadamente dos tercios de la población obtiene sus alimentos de su propia cosecha, muchos de ellos a través de terrenos de riego y otros pocos comercializan sus propios productos, como por ejemplo, el maíz, el frijol, frutas como la nuez y el aguacate. Sin embargo se sabe también que obtienen sus alimentos comprando en lugares más urbanizados como es el caso de San José Inturbide y la ciudad Querétaro que a su vez revenden en tiendas de abarrotes en la localidad.

En el caso de carnes principalmente la carne avícola y bovina son traídos desde los mismos lugares antes referidos y son comercializados sólo los días domingos en la comunidad con precios que se encuentran dentro del mercado, la carne de origen porcina es casi en su totalidad originaria de la localidad y explotada por la misma también en días domingos. Aunque cabe mencionar que muchas familias crían sus propios animales para consumo propio.

La leche y sus derivados son de origen comercial en su mayoría traído por camiones repartidos a tiendas, existiendo aun vacas lecheras y quesos caseros que se venden en una mínima cantidad.

## 10.3 ESTADO DE NUTRICIÓN DE LA COMUNIDAD.

La población se encuentra en un estado de nutrición en términos generales no es buena; por varias razones que después se expondrán con mas detalle, por ejemplo los malos hábitos alimenticios. La falta de establecimientos comerciales de frutas, verduras y carnes que hacen repercutir en el estado de nutrición desde la infancia (sobre todo en lugares más apartados de la población) hasta los grupos etarios mayores.

Por mencionar un ejemplo, según el reporte de tarjetero del censo nominal de niños menores de cinco años actualizado hasta el mes de julio del 2001 reporta un total de 122 niños con 1 niño menor de un año con desnutrición leve, 11 niños de 1 a 4 años con desnutrición leve y 1 niño con desnutrición moderada de la misma edad. Teniendo consultas frecuentes de adultos por Síndrome anémico.

No existe una dieta balanceada dentro de la mayor parte población generalmente causada por falta de recursos económicos, falta de educación y orientación alimenticia y dificultad para la obtención de estos alimentos.

#### 10.4 REPERCUSIONES FÍSICAS Y MENTALES POR MALA NUTRICIÓN.

La repercusión más notable es mental; provocando un bajo rendimiento escolar por debajo de lo normal con un coeficiente intelectual regular en la mayoría de los niños que cursan sus estudios básicos, teniendo un desarrollo académico truncado y menores oportunidades para una superación académica alta.

También se refleja en un menor desarrollo físico encontrando alteraciones de talla y peso bajo en algunos individuos de la población.



## 11. ASPECTOS ECONÓMICOS.

### 11.1 POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA Y RAMA DE ACTIVIDADES.

La población económicamente activa de San Miguel Palmas y sus localidades aledañas mayores de 15 años de edad es de aproximadamente de 727 habitantes que equivale a 59.5 % de la población total. A continuación se mostrara un cuadro de las principales oficios u ocupaciones dentro de la población activa como la agricultura, la ganadería, la artesanía entre otros recordando que un grupo importante son también las personas que emigran eventualmente a los estados Unidos de Norte América.

OCUPACIÓN	No HABITANTES	PORCENTAJE
Agricultura	190	15.56
Ganadería	22	1.8
Artesanía	15	1.22
Comercio	30	2.45
Albañilería	10	0.81
Empleados	15	1.22
Obreros	22	1.8
Tableteros	15	1.22
Carpinteros	18	1.47
Jornaleros	250	20.47
Chofer	3	0.24
Emigrantes eventuales	137	11.22
total	727	59.48

Fuente : censo realizado mayo 2001.

Con esto podemos ver que la población económicamente activa esta dedicada a la agricultura, jornaleros y la emigración eventual, misma que se viene dando desde años anteriores.

De la diferentes ramas de actividades antes mencionadas podemos mencionar lo siguiente:

Artesanías se encuentra principalmente la tablajería, que se refiere a la fabricación de huaraches.

Comercio, la localidad cuenta con 15 tiendas de abarrotes, 1 verdulería y frutería muy incompleta, 1 tortillería, 2 tiendas de ropa, 1 tienda de zapatos, 2 herrerías, 1 ferretería, 1 casa de materiales de construcción.

Ganadería, actualmente 10 familias se dedican a esta actividad abandonando o vendiendo sus animales por falta de agua o forraje.

## 11.2 DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO MENSUAL

La mayoría de la población no tiene un ingreso fijo y en general tienen ingresos del salario mínimo exceptuando aquellos que emigran a los EE.UU. que obtienen buenos salarios, según el censo de hojas de microdiagnostico aproximadamente un 70 % lo destina para la alimentación, un 20 % para la obtención de vestido, recreaciones y transporte y el 10 % restante al pago de servicios básicos.

## 12. ASPECTOS AMBIENTALES.

### 12.1 SANEAMIENTO DE LA VIVIENDA.

Con los croquis que se realizaron de cada comunidad junto con los datos obtenidos en las hojas de microdiagnostico realizados en mayo del 2001 se encontró los siguientes datos de vivienda, un total de 260 casas habitables distribuidas de la siguiente forma en San Miguel Palmas 126; Aguacaliente 105; la Era 16 y en Camelinas 13 casas.

Observándose las siguientes características.

PISOS. De cemento 247 (95%), de tierra 13 (5%).

TECHOS. De concreto 159 ( 61.15%), de lámina de asbesto 65 (25%), de lámina de cartón 28 (10.76%), de madera 2 (0.76%), y finalmente de teja 6 (2.30 %).

MUROS de tabique o tabicon 241 (92.6%) y de adobe 19 (7.30%).

De acuerdo a las hojas de microdiagnostico mas un 90% de las viviendas cuentan con dos cuartos dormitorios y una cocina que se encuentran fuera del domicilio con fogón en alto.

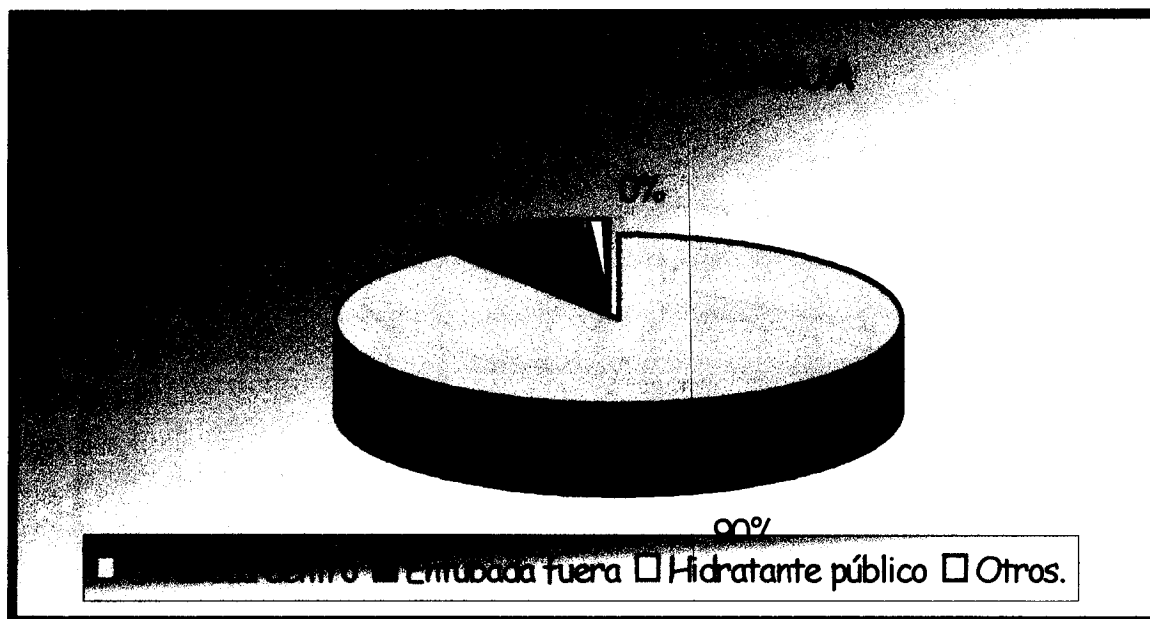
### 12.2 DISPONIBILIDAD DEL AGUA

En la comunidad de San Miguel Palmas casi un 100% de las viviendas cuenta con agua potable entubada la cual es alimentada con un pozo que esta ubicado en el jardín del pueblo la cual se bombea hasta un deposito de agua de aproximadamente 400 000 litros de capacidad que se encuentra en la parte más alta de la población, abasteciendo a toda la comunidad y comunidades aledañas como Camelinas, La Era, Cruz del Milagro principalmente. Actualmente se bombea a diario.

En la comunidad de Agua Caliente cerca del 85% cuenta con agua potable entubada la cual también es bombeada desde un pozo que se encuentra a la entrada de la localidad a un deposito de agua de aproximadamente 200 000 litros de capacidad, la cual es bombeada cada tercer día.

La disponibilidad de agua se encuentra con las siguientes características:

DISPONIBILIDAD DE AGUA.	No DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Entubada dentro	234	90%
Entubada fuera	23	8.80%
Hidratante público	2	0.76%
Otros.	1	0.38%

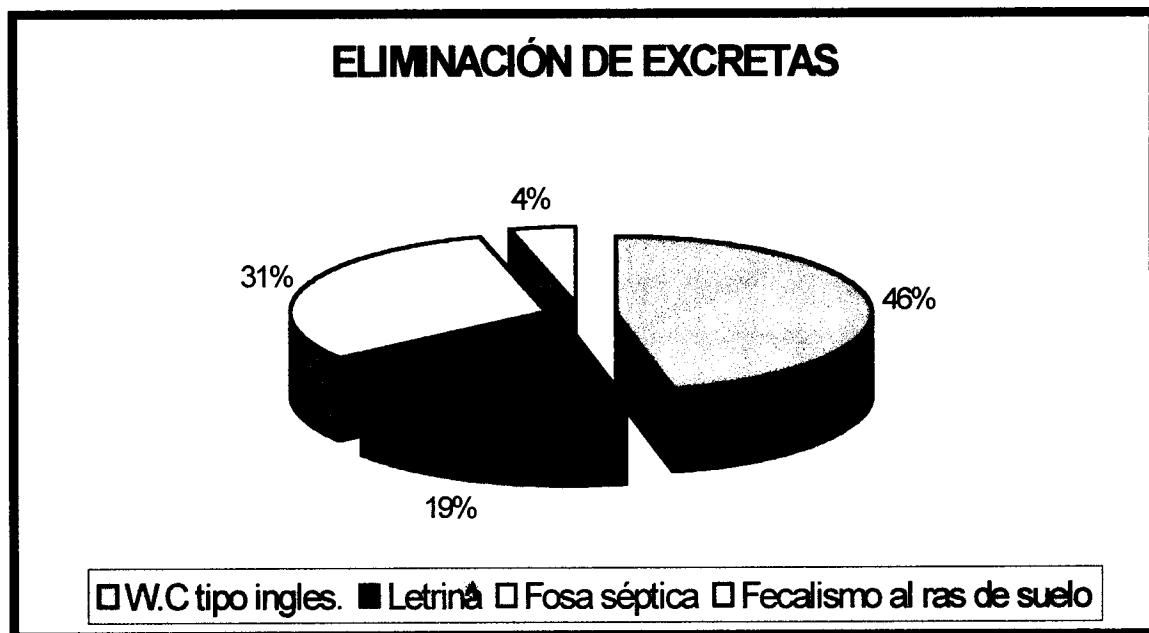


Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001.

### 12.3 ELIMINACIÓN DE EXCRETAS.

A pesar de ser comunidades rurales, la localidad de San Miguel Palmas a tenido influencia de programas de urbanización entre ellas la de drenaje, por lo cual gran porcentaje de la comunidad cuenta con este servicio, no es el caso de Aguacaliente en el cual un gran porcentaje cuenta con fosa séptica, letrina y otros defecan a ras de suelo, como se muestra en la siguiente tabla.

TIPO DE ELIMINACIÓN	No DE FAMILIAS	PORCENTAJE
W.C tipo ingles.	120	46.33%
Letrina	48	18.53%
Fosa séptica	80	30.88%
Fecalismo al ras de suelo	11	4.24%



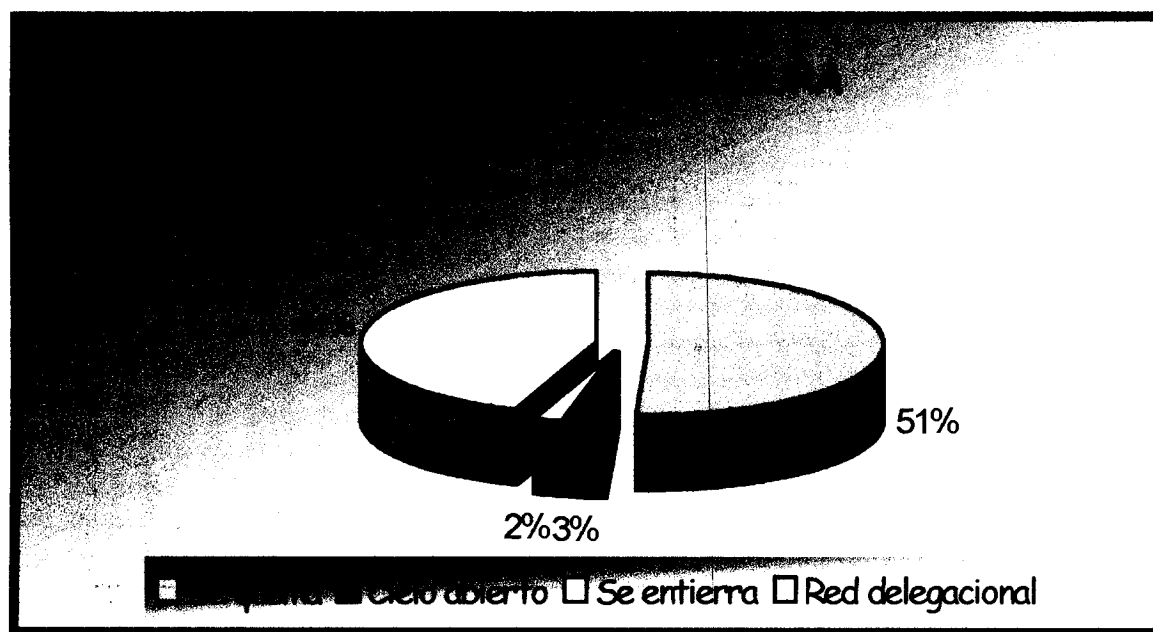
Fuente : hojas de microdiagnostico mayo 2001.

## 12.4 ELIMINACIÓN DE BASURA.

La eliminación de la basura de la comunidad de San Miguel Palmas es en general a través de la recolección en un vehículo compacto de la delegación, que posteriormente se incinera en un lugar fuera de la comunidad, en las otras localidades como Aguacaliente, la Era y Camelinas la basura es quemada por la mayoría de las familias y otro porcentaje es tirada a cielo abierto y enterrada.

A continuación se muestra un cuadro donde se muestra la eliminación de la basura en sus diferentes medios.

TIPO DE ELIMINACIÓN	Nº DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Se quema	132	50.96%
Cielo abierto	7	2.70%
Se entierra	5	1.93%
Red delegacional	115	44.40%



Fuente: hojas de microdiagnostico mayo 2001.

## 12.5 DATOS DE URBANIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.

**ALUMBRADO.** Actualmente se encuentra un adecuado alumbrado público en la comunidad y sus localidades aledañas , recibiendo energía eléctrica de tres líneas principales; dos líneas de el estado de Guanajuato; y una línea de la cabecera municipal de Peñamiller , sin embargo cabe mencionar que en los tiempos de lluvias generalmente se corta la energía eléctrica .

**PAVIMENTO .** En la comunidad de San Miguel Palmas se encuentran sus calles casi en su totalidad pavimentadas, en las otras localidades solo existen un mínimo de calles empedradas.

**ALCANTARILLADO Y DRENAJES PLUVIALES.** Sólo en la comunidad de San Miguel Palmas cuenta con una red de drenaje en la mayoría de las viviendas que drena en una parte del río, existiendo también alcantarillado pluvial no muy necesarios debido al relieve del terreno. En las otras localidades no cuentan con drenaje.

### LUZ ELÉCTRICA.

Aproximadamente cerca del 98 % del total de familias cuenta con luz eléctrica domiciliaria según la encuesta levantado en mayo 2001 (hojas de microdiagnostico), teniendo problemas en el servicio durante los meses de lluvias en los que tardan en restablecer la energía eléctrica hasta una semana lo cual ocasiona perdidas de alimentos refrigerados, escasez de agua, etc.

## 12.6 FAUNA NOCIVA Y/O TRANSMISORA.

Durante los últimos 10 años no se han reportado casos de fauna transmisora de paludismo o dengue, y en los últimos 5 años no se han reportado casos por picadura de animales ponzoñosos.

En la encuesta solo se manifestó de mayor a menor importancia la presencia de insectos como las moscas, mosquitos, cucarachas, arácnidos, roedores, pulgas y chinches.

## 12.7 CONTAMINANTES AMBIENTALES.

Los contaminantes ambientales en la comunidad los podemos dividir de acuerdo a su origen natural o artificial. De origen natural tenemos principalmente los medianos y grandes corrales de animales de ganado bovino, porcino y algunas aves que existen dentro de la comunidad provocando contaminación del aire y gran cantidad de moscas; otro factor lo es el ganado porcino que en algunas zonas de las localidades también se pueden encontrar deambulando por las calles dejando suciedad y riesgos de contraer alguna enfermedad.

Los contaminantes artificiales se observan en la tira de basura a cielo abierto en algunas secciones de las localidades, que aunque se cuenta con limpieza municipal, prevalece, y por último el alcantarillado de la comunidad que drena en el río provoca contaminación del mismo.

## 13. ORGANIZACIÓN.

### 13.1. POLÍTICA.

El municipio de Peñamiller a la cual pertenece esta comunidad de San Miguel Palmas esta representada por el PRI dividiéndose en delegaciones, siendo esta una de las más importantes por el número de subdelegaciones a su cargo. Se cuenta con una delegación que esta representada por un delegado que es elegido a través del voto del pueblo el cual se realiza cada tres años, una secretaria y cinco policías preventivos de tiempo completo, así como también se cuenta con una oficialía de Registro Civil.

La delegación se encarga de asuntos Civiles, administrativos y penales, acudiendo representantes de la PGJ del Estado de Querétaro cada dos semanas en día martes.

La comunidad de Agua Caliente cuenta con dos subdelegados que se encargan de problemas internos y referir asuntos que competen a la delegación.



### 13.2 SOCIAL.

Los tipos de asociación social más importante en la comunidad son la Caja Popular que facilita prestamos a quienes lo solicitan, el comité de Agua Potable que se encarga de mantener en el mejor estado posible las instalaciones del pozo, la tubería y el depósito de agua, así como el cobro de la misma. El comité de Padres de Familia de cada escuela que promueve el saneamiento escolar, el comité de Fiestas que se encarga de la organización de la fiesta anual de San Miguel Palmas, el Comité de Salud encargado de promover el mejoramiento de las instalaciones y atender algunos problemas de salud.

### 13.3 LABORALES.

Existen agrupaciones como la formada por los maestros de las comunidades, también existen agrupaciones de ejidatarios y agricultores para la obtención de beneficios del gobierno para realizar sus trabajos.

No existen otros grupos importantes de asociaciones para beneficios laborales.

### 13.4 RELIGIOSA.

La comunidad es casi 100% católica, organizada en diversos grupos como son: grupo de catequistas grupo juvenil, grupo de canto, y grupo de caritas ( que un grupo encargado de ayudar a personas de muy escasos recursos).

Actualmente se encuentra una familia con religión de testigo de Jehová , que venden más cerveza que en ningún otro lugar.

### 13.5 FAMILIAR.

La familia de acuerdo a su desarrollo se puede considerar tradicionalista arraigado a sus costumbres , y predominando el patriarcado, siendo rural, (población de 1221 habitantes).

Predominando la familia campesina y en mucho menor grado la familia obrera, aunque cabe mencionar que existe la ausencia del padre de familia que debido a su necesidad de emigrar a los EE.UU.. abandona psicológicamente a sus hijos por varios meses, los cuales crecen sin un modelo de padre.

La estructura de la familia es extensa debido al gran número de hijos por familia y vivir junto con hijos casados y abuelos.

## 14. SERVICIOS PARA EL RECREO DE LA COMUNIDAD.

### 14.1 NÚMERO DE PLAZAS, JARDINES.

La comunidad de San Miguel Palmas cuenta con un jardín central con kiosco, el cual sirve para el recreo de la comunidad ya que cuenta con ocho jardineras , con bancas , pasto y flores y una gran cantidad de aves que habitan en los grandes árboles que hay se encuentran, los días domingos es cuando es visita más este jardín.

### 14.2 NÚMERO DE SALAS DE ESPECTÁCULOS Y FUNCIONES.

No se cuenta con ningún tipo de espectáculos en la comunidad, sólo en los días de fin de año se realizan pastorelas en la cancha de básquetbol que es tomada como oficial para realizar espectáculos, bailes, bodas y quince años.

También se usa un salón de juntas ubicado en la delegación para proyectar películas con vídeo casetera o proyectores por lo general a fines del ciclo escolar para recabar fondos.

### 14.3 DEPORTES QUE SE PRACTICAN Y NÚMERO DE CANCHAS.

En la comunidad se practican deportes de equipo como el fútbol, básquetbol, voleibol, contando con una cancha de básquetbol en el centro del pueblo y una en cada escuela, así como una cancha de fútbol.

Los jóvenes tienen formados dos equipos de fútbol que se encuentran dentro de una liga delegacional.

## 15. HÁBITOS Y COSTUMBRES.

### 15.1 FIESTAS CIVILES Y RELIGIOSAS MÁS IMPORTANTES.

Las fiestas civiles están marcadas realmente por las diferentes escuelas quienes realizan los siguientes acontecimientos,

5 de febrero día de la constitución realizándose acto cívico en las escuelas.

24 de febrero día de la bandera realizándose acto cívico en las escuelas.

21 de marzo natalicio de Benito Juárez e inicio de la primavera festejado principalmente por el preescolar con un desfile con disfraces de animalitos.

5 mayo día de la batalla de Puebla realizándose acto cívico por las escuelas.

16 de septiembre, conmemoración de día de la independencia. acto cívico escolar y delegacional.

12 de octubre día del descubrimiento de América ,acto cívico escolar.

20 de noviembre día de la revolución, acto cívico escolar y desfile por las diferentes escuelas.

Las fiestas religiosas principales de la localidad están marcadas por las fechas del calendario.

Semana Santa . Se lleva acabo con la representación de la pasión de Cristo por los mismos jóvenes de la comunidad con una peregrinación y cantos.

Romería a la Basílica de Guadalupe . En el mes de julio parte la peregrinación de la comunidad uniéndose a otras para realizar un recorrido de aproximadamente diez días de caminata a la ciudad de México.

Fiestas anual del pueblo, la fiesta patronal se realiza en el mes de septiembre del 25 al29 con novenario, quema de juegos pirotécnicos, conjunto musical, jaripeo, guapango etc.

Fiesta anual de la localidad de Aguacaliente, se realiza el día 12 de enero con novenario, quema de juegos pirotécnicos, conjunto musical, guapango, etc.

Fiestas diciembrinas , a partir del 16 de diciembre inician las tradicionales posadas en cada calle de la comunidad y el 24 de diciembre se representa una pastorela y a las doce 12 de la noche la misa del gallo.

## 15.2 HÁBITOS Y COSTUMBRES DE LA LOCALIDAD RELACIONADAS CON LA SALUD.

Los hábitos higiénicos de la comunidad son en general malos. En la comunidad de San Miguel Palmas no se realiza una limpieza personal constante ,bañándose por lo general cada tercer día con el mismo cambio de ropa las personas jóvenes y las personas mayores difícilmente llevan un aseo personal constante. Por lo que

respecta a la higiene bucal no existe un hábito o cultura familiar verdadera aunque existen programas escolares encargadas de fomentarlos.

En la comunidad de S.M.P. se realiza lavados de manos antes de comer y después de ir al baño, en las otras comunidades sólo se lleva a cabo en algunas familias.

Durante el año de servicio social no se detectó ningún sólo un caso de alcoholismo crónico que provocó su muerte. Aunque existen varias tiendas que venden productos embriagantes no existen una morbilidad importante de alcoholismo.

### 15.3 RUTINA DIARIA.

Existe una rutina muy marcada en la comunidad y localidades aledañas, empezando por las mujeres quienes son las que se levantan más temprano entre 5 y 6 hrs de la mañana, algunas acuden al rosario, otras al molino o a moler por sus propios medios (metate) para preparar el desayuno, aunque en actualidad ya hay una tortillería y muchas madres de San Miguel Palmas acuden a ella, preparan a sus hijos para ir a la escuela, después de dar el almuerzo a sus esposos, realizan sus labores cotidianas como el lavar trastes, ropa y al aseo de su hogar para posteriormente alcanzar a su esposo para ayudarlo en las labores del campo, regresando a su casa por la tarde para hacer la comida y así dar de comer a su familia por las 3 y 4 hrs. de la tarde, las mamás que poseen un negocio se dedican completamente a atenderlo, las otras siguen trabajando junto con su esposo en el campo y la crianza de animales, ya por la tarde regresan a descansar y realizar algún pendiente del aseo y más tarde a preparar la cena, terminando viendo la televisión quienes tienen, durmiendo alrededor de las 9 y 10 hrs de la noche.

La población masculina realiza casi la misma rutina diaria con la diferencia que no apoyan por lo general en ningún que hacer doméstico sólo dedicándose a las labores del campo o su oficio determinado, existiendo aún (en muchos casos) el machista mexicano. Los estudiantes se enfocan a sus propias ocupaciones y durante la tarde ayudan en los trabajos forzados al igual que sus padres, teniendo distracciones sólo en ocasiones jugando básquetbol o fútbol.

## 15.4 MITOS Y TRADICIÓN.

La comunidad es muy tradicionalista y podemos mencionar de los más conocidos es el enterrar a sus familiares fallecidos vestidos con prendas del santo de su devoción, velándolo durante toda la noche con cantos de familiares, amigos y vecinos, enterándolo a las 3 de la tarde exactamente para que pueda descansar en paz por que según a esa hora murió Cristo. Por otra parte existe la tradición de muertos, el 2 de noviembre visitando a las tumbas y dejando comida, licor, agua etc. para que puedan venir e irse en felices .

Existe la tradición de realizar una peregrinación de fe a la virgen de Guadalupe a la Basílica con una caminata de hasta 10 días.

También hay diversidad de mitos, dentro de los cuales existe el "mal de ojo" que es cuando un lactante se enferma porque una persona ajena a la familia lo vio o toco sin permiso. El "empacho" que es cuando un niño no quiere comer o esta con el abdomen distendido o tiene diarrea. La "mollera caída" que es cuando la fontanela anterior se encuentra hundida secundaria a una deshidratación. El "mal de espanto" que es cuando una persona se encuentra con cierta depresión o dolores articulares llevándolo con el huesero ó yerbero del pueblo, e incluso, dicen que la solución es dejarle caer una cierta cantidad de mezcal en la cara cuando están durmiendo y así sanan. Aun creen erróneamente en la cuarentena después del parto en el cual la madre no puede levantarse de la cama ni tampoco bañarse durante 40 días seguidos. Tampoco pueden cortar las uñas a un lactante con un corta-uñas , sólo con los dientes de la madre porque si no puede volverse loco o quedar mudo el niño. Se ha visto que la madre coloca monedas, canicas, y otras cosas redondas en la cicatriz umbilical de un recién nacido para que se les "forme bien".

## 16 PROBLEMAS SOCIALES.

### 16.1 CATÁSTROFES NATURALES.

Sólo se cuenta con antecedentes de fuertes tormentas que han provocado el desbordamiento del río originando derrumbes de casas, chozas y pedazos de cerros,

así como múltiples pérdidas de terrenos, siembras, etc. registrándose por orden de importancia los años de 1929, 1933, 1944, 1950 y el último en el año de 1967.

Actualmente no existe reporte de alguna catástrofe en las últimas décadas.

## 16.2 PROBLEMAS HUMANOS.

En la comunidad existen diversos casos de desamparo generalmente en la población de la tercera edad quienes están abandonados y algunos de ellos con graves problemas de salud, debido entre otras causas a que sus hijos se encuentran como emigrantes en lugares muy alejados sin recibir ningún tipo de apoyo humano, mucho menos económico (cabe mencionar que algunos solamente subsisten del mínimo apoyo del programa de PROGRESA). También existe un caso de una familia de muy escasos recursos económicos que tienen un niño con retraso mental con crisis convulsivas frecuentes y sin posibilidades de comprar sus medicamentos, siendo apoyado hace poco por el DIF municipal.

No existen casos de huérfanos desamparados ya que generalmente son adoptados por alguna familia de primera línea o segunda.

Existía una persona minusválida que pedía limosna en el jardín los días domingos, sin embargo esta persona falleció hace un mes.

## 16.3 PROBLEMAS PSICOSOCIALES.

En los últimos meses se han reportado casos de delincuencia, como asaltos a casa- habitación, caso de violación, que ha pasado a manos de la PGJ de Querétaro.

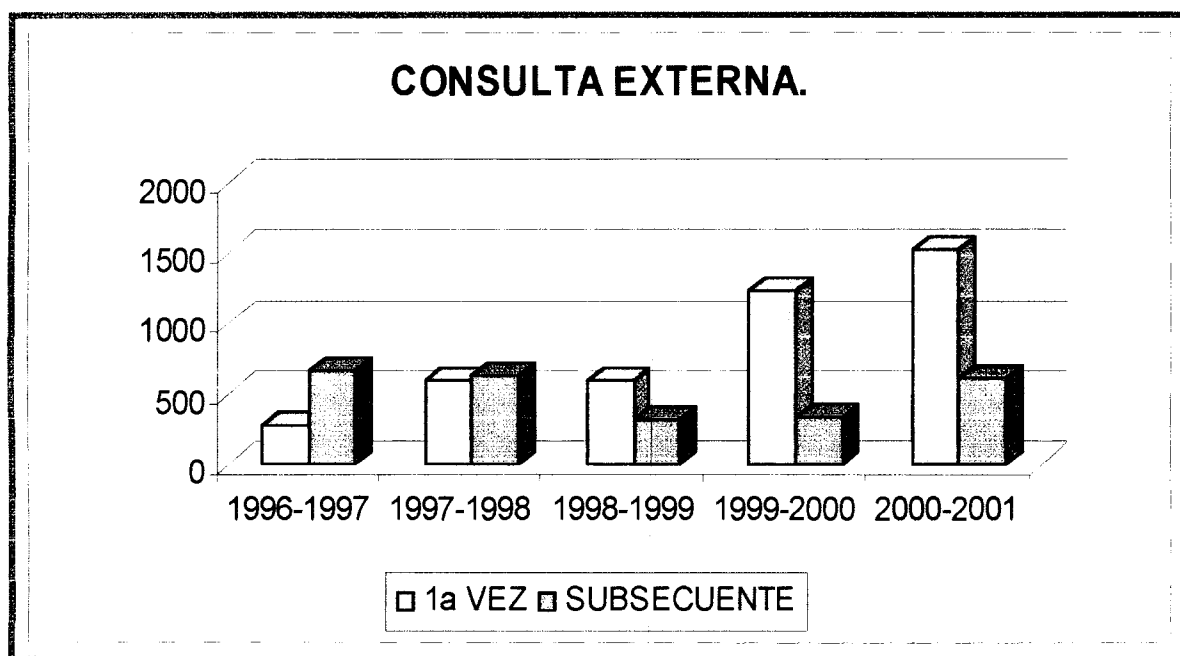
No se han encontrado con casos de alcoholismo y tabaquismos de importancia. La población ha un desconoce problemas de fármacodependencia.

## 17. DAÑOS A LA SALUD.

### 17.1 TOTAL DE CONSULTAS

Total De Consultas De Primera Vez Y Subsecuentes.

Durante el año en servicio Social se atendieron un total de 2138 consultas siendo 1528 de primera vez y 610 subsecuentes. A continuación se mostrará un cuadro con el número de consultas en 4 años anteriores.



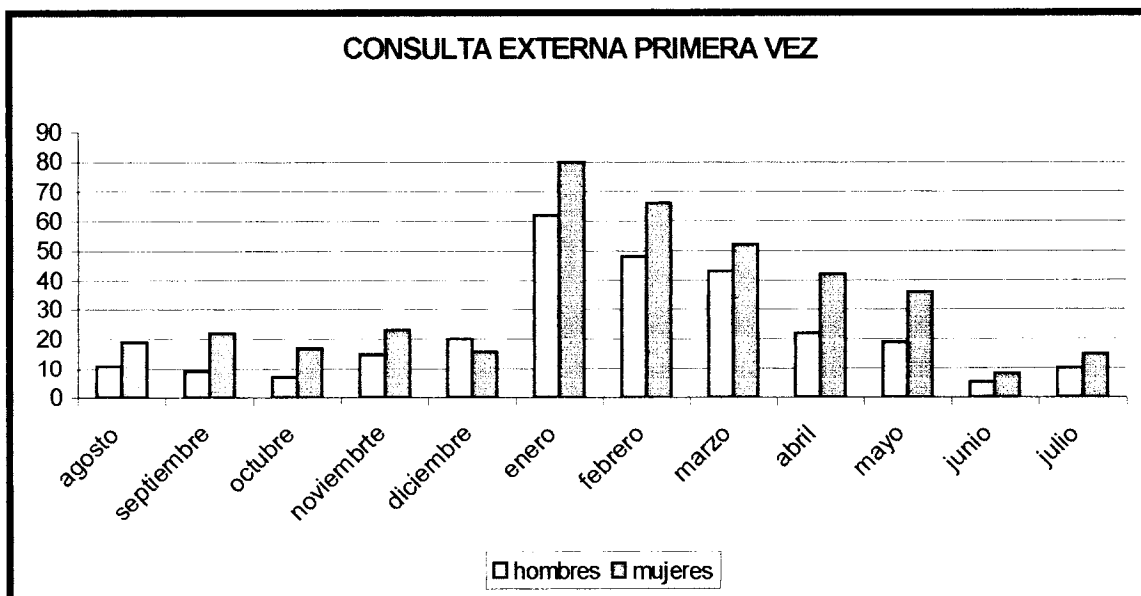
Fuente SISPA 2000-2001.



## Cobertura De Atención

Se atendieron consultas de primera vez en el año en el Centro de Salud un total de 667 consultas siendo 271 a hombres y 396 a mujeres.

MES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
AGOSTO	11	19	30
SEPTIEM	9	22	31
OCTUB	7	17	24
NOVIEM	15	23	38
DICIEMBR	20	16	36
ENERO	62	80	142
FEBRER	48	66	114
MARZO	43	52	95
ABRIL	22	42	64
MAYO	19	36	55
JUNIO	5	8	13
JULIO	10	15	25
TOTAL	271	396	667



Fuente SISPA 2000-2001.

## 17.2 MORBILIDAD.

## Enfermedades Transmisibles.

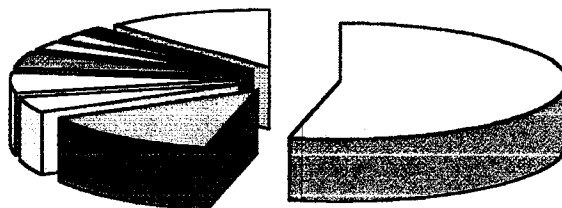
TABLA No 1: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL PALMAS AGOSTO 2000 A JULIO 2001

ENFERMEDADES	No DE CASOS	TASA	PORCENTAJE
Faringoamigadlitis	322	26.3	53.6
Sx Gripal	80	6.55	13.4
GEPI	27	3.03	4.5
Amibiasis	34	2.78	5.7
Enf. Transm. Sexual	27	2.21	4.5
Otitis Media	17	1.39	2.9
Conjuntivitis	13	1.06	2.2
Onicomiosis	4	3.27	0.6
Bronconeumonia	3	2.45	0.5
Sinusitis	1	0.81	0.1
Otras	72	5.89	12

Tasa por 100 habts.

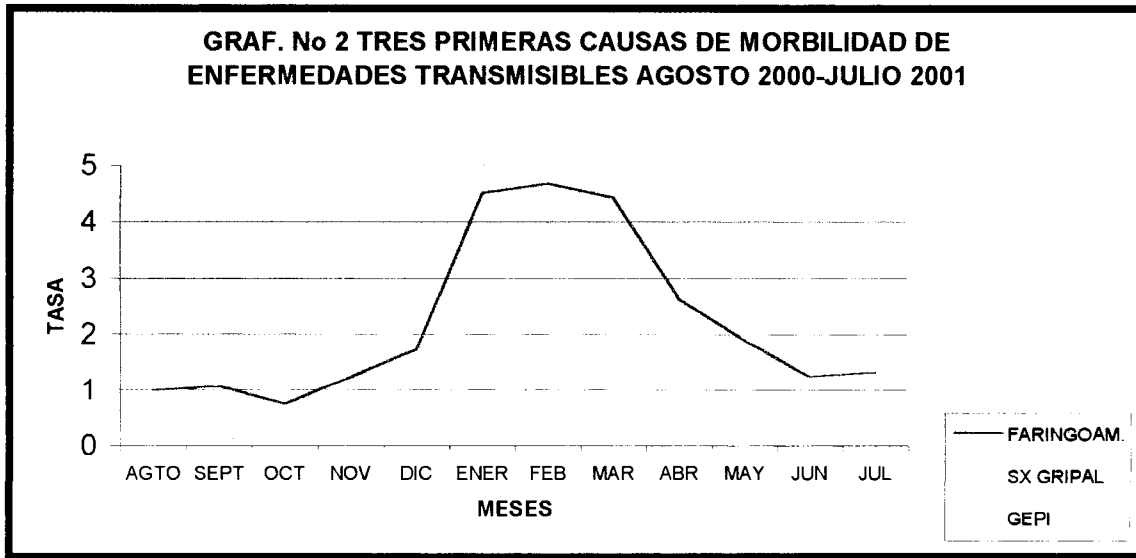
Fuente: SISPA 2001-2002 CSSMP

GRAFICA No 1-V: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. MORBILIDAD



□ Faringoamigadlitis	■ Sx Gripal	□ GEPI
□ Amibiasis	■ Enf. Transm. Sexual	□ Otitis Media
□ Conjuntivitis	□ Onicomiosis	■ Bronconeumonia
□ Sinusitis	□ Otras	

Fuente: SISPA 2001-2002 CSSMP.



TASA POR 100 HABTS.

FUENTE: SISPA 2000-2001CS SMP

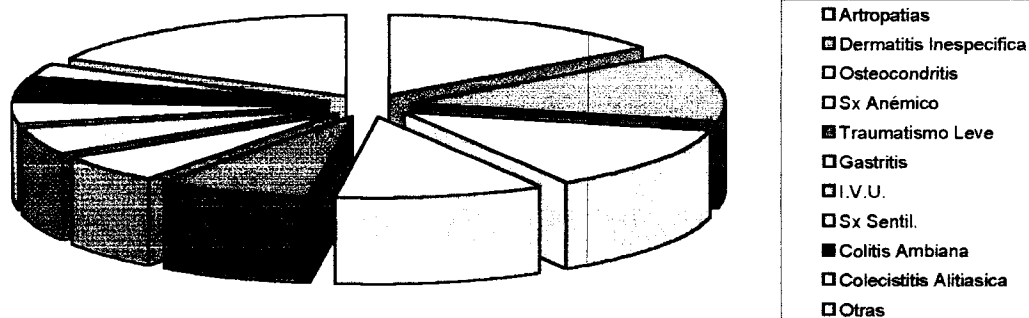
### Enfermedades No Transmisibles.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL PALMAS			
ENFERMEDADES	No DE CASOS	AGOSTO 2000 A JULIO	
		TASA	PORCENTAJE
Artropatias	45	3.68	15.00
Dermatitis Inespecifica	41	3.35	13.67
Osteocondritis	38	3.11	12.67
Sx Anémico	33	2.7	11.00
Traumatismo Leve	24	1.96	8.00
Gastritis	17	1.39	5.67
I.V.U.	17	1.39	5.67
Sx Sentil.	13	1.06	4.33
Colitis Ambiana	12	0.98	4.00
Colecistitis Alitiasica	8	0.65	2.67
Otras	52	4.25	17.33
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>		<b>100</b>

TASA POR 100 HABTS.

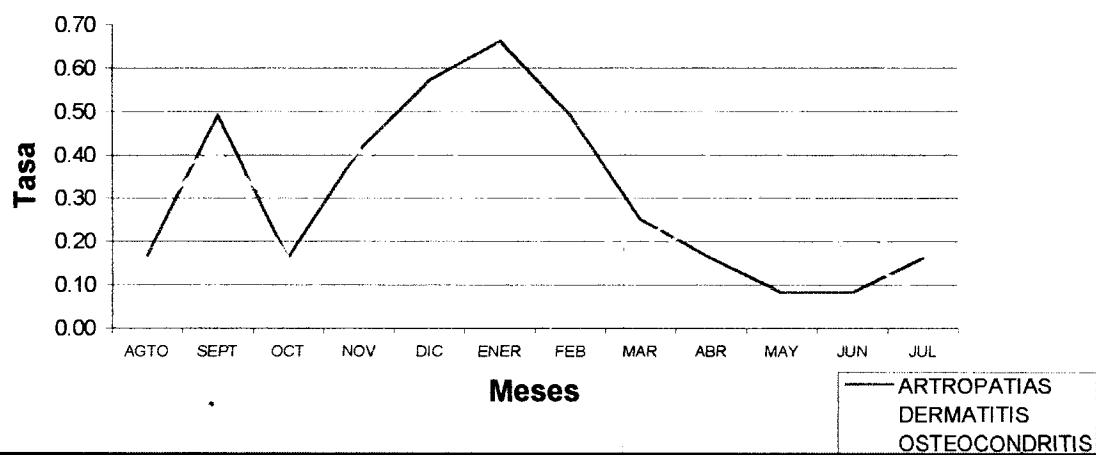
FUENTE SISPA 2000-2001 CSSMP

**GRAF. No 3 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2000-2001**



FUENTE : SISPA 2000-2001.

**GRAF. No 4 TRES PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES AGOSTO 2000-2001**



FUENTE : SISPA 2000-2001.

### 17.3 MORTALIDAD

#### LAS 10 PRINCIPALES PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR AÑO (5 AÑOS)

1996-1997.

1. Insuficiencia Cardíaca.
2. Hipertensión Arterial.
3. Infarto agudo al miocardio.
4. Cirrosis hepática.
5. Traumatismo Cráneo Encefálico.
6. Bronconeumonía.
7. Cáncer Hepático.
8. Sufrimiento Fetal Agudo.
9. Muerte Natural.

1997 -1998.

1. Cáncer pulmonar.
2. E.V.C.
3. Hipertensión Arterial Sistémica.
4. Insuficiencia cardíaca.
5. Senectud.
6. asfixia por TTP.

1998 - 1999.

1. Insuficiencia Cardíaca.
2. Infarto Agudo al Miocardio.
3. Intoxicación aguda de Alcohol.
4. Gastroenteritis.
5. Cáncer Hepático.
6. Senectud.

1999 - 2000.

1. Traumatismo Cráneo Encefálico.
2. Cáncer de Hepático.
3. E.V.C.
4. S.I.R.I. Prematuro.
5. Desnutrición Severa.

6. Muerte Natural.
7. Insuficiencia cardiaca.

2000 - 2001.

1. Traumatismo Cráneo Encefálico.
2. E.V.C.
3. Shock séptico sec. Peritonitis.
4. SIDA.
5. Tuberculosis Pulmonar.
6. Encefalopatía Diabética.
7. Síndrome de Aspiración de meconio.
8. Insuficiencia Cardiaca.

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD (5AÑOS)

1996 - 1997.

GRUPO DE EDAD	INSUF. CARDIACA	H.A.T	I.A.M.	CHAN	T.C.E.	BRONCON EUMONIA	CA. HEPÁTICO	S.F.A.	SENECTUD
-1								1	
1-4									
5-14									
15-24									
25-44					1				
45-64			1			1			
65 +	2	1	1	1			1		2

1997 - 1998.

GRUPO DE EDAD	INSUF. CARDIACA	CA PULMONAR	H.T.A	E.V.C	SENECTUD	S.F.A.
-1						1
1-4						
5-14				1		
15-24						
25-44						
45-64						
65 +	3	1	1	2	1	

## 1998 - 1999.

GRUPO DE EDAD	DE	INSUF. CARDIACA	I.A.M.	CA. HEPÁTICO.	INTOX. A. ALCOHOL	SENECTUD	G.E.P.I.
-1							
1-4							
5-14							
15-24					1		
25-44				1			1
45-64			1				
65 +		2				1	

## 1999 -2000.

GRUPO DE EDAD	DE	INSUF. CARDIACA	DESNUTRICIÓN SEVERA	CA. HEPÁTICO.	S.I.R.I.	SENECTUD	E.V.C.	T.C.E.
-1					1			
1-4								
5-14								
15-24								
25-44								1
45-64								1
65 +		1	1	1		3	1	

## 2000 -2001.

GRUPO DE EDAD	DE	INSUF. CARDIACA	SXA SPIRACIÓN MECONIO	TB PULMUNAR	ENCEF. DIABETICA	SHOCK SEPTICO	E.V.C.	T.C.E.	SIDA
-1			1						
1-4									
5-14									
15-24								2	
25-44									1
45-64		2			1				
65 +		4		1		1	3		

Fuente : Registro civil SMP.

## 18. RECURSOS PARA LA SALUD.

### 18.1 ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO.

En la comunidad de San Miguel Palmas y localidades aledañas la única Institución de Salud que presta sus servicios es la Secretaria de Salud del Estado de Querétaro con la siguiente organización.

Jurisdicción sanitaria : que es la instancia de instrumentación y operación de las tareas de los Centros de Salud ( CS), Unidades Auxiliares de salud ( USA ) y Equipos de Salud Itinerante ( ESI ). En ellas se debe confluir los esfuerzos de las áreas técnicas y administrativas del nivel directivo de los estados; también en este nivel se precisan la organización bucal y el funcionamiento de la ampliación geográfica y funcional. Es también aquí donde se realizan las observaciones y recomendaciones normativas, y se proporciona todos los apoyo, visitas de asesoría y supervisión, las acciones de capacitación y actualización del personal de salud, entre otras actividades de correspondencia estatal y Jurisdiccional; es decir, de lo que se trata es de conformar un servicio único en forma de paquete integrado.

Equipo Zonal de Supervisión. Los Equipos Zonales de Supervisión ( EZS), dependientes de la jurisdicción sanitaria, están constituidos por un médico, una enfermera y personal promotor. Su función consiste en dar seguimiento, llevar el control del programa y, cuando así se requiera, otorgar al Paquete Básico en una zona geográfica determinada.

Así, los equipos zonales de supervisión también participan directamente en la aplicación del paquete básico, en la capacitación del personal comunitario e institucional y en la verificación del registro adecuado de datos en los sistemas de información preestablecidos sobre la operación de los servicios la vigilancia epidemiológica simplificada.

Núcleo Básico de Servicios. La unidad funcional de los centros de salud es el núcleo básicos de servicios; este equipo ésta conformado por un médico general o familiar y una o dos enfermeras. Las alternativas en caso de no contar con este



núcleo serán: la sustitución del médico y la enfermera con pasantes de estas carreras, y con personal promotor donde no exista personal profesional.

Dentro del esquema de operación, el equipo de salud se responsabiliza de vigilar y atender a la población de responsabilidad de acuerdo a su capacidad instalada y resolutive. A los pacientes adscritos a la Unidad de Salud y que acudan a recibir atención, se les abre un expediente familiar, en dicho expediente se anotara la evolución del padecimiento que presente en visitas subsecuentes y el documento deberá permanecer todo el tiempo en la unidad.

Los núcleos básicos realización acciones intramuros y extramuros para impulsar un mejor control y vigilancia de la salud en cada uno de los sectores de población bajo su responsabilidad. En las localidades de su área de influencia cuenta con el apoyo de los auxiliares de salud y de los coordinadores comunitarios de salud para la aplicación del Paquete Básico.

Equipo de Salud Itinerante. El Equipo de Salud Itinerante está conformado por personal institucional: médico, enfermera y polivalente y, en algunos casos, un odontólogo. Se trata de profesionales titulados o pasantes en servicio social debidamente acreditados, con excepción de las enfermeras, las cuales pueden tener el nivel de instrucción de auxiliares de enfermería.

Cada ESI tiene a su cargo una microregión en la cual desarrollan sus actividades los coordinadores comunitarios de salud y las auxiliares de salud comunitarias (ASC). Para cubrir sus universo de trabajo, los ESI tienen definida una o más rutas, dependiendo de la infraestructura disponible en la región que es coincidente con el modelo de atención de a la salud en cada estado. En este sentido tienen en su responsabilidad de 10 a 15 localidades por rutas de servicios.

Los ESI pueden ser de tres tipos: brigada ambulante; brigada motorizada o unidad móvil; brigada mixta, que se establece en función de las vías de acceso, las características geográficas de las áreas de responsabilidad, la estacionalidad y la distancia existente entre las localidades sede (donde pueden pernoctar y resguardar los insumos ) y las subsedes ( donde se concitan los núcleos de población para su atención ).

Las principales funciones de los ESI son: 1) Apoyar, asesorar y supervisar el trabajo del coordinador comunitario y/o auxiliar de salud comunitaria que se encuentra bajo su responsabilidad. 2) Coordinar la programación de las actividades en la microregión bajo responsabilidad. 3) Participar en la capacitación de los auxiliares de salud comunitarios. 4) Reformar y vigilar la atención médica a la población en las localidades de sus rutas, así como asesorar y orientar a la población en general sobre el saneamiento familiar y medio ambiente. 5) Abastecer oportunamente el cuadro básico de medicamentos y material de curación, tanto el propio como el del personal bajo su responsabilidad. 6) Trasladar o gestionar el traslado del paciente en condiciones críticas de salud a unidades con mayor capacidad resolutive. 7) Apoyar y participar en la detección de brotes epidémicos. 8) recabar y emitir información actualizada, oportuna, verás, suficiente y homogénea de las actividades realizadas y la referente a la aplicación de los recursos. Entre otras.

Auxiliar de Salud. La auxiliar de Salud Comunitaria (ASC) constituye el agente principal de la ampliación de cobertura, a través de las actividades de promoción, prevención, algunas tareas asistenciales sencillas y la referencia de casos que le han definido en el paquete básico. Su responsabilidad es impulsar la cultura de la salud y la participación social en el programa mediante el fortalecimiento de los comité de salud locales y la participación informada de la comunidad.

La participación de la ASC para la aplicación del paquete básico, se centra en 4 actividades fundamentales : 1) definición del universo bajo su responsabilidad; 2) visitas domiciliarias; 3) convocatoria a la participación social; y 4) coordinación con el comité de salud y las autoridades locales.

Sus principales funciones son. 1) realizar periódicamente acciones de promoción, prevención, atención médica básica y de saneamiento comunitario, de acuerdo a lo señalado en el paquete básico y con base en la capacitación y supervisión recibidas. 2)Elaborar el croquis de la localidad especificando la ubicación de las viviendas, los grupos vulnerables, vías de acceso y tiempos de recorrido. 3) Realizar anualmente el censo nominal de las familias de su comunidad, identificando a los niños menores de 5 años de edad, a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. 4) Participar en la elaboración anual del diagnostico de salud de la localidad, en forma conjunta con el médico, la enfermera y el personal promotor. 5) Participar en el comité de salud y mantener coordinación con las autoridades locales, municipales y de la

jurisdicción sanitaria para la solución de problemas de salud. 6) Promover en la comunidad la asignación de un local que funja como casa de salud para brindar atención y, a su vez, sirva de resguardo de medicamentos, material de curación, equipo e instrumental médico. 7) Convocar a grupos específicos de la comunidad para impartir temas sobre salud individual, familiar y comunitario. 8) Registrar los datos correspondientes a los sistemas de información de servicios de salud y vigilancia epidemiológica. 9) Realizar mensualmente el control de insumos para la salud que emplea y solicitar su reabastecimiento.

En nuestra comunidad contamos con la Unidad Auxiliar de Salud que como , ya se comento, ofrece el Núcleo Básico de Salud a través del paquete Básico de Salud que posteriormente se mostrara en forma más detallada. Es nuestra unidad se presta servicios de primer nivel de atención, como medicina preventiva, consulta general, urgencias, detecciones, partos , farmacia entre otros. También se cuenta con un ESI No 2 de peñamiller que tiene como localidad base San Miguel Palmas. La próxima unidad de salud más cercana se encuentra aproximadamente a 16 km de distancia (Sta Catarina , Gto.) La atención a segundo nivel se encuentra hasta la ciudad de Querétaro a una distancia de 113 Km

Por lo que respecta a la atención medica privada se cuenta sólo con un médico particular.

Algunas personas son derecho ambientes del IMSS o ISSTE que sólo pueden recibir atención en la Cd. de Qro.

No existen parteras en la comunidad.

## 18.2 NÚMERO DE FARMACIAS.

No hay farmacia oficial en la comunidad , solo existe la del Centro de salud y del ESI.

### 18.3 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS CON VENTA DE MEDICAMENTOS.

Podemos deducir que existe una botica-farmacia disfrazada de papelería en la comunidad que auto-prescribe todo tipo de medicamento a pacientes de cualquier edad. También existen establecimientos como tiendas que venden algunos antipiréticos, analgésicos.

### 18.4 RECURSOS HUMANOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL.

En la comunidad existen los llamados "chocheros" y medicina naturista quienes ofrecen sus servicios a través de un sonido local anunciando sus productos y otra más visitando casa por casa.

No existen parteras en la comunidad.

Existe un "huesero" en la comunidad disfrazado de quiropráctico que ha perjudicado a varias personas y milagrosamente sanado a otras.

### 18.5 NORMAS TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.

Se llevan a cabo las actividades de la UAS por las Normas Técnica distribuidas por la SSA las cuales fueron publicadas y aceptadas por el Diario de la Federación.

- 1.- Manual de normas y procedimientos de enfermería en el programa y control de TB. (1972).
- 2.- Manual para capacitación de madres en control de enfermedades diarreicas.
- 3.- Manual para tratamiento y prevención de IRAS (1993).
- 4.- Normas y procedimientos en prevención y control de TB. (1993).
- 5.- Guía de enfermedades de ENF.CRONIC.DEGEN.-HTA. (1990).
- 6.- Instructivo de actividades de atención a la salud materno infantil para médicos.
- 7.- Manual de vigilancia de cólera en México (1992).
- 8.- Vigilancia epidemiológica de sarampión y enfermedad febril exantemática (sintetizado).
- 9.- Tratamiento de Tb. Actualizado (1984).

- 10.- Quimioterapia de TB. Y control de TB. Y enfermedades del aparato respiratorio.
- 11.- Programa nacional para la prevención y control de enfermedades diarreicas y respiratorias (1996).
- 12.- Programa nacional de control de TB. (1983).
- 13.- Programa nacional de inmunizaciones (1988).
- 14.- Procedimientos operativos para control de lepra (1991).
- 15.-Prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas y rendimientos (1990).
- 16.- Auto evaluación de primer nivel de atención (1987).
- 17.- Auto enseñanza y embarazo de alto riesgo.
- 18.- Urgencias médico-quirúrgicas.
- 19.- Bases para la promoción de planificación familiar.
- 20.- Norma ,tratamiento y diagnostico de DM II (2000).

## **19. ESTUDIO DE LA UNIDAD MEDICA EN QUE SE PRESTA EL SERVICIO SOCIAL.**

### **19.1 SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD**

Los servicios que presta la Unidad Auxiliar de Salud son todas aquellas actividades referentes al primer nivel de atención como son las que a continuación mostramos.

Consulta externa . Se atiende con un horario de 8: 00 hrs a 15:30 hrs durante dos semanas descansando un fin de semana cada quince días. Mencionando que los días martes y miércoles se acude a las escuelas y comunidades para impartir platicas y realizar detecciones de algunos padecimiento comunes.

Hospitalización y urgencias. Se atienden y se hospitalizan urgencias y partos las 24 hrs con estancias dentro de la Unidad según sea el padecimiento lo requiera, por ejemplo, plan b de hidratación, partos y puerperio inmediato. Así como urgencias que tratan de resolver o referir a segundo nivel en el momento preciso.

Traslado de pacientes. Cuando se atienden urgencias medico- quirúrgicas se trasladan pacientes por medio del vehículo de la ESI - 2 de Peñamiller o a través vehículo de la delegación (no apto).

Medicina Preventiva. Se realizan detecciones de D.M. , HTA, CaCu, Ca de mama, TBp, Lepra, Paludismo, así como también se llevan a cabo los programas de vacunación universal, planificación familiar, control de niño sano, control prenatal y promoción a la salud a través de periódicos murales, desfiles con escolares en campañas, platicas a población abierta, visitas a escuelas etc.

Atención materno infantil. Se realiza atención de control prenatal, parto. Puerperio, cuidados neonatales, programa de nutrición y salud, control del niño sano, programas de IRAS y EDAS, la salud comienza en casa, mujer y desarrollo, etc.

Farmacia. La unidad cuenta con los medicamentos del cuadro básico de la SSA para iniciarla terapéutica requerida.

## 19.2 ÁREA DE INFLUENCIA.

La Unidad Auxiliar de Salud tiene a su cargo a la comunidad sede y 4 localidades que son, Aguacaliente, Camelinas, la Era y el Higuerón .

Sin embargo por ser un lugar muy retirado de otra Unidad Medica (28 Km terracería) su área de influencia es aún con comunidades como la Ordeña, Cruz del Milagro, El Arte, Tequezquite, Puerto del Aire, Mesa del Troje, Molinos, Pinalito, Boquillas, El Alamito, Cerrito colorado, Milpa Alta, Paso de Guillermo, Xichú entre otras.

## 19.3 OTROS RECURSOS FUERA DE LA UNIDAD.

Se cuenta con el sistema de referencia y contra referencia segundo nivel de atención para pacientes que así lo requieran a través de citas programadas o urgencias al Hospital General de Cadereyta, o es su defecto, al Hospital General de Querétaro debido a su menor lejanía de 140 Km sobre pavimento.

## 19.4 ATENCIÓN A MÓDULOS.

No se cuenta con ese servicio.

## 20 PROGRAMAS DE SALUD.

### 20.1 NUMERO Y CARACTERÍSTICAS DE LAS FUNCIONES Y PROGRAMAS BÁSICAS A NIVEL JURISDICCIONAL.

A nivel Jurisdiccional existen funciones asignadas de acuerdo con lo dispuesto en el reglamento interior de la SSA. A continuación se mostraran algunas de ellas y posteriormente se señalaran los Programas existentes a nivel Jurisdiccional.

Las funciones asignadas son:

I.- Contribuir a elevar el nivel de salud y bienestar de los grupos vulnerables mediante el otorgamiento de un Paquete Básico, principalmente en las regiones prioritarias y a la población sin cobertura.

II.- Formular, difundir y coordinar las políticas programas y estrategias en materia de extensión de cobertura de los servicios de salud.

III.- Propiciar la organización y participación social en beneficio de la salud de los grupos vulnerables.

IV.- Llevar el seguimiento de los avances en la ejecución de los programas que se le asignen, así como evaluar los resultados, vigilar la debida utilización de los recursos y proponer las medidas necesarias para corregir las desviaciones que se detectan.

V.- Asesorar a las entidades federativas y usuarios en general para la adecuada aplicación de los programas de extensión de cobertura.

VI.- Desarrollar y diseñar sistemáticamente los mecanismos necesarios para captar y valorar las demandas que la ciudadanía o las asociaciones civiles y privadas manifiesten.

VII.- Promover y coordinar la realización de cursos de capacitación en materia de supervisión y evaluación de los servicios básicos de salud, para la extensión de cobertura;

VIII.- Promover la participación de la comunidad para el autocuidado de la salud.

IX.- Apoyar el saneamiento básico a nivel familiar, en coordinación con las unidades administrativas competentes.

X.- Evaluar los avances en la extensión de la cobertura de la presentación de los servicios de salud a cargo de la secretaria y de las entidades agrupadas administrativamente en el sector.

## 20.2 NÚMERO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS REALIZADOS A NIVEL DE LA UNIDAD, DURANTE EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL.

### 1. CONSULTA EXTERNA.

- Pacientes de primera vez y subsecuentes de,
- Enfermedades transmisibles.
- Enfermedades crónico-degenerativos.
- Otras enfermedades.
- A sanos.
- Planificación familiar.

### 2. SALUD REPRODUCTIVA.

- Consultas a embarazadas por trimestre gestacional, refiriendo a embarazos de alto riesgo y adolescentes
- Consultas a puérperas.
- Consultas premenopausia
- Consultas postmenopausia.
- Atención a nacimientos solamente eutócicos, refiriendo los distócicos.
- 

### 3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Consultas y atenciones de primera vez y subsecuentes medicas y no medicas.
- Consultas y atenciones de primera vez y subsecuentes por tipo de método como oral, inyectable mensual, implante subdermico, DIU, quirúrgico, preservativo y otros.
- Registro de métodos repartidos y usuarios activos.
- Aceptantes de eventos postevento obstétrico; inserción de DIU.

### 4. SALUD DEL NIÑO.

- Consulta a niño sano.
- Consulta por enfermedad diarreica aguda según complicación y edad.
- Recuperación de deshidratados y repartición de sobres de vida suero oral.
- Consulta por infección respiratoria aguda según tratamiento y edad.
- Consultas por neumonía.
- Determinaciones de cloro residual.
- Control de estado de nutrición en niños menores de 5 años con consultas, ingresos y registro de niños en control clasificados en obesidad y sobrepeso, normal, desnutrición leve, moderada y grave.



- Niños en control de nutrición con ayuda alimentaria.
- Capacitación a madres en manejo de casos de IRA'S, EDA'S, desnutrición infantil.
- Aplicación de biológicos del cuadro básico de vacunación actual; BCG, SABIN, Pentavalente, DPT, Triple viral, Antisarampión, Antitifoidea. Toxoide Diftérico (tetánico) en embarazadas, mujeres en edad fértil, en refuerzo a escolares y a otra población.

#### 4. DETECCIONES.

- Detecciones a hombres y mujeres de padecimientos; Ca Cu, Ca de mama, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, tuberculosis, Sífilis, Adicciones, y tamiz metabólico.

#### 5. SALUD DEL ADULTO Y EL ANCIANO.

- Ingresos, reingresos, casos en tratamiento y casos controlados de enfermedades crónico degenerativas; Diabetes mellitus e hipertensión arterial.

#### 6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.

- Consultas por paludismo con pruebas tomadas y tratamiento.
- Consultas por dengue con pruebas tomadas y tratamiento.
- Atención de personas picadas por alacrán.

#### 7. ZONOSIS.

- Rabia, atención, tratamientos y referencias de personas agredidas y reportes de casos de rabia animal
- Campañas de vacunación antirrábica.

#### 8. MICOBACTERIOSIS.

- Tuberculosis; ingresos, reingresos, retratamientos y tratamientos.

#### 9. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

- Consultas de primera vez y subsecuentes.

#### 10. ATENCIONES POR LESIONES.

- Atención de hombres y mujeres clasificados en accidental, violencia intrafamiliar, otra violencia, autoinfligido, ignorado.

### 11. SALUD BUCAL.

- Actividades colectivas en escolares, enjuagatorios con flúor, técnica de cepillado, uso de hilo dental, control de placa dentobacteriana.
- Servicio odontológico itinerante.

### 12. HOSPITALIZACIÓN.

- Ingresos, egresos, días paciente, días estancia.
- Defunciones hospitalarias; maternas, recién nacidos, otras.
- Intervenciones quirúrgicas.

### 13. PROMOCIÓN DE LA SALUD.

- Salud escolar; detecciones, enviados a la Unidad Médica, atendidos, cursos de capacitación, acciones de participación social, sesiones de educación para la salud.
- Salud municipal; comités locales de salud, saneamiento básico, apoyo a programas sustantivos, proyectos productivos, cursos de capacitación, sesiones de educación para la salud.
- La salud comienza en casa; capacitación y actualización del tarjetero básico de salud a procuradoras.
- Orientación alimentaria; sesiones de educación para salud.
- Demostraciones alimentarias.
- Salud y educación en el adulto, cursos y capacitación.
- Acciones enfocadas a programas prioritarios con sesiones de educación para la salud.

### 14. REFERENCIAS.

- Sistema de referencias y contrareferencias.

### 15. TRATAMIENTOS FAMILIARES.

- Paracitosis intestinal y escabiasis.

### 20. COBERTURA DE ATENCIÓN.

- Pacientes de primera vez en el año en consulta externa.

Los programas, los servicios y las acciones esenciales que se realizaron durante el Servicio Social son prácticamente las del Paquete Básico, incluyendo aún los programas a nivel jurisdiccional. A continuación resumiremos el **PAQUETE BÁSICO DE SALUD**.

### *1. Saneamiento básico a nivel familiar.*

Gran parte de los problemas de salud, entre los que destacan los infecciosos y parasitarios, tienen como condicionante el hábitat del ser humano. De ahí la necesidad de medidas eficaces para lograr la mayor higiene en el ambiente familiar y comunitario, así como en el agua y los alimentos que consumen.

#### ACCIONES :

- Saneamiento básico familiar.
- Control de la fauna nociva.
- Desinfección domiciliaria del agua.
- Eliminación sanitaria de basura y excretas.
- Educación para la salud.

### *2. Planificación familiar.*

Se trata de una intervención de carácter estratégico para el desarrollo demográfico y la salud materno-infantil, orientado a regular la tasa de natalidad en los grupos rurales, elevando la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos, con libertad para decidir de manera responsable y bien formada sobre el número de hijos que desean y el momento de tenerlos. En general, las acciones de planificación familiar deben ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva, poniendo énfasis en mujeres y hombres en edad fértil y, en general, en aquellos que oscilan alrededor de los 12 años de edad.

#### ACCIONES:

- Orientación y distribución de métodos anticonceptivos.
- Identificación de la población en riesgo.
- Referencia para la aplicación del DIU, salpingoclasia o vasectomía, toma de citología cérvico-vaginal y manejo de infertilidad.
- Educación para la salud.

### *3. Atención prenatal, del parto o puerperio, del recién nacido.*

Esta intervención se orienta a cuidar y atender oportunamente los riesgos de la salud durante el embarazo, parto y puerperio, con el objeto de reducir la mortalidad materna e infantil en el periodo perinatal. Reviste especial importancia por el grupo estratégico de población al que está dirigida.

#### ACCIONES:

- Identificación de embarazadas.
- Consulta prenatal de primera vez.
- Consulta prenatal subsecuente.
- Aplicación del toxoide tetánico.
- Ministración de hierro y ácido fólico.
- Promoción de la lactancia materna.
- Identificación y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo.
- Consejería de planificación familiar.
- Atención del parto eutócico.
- Cuidados inmediatos del recién nacido.
- Detección y referencia del recién nacido con problemas.
- Aplicación de las vacunas Sabin y BCG al recién nacido.
- Atención del puerperio.
- Educación para la salud.

### *4. Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil.*

La nutrición representa un factor esencial para la salud, especialmente en los niños menores de cinco años, incluyendo la etapa gestacional. La intervención enfatiza la detección, tratamiento y vigilancia; así como la referencia de casos de desnutrición tanto en crecimiento como en desarrollo, pueden ser irreversibles.

#### ACCIONES:

- Identificación de menores de cinco años.
- Diagnóstico de seguimiento del niño sin desnutrición.
- Seguimiento del niño con desnutrición.
- Diagnóstico nutricional.
- Orientación nutricional.
- Referencia y contrarreferencia.
- Capacitación a las madres.
- Ministración de micronutrientes.
- Educación para la salud.

### *5. Inmunizaciones.*

Esta intervención se orienta, conforme a los lineamientos de la Cartilla Nacional de Vacunación, a la prevención de enfermedades evitables por vacunación, a mantener la erradicación de la poliomielitis y avanzar en la eliminación y erradicación de otros padecimientos, así como asegurar que las vacunas lleguen en todas las localidades mediante la sensibilización de la población para que participen en esta estrategia, el oportuno abasto y distribución de los biológicos y el correcto funcionamiento de la red fría en todas las unidades.

#### ACCIONES:

- Administración de vacunas.
- Promoción y educación para la salud.

### *6. Manejo de casos de diarrea en el hogar.*

Las enfermedades diarreicas son una patología común en las áreas marginadas rurales y una causa de muerte frecuente en el menor de cinco años. De ahí que las acciones para evitar la deshidratación y detectar oportunamente los signos de alarma, constituyan el eje fundamental de las acciones.

#### ACCIONES:

- Capacitación y adiestramiento a las madres.
- Tratamiento de los casos.
- Distribución y uso de sobres Vida Suero Oral.
- Referencia de casos complicados para su tratamiento.
- Educación para la salud.

### *7. Tratamiento antiparasitario a las familias.*

La frecuencia de parasitosis en la población menor de 15 años en las áreas marginadas es alta; en estas zonas es muy necesario su combate, tanto para resolver los casos aislados, como por la alta tendencia a la infestación de todo el núcleo familiar.

#### ACCIONES:

- Ministración periódica de antiparasitarios a la familia.
- Educación para la salud.

### *8. Manejo de infecciones respiratorias agudas.*

Estos padecimientos son muy comunes y causa frecuente de mortalidad infantil en áreas marginadas. El reconocimiento oportuno de los signos de alarma, su adecuado tratamiento y la referencia de los casos graves, son acciones estratégicas en el control de estas afecciones.

#### ACCIONES:

- Tratamiento específico.
- Referencia para el tratamiento.
- Educación para la salud.

### *8. Prevención y control de la tuberculosis pulmonar.*

Esta estrategia enfrenta un problema de salud pública creciente, sobre todo entre la población desprotegida. Requiere la amplia participación de la población, especialmente en el estudio de tosedores crónicos: incluye la detección oportuna y el tratamiento supervisado de los casos confirmados y la de sus contactos, y el impulso a las medidas preventivas generales y específicas.

#### ACCIONES:

- Identificación de tosedores.
- Tratamiento primario.
- Estudio de contactos y medidas de protección.
- Tratamiento reforzado.
- Educación para la salud.

### *9. Prevención y control de hipertensión arterial y la diabetes mellitus.*

La reducción de la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial y diabetes mellitus implica introducir cambios en los estilos de vida, sin dejar de lado su detección oportuna y tratamiento adecuados, sobre todo en función de que su tendencia es creciente en la edad productiva.

#### ACCIONES:

- Detección de la hipertensión arterial.
- Diagnóstico de hipertensión arterial.
- Tratamiento de casos de hipertensión arterial.
- Control de casos de hipertensión arterial.
- Educación para la salud en hipertensión arterial.
- Detección de la diabetes mellitus.
- Diagnóstico de diabetes mellitus.

- Tratamiento de casos de diabetes mellitus.
- Control de casos de diabetes mellitus.
- Educación para la salud en diabetes mellitus.

#### *10. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.*

Dirigida a un problema de salud también creciente en diferentes grupos de edad, esta estrategia prevé el otorgamiento de los primeros auxilios en el caso de accidentes, pero especialmente la referencia para la atención adecuada y, desde luego, el impulso a la educación y orientación tendientes a evitarlos.

##### ACCIONES:

- Otorgar los primeros auxilios en casos de:
- Heridas.
- Quemaduras.
- Luxaciones.
- Fracturas no expuestas.
- Fracturas expuestas.
- Envenenamientos.
- Referencia de los casos.
- Educación y promoción para la salud.

#### *11. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.*

Esta estrategia se inscribe en el terreno de la promoción de la salud y participa en todas las demás intervenciones del Paquete básico. Se fundamenta en la participación de la población a través de comités representativos y capacitados, su vinculación con autoridades y sectores del bienestar a favor de la salud, así como en brindar información acerca de los recursos disponibles para la salud.

##### ACCIONES:

- Promoción de la participación social.
- Apoyo a las campañas de salud.
- Protección de las fuentes de abastecimiento de agua.
- Participación social en la producción y el aprovechamiento de los alimentos para el autoconsumo, el cuidado de la salud y el uso de los servicios.
- Educación para la salud.

## *12. Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino*

El cáncer cérvico-uterino ocupa, entre los procesos que involucra la presencia de tumores malignos, el primer lugar en incidencia. Asimismo, ocupa el tercero en relación a la mortalidad vinculada a neoplasias malignas en la población general. Entre los problemas de salud que atañen particularmente a la población femenina, el cáncer cérvico-uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, específicamente en el grupo de 25 a 64 años de edad. Se ha comprobado que con el estudio citológico cervical "Papanicolaou" se eleva el diagnóstico oportuno y, por lo tanto, instaurar un tratamiento oportuno que propicia la disminución de manera importante de la mortalidad, por lo que este examen será el eje fundamental para su prevención y control.

### **ACCIONES:**

- Identificación de población de riesgo.
- Detección oportuna.
- Seguimiento de resultados.
- Diagnóstico y referencia para su tratamiento al segundo y tercer niveles de atención, según el caso.
- Seguimiento y control.
- Educación para la salud.

Estas acciones que contempla cada una de las intervenciones esenciales del Paquete Básico deben responder a la frecuencia de atención para cada grupo de edad, sexo y condición fisiológica que establecen las normas oficiales mexicanas para cada una.



#### IV. SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DE SALUD.

##### ANÁLISIS NUMÉRICO - NARRATIVO DE ACUERDO A CADA UNO DE LOS PROGRAMAS.

A continuación mostraremos los logros alcanzados en cada programa.

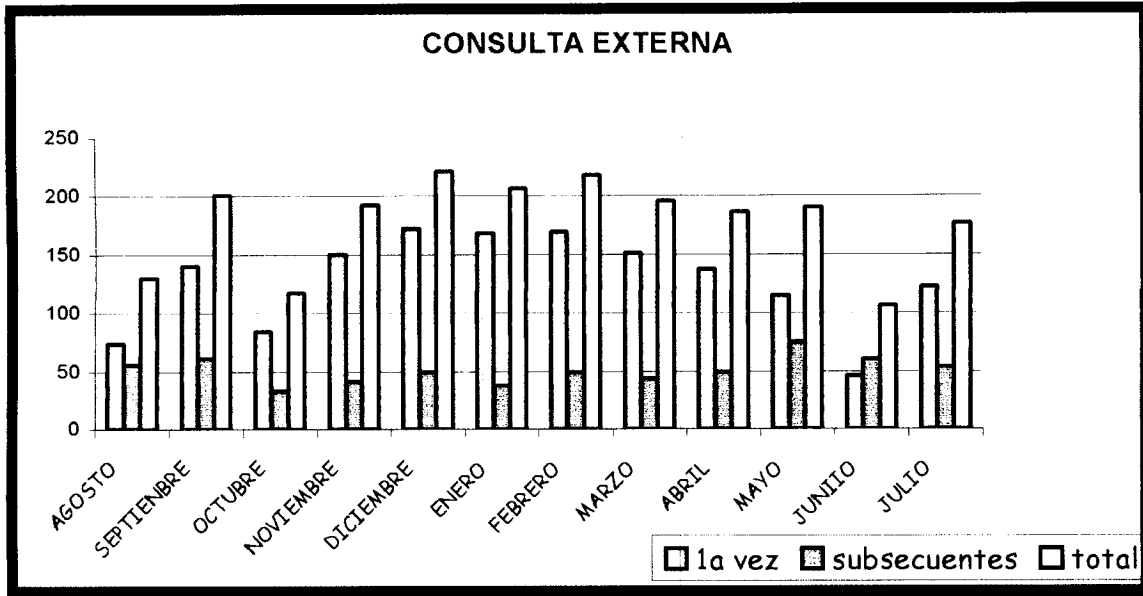
##### 1. CONSULTA EXTERNA.

Se brindaron un total de 2138 consultas de las cuales 1528 fueron de primera vez y 610 fueron subsecuentes. Logrando un promedio de 8.2 consultas diarias en esta población, conociendo que el promedio más alto registrado era de 5 consultas diarias, además que en ese entonces no existían programas de ampliación de cobertura como la ESI-2 de Peñamiller que actualmente atiende a un 70 % de las comunidades de ese entonces.

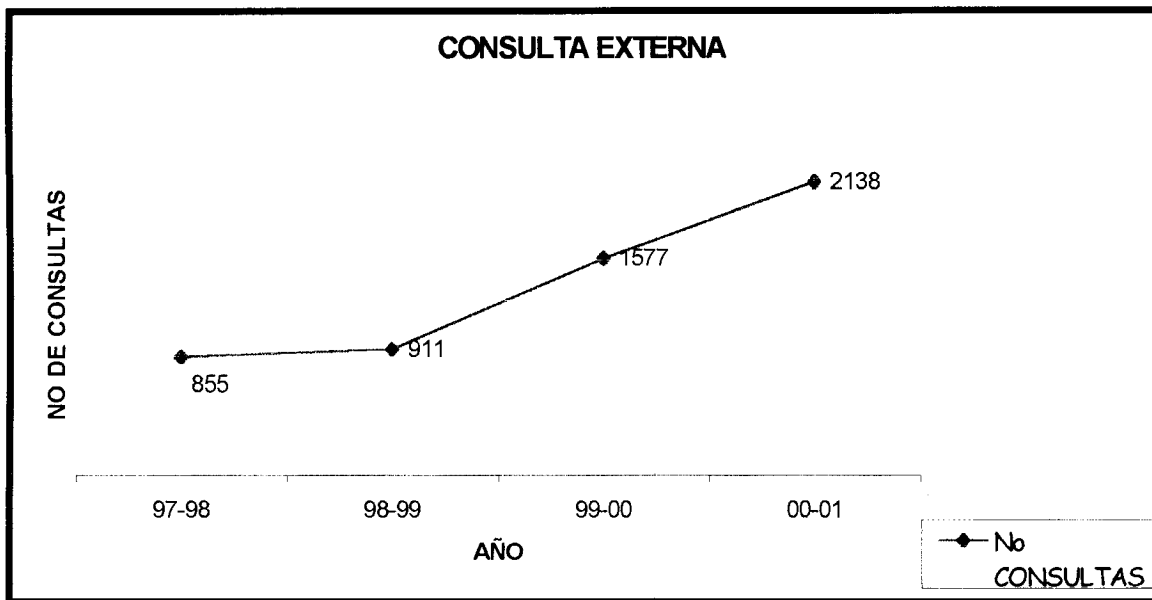
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA DE 1A VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL.
AGOSTO	74	56	130
SEPTIEMBRE	140	61	201
OCTUBRE	84	33	117
NOVIEMBRE	150	42	192
DICIEMBRE	172	49	221
ENERO	168	38	206
FEBRERO	169	49	218
MARZO	151	44	195
ABRIL	137	49	186
MAYO	115	75	190
JUNIO	46	60	106
JULIO	122	54	176
<b>TOTAL</b>	<b>1528</b>	<b>610</b>	<b>2138</b>

Fuente: SISPA 2000-2001.

El número de consultas externa desglosada en meses, permite observar que los meses más acudidos fueron diciembre, enero y febrero debido entre otros factores al aumento de IRAS.



Además como se menciona antes se incremento la consulta en más del 35 % que el año pasado, a pesar de haberse reducido el número de comunidades a cargo.

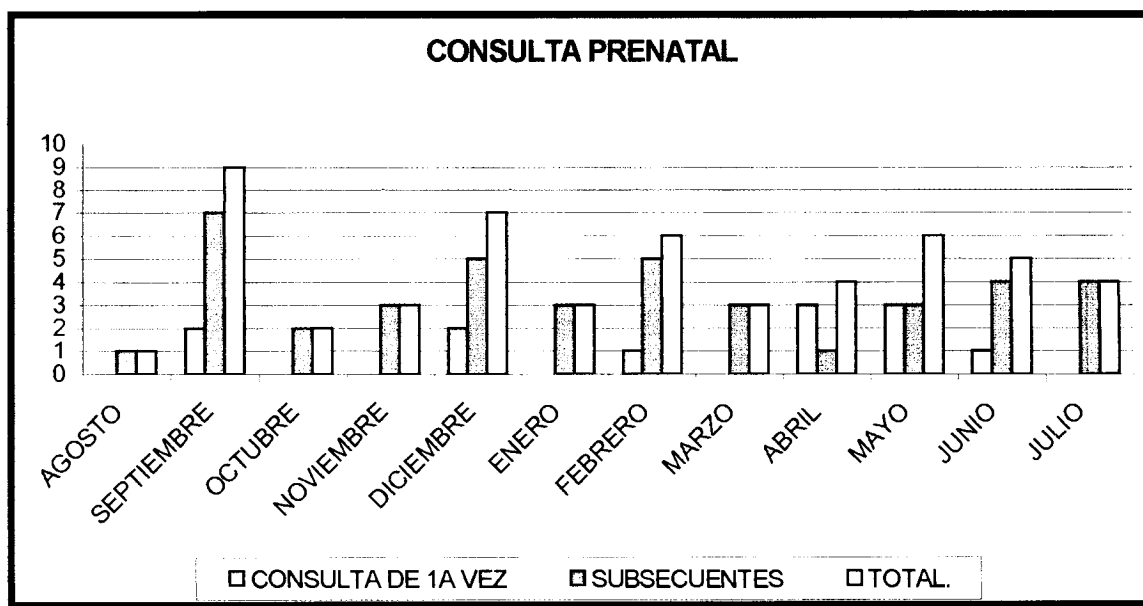


Fuente : SISPA 2000-2001.

## 2. ATENCIÓN MATERNO INFANTIL.

Se atendieron un total de 53 consultas prenatales de calidad, cubriendo casi el 100% del total del grupo programático existente, atendiendo 6 partos y 27 consultas a púerperas.

CONSULTA EXTERNA	CONSULTA DE 1A VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL.	PUERPERAS	NACIMIENTOS ATENDIDOS
AGOSTO		1	1		
SEPTIEMBRE	2	7	9	1	3
OCTUBRE		2	2	2	1
NOVIEMBRE		3	3	3	
DICIEMBRE	2	5	7	2	
ENERO		3	3	3	
FEBRERO	1	5	6	1	
MARZO		3	3	2	1
ABRIL	3	1	4	7	
MAYO	3	3	6	1	
JUNIO	1	4	5	3	1
JULIO		4	4	2	
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>41</b>	<b>53</b>	<b>27</b>	<b>6</b>



Fuente : SISPA 2000-2001.

### 3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Se brindaron un total de 69 consultas de planificación familiar, 25 de primera vez y 44 subsecuentes, repartiendo un total de 34 métodos orales, 5 inyectables, 3 D.I.U, y 206 preservativos. Con un número de usuarios activos finales totales de 15 personas siendo de 4 H.O., 2 H.I., 4 D.I.U., 4 quirúrgicos, 1 con preservativo, logrando un 100 % en el control del mismo. Cabe mencionar que durante los meses de mayo a julio la población masculina activa emigra a hacia los EE.UU. por lo que disminuye el número de usuarios y el abandono de algunos métodos.

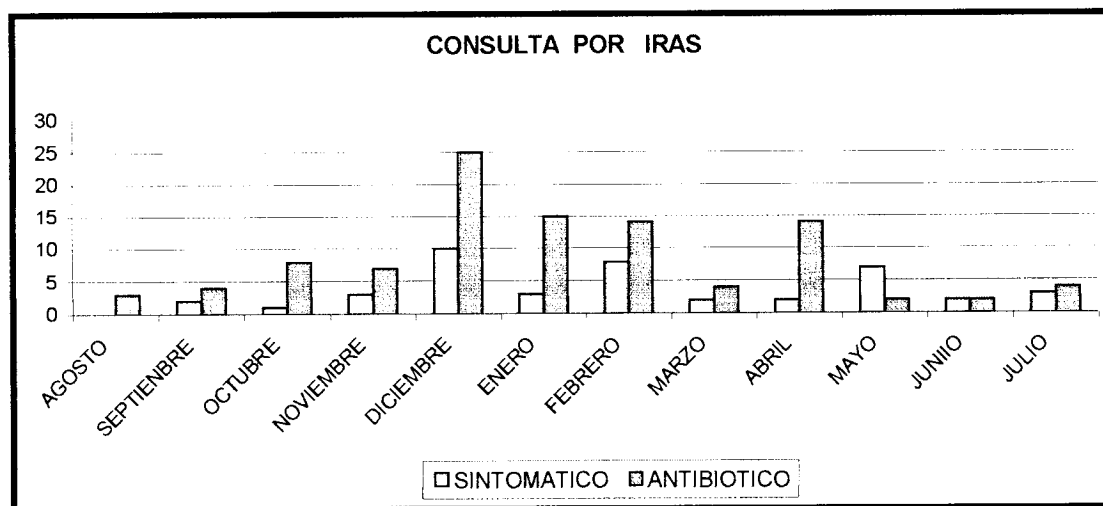
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CONSULTAS			METODOS REPARTIDOS.			
	CONSULTA DE 1ª VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL	H.ORAL	H.INYECTABLE	DIU	PRESERVATIVO
AGOSTO	1	2	3	2			12
SEPTIEMBRE	4	2	6	2	1		50
OCTUBRE		5	5	3			24
NOVIEMBRE	9	4	13	4	1	1	36
DICIEMBRE	3	6	9	4	1		24
ENERO		5	5	4			12
FEBRERO	2	7	9	5		1	12
MARZO	2	4	6	4		1	12
ABRIL	2	3	5	2	1		
MAYO		2	2	2			12
JUNIO		2	2				
JULIO	2	2	4	2	1		12
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>44</b>	<b>69</b>	<b>34</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>206</b>

Fuente : SISPA 2000-2001.

#### 4. SALUD DEL NIÑO SANO.

Se realizaron 135 consultas a niños sanos menores de cinco años, siendo 93 de primera vez y 42 subsecuentes, así como brindaron 164 consultas por IRAS y EDAS, siendo 19 consultas por enfermedades diarreicas agudas, 43 y 102 consultas por infecciones respiratorias agudas con tratamiento sintomático y antibiótico respectivamente. Con incrementos de IRAS en los meses de frío como enero, febrero y marzo y de EDAS en los meses más calurosos de agosto y septiembre.

MES	CONSULTA A NIÑO SANO			CONS. EDAS.		CONS. IRAS	
	CONSULTA DE 1A VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL	PLAN A	SINTOM	ANTIBIOTICO.	
AGOSTO	2	4	6	5		3	
SEPTIEMBRE	6	9	15	5	2	4	
OCTUBRE	16	2	18		1	8	
NOVIEMBRE	10	5	15		3	7	
DICIEMBRE	5	5	10	1	10	25	
ENERO	8	1	9	2	3	15	
FEBRERO	7	1	8		8	14	
MARZO	7		7	2	2	4	
ABRIL	6	3	9	2	2	14	
MAYO	12	8	20		7	2	
JUNIO	6	2	8		2	2	
JULIO	8	2	10	2	3	4	
TOTAL	93	42	135		19	43	102



Aplicación de biológicos del cuadro básico de vacunación actual por mes y por Semanas Nacionales de Salud.  
Estado vacunal (esquemas completos) por mes.

MES	BCG			SABIN				PENTAVALENT				DPT.			TRIPLE VIRAL				Td EMB.				Td EDAD FERTIL					SR		
	RN	-1	total	RN	1 dosis	2 dosis	3 dosis	total	1 dosis	2 dosis	3 dosis	total	1 refuer	2 refuer	total	1 dosis	2 dosis	adicio	nal	total	1 dosis	2 dosis	refuer	zo	1 dosis	2 dosis	refuer		zo	otra
AGOSTO		1	1	1	1		2	4		1	2	3	3	1	4	3				3					9	2	1		2	13
SEPTIEMBR	1		1	1		1	1	3		1	1	2	2	1	3	1				1	2				5	2			4	13
OCTUBRE	2		2	2				2					1	2	3	1				1	1				3				1	5
NOVIEMBRE					3	4	3	10	3	4	3	10	3	3	6	5				5	1				2	1			1	5
DICIEMBRE					2		2	4	2		2	4	2		2	2				2	1				1				4	6
ENERO		1	1			4	1	5		4	1	5	2	1	3	6				6						1	2	1	4	
FEBRERO					1	1	2	4	2	2	3	7	2	4	6	1				1	1	1			28				5	35
MARZO	1		1	1	1	2	4	8	1	2	4	7	1	2	3	3				3	1				1	5			6	
ABRIL	1		1	1	1	1	2	5	1	1	2	4				2				2	2				2	5			7	
MAYO	1		1	1				1								1				1						1		4	5	7
JUNIO	1	2	3	3	2	2	1	8	3	2	1	6	3	1	4	2				2	2	3			1	2	1	11	11	7
JULIO					1	3	1	5	1	3	1	5	1	1	2	3				3										
TOTAL 313			11					59				53			36				30										110	14

Fuente: SISPA 2000-2001.

## CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN.

Se realizaron tres campañas de vacunación en las semanas nacionales de Salud.

### 3ª SEMANA NACIONAL DE SALUD.

SABIN					PENTAVALENTE			DPT		BCG	Td		TV	ALBEND.		VIT. A	VSO
-1	1a	2a	3a	4a	1d	2d	3d	2a	4a	1a	mef	me	1a	TAB.	SUSP.		
27	22	30	31	50	3	2	1	1	2	0	8	3	1	340	100	60	100

### 1ª SEMANA NACIONAL DE SALUD.

Se realizaron las siguientes aplicaciones.

SABIN					PENTAVALENTE			DPT		BCG	Td		TV
-1	1a	2a	3a	4a	1d	2d	3d	2a	4a	1a	mef	me	1a
19	20	22	25	53	1	1	1	1	1	2	21	2	1

### 2ª SEMANA NACIONAL DE SALUD.

SABIN					PENTAVALENTE			DPT		BCG	Td		TV	ALBEND.		VIT. A	VSO
-1	1a	2a	3a	4a	1d	2d	3d	2a	4a	1a	mef	me	1a	TAB.	SUSP.		
26	26	27	23	31	2	3	3	2	1	0	10	1	1	375	100	62	100

Fuente : papelería de campaña.

## 5. ESTADO DE NUTRICIÓN.

A través del programa de PASANI se llevó el control nutricional de los niños menores de cinco años por medio de control de peso y talla en citas programadas, visitas domiciliarias y apoyo a niños de bajo peso a través de suplemento alimenticio así como a las mujeres en estado gestacional.

Durante el año de servicio social se llevo un control de calidad con un logro de control del 100% se inicio con 131 niños menores de cinco años con 18 con desnutrición leve, y 3 con desnutrición moderada, durante el año se llegaron a recuperar 8 niños con desnutrición leve y 2 con desnutrición moderada, teniendo sólo un ingreso con desnutrición leve y terminando con una población de 122 niños.

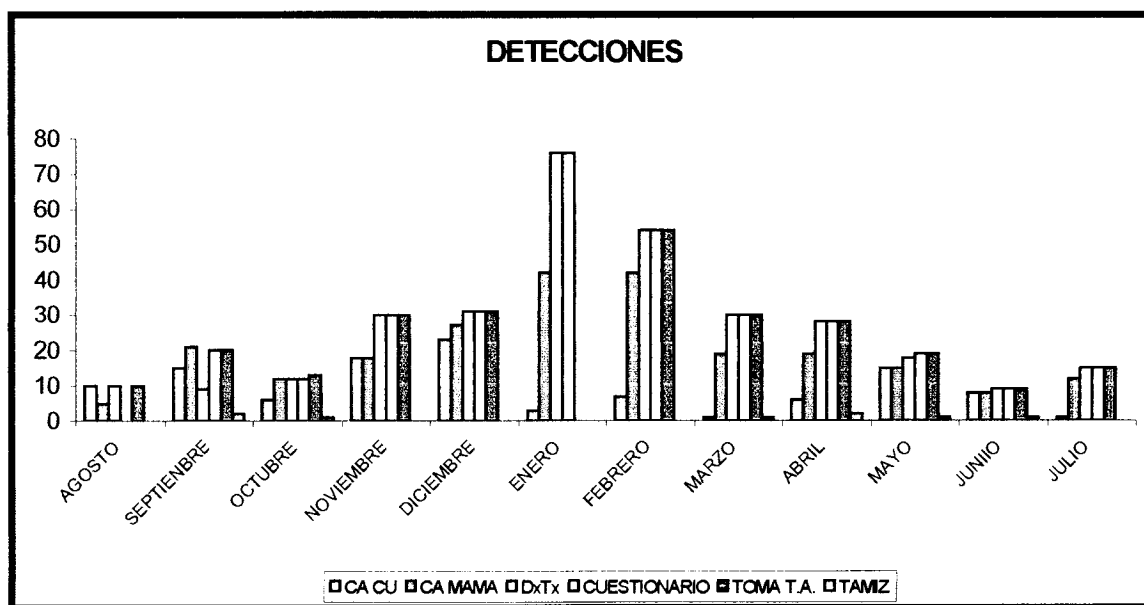
## 6. DETECCIONES DM, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CA CU, CA MAMA, TAMIZ.

Se realizaron detecciones de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes tipo II y la Hipertensión arterial a través de toma de dextróstis y toma de la tensión arterial, así como la toma de tamiz y de sífilis en mujeres embarazadas con lo que se logro detectar dos personas con diabetes mellitus y 3 con HTA durante el año en curso, con un total de 113 tomas de papanicolaos; 240 detecciones de Ca Mama; 322 tomas de Dextrostis; 324 cuestionarios de "usted puede tener diabetes y no lo sabe"; 259 tomas de tensión arterial, 8 tamices realizados y 3 muestras negativas de sífilis en el embarazo. Como se verá en el siguiente cuadro y gráfica.



## DETECCIONES REALIZADAS

	DETECCIONES		DIABETES		H. T. A	OTROS
	CA CU	CA MAMA	DxTx	CUESTIONARIO	TOMA T.A.	TAMZ
AGOSTO	10	5	10		10	
SEPTIEMBRE	15	21	9	20	20	2
OCTUBRE	6	12	12	12	13	1
NOVIEMBRE	18	18	30	30	30	
DICIEMBRE	23	27	31	31	31	
ENERO	3	42	76	76		
FEBRERO	7	42	54	54	54	
MARZO	1	19	30	30	30	1
ABRIL	6	19	28	28	28	2
MAYO	15	15	18	19	19	1
JUNIO	8	8	9	9	9	1
JULIO	1	12	15	15	15	
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>240</b>	<b>322</b>	<b>324</b>	<b>259</b>	<b>8</b>



Fuente : SISPA 2000-2001.

## 7. SALUD DEL ADULTO Y EL ANCIANO.

Se llevo a cabo del programa de enfermedades crónico degenerativas a través de ingresos a control, reingresos a control, casos en tratamiento y casos controlados de pacientes con diabetes mellitus y Hipertensión arterial, así como un control con citas mensuales para evaluación clínica, toma de dextrostis y tensión arterial, control de peso, resolución de dudas, orientación de su patología en detalle y así evitar probables complicaciones crónicas.

Se llevo un control de calidad de 10 pacientes con Hipertensión Arterial de los cuales se detectaron 3 durante el año proporcionándoles medicamento en la mayoría de las veces se les proporciono medicamento en forma gratuita (por no existencia en farmacia) teniendo un total de 8 casos controlados. Se atendieron con consultas de calidad a 5 pacientes con dx Diabetes Mellitus de los cuales 3 fueron detectados durante el año, proporcionando medicamentos y en ocasiones consultas a domicilio a varios de ellos, no se presento ninguna complicación en de los pacientes

## 8. ZOONOSIS.

Se realizo una campaña de vacunación canina y felinos en el mes de marzo en cual se realizaron diversas actividades como un periódico mural, carteles, anuncios de promoción, mensaje con aparato de sonido, así como asistencia a otras comunidades para la aplicación del biológico, teniendo una aplicación total de 333 vacunas antirrábicas entre población canina y felina.

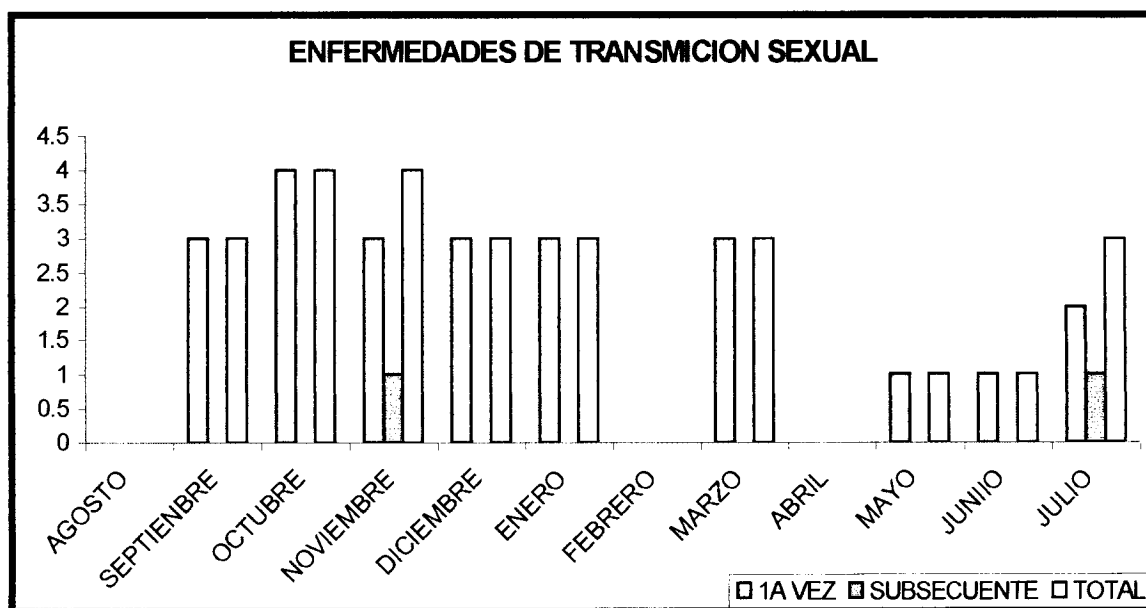
## 9. MICOBACTERIOSIS.

Se tuvo un paciente con Dx de Tb. Pulmonar con recaída que fallece a los dos meses de mi estancia.

## 10. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Se atendieron un total de 25 consultas, 23 de primera vez y 2 subsecuentes, siendo diagnosticado un 60 % a través de papanicolao. Se observa un incremento de la morbilidad en los meses de septiembre a enero probablemente debido al retorno de los emigrantes a sus hogares.

	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL		
	1A VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL.
AGOSTO			
SEPTIEMBRE	3		3
OCTUBRE	4		4
NOVIEMBRE	3	1	4
DICIEMBRE	3		3
ENERO	3		3
FEBRERO			
MARZO	3		3
ABRIL			
MAYO	1		1
JUNIO	1		1
JULIO	2	1	3
TOTAL	23	2	25



Fuente: SISPA 2000-2001.

## 11. ATENCIONES POR LESIONES.

Durante el año se brindó 7 atenciones por lesiones de las cuales 5 fueron por accidente entre de ellos secundarios a la ingesta de bebidas alcohólicas, a días festivos en edades de 20 a 64 años, así como también 1 caso de lesión por otra violencia y 1 caso de lesión por violencia intra familiar las cuales fueron avisadas a las autoridades correspondientes.

## 12. SALUD BUCAL.

Se trabajó en actividades colectivas en escolares, con visitas a escuelas programadas que dentro de otras actividades que más tarde se expondrán se realizaron enjuagatorios con fluor y técnica de cepillado con un total de 882. A demás de uso de hilo dental.

## 13. HOSPITALIZACIÓN.

Se brindó hospitalización a personas que lo requerían tanto para la atención de nacimientos, observación y evaluación de algunos padecimientos y de urgencias que requerían estabilización para su traslado.

Con un total de 7 ingresos, egresos, días paciente y estancia.

Afortunadamente sin ninguna defunción hospitalaria.

## 14. PROMOCIÓN A LA SALUD.

### 14.1 SALUD ESCOLAR.

Se tuvieron a tres escuelas en programa preescolar, escolar y tele-secundaria en San Miguel Palmas aunque se acudió al preescolar y primaria de la comunidad de Aguacaliente.

Realizándose detecciones, enviados a la unidad médica y atenciones de Problemas de nutrición, agudeza visual, agudeza auditiva, defectos posturales,

vacunación y otros problemas frecuentes de salud como IRAS, EDAS, dermatologías amibiasis etc., Así como también se impartieron platicas de educación a la salud a alumnos y profesores entregándose en ocasiones trípticos y otros materiales de apoyo didáctico.

Como se muestra en la siguiente cuadro se obtuvieron un total de 2915 detectados con 113 enviados a la unidad médica de los cuales se atendieron a 72 alumnos. Se impartieron un total de 36 platicas de educación a la salud con 1088 asistentes entre alumnos y maestros y se utilizaron 270 trípticos, 10 periódicos murales, se realizo 2 desfiles con ellos entre otras cosas.

MES	ALUMNOS			SESIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD		
	DETECCIONES	ENVIADOS A LA UM	ATENDIDOS	NUMERO	ASISTENTES	TRIPTICOS
AGOSTO			Vacaciones			
SEPTIEMBRE	159					
OCTUBRE						
NOVIEMBRE	404	10	8	7	171	65
DICIEMBRE	236	8	6	2	118	30
ENERO	468	19	19	2	156	
FEBRERO	234	10	6	2	80	30
MARZO	304	6	4	6	146	40
ABRIL	430	14	9	5	126	40
MAYO	215	17	8	4	83	25
JUNIO	135	14	6	4	88	10
JULIO	330	15	6	4	120	30
<b>TOTAL</b>	<b>2915</b>	<b>113</b>	<b>72</b>	<b>36</b>	<b>1088</b>	<b>270</b>

Fuente: SISPA 2000- 2001.

## 14.2 SALUD MUNICIPAL.

Se trabajo con 3 comités locales de salud de los cuales 1 se formo durante el año de servicio social, se realizaron y terminaron proyectos de salud municipal como lo es el saneamiento básico que incluye campañas de limpieza, mejoramiento de calles, eliminación de basureros, mejoramiento del centro de salud, siembra de árboles, entre otros. Se impartieron sesiones para la salud para la capacitación de los comités y poder llevarse a cabo cada actividad.

Se llevaron a cabo 58 proyectos de los cuales fueron 49 de saneamiento básico y 9 apoyos a programas sustantivos y como se puede apreciar no se dejo de trabajar en ningún mes teniendo desde 3 hasta 7 actividades realizadas por cada mes.

MES	PROYECTOS		SESIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD	
	SANEAMIENTO BASICO	PROGRAMAS SUSTANTIVOS	NUMERO	ASISTENTES
AGOSTO	4		1	5
SEPTIEMBRE	2	1	1	5
OCTUBRE	5		4	20
NOVIEMBRE	3	2	5	25
DICIEMBRE	5		2	10
ENERO	7		4	20
FEBRERO	6		4	20
MARZO	4		3	15
ABRIL	5		4	20
MAYO		6	4	20
JUNIO	5		5	25
JULIO	3		3	15
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>9</b>	<b>40</b>	<b>200</b>

Fuente: SISPA 2000 -2001.

También se realizaron 40 sesiones de educación a la salud o capacitación al comité de salud con una asistencia total de 200 asistentes.

## 14.3 APOYO A PROGRAMAS PRIORITARIOS.

Se llevaron a cabo acciones enfocadas a programas prioritarios a través de sesiones de educación a la población abierta, con temas de mayor importancia de acuerdo al periodo estacional del año. Las platicas y el número de asistentes son las siguientes.

SESIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD Y NUMERO DE ASISTENTES																				MENSAJES GRAFICOS REPARTIDOS					
MES	PREV. VACUN	IRAS	EDAS	N INFANTI	SALUD PERINAT	P.F.	CA CU	CA MAMA	HTA	DMII	O NEOP	SALUD BUCAL	SIDA	ACCI DENT	TB	LEPR A	RABI IA	COLE RA	OTROS TEMAS	SANEA MIENT	TOTAL	TRIP-VOL	CARTELES	OTROS	
AGOSTO							230	230	230												690	90	2		
SEPTIEM										1-30		1-30		1-30						1-30	4-120	120	1		
OCTUB							1-57												2-50		3-107	107	6	1 P. MURAL	
NOVIEM												1-8		1-8						3-104	5-120	120	2		
DICIEMBRE	1-8	1-45			1-8								1-48	1-8						2-10	7-127	94	5		
ENERO	1-25			1-8		1-50										2-60				4-66	9-209	123		4 P. MURAL	
FEBRER	1-45					1-8										2-61				3-30	7-144	83	5	1 P. MURAL	
MARZO				2-16							1-47									4-72	7-135	66	3		
ABRIL			1-8	1-50			1-10					2-200					1-8			4-65	10-341	48	4	1 P. MURAL	
MAYO	1-6			3-66					1-8	1-10								1-59	3-15		10-164	40	6	2 P. MURALES	
JUNIO	1-8		1-6	2-54																4-72	1-7	9-147	38	3	2 P. MURAES
JULIO	1-15			2-48									1-64							4-72	8-199	40	5	1 P. MURAL	
TOTAL	6-107	1-45	2-14	11-242	1-8	2-58	4-97	2-30	3-38	2-40	1-47	4-238	2-112	2-38	1-8	4-121	1-8	1-59	33-516	2-37	85-1903	969	42	12	

Fuente: SISPA 00-01

Se impartieron un total de 85 sesiones de educación para la salud, es decir un promedio de 7 a 8 platicas por mes, con una asistencia total de 1903 personas. Repartiendo un total de 969 trípticos, 42 carteles y 12 periódicos murales, a demás de realizarse 2 desfiles con escolares y mensajes masivos.

## 15. REFERENCIAS.

Se contó con el servicio de referencias y contrarreferencias con un total de 26 referencias y sólo una contrarreferencia. Los hospitales a donde se enviaron son por orden de frecuencia el Hospital General de Querétaro, el Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Querétaro y el Hospital General de Cadereyta. Debido a la gran lejanía con el Hospital de Cadereyta (Hospital que corresponde) y urgencias calificadas la gran mayoría asistía a la Ciudad de Querétaro a una distancia aproximada de 120-150 minutos.

## 16. TRATAMIENTOS FAMILIARES

Se contó con tratamientos familiares para la paracitosis intestinal y escabiasis teniendo sólo dos registros de desparacitosis intestinal en consulta externa.



## V. PERFIL DE MORBILIDAD.

### 1. Introducción.

A continuación se presentan las principales causas de morbilidad de acuerdo a su importancia, se desglosan por enfermedades transmisibles y no transmisibles, abarcan solamente las 10 primeras causas de cada una, es de gran importancia este perfil de morbilidad ya que así no damos cuenta que enfermedades padece la comunidad y así poder realizar acciones que podrían ayudar a la prevención y manifestación de estas enfermedades.

El Centro de Salud de San Miguel palmas se encuentra en el municipio de Peñamiller, Estado de Querétaro, colindando con el Estado de Guanajuato de donde proviene parte de su consulta externa, contando con un registro de 1221 habitantes en su totalidad.

Los datos obtenidos para su elaboración fueron obtenidos de las hojas diarias de la consulta externa y de las hojas del S.I.S.P.A. (Sistema de información en Salud para Población abierta) ya que por medio de estas hojas se realizaba el informe mensual, es decir, son las herramientas utilizadas para el registro de todo el trabajo realizado del periodo de agosto 2000 a Julio del 2001 en el centro de Salud de San miguel palmas que cuenta con 4 comunidades que son, San Miguel Palmas, Aguacaliente, Camelinas y la Era. Llegando a tener un total de 2138 consultas siendo 1528 de primera vez y 610 subsecuentes.

Las limitantes que se podrían mencionar es la Unidad del PAC (programa de Ampliación de Cobertura) que también imparten consulta de forma informal a estas comunidades así como un médico particular, sin embargo, continua prevaleciendo estos datos obtenidos como mayoritarios.

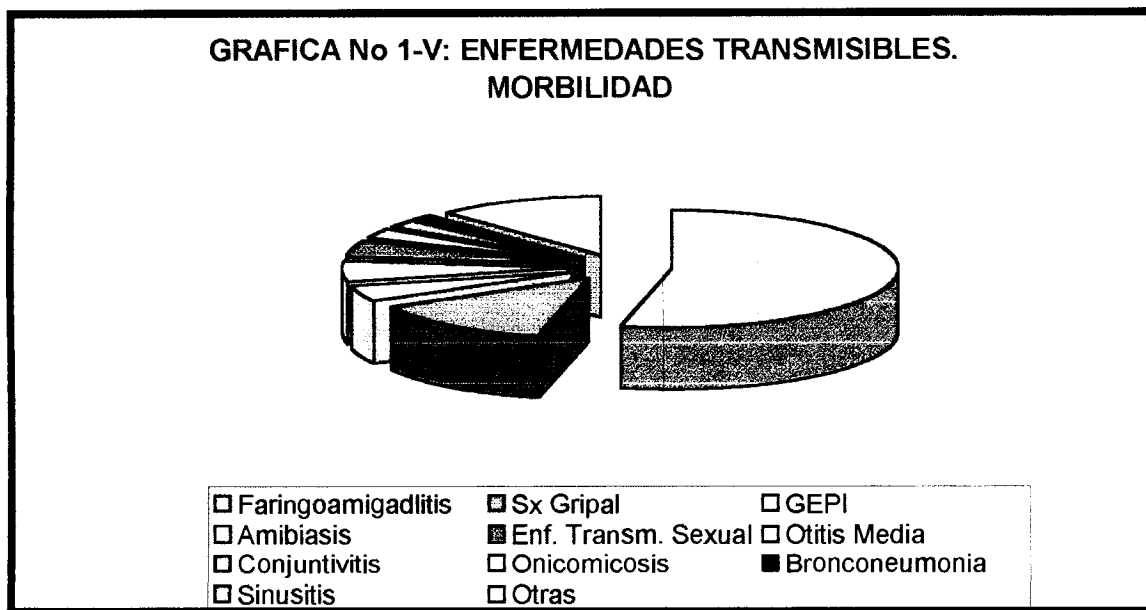
## 2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

**TABLA No 1: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES CENTRO DE SALUD DE SAN MIGURL PALMAS AGOSTO 2000 A JULIO 2001**

ENFERMEDADES	No DE CASOS	TASA	PORCENTAJE
Faringoamigadlitis	322	26.3	53.6
Sx Gripal	80	6.55	13.4
GEPI	27	3.03	4.5
Amibiasis	34	2.78	5.7
Enf. Transm. Sexual	27	2.21	4.5
Otitis Media	17	1.39	2.9
Conjuntivitis	13	1.06	2.2
Onicomiosis	4	3.27	0.6
Bronconeumonia	3	2.45	0.5
Sinusitis	1	0.81	0.1
Otras	72	5.89	12

Tasa por 100 habts.

Fuente: SISPA 2001-2002 CSSMP



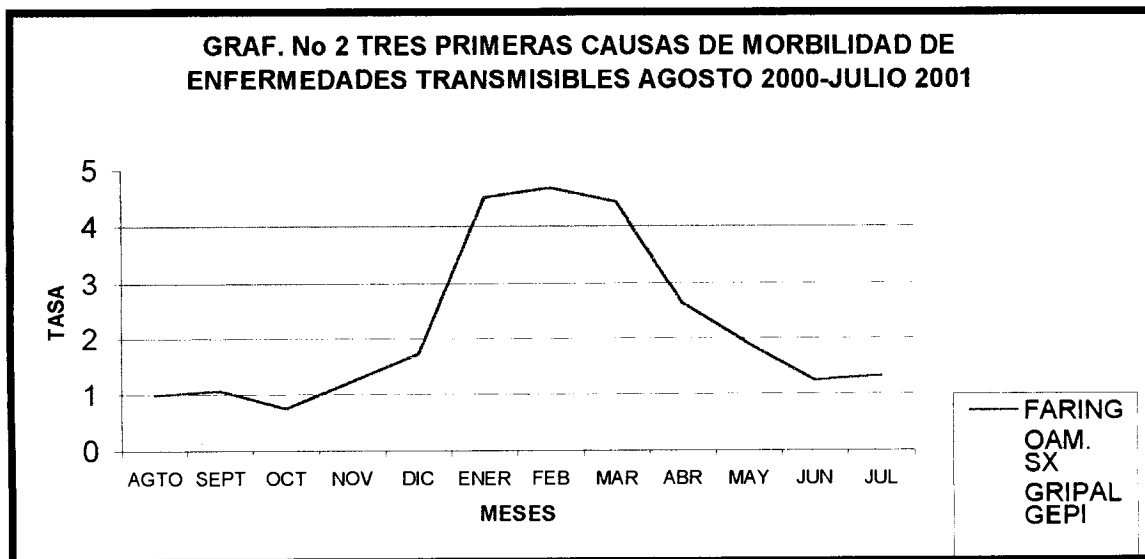
Fuente: SISPA 2001-2002 CSSMP.

CUADRO No 2 MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL PALMAS AGOSTO 2000 A JULIO 2001

DIAGNOSTICO	AGTO.		SEPT.		OCT.		NOV.		DIC.		ENE.		FEB.		MZO.		ABR.		MAYO		JUN.		JUL.		TOTAL
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	
Artropatias	2	0.2	6	0.5	2	0.2	5	0.4	7	0.6	8	0.7	6	0.5	3	0.2	2	0.2	1	0.1	1	0.1	2	0.2	45
Dermatitis Inespecifica	4	0.3	5	0.4	3	0.2	5	0.4	4	0.3	3	0.2	3	0.2	2	0.2	3	0.2	4	0.3	2	0.2	3	0.2	41
Osteocondritis	3	0.2	5	0.4	2	0.2	0	0	6	0.5	3	0.2	4	0.3	2	0.2	5	0.4	5	0.4	2	0.2	1	0.1	38
Sx Anémico	6	0.5	2	0.2	0	0	1	0.1	3	0.2	2	0.2	5	0.4	5	0.4	2	0.2	4	0.3	2	0.2	1	0.1	33
Traumatismo Leve	0	0	1	0.1	3	0.2	2	0.2	5	0.4	4	0.3	2	0.2	1	0.1	2	0.2	3	0.2	1	0.1	0	0	24
Gastritis	1	0.1	0	0	2	0.2	4	0.3	2	0.2	1	0.1	3	0.2	0	0	2	0.2	1	0.1	0	0	1	0.1	17
I.V.U.	2	0.2	1	0.1	0	0	3	0.2	1	0.1	2	0.2	0	0	3	0.2	3	0.2	2	0.2	0	0	0	0	17
Sx Senil.	2	0.2	1	0.1	2	0.2	0	0	3	0.2	1	0.1	0	0	0	0	2	0.2	0	0	1	0.1	1	0.1	13
Colitis Amibiana	2	0.2	1	0.1	0	0	3	0.2	1	0.1	0	0	3	0.2	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1	0	0	12
Colecistitis Alitiasica	0	0	2	0.2	0	0	1	0.1	0	0	1	0.1	0	0	2	0.2	0	0	1	0.1	0	0	1	0.1	8
Otras	6	0.5	3	0.2	2	0.2	8	0.7	2	0.2	3	0.2	1	0.1	5	0.4	3	0.2	4	0.3	8	0.7	7	0.6	52
<b>Total</b>	<b>28</b>		<b>27</b>		<b>16</b>		<b>32</b>		<b>34</b>		<b>28</b>		<b>27</b>		<b>24</b>		<b>24</b>		<b>25</b>		<b>18</b>		<b>17</b>		<b>300</b>

TASA POR 100 HABTS.

FUENTE: HOJA DIARIA DE LA CONSULTA EXTERNA 2000-2001 CSSMP



TASA POR 100 HABTS.

FUENTE: SISPA 2000-2001CS SMP

### 3. Enfermedades No Transmisibles.

**TABLA No 2: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CENTRO DE SALUD DE SAN MIGURL PALMAS**

ENFERMEDADES	No DE CASOS	AGOSTO 2000 A JULIO	
		TASA	PORCENTAJE
Artropatias	45	3.68	15.00
Dermatitis Inespecifica	41	3.35	13.67
Osteocondritis	38	3.11	12.67
Sx Anémico	33	2.7	11.00
Traumatismo Leve	24	1.96	8.00
Gastritis	17	1.39	5.67
I.V.U.	17	1.39	5.67
Sx Sentil.	13	1.06	4.33
Colitis Ambiana	12	0.98	4.00
Colecistitis Alitiasica	8	0.65	2.67
Otras	52	4.25	17.33
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>		<b>100</b>

TASA POR 100 HABTS.

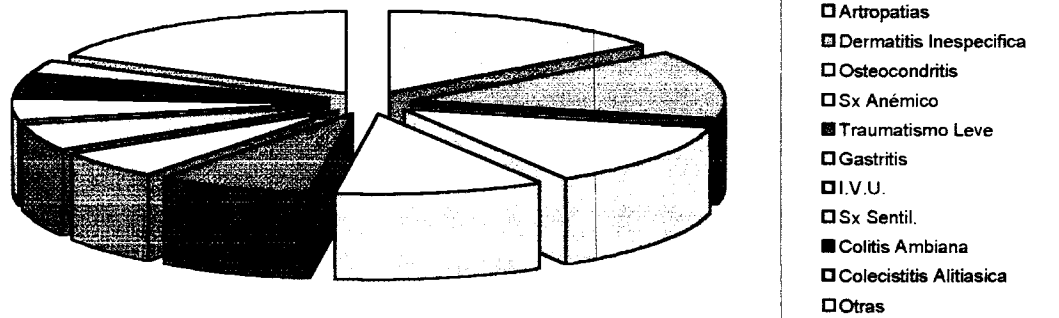
FUENTE SISPA 2000-2001 CSSMP

CUADRO No 2 MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL PALMAS AGOSTO 2000 A JULIO 20001

DIAGNOSTICO	AGTO.		SEPT.		OCT.		NOV.		DIC.		ENE.		FEB.		MZO.		ABR.		MAYO.		JUN.		JUL.		TOTAL
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	
Artropatias	2	02	6	05	2	02	5	04	7	06	8	07	6	05	3	02	2	02	1	01	1	01	2	02	45
Dermatitis Inespecifica	4	03	5	04	3	02	5	04	4	03	3	02	3	02	2	02	3	02	4	03	2	02	3	02	41
Osteoartritis	3	02	5	04	2	02	0	0	6	05	3	02	4	03	2	02	5	04	5	04	2	02	1	01	38
Sx Arterico	6	05	2	02	0	0	1	01	3	02	2	02	5	04	5	04	2	02	4	03	2	02	1	01	33
Traumatismo Leve	0	0	1	01	3	02	2	02	5	04	4	03	2	02	1	01	2	02	3	02	1	01	0	0	24
Gastritis	1	01	0	0	2	02	4	03	2	02	1	01	3	02	0	0	2	02	1	01	0	0	1	01	17
IVU.	2	02	1	01	0	0	3	02	1	01	2	02	0	0	3	02	3	02	2	02	0	0	0	0	17
Sx Seril.	2	02	1	01	2	02	0	0	3	02	1	01	0	0	0	0	2	02	0	0	1	01	1	01	13
Colitis Antibiana	2	02	1	01	0	0	3	02	1	01	0	0	3	02	1	01	0	0	0	0	1	01	0	0	12
Colecistitis Alitiasica	0	0	2	02	0	0	1	01	0	0	1	01	0	0	2	02	0	0	1	01	0	0	1	01	8
Otros	6	05	3	02	2	02	8	07	2	02	3	02	1	01	5	04	3	02	4	03	8	07	7	06	52
<b>Total</b>	<b>28</b>		<b>27</b>		<b>16</b>		<b>32</b>		<b>34</b>		<b>28</b>		<b>27</b>		<b>24</b>		<b>24</b>		<b>25</b>		<b>18</b>		<b>17</b>		<b>300</b>

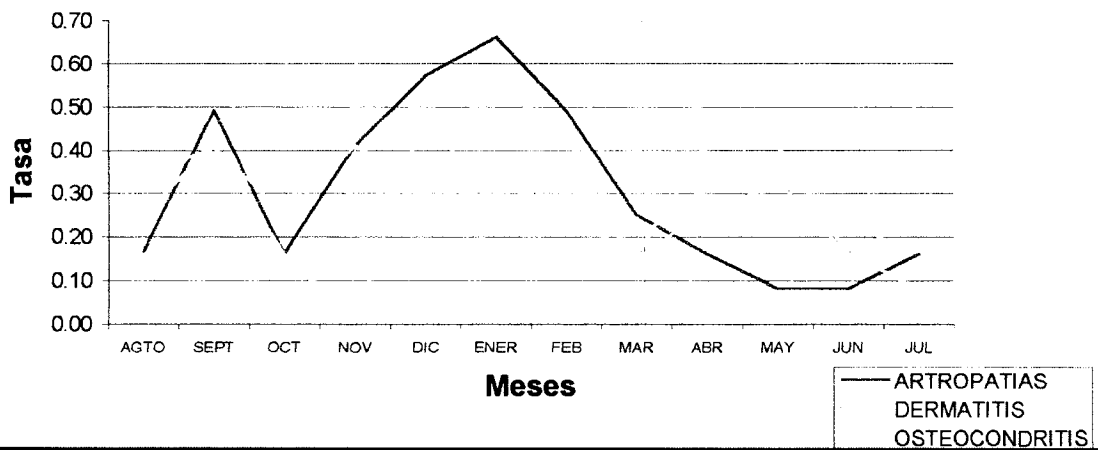
TASA POR 100 HABITS. FUENTE: HOJA DIARIA DE LA CONSULTA EXTERNA 2000-2001 CSSNP.

**GRAF. No 3 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2000-2001**



FUENTE : SISPA 2000-2001.

**GRAF. No 4 TRES PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES AGOSTO 2000-2001**



FUENTE : SISPA 2000-2001.

#### 4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Con esto podemos concluir que en las Enfermedades Transmisibles prevalecen principalmente faringoamigdalitis, Sx gripal y GEPI, que son generales en toda el municipio, La primera se muestra con un incremento a principios de otoño para posteriormente un gran pico en los meses de invierno prevaleciendo hasta el mes de marzo y volviendo a bajar en el mes de abril. Es decir existe una variación estacional donde influye principalmente los factores climáticos y probable resistencia natural del huésped. Esto se ha querido prevenir a través de platicas de educación a la salud y capacitaciones a madre de familias sobre los primeros cuidados en las infecciones respiratorias, sin embargo; pese a la influencia del clima que es totalmente cambiante debido a la fisiografía árida semi-seca donde hay un incremento de la temperatura durante el día de hasta 35 °C y por la noche desciende severamente, otro factor también importante es la mala nutrición y con ello la baja respuesta inmunológica del paciente debido a la falta de consumo de cítricos y minerales.

Esto sucede en igual manera en el Sx. gripal donde existe también un incremento de casos en la estación invernal aunque no es tan marcado como en el caso de la faringoamigdalitis donde se dispara hasta un 300%, y en el caso del Sx. gripal baja desde febrero para mantenerse así durante el resto del año cabe mencionar que aunque pueda asemejarse a la primera patología en esta el tratamiento solo es sintomatológico y en ocasiones algún antihistamínico. Los factores que condicionan la prevalencia y la prevención de esta patología es semejante a la que se menciona para la primera.

La tercera enfermedad esta relacionada con las infecciones del tracto digestivo (Gastroenteritis probablemente infecciosa, GEPI) y ocupa la tercera causa de morbilidad de enfermedad transmisible, como se muestra en la gráfica correspondiente esta se acrecienta en los meses de calor para disminuir grandemente en los meses de frío esto se debe razonablemente a que se incrementa la ingesta de líquidos y en algunos casos de forma no muy higiénica así como también en la elaboración de sus alimentos. Sin embargo gracias a las platicas de salud, al trabajo de capacitación a madres de familia y a la aplicación o utilización de Vida Suero Oral durante los últimos años no a habido casos registrados de deshidratación moderada o severa en niños menores de 5 años.

Por lo que respecta a la morbilidad por enfermedades no transmisibles tenemos en primer lugar a las artropatías, observando en la gráfica un pico en el mes de septiembre y una segunda alza en los meses de invierno como noviembre, diciembre y enero, esto se debe principalmente que los nativos de esta comunidad en su

mayoría hombres trabajan como inmigrantes en los EE.UU. en su mayoría en malas condiciones de trabajo, es decir en climas extremos, gran parte en temperaturas muy frías sin protecciones adecuadas y emigran nuevamente en este periodo de septiembre a febrero por lo cual se incrementa la consulta por esta patología tanto en su llegada y en su salida de la comunidad, Para esto se ha dado hincapié en las platicas acerca de esta patología tanto a nivel grupal como en la consulta, además de la automedicación y el mal automanejo de las artropatías hacen que se acreciente aun más este problema.

En segundo lugar nos encontramos con las dermatitis en general que en esta comunidad es más prevaleciente que en otras circunvecinas, no teniendo un patrón específico si no manteniéndose durante todo el año con muestras de alzas en periodos trimestrales, en estas están contenidas principalmente dermatitis de pañal, hipocromiosis solar, dermatosis de contacto y neurodermatitis, debido entre otras cosas probablemente a la falta de ingesta alimentaria de vitaminas, proteínas así como a la poca protección de la luz ultravioleta, la exposición directa al sol y a la poca higiene en el uso de pañal en los niños pequeños. Las platicas también se han enfocado mucho a este tema sin embargo a la ocupación de la mayoría de la población que es la agricultura, ganadería y otras relacionadas al trabajo directamente bajo el sol hace que esto no se reduzca en forma importante.

Por último la tercera causa de morbilidad de enfermedades no transmisibles es la relacionadas a problemas osteo-musculares como son la tendinitis, la bursitis y propiamente al osteocondritis. Debido principalmente en la población masculina al trabajo realizado como inmigrantes que ya se comento, así como en las jornadas que empiezan desde la madrugada no importando el clima, los sobreesfuerzos e incluso el trabajo dentro del arroyo como el riego de sus sembradíos favorecen o propician al desarrollo de estas patologías, además de que la mayoría de estas personas no acuden a consulta en forma temprana si no solo cuando ya no soportan la sintomatología.

## **5. DAÑO DIFERENCIAL.**

En este apartado se muestra como se presento la morbilidad de acuerdo a edad y sexo, cuales son los grupos etareos más afectados y las diferencias que existen de algunas patologías entre hombres y mujeres, a continuación se muestran los resultados obtenidos y posteriormente se realiza un análisis de estos resultados.

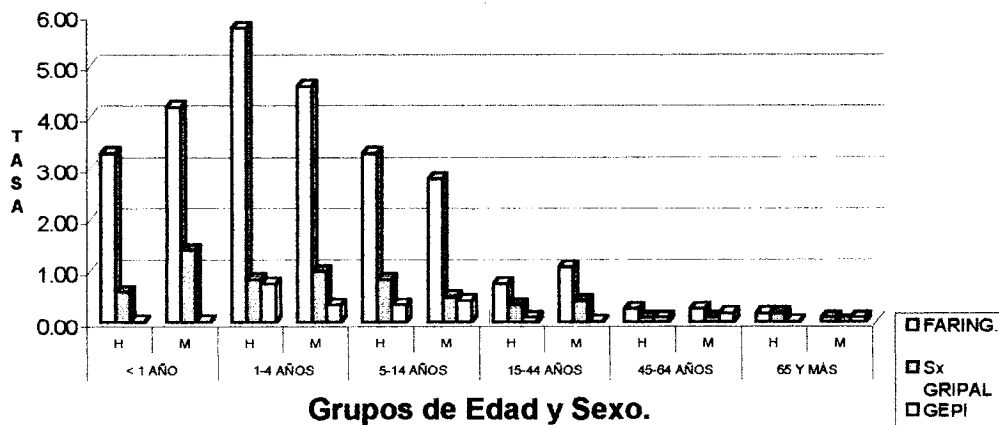


**CUADRO No 3. MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. GRUPOS DE EDAD Y SEXO CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL  
PALMAS  
AGOSTO 2000 A JULIO 2001**

DIAGNOSTICO	GRUPO ETAREO																												TOTAL
	< de 1 año				1-4 años				5-14 años				15-44 años				45-64 años				65 y más				TOTAL				
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	Mujeres			
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	
Faringoamigdalitis	40	0.25	51	4.05	70	5.73	56	4.49	40	0.25	34	2.70	9	0.14	13	1.05	3	0.04	3	0.25	2	0.16	1	0.05	164	13.43	158	12.94	322
Sx gripal	12	0.09	17	1.33	10	0.80	12	0.95	10	0.72	6	0.48	4	0.55	5	0.41	1	0.08	1	0.08	2	0.15	0	0.00	39	3.13	41	3.32	80
GEPI	0	0	0	0	9	0.71	4	0.31	4	0.31	5	0.41	1	0.08	0	0.00	1	0.08	2	0.16	0	0.00	1	0.05	15	1.23	12	0.96	27
Amibiasis	0	0	0	0	1	0.08	3	0.23	6	0.48	7	0.57	7	0.57	6	0.49	0	0.00	1	0.08	2	0.15	1	0.08	16	1.31	18	1.47	34
Enf. de Trans. Sexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0.95	13	1.05	1	0.08	1	0.08	0	0.00	0	0.00	13	1.05	14	1.17	27
Otitis Media	0	0	0	0	6	0.49	3	0.23	3	0.23	1	0.08	1	0.08	1	0.08	0	0.00	2	0.16	0	0.00	0	0.00	10	0.82	7	0.57	17
Conjuntivitis	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.16	1	0.08	5	0.41	3	0.23	1	0.08	1	0.08	0	0.00	0	0.00	8	0.64	5	0.41	13
Onicomiosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.08	0	0.00	1	0.08	1	0.08	1	0.08	1	0.08	4	0.32	4
Bronconeumonia	0	0	0	0	1	0.08	0	0	0	0	1	0.08	0	0	0	0.00	1	0.08	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.16	1	0.08	3
Sinusitis	0	0	0	0	0	0	1	0.08	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.08	1
Otras	4	0.32	3	0.23	8	0.64	5	0.41	9	0.72	9	0.72	2	0.16	2	0.16	8	0.64	5	0.41	10	0.82	7	0.57	41	3.36	31	2.54	72
<b>Total</b>	<b>56</b>		<b>71</b>		<b>105</b>		<b>84</b>		<b>74</b>		<b>64</b>		<b>41</b>		<b>44</b>		<b>16</b>		<b>17</b>		<b>17</b>		<b>11</b>		<b>309</b>		<b>292</b>		<b>600</b>
TASA POR 100 HABTS.																													

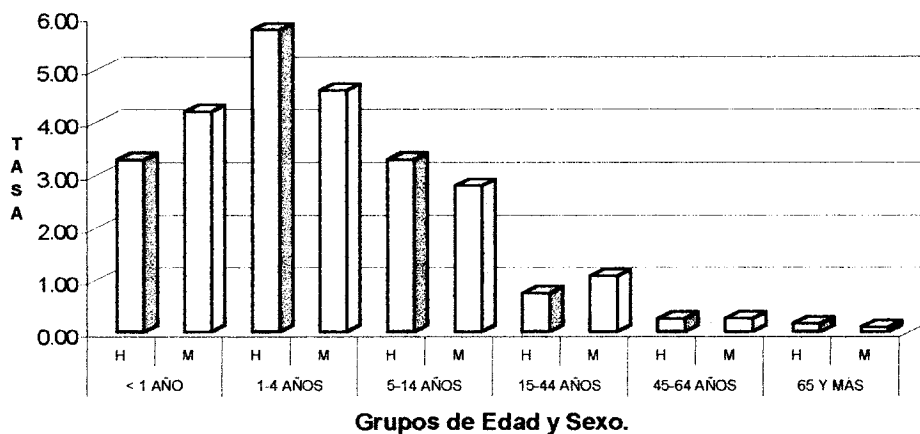
FUENTE: HOJA DIARIA DE LA CONSULTA EXTERNA 2000-2001 CSSMP.

**GRAF. 5 Las tres primeras causas de Morbilidad por Enfermedad transmisible. Grupo de Edad y sexo. CS SMP Agosto 2000-julio 2001**

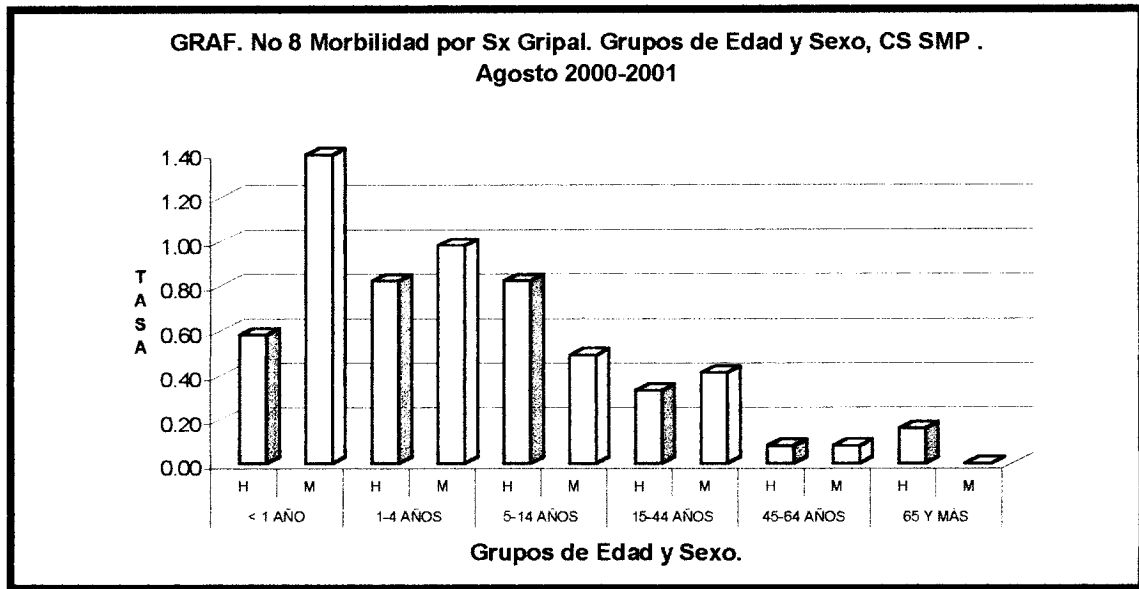


Fuente: cuadro No 3.

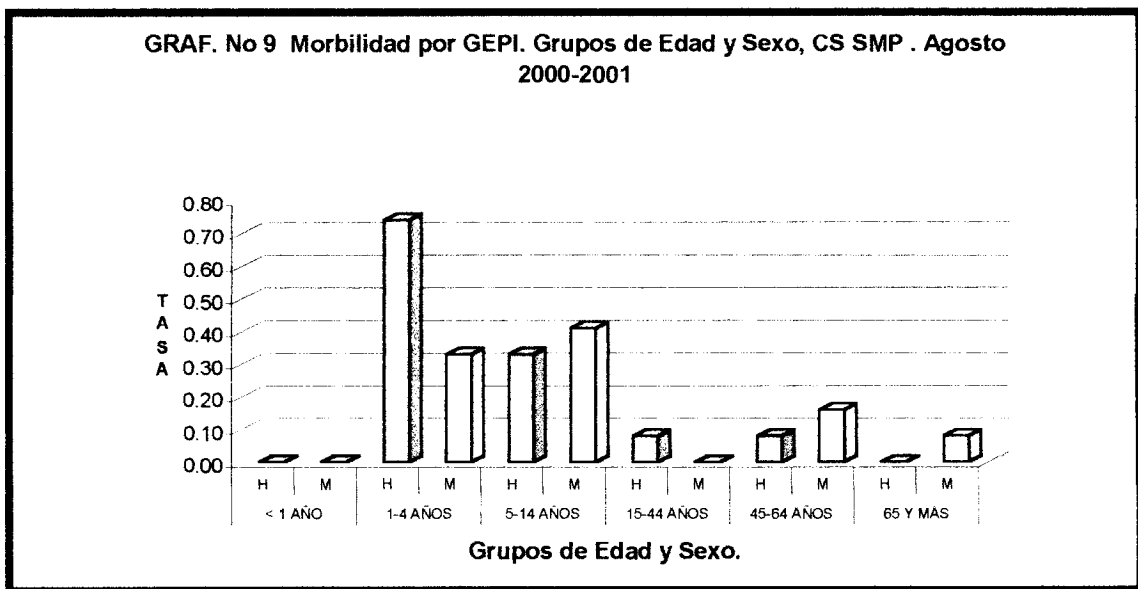
**GRAF. No 7 Morbilidad por Faringoamigdalitis. Grupos de Edad y Sexo, CS SMP. Agosto 2000-2001**



Fuente: cuadro No 3.



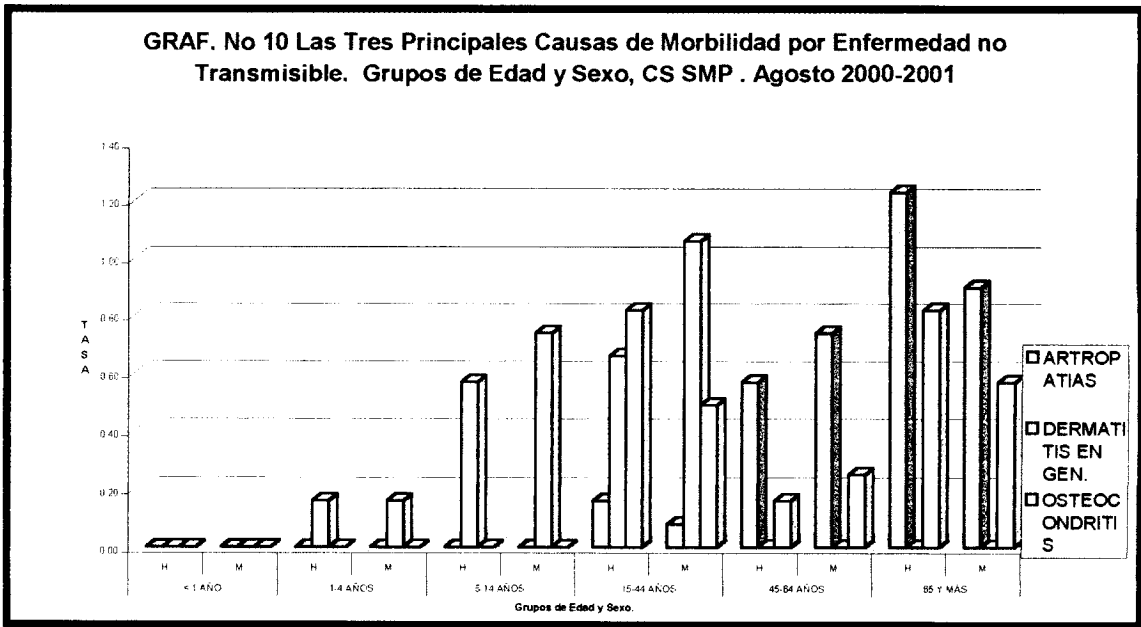
Fuente: cuadro No 3



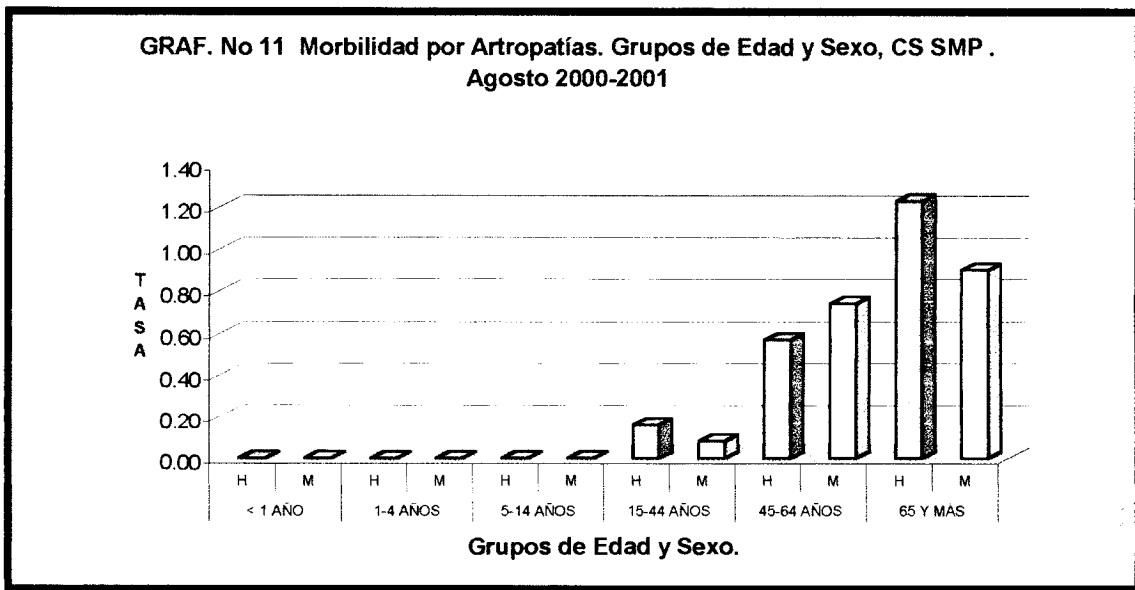
Fuente: cuadro No 3.

**CUADRO No 4 : MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. GRUPOS DE EDAD Y SEXO CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL PALMAS AGOSTO 2000 A JULIO 2001**

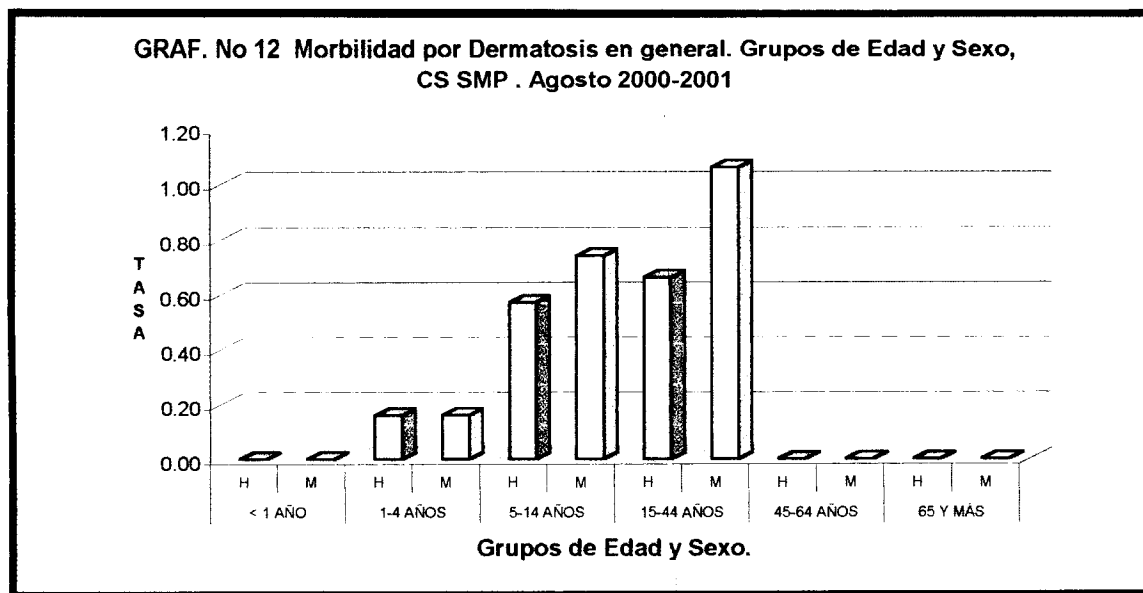
DIAGNOSTICO	GRUPO ETARIO																												TOTAL
	< de 1 año				1-4 años				5-14 años				15-44 años				45-64 años				65 y más				TOTAL				
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	
Artropatias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.05	1	0.02	7	0.57	9	0.74	15	1.03	11	0.90	24	1.97	21	1.70	45
Dermatitis Inespeci	0	0	0	0	2	0.35	2	0.25	7	0.57	9	0.74	8	0.65	13	1.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	17	1.39	24	1.97	41
Osteocondritis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0.82	6	0.45	2	0.16	3	0.23	10	0.81	7	0.57	22	1.80	16	1.31	38
Sx Anémico	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.41	3	0.23	10	0.82	11	0.85	3	0.23	1	0.08	0	0.00	0	0.00	18	1.47	15	1.23	33
Traumatismo Leve	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0.49	7	0.57	4	0.33	3	0.23	2	0.15	2	0.16	12	0.95	12	0.95	24
Gastritis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0.49	5	0.41	2	0.16	2	0.16	2	0.15	0	0.00	10	0.82	7	0.57	17
I.V.U.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0.65	7	0.57	2	0.16	0	0.00	0	0.00	0	0.00	10	0.82	7	0.57	17
Sx Sentil.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.4	8	0.65	5	0.4	8	0.65	13
Colitis Ambiana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.33	4	0.33	2	0.16	1	0.08	1	0.08	0	0.00	7	0.57	5	0.41	12
Colecistitis Alitiasic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.16	4	0.33	1	0.08	0	0.00	0	0.00	1	0.08	3	0.23	5	0.41	8
Otras	0	0	0	0	3	0.35	6	0.49	5	0.41	6	0.45	7	0.57	3	0.23	6	0.45	5	0.41	3	0.23	8	0.65	24	1.97	28	2.22	52
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0.35</b>	<b>8</b>	<b>0.49</b>	<b>17</b>	<b>1.39</b>	<b>18</b>	<b>1.43</b>	<b>63</b>	<b>5.13</b>	<b>61</b>	<b>4.73</b>	<b>29</b>	<b>2.32</b>	<b>24</b>	<b>1.92</b>	<b>38</b>	<b>3.04</b>	<b>37</b>	<b>2.96</b>	<b>152</b>	<b>12.11</b>	<b>148</b>	<b>11.64</b>	<b>300</b>
TASA POR 100 HABTS.	FUENTE: HOJA DIARIA DE LA CONSULTA EXTERNA 2000-2001 CSSMP.																												



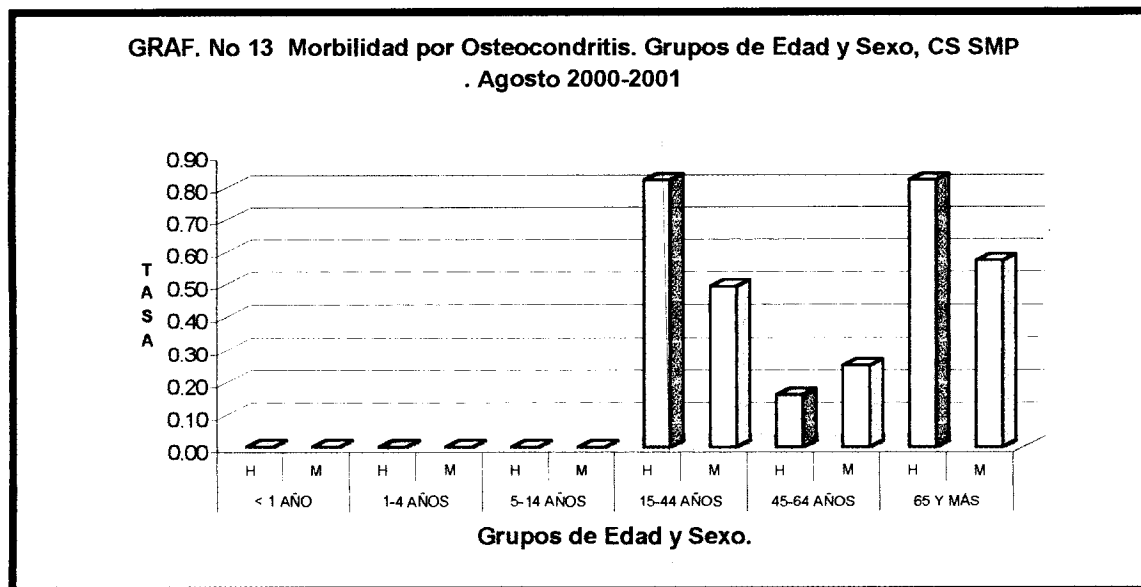
Fuente: cuadro No 4.



Fuente: cuadro No 4.



Fuente: cuadro No 4.



Fuente: cuadro No 4.

## 6. Análisis General del Daño Diferencial.

En nuestro análisis general del daño diferencial de la morbilidad de nuestra comunidad como notamos en la tabla general (cuadro No 3) en la primera enfermedad que se refiere a la faringoamigdalitis (grafica No 7) el grupo más afectado es el que corresponde a la edad de 1 a 4 años con predominio en los hombres, continuando con el grupo menor de un año donde predomina el grupo etario de las mujeres, sin embargo se observa escasa diferencia en el número de casos de un sexo y otro pero lo que sí podemos notar que el grupo de menor de 1 a 14 años de edad son los más afectados, esto podría ser resultado de ser más vulnerables a los cambios de temperatura tan bruscos, así como realizar sus trabajos cotidianos sin medidas generales de protección a los intensos calores, vientos fríos, etc. El síndrome gripal afecta más a la población menor de 1 año y enseguida a los 1 a 4 años predominando en ambos el sexo femenino (grafica No 8) debido a los mismos factores que el primer caso.

En las enfermedades gastrointestinales (grafica No 9) vemos que se presento principalmente en el grupo de 1 a 4 años con predominio en el sexo masculino y de 5 a 14 años con predominio en las mujeres, no teniendo registro de algún caso en niños menores de 1 año. En esta etapa de edad los niños están sin un cuidado adecuado de las cosas que comen o toman, la mayoría ingiere agua directa del río o del pozo, tienen malos hábitos higiénicos tanto alimenticios y de vivienda haciéndolos más propensos a padecer enfermedades gastrointestinales.

En el grupo de enfermedades no transmisibles (cuadro No 4) las artropatías que ocupan el primer lugar los grupos afectados son de 45 años en adelante, predominando más en los mayores de 65 años con mayor tasa en los hombres (grafica No 11) esto es claro ya que la mayoría de los hombres han salido a trabajar como emigrantes a los EE.UU. en condiciones climáticas extremas, con temperaturas muy bajas, sobre esfuerzo de trabajo y rendimiento físico, malos hábitos alimenticios que han propiciado esta enfermedad en las edades mayores, cabría mencionar aquí que un problema secundario a esto es la alta automedicación con esteroides mal empleados y abusando de ellos originando otras consecuencias.

En el grupo de las dermatosis es un patología que se ha ido incrementando en los últimos años o por lo menos el registro de los casos teniendo mayor predominio en el grupo de 15 a 44 años en el sexo femenino continuando el grupo de menor de 1 a 14 años debido entre otras cosas a la falta de nutrición balanceada, y la poca ingesta de verduras que proporcionan las vitaminas y minerales necesarias para el sistema inmunológico en la protección de los rayos ultravioleta, por otra parte se han detectado tanto clínicamente como a través de laboratorio Síndrome anémico en

gran parte de las consultas a mujeres de 15 años y más siendo de tipo carencial, anemias posparto por lo que se han registrado casos de hipocromias solares, dermatitis de contacto así como neurodermatitis, dermatitis de pañal en niños menores.

La osteocondritis es un padecimiento músculo-esquelético que también ha cobrado importancia siendo los más afectados los grupo de 15 a 44 años y los de 65 años y más, padeciendo más la población masculina en casi un 30 por ciento más que la femenina debido a los sobreesfuerzos físicos que realizan cotidianamente en sus trabajos, donde algunos trabajan varias horas dentro del agua en el riego de sus siembras y después debajo del sol y por otro lado las mujeres cocinan en su mayoría con fogón en las madrugadas saliendo a la intemperie.

### 7. Daños a la Salud Reproductiva.

En los daños referentes a la Salud reproductiva encontramos como la quinta causa de morbilidad de enfermedades transmisibles junto con otras enfermedades de transmisión sexual. La cervicovaginitis fue la que más se detecto, siendo por candidiasis y tricomoniasis las más comunes respectivamente y en su mayoría obtenidas por citologías vaginales (papanicolaou) dándose tratamiento a base de antifungicos y bacterianos respectivamente.

DIAGNOSTICO	< de 1 año		1-4 años		5-14 años		15-44 años		45-64 años		65 y más		TOTAL	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA
Cervicovaginitis	0	0	0	0	0	0	8	0.00	1	0.00	0	0	9	0.14
Transtornos Ginecologicos	0	0	0	0	0	0	4	0.00	0	0	0	0	4	0.00

TASA POR 100 HABTS. FUENTE: HOJA DIARIA DE LA CONSULTA EXTERNA 2000-2001 CSSMP.

Como podemos observar en el cuadro superior el grupo en el cual se registro los casos de Salud reproductiva fue en su mayoría de 15 a 44 años que como era de esperarse corresponde a la edad fértil, donde se encuentran factores de malos hábitos higiénicos, inicio de la vida sexual activa. Sin embargo sabemos que aún existe dificultad en la detección de casos ya que muchos se han diagnosticado en el consultorio en forma imprevista o en el reporte de la citología vaginal que se toma



rutinariamente. Esto a pesar de los incrementos en el número de pláticas y enseñanza la población a un conserva esa timidez y pena de enfermedades propias de la mujer.

En los trastornos ginecológicos principalmente están relacionados con la miomatosis uterina y quistes de ovario que se derivaron a un segundo nivel donde fueron atendidas y contrarreferidas, registrándose sólo 4 cuatros durante el año de servicio social correspondiendo al grupo de 15 a 44 años.

## VI. CONCLUSIONES SOBRE LA COMUNIDAD.

### 1. OBSERVACIONES GENERALES Y COMENTARIOS.

La población de San Miguel Palmas se encuentra en un desarrollo Político, Educativo y Social interesante debido principalmente a los diversos y nuevos programas por parte del gobierno del estado, sin embargo, debido a la gran lejanía que existe con otros pueblos del propio municipio y principalmente con la cabecera municipal Peñamiller y el no existir vías de comunicación adecuadas como transportes, caminos adecuados hacen que se rezague a otras comunidades.

Existen problemas que vienen sucediendo desde años anteriores pero que han disminuido en los dos últimos años que a continuación mencionaremos.

Poca aceptación del programa de Planificación Familiar debido principalmente a las costumbres religiosas y a la ideología de los hombres quienes dicen que las mujeres son para tener y cuidar hijos, teniendo de 8 a 12 hijos por familia. Además existe también problemas en alguna sección de la población quienes aún no acuden a un control prenatal bien establecido y la aceptación de realizarse estudios paraclínicos debido entre otras cosas al miedo, a la ignorancia y escasos recursos económicos.

Otro programa que ha sido difícil propagar y ser aceptado por la población es la prevención de cáncer cervicouterino a través de la realización del papanicólau en el cual la mayoría de pacientes que se lo realizan lo hacen en forma no voluntaria sino para cumplir con un programa en el cual reciben atributos monetarios. Que quizás es uno de los más grandes problemas el que sé a costumbre a las personas a recibir un pago por su salud, es decir, a recibir platicas a la salud, acudir a consulta periódicas, asistir a la realización de detecciones de enfermedades crónico-degenerativas y cancerosas y recibir ayuda alimenticia con suplementos alimenticios (papilla) de forma casi obligatoria, por el miedo de tener una falta y con eso quitarle la mitad de la atribución monetaria que recibe (PROGRESA).

Otro problema trágico es la inestabilidad de la unidad familiar debido principalmente a la emigración de la población masculina a los EE.UU. y así no permanecer con sus hijos quienes reciben la atención sólo de la madre, llegando a desintegrarse familias ó familias en caos y en el peor de los casos los hijos una vez terminada la tele-secundaria emigran también.

Un problema muy conocido es el analfabetismo que prevalece aun en nuestro días y que abarca a una parte importante de la población, no deja de ser un problema que involucra una mala cultura de atención a la salud, pobreza, etc.

Por último en la mayoría de las comunidades prevalece el famoso "machismo mexicano" en el cual las mujeres están supeditadas al esposo, llegando incluso al uso de los golpes por cosas insignificantes, como la asistencia a una consulta de planificación familiar, asistir a reuniones, el no tener a tiempo el desayuno, etc.

## 2. SUGERENCIAS DE SOLUCIÓN.

En la población existen tres principales rublos que deben de atenderse para lograr que los problemas mencionados anteriormente pueden ser cada día menos importantes.

Primero es educar a la población (refiriéndonos en este caso a la población adulta) y aunque existen programas para dicho trabajo como lo es Educación Inicial, PROGRESA, Nutrición-DIF Municipal., hasta el momento no ha habido cambios notables en la vida diaria de la comunidad por que se da prioridad a la población adulta y preferentemente en amas de casa y no se abarca una población de hombres o maridos como también una población escolar en donde se da prioridad a otros aspectos.

Por otra parte la educación preescolar, primaria y tele-secundaria no es del todo excelente debido principalmente, en otras cosas a la escaso número de aulas y profesores en donde se encuentran hasta tres grados juntos ó un maestro para casi todos los grados (por ejemplo en Aguacaliente, Puerto del Aire) y claro a la falta de apoyos didácticos y papelerías decentes, hacen de una educación en términos generales regular.

Aún existen muchos mitos o miedos en factores de salud como por ejemplo a una cirugía, al uso de algún método anticonceptivo, a una enfermedad que es causada por una brujería y que de una u otra forma afectan al bienestar de la comunidad en estos casos una mejor solución sería entenderlos y aceptar en cierta forma sus creencias e irlos introduciendo a la realidad, es decir enseñándoles realmente lo que es verdad y no imponiendo a través de un programa que es impartida por una adolescente o una persona con poca o nula experiencia . Es decir, la mayoría de las personas que asisten aun cierto programa educativo sólo asisten con la intención de obtener un ganancia material, pues incluso, muchas de las mamás están en contra de lo que pueda decir una persona acerca de como iniciar la educación en los hijos.

## VII. CONCLUSIONES FINALES DEL AÑO DEL SERVICIO SOCIAL.

El servicio social es una de las últimas y más emocionantes etapas de la carrera de medicina en ella se confrontan los conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidades de cada estudiante de medicina. Entendiendo por servicio social al periodo académico durante el cual con carácter obligatorio el pasante presta durante un año sus servicios técnicos y profesionales en beneficio principalmente de aquellas comunidades rezagadas del desarrollo socioeconómico, percibiendo generalmente por ello una beca económica de la institución a la cual se encuentra adscrito. Siendo el servicio social una etapa de preparación a la vez que de servicio a la comunidad, estar sujeto tanto a necesidades docentes como asistenciales que definan en común acuerdo las instituciones educativas y de salud. Por lo tanto los médicos pasantes son sin duda elementos de apoyo en los programas que establece la secretaria de salud, quienes participan en forma importante en el desarrollo de los mismos con bases científicas y juicio crítico, lo que favorece la integración de los equipos de salud y contribuyen a mejorar el nivel de salud de la población con servicios de mejor calidad y fortalece las acciones dirigidas a los grupos más desprotegidos.

De acuerdo al criterio que se establece en el programa Nacional de Desarrollo Urbano y vivienda la comunidad de San Miguel Palmas que es donde realice el servicio social es de clasificación rural dispersa es decir, elevado índice de dispersión, carencias de vías de comunicación que dificulta el acceso a los servicios de educación y salud principalmente, sus actividades económicas predominantemente agropecuarias con métodos e instrumentos de trabajo del promedio del salario mínimo nacional, parte de las viviendas carecen de agua potable, energía eléctrica, elevada disposición de excretas al ras del suelo y niveles alimentarios y nutricionales muy por debajo del promedio nacional. Contando con una unidad médica denominada como "unidad auxiliar de salud" que es aquella que se encuentra ubicada en localidad dispersa con difícil accesibilidad geográfica y panorama epidemiológico crítico e incluye los servicios de atención primaria, opera con una población entre 100 y 500 habitantes siendo responsable un médico y/o enfermera pasante. Esta unidad cuenta con consultorio, sala de espera, sanitarios y algunos con sala de expulsión.

La unidad auxiliar de salud de San Miguel Palmas se encuentra ubicada dentro de los límites del municipio de Peñamiller Edo. de Querétaro, con un registro de población total de 1221 habitantes distribuidos en cuatro comunidades rurales

dispersas dedicándose en su mayoría a jornaleros, agricultura y emigrantes eventuales con un salario en general mínimo en su mayoría con viviendas humildes que facilitan a malos hábitos higiénicos con un promedio de miembros por familia de 5 personas. La forma en que se lleva a cabo los programas básicos de salud fue principalmente a través de platicas comunitarias en equipo en cada una de las localidades de hasta 2 veces por semana llegando a través de camiones ó caminos por cerros para asistirlos. Así como visitas a escuelas 1 vez por semana de 2 localidades acudiendo a consultas a domicilio incluso a comunidades de 2 horas de distancia atendiendo las 24 hrs. durante 15 días y descansando 1 fin de semana acudiendo a juntas jurisdiccionales cada 15 días (hasta 5 hrs. de camino por no existir transporte directo sino por el estado de Guanajuato).

Podemos mencionar que el seguimiento de los programas básicos de salud, y en todos los programas paralelos (prograsa, salud y desarrollo, la salud comienza en casa, etc.) se cumplieron en su mayoría aunque algunos como son salud reproductiva, nutrición infantil se tuvieron que hacer sobreesfuerzos debido a la actitud que aun se prevalecen por las tradiciones y miedos.

La morbilidad que se presenta en esta unidad auxiliar de salud fue en primer lugar las infecciones respiratorias agudas específicamente la faringoamigdalitis (322 casos, tasa 27) Sx. gripal (180 casos, tasa 6.5) continuando las enfermedades diarreicas ( 27 casos, tasa 2.2 ) con predominio en los niños 1-4 años ( tasa 10.3 ) afectando más al sexo femenino probablemente debido a que es a que es mayor el numero de niñas que niños en ese grupo etario, sin embargo existen pocas diferencias en el número de casos entre hombres y mujeres en todas las patologías anteriores, es decir los niños tienen los mismos cuidados por partes de los padres no importando si sea hijo o hija, lo que sí es importante es que los grupos más afectados son los de menor de 1 año a 14 años, esto debido a gran parte del mal cuidado de sus hábitos higiénicos, ingesta directa de agua de los arroyos o pozos, poca limpieza de la vivienda entre otras cosas. Por lo que respecta a la morbilidad de enfermedades no transmisibles tenemos la Artropatías (casos 45, tasa 3.7) donde notamos que el grupo más afectado es el sexo masculino predominando en el grupo etario de 65 años y más seguido de los padecimientos dermatológicos (41 casos, tasa 3.4) afectando el grupo etario de 15 a 44 años predominando en el sexo femenino notando que han venido aumentando en los últimos años este padecimiento en forma paulatina (dermatología año 1995, tasa 1.2 ).

enfermedades transmisibles como infecciones de vías aéreas y gastrointestinales afectando siempre a la población infantil siendo esta a quien se le da más enfoque, esto podría ser excusado conociendo el tipo de clima de tipo semidesértico que es muy cambiante teniendo temperaturas altas por el día y muy bajas por las tardes además las condiciones pobres de la comunidad al no tener lo suficiente para protegerse del frío sucediendo igual en las artropatías donde la mayoría es secundaria a trabajos de climas extremos, mala nutrición, automedicación etc. Y los problemas dermatológicos que han sido de los problemas de salud que sean incrementado o tal vez no se habían registrado adecuadamente, esto probablemente a la impartición de pláticas que se multiplicaron en gran manera acerca de los problemas dermatológicos donde lo más frecuente son dermatitis de contacto, de pañal, neurodermatitis, hipocromias solares, etc. Debidas en su mayor parte a los factores antes mencionados.

Por otra parte concluimos que para el buen funcionamiento de los programas de salud deben de estar bien establecidas las tres columnas básicas, la relación medico paciente, el aspecto comunitario y la institucional ya que si alguna no funciona adecuadamente pone en peligro la buena atención y la recuperación del paciente debemos estar mejor preparados para poder cambiar la materia de salud en una comunidad donde es más necesario enseñar que imponer reglas de salud y escuchar las inquietudes y quejas que querer mandar sobre sus costumbres y modos de ver su vida .

Agradezco a mi universidad por brindarme las herramientas necesarias para buscar el conocimiento y la excelencia dándome el sentimiento humano en relación medico-paciente para ayudar a resolver no solo una enfermedad en un organismo humano sino para brindar lo mejor de uno mismo.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Archivo del Registro Civil de San Miguel Palmas.
2. Historia Parroquial de San Miguel Palmas.
3. Los municipios de Querétaro segunda edición 1992 colección enciclopedia Municipios de México Secretaria de Gobierno del Estado de Querétaro.
4. Archivos médicos de la Unidad Auxiliar de Salud de San Miguel Palmas.
5. Diagnostico sociocultural del Estado de Querétaro Dirección general de Cultura popular CONACULTA 1998.
6. Hojas de consulta diaria de la Unidad Auxiliar de Salud de San Miguel Palmas.
7. SISPA de la Unidad Auxiliar de San Miguel Palmas.
8. Entrevistas con personas mayores de 100 años en cuanto a historias y mitos de la comunidad.
9. INEGI 1998 . Carta topográfica, fisiográfica, climas, carta de uso de suelo y vegetación.
10. Estudio de comunidad anterior.
11. 7ª Antología del Servicio Social. Licenciatura en Medicina. Universidad Autónoma metropolitana.

## ANEXOS

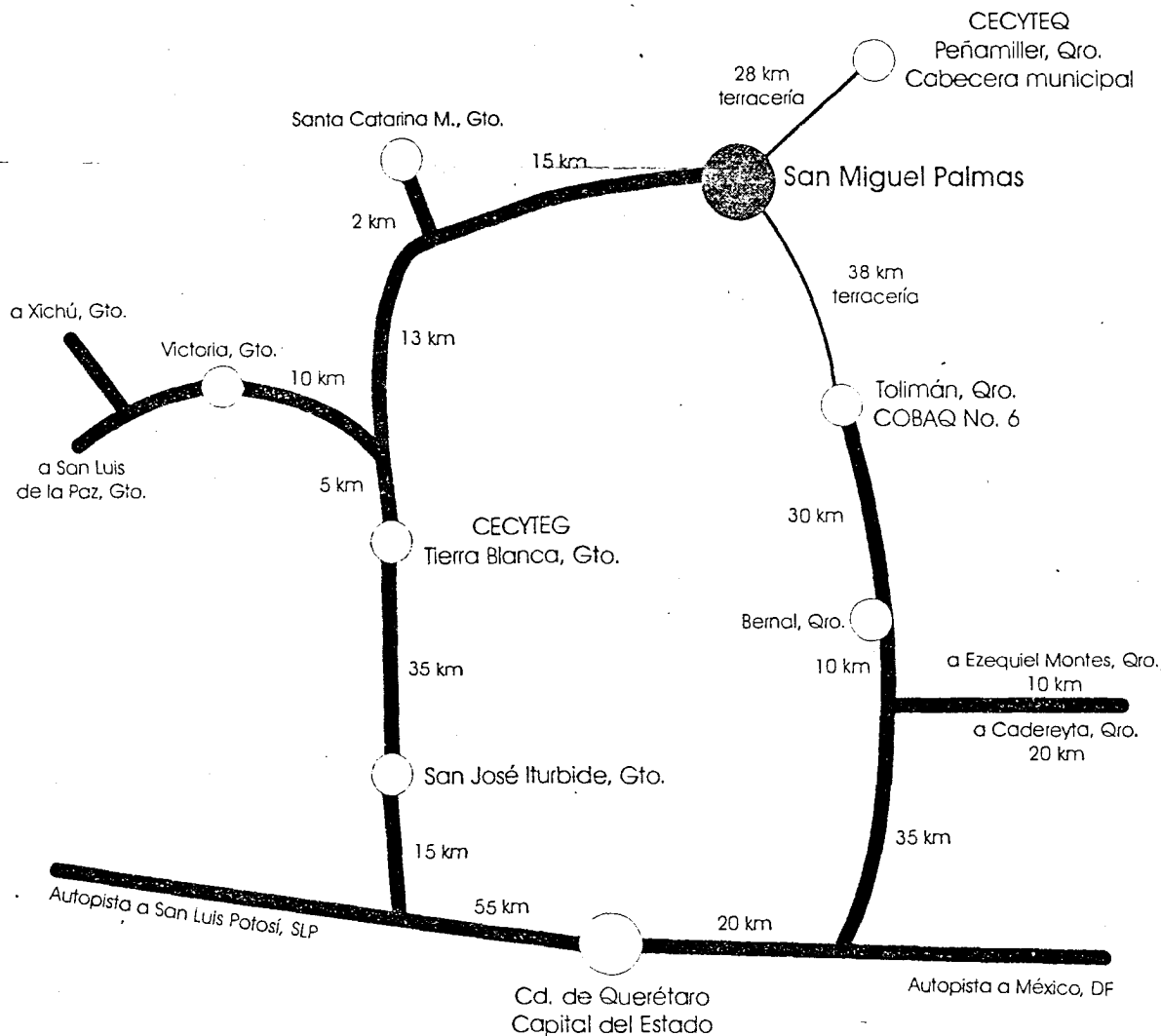
MAPAS Y CROQUIS DE LA COMUNIDAD Y ÁREAS DE INFLUENCIA.



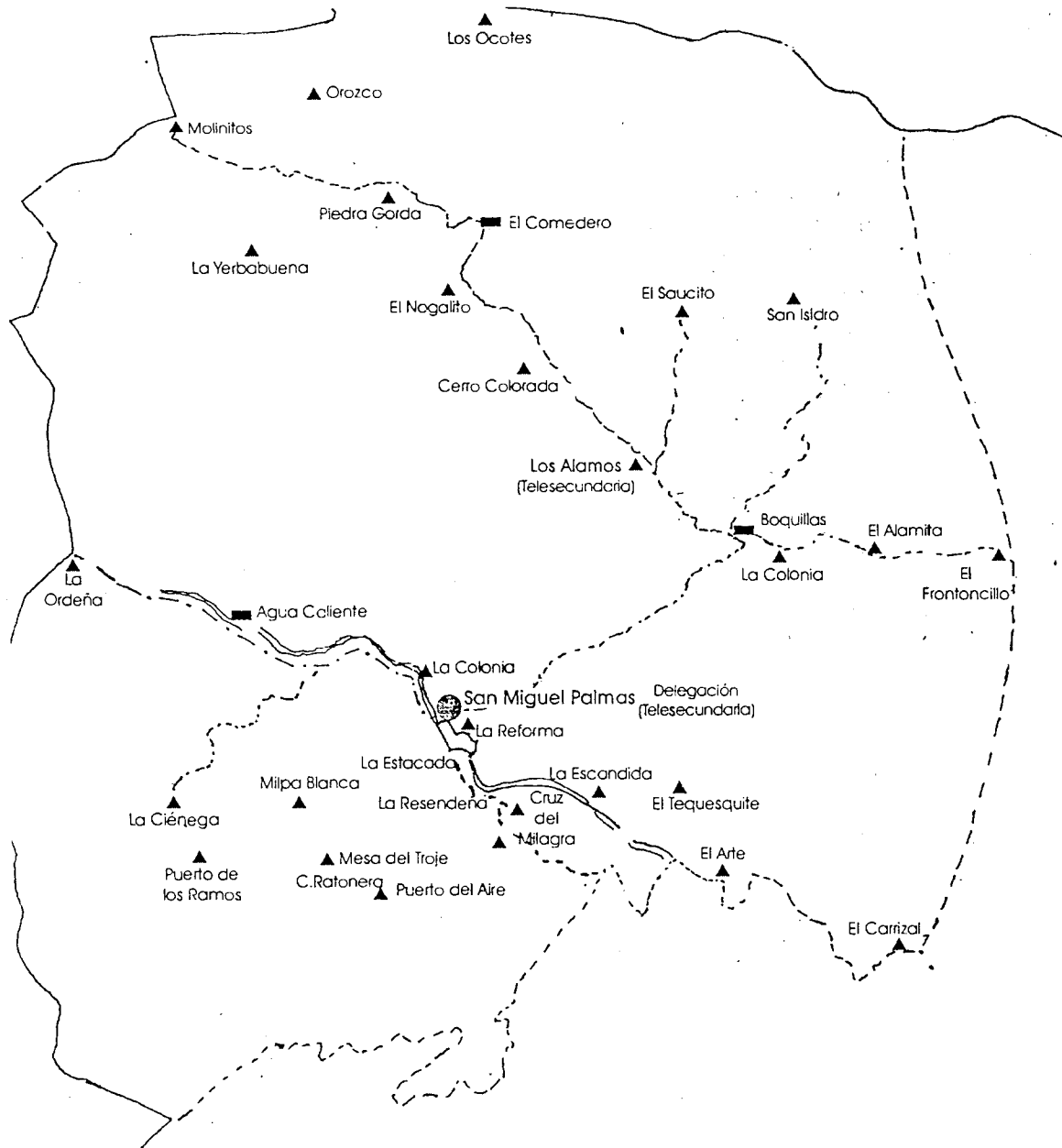
# V. Mapa del Municipio de Peñamiller:

## CROQUIS DE LOCALIZACION Y DISTANCIA

Punto de referencia:  
San Miguel Palmas, Peñamiller, Qro.



# JURISDICCION QUE PERTENECE A LA DELEGACION DE SAN MIGUEL DE PALMAS, PEÑAMILLER, QUERETARO.



# Sierra Gorda

QUERETARO

## Urbanización y equipamiento

San Miguel  
Palmas  
Peñamiller

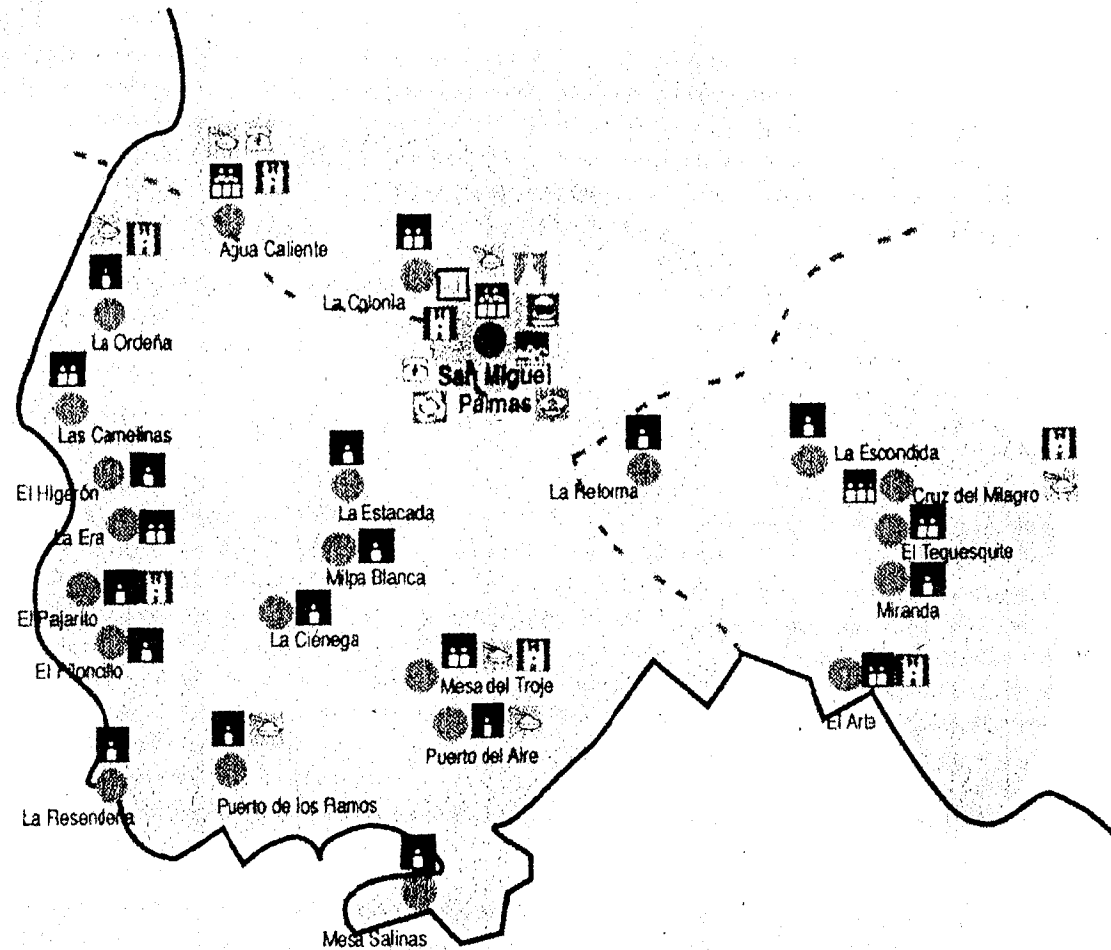
Población total en LAP  
y área de influencia: 2,499

### Características demográficas

Población total (menos de 50 habitantes)		Población total (101-200 habitantes)	
Población total (51-100 habitantes)		Población total (501-1000 habitantes)	

### Urbanización

Alumbrado público		Centro de reunión	
Cementerio		Teléfono	
Plaza pública		Iglesia católica	
Pavimentación en calle principal		Cárcel	
Vigilancia			



Fuente: INEGI

Cabeceras municipales		División municipal		Carreteras		Localidades de Atención Prioritaria	
Localidades		Ríos		Brechas y caminos		Área de influencia	
						Franjas críticas de pobreza	

Fuente: INEGI, Censo 1990; y Censo Municipal 1994  
Población y urbanización: Investigación directa en el municipio

# Salud • Educación • Abasto • Nutrición

## Sierra Gorda

QUERÉTARO

**San Miguel  
Palmas  
Peñamiller**

Población total en LAP  
y área de influencia: 2,499

### Características demográficas

Población total (menos de 50 habitantes)		Población total (101-200 habitantes)	
Población total (51-100 habitantes)		Población total (501-1000 habitantes)	

### Salud

Unidad auxiliar  
de salud

### Educación

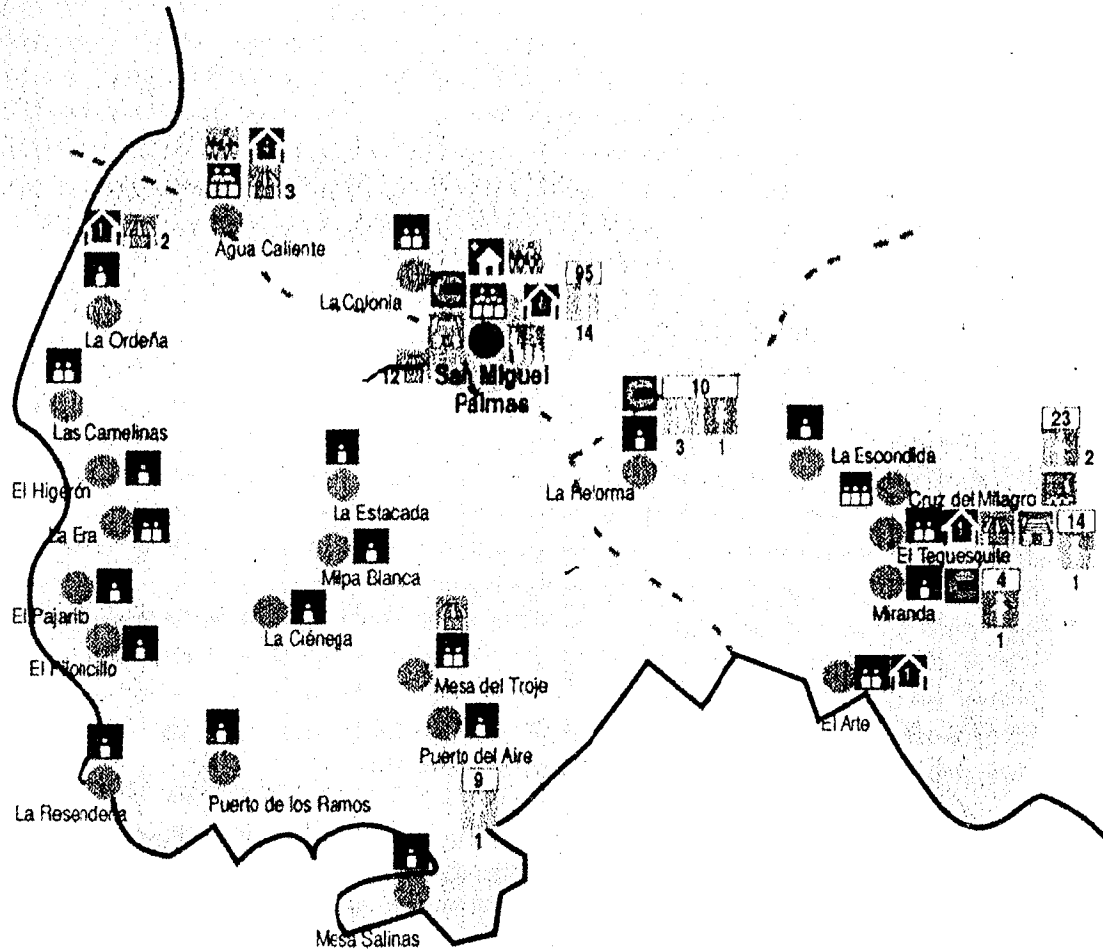
Preescolar estatal	Primaria (tetradecente)
Preescolar CONAFE	Primaria (sexadecente)
Primaria (Unitaria)	Telesecundaria

### Abasto

Tienda particular	Conasupo
Tienda cooperativa	

### Desnutrición

Población infantil de 0 a 5 años		Moderada
Leve	Severa	



Fuente: INEGI

Cabeceras municipales	División municipal	Carreteras	Localidades de Atención Prioritaria
Localidades	Ríos	Brechas y caminos	Área de Influencia
			Franjas críticas de pobreza

Población: INEGI, Censo 1990 y Censo Municipal 1994  
Salud: Coordinación de Salud en Querétaro e investigación directa  
Educación: Secretaría de Educación de Querétaro  
Abasto: Investigación directa en el municipio

