

SS
B
1935

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA - XOCHIMILCO.

DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD.

MEDICINA.

SERVICIO SOCIAL

SALUD REPRODUCTIVA, SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DE SALUD Y
PERFIL DE MORBILIDAD.

PERIODO FEBRERO 1997-ENERO 1998.

JOSANA RODRIGUEZ OROZCO.

MEDICO PASANTE EN SERVICIO SOCIAL.

UNIDAD MOVIL V Y C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Visto Bueno
Dr. JOEL HEREDIA GUEVAS
ENERO 99

INDICE GENERAL

TEMA	PAGINA
1 PORTADA	1
2 INDICE GENERAL	2
3 INDICE DE TABLAS	4
4 INDICE DE GRAFICAS	6
5 INTRODUCCION	7
6 SERVICIO SOCIAL	10
7 CASO CLINICO	13
8 CONOCIENDO A LAS PARTERAS	15
9 UNA VISION SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA Y LA ACTITUD MEDICA.	17
10 PROGRAMAS A DESARROLLAR EN LAS COMUNIDADES	19
11 UTILIDAD DEL CONOCIMIENTO ADQUIRIDO Y SU APLICACION EN EL SERVICIO SOCIAL	20
12 CONCEPTO DE SALUD REPRODUCTIVA PROPUESTO POR LA OMS	21
13 LA MUJER Y SU MUNDO	23
14 DIAGNOSTICO DE SALUD EN LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR LA UNIDAD MOVIL V.	25
15 A) DEFINICION DE LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO	25
16 B) JUSTIFICACION	26
17 C) OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	27
18 a) OBJETIVO GENERAL	27
19 b) OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
20 D) ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO CONCEPTUAL	27
21 E) METODOLOGIA Y RESULTADOS	28
22 FACTORES CONDICIONANTES	29
23 DANOS A LA SALUD	29
24 A) INDICADORES DEMOGRAFICOS	31
25 B) INDICADORES SOCIALES	34
26 C) INDICADORES DE ALIMENTACION	36
27 D) INDICADORES ECONOMICOS	37
28 SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS	39
29 PROGRAMAS DE SALUD	39
30 PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD PARA EL CICLO 1999 - 2000.	39
31 A) PROGRAMA DE PROMOCION Y FOMENTO A LA SALUD	39
32 B) PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y ESCOLAR	39
33 C) PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA	39
34 D) PROGRAMA DE SALUD EN LAS POBLACIONES ADULTA Y ANCIANA	39
35 E) OTROS PROGRAMAS DE SALUD PARA LA POBLACION GENERAL	40
36 PROGRAMAS REGIONALES	40
37 PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y ESCOLAR	40
38 PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION	40
39 PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS	43
40 PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	49

42	PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA	61
43	A) PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR	61
44	B) PROGRAMA DE CONTROL PERINATAL	67
45	C) PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	73
46	D) ANALISIS GENERAL	78
47	PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	79
48	PROGRAMA DE ATENCION A LA SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO	82
49	PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL	82
50	PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS	89
51	PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS	94
52	PROGRAMAS REGIONALES	99
53	A) PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR	99
54	B) PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE ZONOSIS	108
55	C) PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE COLERA	113
56	SALUD REPRODUCTIVA	115
57	ANALISIS GENERAL DEL PROGRAMA	122
58	PERFIL DE MORBILIDAD	124
59	A) INTRODUCCION	124
60	B) MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	126
61	C) MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	132
62	D) DAÑOS ASOCIADOS A SALUD REPRODUCTIVA	138
63	E) ANALISIS DEL PERFIL DE MORBILIDAD	139
64	CONCLUSIONES	141

INDICE DE TABLAS

TABLA	NOMBRE DE LA TABLA	PAGINA
TABLA 1	PROGRAMAS DE SALUD DESARROLLADOS EN LAS COMUNIDADES VISITADAS POR LA UNIDAD MOVIL V	19
TABLA 2	MORTALIDAD GENERAL POR SEXO	29
TABLA 3	MORTALIDAD DE MUJERES DE 15 a 49 ANOS	29
TABLA 4	MORBILIDAD POR SEXO	30
TABLA 5	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA	30
TABLA 6	HABITANTES SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO	31
TABLA 7	ESCOLARIDAD DE LA POBLACION POR SEXO	35
TABLA 8	DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE PRODUCTIVA POR SEXO	37
TABLA 9	DISTRIBUCION TRIMESTRAL DE LAS DIFERENTES PATOLOGIAS	52
TABLA 10	DISTRIBUCION NUTRICIONAL DE LOS MENORES DE 5 ANOS EN CONTROL	59
TABLA 11	MUJERES CAPTADAS PARA CADA METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	65
TABLA 12	MUJERES EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL POR GRUPOS DE EDAD Y DISTRIBUCION DE PARTOS ATENDIDOS	72
TABLA 13	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE SALUD EN LA MUJER	77
TABLA 14	FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL POR GRUPO DE EDAD	81
TABLA 15	CASOS EN CONTROL DE HIPERTENSION E INGRESOS	87
TABLA 16	DISTRIBUCION ETAREA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL	88
TABLA 17	CASOS EN CONTROL E INGRESOS DE DIABETES MELLITUS	92
TABLA 18	DISTRIBUCION ETAREA DE DIABETES MELLITUS	92
TABLA 19	PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR	116
TABLA 20	PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR. NUEVAS ACEPTANTES Y ACTIVAS POR GRUPO DE EDAD.	118
TABLA 21	CONTROL PRENATAL. SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES POR GRUPO DE EDAD	119
TABLA 22	ACTIVIDADES EN MUJERES EMBARAZADAS POR MES	120
TABLA 23	PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO	121
TABLA 24	MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. DISTRIBUCION MENSUAL	126
TABLA 25	MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. 10 PRIMERAS CAUSAS	127
TABLA 26	MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR GRUPO DE EDAD PARA EL SEXO MASCULINO	129
TABLA 27	MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR GRUPO DE EDAD PARA EL SEXO FEMENINO	130
TABLA 28	MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. DISTRIBUCION MENSUAL	132
TABLA 29	MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. 10 PRIMERAS CAUSAS	133
TABLA 30	MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES POR GRUPO DE EDAD PARA EL SEXO MASCULINO	135

TABLA 31	MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES POR GRUPO DE EDAD PARA EL SEXO FEMENINO	136
TABLA 32	PADECIMIENTOS RELACIONADOS A LA SALUD REPRODUCTIVA	138

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA	NOMBRE DE LA GRAFICA	PAGINA
GRAFICA 1	DISTRIBUCION COMPARATIVA DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO	32
GRAFICA 2	DISTRIBUCION ESCOLAR POR EDAD Y SEXO	36
GRAFICA 3	DISTRIBUCION DE LOS INDICADORES ECONOMICOS COMPARATIVA POR SEXO	38
GRAFICA 4	COMPORTAMIENTO DE LA GASTROENTERITIS INESPECIFICA	47
GRAFICA 5	COMPORTAMIENTO DE LA AMIBIASIS	48
GRAFICA 6	COMPORTAMIENTO DE LA PARASITOSIS	48
GRAFICA 7	DISTRIBUCION MENSUAL DE LA FARINGOAMIGDALITIS	53
GRAFICA 8	COMPORTAMIENTO DE LOS PADECIMIENTOS DEL GRUPO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	54
GRAFICA 9	DISTRIBUCION NUTRICIONAL DE LA PPOBLACION MENOR DE 5 ANOS	60
GRAFICA 10	DISTRIBUCION ETAREA DE LOS CASOS DE HIPERTENSION ARTERIAL	88
GRAFICA 11	DISTRIBUCION ETAREA DE LOS CASOS DE DIABETES MELLITUS	93
GRAFICA 12	COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.DENGUE	107
GRAFICA 13	TENDENCIA DE MORBILIDAD DE FARINGOAMIGDALITIS, GASTROENTERITIS Y DERMATOMICOSIS	128
GRAFICA 14	TENDENCIA DE MORBILIDAD POR GRUPO ETAREO Y SEXO PARA FARINGOAMIGDALITIS	131
GRAFICA 15	TENDENCIA DE MORBILIDAD COMPARATIVA PARA ACCIDENTES Y VIOLENCIAS, DERMATOMICOSIS E INFECCION DE VIAS URINARIAS	134
GRAFICA 15	TENDENCIA DE MORBILIDAD PARA ACCIDENTES Y VIOLENCIAS POR GRUPO ETAREO Y SEXO	137

INTRODUCCION.

En las últimas décadas los esfuerzos por mejorar la salud en México, se han incrementado.

La Secretaria de Salud como organismo coordinador y responsable directo ha planteado diferentes acciones, las cuales han ido modificando con el paso de los años, sobre la base de su practica, y los problemas a que se va enfrentando en su aplicación; así mismo sobre la base de las expectativas que los diferentes gobiernos pretenden cubrir.

Estas reformas han dado origen al Modelo de Atención a la Salud, que en 1985, nace dentro del Plan Nacional de Salud 1984-1988. Como instrumento de apoyo al proceso de descentralización; Y que obedecen a la imperiosa necesidad de cambiar las condiciones, alcances y características del actual Sistema de Salud que intenta por un lado; Tratar de resolver los rezagos acumulados y por el otro satisfacer las nuevas demandas de salud de una sociedad en proceso de transformación.

El modelo de atención a la Salud para Población Abierta, constituye el instrumento normativo por medio del cual se pretende regular la prestación de los servicios que se destinan a la población carente de los beneficios de la Seguridad Social.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados en el Modelo de Atención a la Salud se ha creado El Paquete Básico de Servicios de Salud, que es un conjunto de intervenciones en Salud que deben ser otorgadas a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias. Contienen acciones factibles de realizar, de bajo costo y alto impacto. Su aplicación constituye la estrategia fundamental para la ampliación de la cobertura en Servicios de Salud.

Una de estas estrategias es precisamente la implementación del servicio social que permitirá además de brindar a la población servicio médico, la cobertura de algunas cuestiones de interés particular estipuladas en cada estado y a nosotros realizar trabajos como este que abren nuestro panorama social acerca de las condiciones de nuestro país y a la vez nos da la posibilidad de desarrollarnos como médicos teniendo nuestros primeros enfrentamientos con la responsabilidad y el peso del camino que elegimos

Como se puede apreciar el proceso de adaptación de nuestra parte a la comunidad y de esta a nosotros no resulta una tarea sencilla ya que involucra

factores culturales, sociales, educativos y también de forma muy importante personales.

Sin embargo entre sorpresas y decepciones el proceso se fue dando, tomando en cuenta experiencias tanto de nuestros compañeros como nuestras, logramos unos bien, otros mal adaptarnos a nuestras comunidades.

Algunos llegamos a sentirnos parte de ellas, otros solamente sobrevivimos, pero algo que resulto inevitable para todos fue vivir esta experiencia, de la que ni el más evasivo se escapo.

Al estar redactando estas notas es inevitable para mí notar con sorpresa los sentimientos que al estar realizando este trabajo me invadían, y que quedaron plasmados a través de mis palabras. Ahora que veo desde fuera esta experiencia, mi visión es diferente aunque los problemas siguen siendo los mismos que viví, y resulta enriquecedor y reconfortante a través de este trabajo revivir esos momentos.

En lo que respecta a las actividades de aprendizaje debo aceptar que al estarlas elaborando me parecían un trabajo engorroso e inútil y quizá hasta molesto además de un tanto sacado al paso que realmente razonado, sin embargo ahora puedo darme cuenta que algunas de las muchas finalidades de estas eran precisamente lograr en mí la concientización acerca de cual era el contexto en el cual me estaba desenvolviendo, cual era la mentalidad y la situación social de las personas que eran mis pacientes y con los que tendría que convivir por un año.

La segunda parte del trabajo esta dedicada a la salud reproductiva y a todas las implicaciones que esta tiene y que de alguna manera resultan ser las mismas que se requieren para lograr la salud en la población en general, Sin embargo algo que es importante resaltar es el peso que tiene el aspecto social y educativo para repercutir en estas y en su estado de salud enfermedad, además de hasta que punto nosotros como médicos hemos contribuido a la mala evolución de este. Para explicar esto por medio de gráficas y tablas y el posterior análisis de las mismas tratare de dar una visión general del mismo.

Así es como a través de la tercera parte de este trabajo se pretende conocer en primer lugar cuales son los programas que maneja la Secretaria de salud, así como la estructura de los mismos, para lo cual necesitaremos saber cuales son sus fundamentos, sus objetivos y sus estrategias, así mismo cuales de esos programas son los que se aplican en el que hacer medico diario del primer Nivel de Atención y porque; Además que tanta congruencia existe entre la normatividad de estos y sus objetivos y lo que se lleva a cabo en el ámbito jurisdiccional y local, y por último el impacto que estos han tenido en la población, esto sobre la base de la cobertura de los mismos en una población determinada, que para fines prácticos será el Ejido la Estrella en Centla, Tabasco sitio en el que actualmente realizo mi Servicio Social.

Finalmente se abordará el tema de morbilidad en el ámbito local, se tratará de hacer un análisis mensual del comportamiento de las principales

patologías que se ubican tanto en el grupo de los padecimientos transmisibles como en el de los no transmisibles, realizando posteriormente un análisis global lo cual nos servirá para tratar de explicar a su vez el impacto de estos mismos en la población, al conocer cuales son los que predominan; sobre la base de estos datos se tratara de relacionar este impacto con los factores locales y con las deficiencias observadas en el seguimiento de programas que previamente se habrá desarrollado, todo esto con el fin de generar posibles soluciones a la problemática que sé esta desarrollando en el ámbito de Salud en esta localidad.

Y a lo largo de todo el trabajo se abordara con especial interés la problemática de la Salud Reproductiva, su relación con factores sociales, culturales, educativos, ambientales, geográficos y de salud entre otros, esto con la finalidad de conocer la etiología que contribuye a las altas tasas de mortalidad materna que se presentan en comunidades con las condiciones de estas a las que nosotros acudimos.

SERVICIO SOCIAL.

Recuerdo los planes que tenía antes de llegar a mi plaza, me imaginaba mil cosas y no podía concretar ninguna, lo único seguro es que por primera vez iba a encontrarme realmente sola, lejos de mi familia y de todas aquellas personas que son mi fortaleza y con una gran responsabilidad.

En Villahermosa mi entusiasmo se acrecentó al encontrarme en un entorno totalmente diferente a los lugares en donde yo me había desarrollado; pero se presentaron algunos problemas ya que a más de la mitad de los pasantes que venimos les cambiaron su plaza y la que les había sido asignada se encontraba ocupada, esta situación hizo que aumentará mi deseo por llegar pronto a mi plaza y me comencé a sentir insegura aunque yo no me encontraba en esa situación, después de varios días de espera los problemas se solucionaron y los trámites se llevaron a cabo y cada uno de nosotros partió a sus jurisdicciones.

Recuerdo bien el primer día que llegue a la jurisdicción, la recuerdo como un lugar sombrío, me pareció desordenado; había mucha gente y todos nos veían como extraños puesto que eso éramos para ellos, algo que me llamo la atención era que nadie sonreía, y el ambiente se sentía pesado, después de un rato de esperar pudimos entrar a hablar con la jefa jurisdiccional, me causo buena impresión ya que fue amable, pero allí me tope con mi primer problema y es que la unidad que tenía asignada era una unidad móvil, esto no era el problema sino todo lo que implicaba, ya que no tenía donde quedarme a dormir, no iba a recibir ningún centavo extra a mis becas y tendría que estar todos los días en la jurisdicción, este problema se resolvió parcialmente al permitirme uno de mis compañeros quedarme en su unidad, pero ahora había otro problema, su unidad se encontraba a hora y media de Frontera y además tenía que pagar 20 pesos diarios de pasajes, pero en fin pudo ser peor.

La unidad en la que laboro es una unidad móvil acuática, que trabaja en zonas de ríos, tengo a mi cargo 7 comunidades las cuales visito 3 cada 8 días y el resto cada 15 días, en la mayoría de las comunidades las consultas son domiciliarias, esto me ayudo mucho porque al poder entrar a las casas de los habitantes también pude penetrar más ampliamente en su forma de vivir y de pensar, pero también dificultaba mi trabajo clínico ya que no había privacidad en las consultas y además la valoración y el tiempo se reducían.

En general la aceptación de la gente fue buena y el trabajo se ha ido desarrollando sin dificultades. Sin embargo ha habido choques, uno de los más importantes se presento por el concepto que la gente tiene de mi trabajo y el concepto que yo tengo del mismo, esta diferencia se hizo evidente para mí, cuando la gente comenzó a llegar a consulta solo por medicamento, llegaban

diciéndome: Dra. Fíjese que tengo tal cosa y quiero que me dé esta medicina y manda decir mi vecina que le mande tal medicamento porque luego se pone malo su niño. Esta situación en un principio me causaba gracia, pero el, estando viviendo cotidianamente poco a poco me fue cansando, y es que me decía a mí misma; bueno vengo a dar consulta o a repartir medicina como si fueran dulces. En fin que llegue a tal grado que cuando llegaban con esta actitud tomaba unas recetas, prescribía el medicamento y los mandaba a la farmacia, aunque yo sabía que no había farmacias cercanas y aún a pesar de yo contar con el medicamento sin importarme si lo necesitaban o no. Sin embargo no me sentía contenta con esta situación así que trate de hallar una solución y comencé a organizar juntas a las que muy poca gente asistía cuando sabían que era de parte de la unidad de salud, así que las juntas se convocaron por medio del delegado pero sin decir que era para cuestiones de salud, y así comenzó a aumentar la cantidad de población que asistía; a través de estas juntas explique a la población cual era mi función dentro de la comunidad, y poco a poco hice entender a la gente que yo no iba a repartir medicamento, que no doy consultas telepáticas, y que para poder prescribir un medicamento necesito ver y valorar al paciente para llegar a un diagnóstico y entonces si dar un tratamiento, si lo requiere ya que no todos los padecimientos requieren de tratamiento farmacológico para su recuperación, fueron varias las juntas que tuve que realizar y muchas pláticas individuales, pero poco a poco las cosas han ido cambiando aunque no han dejado de presentarse estas situaciones, pero ahora la gente tiene una imagen más clara de cual es mi función.

Pasando a otro punto algo que me da mucha tristeza es que nosotros como pasantes venimos preparados para enfrentar uno y mil problemas con la comunidad y al llegar aquí resulta que los problemas más grandes los hemos tenido con el personal de la jurisdicción.

De entrada te encuentras con un mundo de papeles que hay que entregar, y que desde luego nadie te explica como llenar; Posterior a la entrega del primer reporte mensual, de una campaña de vacunación y casi a mediados del segundo mes de estancia dentro de la jurisdicción se imparte un aburrido, largo e inútil curso de inducción al puesto, en el cual se te da una información muy superficial acerca de cuales son tus funciones, actividades y obligaciones, no se te dice cuales son los formatos que debes llenar ni se te entregan estos, sin embargo cada lunes hay que ir a entregar información semanal, y te encuentras con que ya algún supervisor de zona o algunos de los coordinadores de los diferentes departamentos te esta llamando la atención por no llevar alguna información que nadie te dijo que existía y mucho menos cuando y como se tenía que entregar, además de que al no darte los formatos correspondientes tienes que sacar fotocopias corriendo estos gastos por tu cuenta cuando son formatos que te deben ser entregados por la Secretaría de Salud.

Y como tiro de gracia resulta que el ambiente además de difícil es pesado ya que la gente no esta acostumbrada a tratarse con respeto, sino que más bien lo que predomina es el miedo, sobre todo hacía la jefa jurisdiccional, en cuanto al resto del personal, da la impresión de que no le tienen amor a su trabajo y de que

están allí más por necesidad que por gusto ya que la mayor parte del tiempo están de mal humor y hacen las cosas con desagrado; Para nosotros esta fue una desilusión ya que estábamos acostumbrados a tratar con gente que le tiene amor a su trabajo, que luchaba por ser mejor y por saber más y sobre todo en hospitales donde el respeto era algo que se ganaba y no algo que se impusiera.

Sin embargo los problemas comenzaron cuando la jefa jurisdiccional acostumbrada a manipular a su personal quiso hacer lo mismo con nosotros, pero nosotros ya estábamos al tanto de esas situaciones en parte por lo que nos habían informado en el curso impartido por la universidad antes de irnos y otro tanto por lo que los pasantes anteriores nos habían comentado. En mi caso lo primero que hice fue conseguir completo el reglamento de Servicio Social y memorizarlo, así que cuando la jefa jurisdiccional quiso imponerme guardias, cambiarme de unidad u otra serie de situaciones pude negarme con toda tranquilidad amparándome en mi reglamento, enseguida la Dra. Trato de intimidarme hablándome de reglamentos estatales y otra serie de libros que no existen, llegando incluso amenazarme con levantar un acta administrativa sino la obedecía, cosa que tampoco puede hacer. Mi defensa así como mi actitud lejos de aceptarla como un derecho mío la tomo como insubordinación y como algo personal que me sigue trayendo problemas hasta la fecha, pero afortunadamente ninguno lo suficientemente grande.

Tal vez he pintado la situación como algo atroz, pero desafortunadamente es así como yo la veo y la he vivido, sin embargo ha habido situaciones muy bonitas como es el hecho de que todos los pasantes al estar en la misma situación nos unimos mucho para luchar juntos, lo cual nos dio mucha fuerza y esa unión y esa lucha trascendió de manera muy importante en nuestras vidas, y ahora no solo somos compañeros de pasantía; somos amigos de esos que uno lleva consigo toda la vida.

CASO CLINICO

Se presenta a consulta paciente femenina de 18 años de edad G1, P0, A0, 1er trimestre de embarazo, 8SDG, T/A 120/80.

Acude para control prenatal acompañada de su suegra, durante la revisión y el interrogatorio es esta última quien toma la palabra, limitándose la paciente a afirmar o negar con movimientos de cabeza.

Al interrogar sobre alguna molestia la paciente rompe en llanto y la suegra me explica que fueron con la partera y que esta les dijo que la paciente traía al bebe caído y que lo más seguro era que se le muriera así que lo mejor era sacarlo.

A la exploración física se encuentra útero con tamaño adecuado para la edad estacional, de implantación baja (ligeramente perceptible), es resto sin alteraciones.

Después de la valoración clínica, comienzo a explicarle a la paciente que estos casos son relativamente frecuentes y que lo que ella podría tener es una implantación baja de placenta ya que la placenta es una bolsa dentro de la cual sé esta formando su bebe y de la que posteriormente se va a alimentar, le explico que en esta etapa de su embarazo su bebe aún esta en formación que aún es prematuro hablar de que efectivamente ella tenga este problema ya que durante su embarazo no ha presentado ninguna molestia, que tiene que seguirse valorando y en caso de que efectivamente presentar a este problema su embarazo se manejaría como de alto riesgo y requeriría de cuidados especiales sin que necesariamente tenga que sacarse al niño.

Una vez ya más tranquila se le dan las siguientes indicaciones:

1. - No cargar ni levantar cosas pesadas.
- 2.- No hacer esfuerzos grandes como lavar o transportarse en cayuco a remo.
- 3.- Procurar usar chanclas para evitar resbalones y posibles caídas.
- 4.- No usar ropa apretada.
- 5.- Acudir a consulta sin falta para el control de su embarazo.
- 6.- De ser posible realizarse un estudio (USG de abdomen y pelvis) para confirmar el diagnostico.

Después de estas explicaciones la paciente queda más tranquila pero la suegra argumenta que yo siendo tan joven no puedo saber más que la partera que tiene mucho más experiencia, y que antes de hacer lo que yo le dije va a consultar con la partera para ver si ella esta de acuerdo con lo que yo les propuse.

Afortunadamente yo llevo buenas relaciones con la partera y por lo tanto acepto mis recomendaciones, y de esta manera conjuntamente llevamos el manejo de la paciente.

En este caso el esposo estaba al tanto de la situación de la paciente sin embargo se decidió que fuera su madre quien acudiera con ella a consulta porque esas eran cosas de mujeres y la decisión que ella tomara sería la mejor porque ella sabe mejor de esas cosas.

Por la forma en que llega la paciente a consulta y su actitud en citas posteriores así como por la experiencia que he tenido en cuanto a la forma de pensar de la gente de las comunidades yo creo que la paciente al igual que la mayoría de las mujeres se encontraba emocionalmente muy lábil ya que se trata de su primer embarazo, su marido la presionaba para que le diera un hijo, y además por su edad y sus escasos estudios no tenía ni la más mínima idea de lo que ocurría ya que ella se encontraba asintomática.

En cuanto al aspecto social en que se encontraba si se pudiera hablar de escalas jerárquicas ella estaba ubicada en el último sitio dentro de la familia, ya que estaba sometida a la opinión del esposo, del suegro y de la suegra, y ella no tenía derecho a decidir sobre que hacer con su hijo, porque a fin de cuentas ella solo iba a tenerlo y ya.

CONOCIENDO A LAS PARTERAS

Efectivamente al llegar nosotros a las comunidades nos encontramos con muchas costumbres que entorpecen el quehacer médico, en mi caso no existe competencia con algún brujo o curandero ya que no hay ninguno en las comunidades, pero lo que sí es muy frecuente son los típicos remedios caseros, o la influencia de las suegras en la familia, que en el caso de salud reproductiva llevan a la nuera o a la hija con la partera para sus tradicionales sobadas mensuales, en las cuales además les dan té de diferentes sustancias que solo ellas saben para que sirven y que contienen (ya que son sus secretos los cuales no confían a nadie), en algunos casos estas sobadas llegan a ser violentas ocasionando problemas durante el embarazo, principalmente abortos y partos prematuros.

En mi caso al ir analizando la lectura muchas de las situaciones que allí se presentan me da la impresión de que las escribió la autora en base a mis experiencias y no a las suyas, dado que en 3 de las comunidades que manejo hay parteras, era probable que de haber algún problema en cuanto a criterios, ideas y manejo de las pacientes mis problemas serían con las parteras así que realizando un poco de prevención tome algunas medidas, como por ejemplo, nunca y por ningún motivo hablar mal de ellas o de su trabajo frente a los pacientes, y limitarme a manifestar cual era mi punto de vista frente a una situación y cual era el procedimiento que yo como médico podría sugerir.

Antes de esto yo no había tenido ninguna relación con las parteras sin embargo si había escuchado muchos comentarios de parte de los médicos dentro de la misma jurisdicción, en donde muchos de ellos referían que las parteras lo único que hacían era complicar los partos y después mandar a las pacientes con ellos a que les resolvieran el problema; En fin, opiniones que en su mayoría eran negativas, y además independiente a su trabajo decían que las parteras abusaban de la importancia que tenían dentro de la comunidad y que si un médico les caía mal se encargaban de hacerle la vida pesada.

Así que tomando mis precauciones y tratando de que estas impresiones no influyeran sobre mí, fui a presentarme con las parteras y cada que tenía tiempo iba a platicar con ellas para tratar de conocerlas en cuanto a su manera de pensar, su forma de trabajar, y las condiciones en que atendían los partos, se presentó la oportunidad de un curso para parteras y les comuniqué que ellas habían sido elegidas para tomar este curso, el cual sería impartido por médicos ginecólogos que venían de Villahermosa, y que por ser especialistas deben tener conocimientos más finos que el resto de los médicos (además de que estos cursos generalmente son impartidos por médicos de la jurisdicción que están más preocupados por el manejo de papeles que por la autoenseñanza continua), así

que a mí me interesaba que tomaran este curso porque al aumentar sus conocimientos sobre técnicas de atención de partos, asépsia y antisépsia, detección de partos complicados y otras situaciones disminuye el riesgo para las mujeres al momento del parto.

Afortunadamente las parteras me recibieron con agrado ya que me comentaban que ningún médico se había interesado por su trabajo y lejos de verme como competencia me ven como una amiga, y esto ha repercutido enormemente en la consulta porque poco a poco va aumentando el número de mujeres que acuden a consulta para control de embarazo ya que al haberme aceptado la partera me convierto en persona de confianza con la cual pueden acudir para su control. Además de que el concepto que me había formado de ellas no era tan severo ya que al ver las condiciones en que trabajan me permitió comprender que muchas de las supuestas complicaciones que ellas originan llegan en las mismas condiciones con ellas, y que dentro de su grupo como dentro del nuestro hay buenos y malos elementos, ya que hay algunas que tiene mucha preparación y realizan su trabajo con compromiso, además de que por su experiencia algunas son muy hábiles, mientras que hay otras a quienes lo único que les interesa es la paga.

Lo que sí me quedo muy claro es el hecho de que al mejorar las relaciones de nosotros como médicos y al acercarnos a ellas como personas y ganándonos su confianza se nos facilitan mucho las cosas al motivar a las mujeres embarazadas para que además de acudir con ellas acudan también con nosotros.

UNA VISION SOBRE LOS PROBLEMAS EN SALUD REPRODUCTIVA Y LA ACTITUD MEDICA.

Dada la problemática planteada en la Universidad de las situaciones que se han suscitado en algunos estados en donde se maneja que los médicos pasantes no saben atender partos y que es por eso que las tasas de mortalidad materna se han elevado en dichos estados.

En este sentido podríamos hacer un paréntesis ya que para esta situación de desconfianza por parte de la población han influido varias cuestiones, por un lado cuando un pasante llega a una comunidad el período de enlace muchas veces es prolongado, y en este proceso la gente de las comunidades deposita su confianza en las parteras o en las comadronas, cuando llega el médico generalmente se trata de embarazos que no han llevado control prenatal o que han sido previamente manipulados y que han presentado problemas para su resolución dificultando con esto la actividad del médico y cuando por mala fortuna el desenlace del mismo no es el deseado toda la culpa va a recaer en el médico aunque este haya hecho un buen trabajo; Esto puede sumarse a otros factores como pueden ser la poca experiencia del médico ya que estamos hablando de médicos pasantes que están llevando a cabo sus primeras actividades como responsables directos de la actividad médica, además se encuentran en un proceso de adaptación generalmente lejos de la familia y de todo apoyo que pudiera brindar seguridad al mismo aunado a la presión generada en sí por el proceso de atender un parto y por el hecho de saber que cada decisión que se tome y cada paso que se de va a estar vigilado por la comunidad y va a ser decisivo para su aceptación o rechazo dentro de la misma.

Con esto no estoy tratando de justificar los errores médicos que pudieran cometerse en la atención de un parto, ni estoy diciendo que el médico sea culpable o inocente por los comentarios que se han generado, simplemente estoy tratando de explicarme y a la vez explicar todas las situaciones que en un momento dado pueden generarse y originar que situaciones desagradables se den y que manchen la imagen de mucha gente sin darle siquiera una oportunidad de demostrar sus capacidades.

Todas estas situaciones han condicionado que mi interés sea dirigido hacia este campo, por lo cual me interesaría saber ¿Cuántas mujeres de las comunidades acuden a control prenatal durante su embarazo? Y de estas ¿Cuántas tienen factores de riesgo en el momento del parto?.

Considero que con la respuesta a estas interrogantes se pueden generar variantes que pudieran darnos un panorama acerca de las condiciones en las que llegan las mujeres al momento del parto, de aquí podrían desprenderse algunos conocimientos que pudiesen guiarnos acerca de si efectivamente es el médico quien ocasiona los problemas al momento de la atención del parto o si estos están

llegando como parto de alto riesgo o complicado, y todo esto finalmente nos podría orientarnos sobre la situación real que se está viviendo y si el problema de los médicos pasantes es un problema de formación de los mismos en que las carencias académicas dejan conocimientos pobres que dificultan posteriormente la práctica médica o si se trata de un problema de información en que esta misma ha sido manipulada y distorsionada en perjuicio del personal de salud y en particular del médico pasante.

Las variables que yo consideraría importante manejar serían las siguientes:

- Número de mujeres embarazadas en la población.
- Número de mujeres embarazadas con control prenatal.
- De las mujeres captadas cuantas presentan uno o más factores de riesgo para el parto.
- Cuales serían los principales factores de riesgo que se están presentando en la población a mi cargo.

La información podría obtenerla de la tarjeta censal ya que aquí se registran todas las mujeres embarazadas en la población.

El número de mujeres embarazadas en control médico y prenatal y los factores de riesgo los obtendría del expediente familiar, de la hoja diaria de consulta y de la tarjeta de control de pacientes.

Considero que una forma fácil de presentación y organización de los datos podría ser el uso de gráficas y tablas estadísticas.

En caso de utilizar este método entonces el análisis de los resultados lo haría mediante métodos estadísticos como podría ser el estudio de casos.

Una vez con los datos obtenidos y ordenados esperaré poder dar una opinión un tanto más objetiva de esta situación ya que conoceré las condiciones reales en que las pacientes están llegando para la atención de su parto y que por tanto influyen en la calidad de la atención médica.

Considero que también sería importante entrevistar a los médicos pidiéndoles su opinión respecto a estas situaciones, sin embargo en mi caso carecería de los medios para llevar a cabo esto, por lo cual la dirección que yo tomaría sería la anteriormente señalada.

PROGRAMAS A DESARROLLAR EN LAS COMUNIDADES

TABLA 1.
PROGRAMAS DE SALUD DESARROLLADOS EN LAS COMUNIDADES VISITADAS POR LA UNIDAD MOVIL V.

NOMBRE DEL PROGRAMA	COBERTURA	FINALIDAD
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	Población femenina	Captación y control de las mujeres embarazadas, conocimiento de la evolución de su embarazo, de los factores de riesgo y de la oportuna canalización de los casos en riesgo a un nivel superior de atención. Así como vigilancia de su puerperio.
CONTROL DEL NIÑO SANO.	Menores de 5 años	Valoración del estado nutricional, crecimiento y desarrollo de este grupo de edad.
PLANIFICACION FAMILIAR.	Mujeres y hombres en edad reproductiva	Promover, concientizar y responsabilizar a las parejas sobre la decisión del número de hijos que desean tener
CRONICO DEGENERATIVAS		Todos los subprogramas tienen como finalidad:
Hipertensión arterial.	Mayores de 25 años	- Prevención de estos padecimientos, captación oportuna de casos y control adecuado de pacientes.
Diabetes mellitus.	Mayores de 40 años	
Cáncer cervicouterino.	Mujeres mayores de 25 años.	
Cáncer mamario.	Mujeres mayores de 25 años.	
Tuberculosis.	Mayores de 15 años	

En mi caso el control se lleva a cabo mediante papelería específica para cada programa, la cual se concentra en una carpeta de argollas que se deja en la casa de las auxiliares comunitarias de la casa de salud, y es mi obligación revisarla y actualizarla cada que visito la comunidad.

A los pacientes que se encuentran renuentes se les deberá realizar visita domiciliaria para invitarlos a que no abandonen el programa y continuar su control.

En general mediante este sistema el control es adecuado ya que permite el conocimiento real del estado de la población y de los problemas que pudieran presentarse en esta ya que con los programas se cubre casi por completo a la población en riesgo de enfermar.

Sin embargo en muchas ocasiones resulta difícil llevarlos a cabo porque la renuencia es muy alta en las comunidades, y por tanto para poder hacerlos caminar correctamente él médico debe realizar un mayor esfuerzo, ya que la población considera que es obligación del médico llevar este control, y como saben que aunque no se presenten a sus citas el médico llegara a sus casas tarde o temprano para la valoración optan por tomar esta medida ya que resulta más cómoda para ellos.

UTILIDAD DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Y SU APLICACIÓN EN EL SERVICIO SOCIAL.

Me parece muy importante este punto porque realmente existe un choque entre lo que nosotros aprendemos en los hospitales a que acudimos y las situaciones a que nos enfrentamos en el servicio social.

El trabajo de campo es muy agradable y satisfactorio y las patologías vistas en una y otra comunidad en general son las mismas, con sus mismas características, variantes y complicaciones; El problema comienza al tomar alguna decisión terapéutica ya que en la Secretaría de salud se rigen bajo normas técnicas de las cuales nunca se nos hablo y cuya metodología terapéutica difiere mucho de lo que nosotros hemos leído y aplicado en la práctica clínica y se nos exige dar nuestros tratamientos sobre la base de estas normas que aunque pudieran resultar efectivas no son las que utilizaríamos nosotros en primera opción. Además debemos de tomar en cuenta que estas normas son estandarizadas y no nos permiten abordar al paciente de forma independiente y única, cerrándonos las posibilidades terapéuticas al pretender seguir tratamientos preestablecidos.

Y al respecto algo que podría agregar es que quizá el error no esta en las normas sino en la rigidez de quien las aplica y dirige; Al pretender como mencione antes que guiemos nuestra conducta médica sobre la base de estos formatos como si fueran leyes inquebrantables, olvidándose de que son solo guías que pueden orientarnos sobre el procedimiento a seguir en un caso clínico determinado pero que finalmente va a ser nuestra valoración clínica y nuestro criterio médico lo que nos va a indicar que camino terapéutico tomar.

En este sentido algo que puedo agregar sobre la base de lo observado durante mi servicio social es en cuanto a la libertad clínica y terapéutica; Es que no existe diferencia entre ser el responsable directo de una clínica de salud o ser parte de un equipo de trabajo (en caso de centros de salud concentrados) ya que todos se rigen bajo las normas técnicas para la toma de decisiones y finalmente cada médico normara sus conductas clínicas en base a su criterio médico siempre y cuando lo hagan sobre la base de las normas técnicas.

Quizá el problema en los centros de salud concentrados radica; Más que en las conductas clínicas al momento de tomar una decisión terapéutica, en la forma de trabajar ya que no existe la individualidad y siempre se deberá contar con la autorización del director incluso para poder iniciar alguna actividad en beneficio de la comunidad.

CONCEPTO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA PROPUESTO POR LA OMS.

El concepto de Salud Reproductiva menciona lo siguiente: " Salud reproductiva es el estado de completo bienestar Físico, mental y Social y no solo la ausencia de enfermedad durante la etapa reproductiva ".

En cuanto a mi opinión sobre este concepto durante la evolución de esta segunda parte del programa tratare de ir plasmándola ya que hay varios puntos que se involucran en este los cuales desarrollare posteriormente.

En este sentido es muy importante no olvidar que pertenecemos a un país tercermundista en que las condiciones de vida de la mayoría de la población no podrían considerarse adecuadas y de hecho en la mayoría de los casos son deplorables, y dada la complejidad de la definición son muchos los aspectos que deben cubrirse; varios incluso que escapan a las funciones del personal de salud, aunque estén íntimamente relacionados con este, y considero que aunque sé este trabajando fuertemente para mejorar las condiciones de salud, específicamente salud reproductiva; los avances son muy lentos y las mejoras están aún lejanas ya que hasta donde he podido observar el trabajo más bien se enfoca a cumplir promesas de orden político que a brindar realmente un mejor servicio y mejoras en la salud a la población y por esto me atrevo a asegurar que si queremos mejorar la salud de la población, no es dando consultas baratas, ni regalando medicamentos y métodos anticonceptivos, se trata de cambiar pensamientos y raíces culturales, hábitos de vida y comportamiento, roles sociales, educación, economía y muchas cosas más, que ni el personal de salud, ni todos los buenos y justificados propósitos de la Secretaría van a cambiar ya que esto va más allá de la salud al implicar problemas de tipo político, de una mejor distribución de bienes materiales; y todo desafortunadamente va más allá de nuestras posibilidades y me parece un tanto atrevido él querer abarcar toda esta problemática; Creo yo que en este sentido sería más fructífero el trabajo en conjunto entre todas las instancias que trabajan con las comunidades, como son los dirigentes políticos, los líderes religiosos, los académicos, y el personal de salud, y creo que el trabajo debe ser más bien enfocado hacia la concientización de las poblaciones sobre los factores que para ellos resulten desfavorables sobre como ellos pueden ir actuando con relación a estos factores de acuerdo a sus posibilidades para beneficio propio, pero para poder lograr esto se requeriría en primer lugar alcanzar entre los involucrados igualdad de criterios y conceptos, porque teniendo un fin común todos trabajaríamos por lo mismo desde diversas perspectivas como podría ser el área educativa, las condiciones de vivienda, y la mejora de los servicios de salud, así como el acceso a estos entre otros, sumado a la participación activa de la población en pro de su salud. No obstante esto sea quizá aún más difícil de conseguir.

Sin embargo no por considerar el concepto un tanto utópico creo que no esta en nuestras manos contribuir y hacer algo para avanzar y poder hablar algún

día de esta definición como algo real, yo considero muy importante el esfuerzo que sé esta realizando con los diversos programas y proyectos aunque como ya mencione no creo que esta manera de actuar sea la solución a los problemas de salud reproductiva, y en mi caso de médico en formación creo que es benéfico el salirme de los libros para enfrentarme a una realidad que alguna vez vi plasmada en una tasa de mortalidad materna, pero que ahora ya no es un número frío sino un hecho, una realidad palpable que tiene factores predisponentes; pero lo más importante tiene solución.

Me hubiera gustado mucho comparar este concepto con otros y profundizar más en el tema, pero desafortunadamente, solo pude obtener los elementos bibliográficos expuestos en la antología, y mis escasas experiencias para realizar este análisis, que si bien puede ser escueto, es la realidad a que me enfrento y mi visión sobre palabras escritas tras de un escritorio.

LA MUJER Y SU MUNDO.

En lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, yo como mujer estoy totalmente de acuerdo con estos y en que sean respetados, sin embargo estos como la mayoría de los derechos son violados constantemente y en mí concepto considero que es muy importante antes de tomar cualquier decisión el tener la convicción sobre esta, tener un conocimiento completo de la situación que sé esta viviendo y estar en la capacidad de enfrentar las responsabilidades y conflictos que pudiesen presentarse; Aplicando esto a la salud reproductiva, es la vida y el futuro de la mujer el que esta en juego, y creo que es muy importante que la decisión final sobre el embarazo, la planificación, el parto, o cualquier otra situación relacionada, recaiga directamente sobre nosotras.

Sin embargo considero que es muy importante llegar a un acuerdo con la pareja (si esta existe), ya que precisamente en la definición se toca el punto de bienestar emocional; y no debemos pasar por alto que dadas nuestras raíces culturales la mujer para encontrarse emocionalmente estable necesita la aprobación de su pareja o de las personas con que cohabita, de allí que me parece muy importante que aunque sea la mujer quien debe decidir sobre estos aspectos, no debemos pasar por alto la importancia de que la concientización sea al binomio para poder lograr un verdadero avance que genere un beneficio real para la mujer, e indirectamente para la familia.

Considero que con esto se evitarían muchos problemas de salud reproductiva que son ocasionados precisamente por el temor de enfrentarse a la pareja o a la familia y que no en pocas ocasiones tienen un trágico desenlace.

Algo que sería importante mencionar en este sentido es el poco valor que se le da a las mujeres en las comunidades dentro de la escala social ya que la mujer es considerada un objeto que sirve para tener la casa en orden y para la reproducción; en las comunidades las mujeres no tienen derecho a opinar y mucho menos a tomar alguna decisión, en la mayoría de los casos es el hombre quien tiene estos derechos y trascendiendo esto a nivel de la población ya que cuando hay que tratar algún problema de la misma son los hombres quienes se encargan de estas labores mediante reuniones de carácter legal a las cuales las mujeres no tienen acceso, en estas reuniones es importante mencionar que los hombres tienen el derecho de delegar a sus mujeres alguna responsabilidad sin que antes hallan consultado con estas si están de acuerdo o no con llevarla a cabo, y en cambio cuando la mujer desea participar en algún acto debe de pedir a su marido autorización para esta función y si este no la aprueba ella tendrá que renunciar a su deseo de participación.

En el área educativa a todos los miembros de la familia se les da la oportunidad de estudiar si se cuenta con los medios, pero si por alguna razón existen en la familia dos o más miembros que deseen estudiar y no existe la

posibilidad económica de darle estudio a todos entonces se elegirá a uno que es quien continuara sus estudios, en este caso si se trata de un hombre y de una mujer, sin dudarle será el hombre quien continué sus estudios aunque los dos hallan respondido de manera igual en sus etapas escolares anteriores.

De igual manera cuando se tiene que tomar alguna decisión sobre el embarazo; quien va a atenderlo o si se debe recibir o no consulta prenatal o apoyo durante la etapa reproductiva sea del tipo que sea es el esposo o en algunos casos la madre de este quien decide que tipo de servicio se tomara, durante que etapas y con quien; posteriormente la mujer es informada sobre con quien tiene que ir, para que y cuando.

Es también muy importante el hecho de que la mujer en su etapa reproductiva reciba atención médica desde el inicio de está, así llegado el momento de la reproducción está se encontraría con muchas ventajas en cuanto a conocimiento y control de padecimientos, detección de factores de riesgo y muchos otros aspectos que podrían influir negativamente al momento de la reproducción; Y las posibles complicaciones durante el parto y puerperio disminuirían considerablemente, y de esta forma la morbilidad y mortalidad de este grupo tomaría otro rumbo.

En estas comunidades por lo que yo he podido observar la mortalidad y morbilidad materna es frecuente, predominando esta última; y esto no es de extrañar dado que las condiciones de vida en las comunidades son poco favorables y muy predisponentes a este fenómeno; Existen entre las lecturas analizadas y la realidad de mis comunidades mucha similitud e incluso me atrevería a afirmar que esta es una realidad aplicable sino a todas sí a una gran mayoría de las comunidades de nuestro país.

La pobreza, el bajo nivel educativo, la ignorancia, la perdida de valores, las costumbres, el desconocimiento de obligaciones y derechos sumados a desfavorables condiciones de vivienda y escaso acceso a servicios públicos son algunos de los factores que contribuyen a las altas tasas de morbilidad y mortalidad en salud reproductiva.

DIAGNOSTICO DE SALUD DE LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR LA UNIDAD MOVIL 5.

DEFINICION DE LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO.

La población manejada para este trabajo comprende la población y especialmente a las mujeres en edad reproductiva de las siguientes localidades:

RIVERA ALTA 3ª.SECC.- Comunidad ubicada a orillas del río Usumacinta, la más grande de las comunidades visitadas por la unidad móvil, consta de un total de 607 habitantes, distribuidos en 110 familias.

TRES BRAZOS.- Comunidad ubicada a orillas del Río Usumacinta, es la comunidad que cuenta con mayor acceso a servicios públicos ya que tiene carretera y luz eléctrica. Consta de 494 habitantes distribuidos en 105 familias. Es la comunidad más conflictiva y con mayor divisionismo entre sus pobladores por diferencias políticas y religiosas.

COLONIA IDOLOS.- Comunidad ubicada a orillas del río Grijalva consta de un total de 402 habitantes distribuidos en 80 familias, es la comunidad más alejada de Frontera (aprox. 2 hrs. en lancha), cuenta con red carretera que la comunica con la localidad de Tamulte.

SAN JUANITO.- Está es la comunidad que se encuentra más dispersa, al igual que las anteriores es una comunidad ribereña ubicada a orillas del Río Grijalva y para trasladarse de una casa a otra es necesario utilizar cayuco o lancha ya que las distancias son muy grandes y no hay caminos. Consta de 105 habitantes distribuidos en 45 familias.

SAN PEDRO.- Esta comunidad se encuentra distribuida a lo largo de los ríos San Pedro y Grijalva en el entronque que hacen estos dos a la altura de 3 brazos para formar el Río Grijalva que desembocara al mar en Frontera. Consta de 20 familias con 60 familias distribuidas en estas. De todas las comunidades es la que cuenta con la población económicamente más estable.

ISLA DEL BUEY.- Es la comunidad más cercana a Frontera y se encuentra en dirección opuesta a las demás, es una Isla ubicada en la desembocadura del Río Grijalva con el océano Pacífico, la población es flotante y consta aproximadamente de 16 familias que son contratadas por un terrateniente dueño de la Isla, dedicadas al cultivo y procesamiento del coco para obtener forraje y aceite principalmente; Es la población con nivel educativo, cultural y económico más bajo.

En todas las comunidades se cuenta con un Delegado municipal que realizara sus funciones durante un periodo de 3 años, es elegido democráticamente por la población, y en las comunidades que no cuentan con casa de salud será en casa de este donde se realizarán las consultas, en caso de ausentarse el delgado existe un delegado ejidal quien suplirá al delegado en su ausencia y quien tendrá el mismo peso político de este.

En cuanto al aspecto religioso hay una importante división de los pobladores ya que existen cuando menos 3 diferentes grupos religiosos por comunidad.

JUSTIFICACION.

Considero importante la realización del diagnostico de salud en las comunidades, porque existen en estas muchos factores de riesgo para la salud reproductiva de la población.

En algunos de los apartados anteriores del trabajo mencionaba ya algunos de los factores que yo considero de influencia o de riesgo como son, el hecho de que sigan presentándose en las comunidades embarazos en mujeres menores de 18 años o mayores de 35 años, así como el hecho de tener familias numerosas y hacinadas, esto aunado a que no se tenga la costumbre de llevar control prenatal durante el embarazo, y ser atendidas para la resolución del mismo en sus casas y por parteras distando esto en mucho de las condiciones ideales en que este fenómeno debiera realizarse.

Desde luego que para que estas condiciones se den hay muchos factores de influencia que van desde las costumbres, el nivel educativo de la población, los roles sociales, factores de vivienda, económicos y el hecho de no contar con servicio médico constante en la comunidad ya que el único servicio de salud con que cuentan es el proporcionado por la unidad a mí cargo, la cual acude en el mejor de los casos a proporcionar servicio cada 8 días, y dada la ubicación geográfica de las comunidades el trasladarse a otro sitio a recibir atención médica representa un verdadero problema; Desde el hecho de conseguir transporte hasta el gasto que este traslado representa.

Creo que es importante conocer a fondo estas comunidades y sus condiciones, así como la situación real de salud de las mismas que tal vez pueda resaltar situaciones sobre las cuales pueda irse trabajando para mejorarlas.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

OBJETIVO GENERAL.

Elaborar el diagnóstico de salud de las comunidades visitadas por la unidad móvil 5 y relacionarlos con salud reproductiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1) Identificar a la población en estudio.
- 2) Obtener tasas de mortalidad y morbilidad general y específicas para el grupo en salud reproductiva.
- 3) Identificar factores demográficos, culturales, sociales, educativos, de alimentación, y económicos de la población.
- 4) Observar de que manera influyen en salud reproductiva.
- 5) Con los datos obtenidos realizar un análisis.

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

Como he mencionado anteriormente el problema de salud reproductiva en las comunidades, se ve afectado por diversos factores, muchos de los cuales se presentan solamente por desconocimiento de causa y muchos otros por lo que implican para su resolución, lo importante de estos es identificar aquellos que tienen una rápida solución para trabajar sobre ellos e ir preparando terreno para aquellos cuya solución es más compleja.

Es bien sabido que la mortalidad y morbilidad materna tiene importantes repercusiones en el ámbito social; La madre como eje familiar al estar fuera de sus funciones trastorna todo este entorno, repercutiendo esto de forma importante en la familia y en la sociedad.

El concepto que maneja la OMS sobre salud reproductiva me parece como antes mencione completo, pero si yo tratara de aplicarlo a mis comunidades en este momento siendo estricta en el uso del mismo seguramente serían muy pocas las mujeres que yo encontraría "saludables", no obstante creo pertinente manejarlo ya que de lo que se trata es de identificar los factores que separan a las mujeres de este estado ideal de salud y esto solo puede hacerse realizando un análisis completo de su situación actual y extrapolándolo a la situación en que debiesen encontrarse.

METODOLOGIA Y RESULTADOS.

- A) Se identificará a la población en estudio mediante los concentrados de tarjeta censal.
- B) Se obtendrán los datos sobre mortalidad general y mortalidad materna en el registro civil.
- C) Los datos sobre morbilidad general y materna se obtendrán del rotafolio de información y evaluación básica y de los datos de la hoja diaria del médico.
- D) Con esta información se elaboraran tasas de morbilidad y mortalidad general y de salud reproductiva.
- E) Para la identificación de los factores condicionantes se utilizara la información de la tarjeta censal nominal y familiar.
- F) Se analizarán estos factores y se correlacionarán con el problema de salud reproductiva.

Los resultados y la información obtenida se agruparán en tablas para facilitar el manejo de la misma, y posteriormente se analizará tratando de sacar conclusiones y generar posibles soluciones.

FACTORES CONDICIONANTES.

DAÑOS A LA SALUD.

TABLA No.2
MORTALIDAD GENERAL POR SEXO.
UNIDAD MOVIL 5, CENTLA, TABASCO. 1993 - 1997.

CAUSAS	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	TASA	No.	TASA
Accidentes y violencias.	3	14.02	1	4.67
Sepsis puerperal			2	9.35
Parto distociado.			2	9.35
Hemorragia transvaginal.			1	4.67
D.M. Complicada.	1	4.67		
Cáncer prostático.	1	4.67		
Cirrosis hepática.	1	4.67		
Apendicitis.	1	4.67		

FUENTE: Constancias de Defunción de los delegados municipales.
Tasa por 10,000 habitantes.

TABLA 3.
MORTALIDAD EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS.
UNIDAD MOVIL V, CENTLA, TABASCO. 1993 -1997.

CAUSAS	No.	TASA
Sepsis puerperal	2	476.19
Parto distociado	2	476.19
Hemorragia transvaginal	1	238.09

FUENTE: Constancias de defunción.
Concentrados de Tarjeta Censal.
Tasa por 10,000 habitantes.

Como se puede observar en las tablas 2 y 3 la diferencia entre las causas de defunción en ambos grupos fueron totalmente diferentes, lo que resulta relevante es la importancia que tienen los problemas de salud reproductiva como causas de mortalidad en los últimos 5 años.

De un total de 13 muertes observamos que las relacionadas a salud reproductiva son 5 ocupando el 38.46% del total de defunciones, una cifra muy importante dentro de las tasas de mortalidad, ya que nos esta indicando que este campo de la salud se encuentra descuidado y que esta causando problemas importantes, pero sobre todo debemos resaltar que 2 de estas 3 causas de muerte son reversibles con atención médica adecuada.

TABLA 4.
MORBILIDAD POR SEXO.
UNIDAD MOVIL V, CENTLA, TABASCO. 1997.

CAUSAS	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	TASA	No.	TASA
IRAS	48	224.50	40	187.09
Amibiasis	22	102.89	17	79.51
Dismenorrea			14	65.48
IVU	8	42.09	12	56.12
GEPI	8	42.09	10	46.77
Enf. de la piel	10	46.77	8	37.41
Accidentes y violencias	10	46.77	5	23.38
Sx. Climatérico			13	60.80
Cefalea	2	9.35	10	46.77

FUENTE: Hoja diaria del médico.
Tasa por 10,000 habitantes.

TABLA 5.
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA. 15 A 49 AÑOS.
UNIDAD MOVIL V. CENTLA, TABASCO. 1997.

CAUSAS	No.	TASA
Síndrome dismenorreico	14	295.85
Síndrome climatérico	13	247.26
IVU	10	210.97
Infección vaginal	8	168.77
Embarazo en menores de 18 años	8	168.77
Sin control prenatal	5	105.48
Quistes ováricos	2	42.19
Embarazo y diabétes	1	21.09
Sin control prenatal	1	21.09
Otras	1	21.09

FUENTE: Hoja diaria del médico.
Tasa por 10,000 habitantes.

NOTA: Dado que en las comunidades no se han encontrado causas obstétricas suficientes se tomaron los padecimientos que con mayor frecuencia son motivo de consulta por parte de la población en edad fértil y que de alguna manera pueden verse relacionados a salud reproductiva.

Por lo observado en los resultados la morbilidad entre los 2 grupos es muy similar encontrándose diferencias poco significativas, lo que sí considero muy importante es que en las tablas de morbilidad general aparecen enfermedades que afectan exclusivamente al sexo femenino como son el Sx. Dismenorreico, y el Sx. Climatérico, siendo de estos el de mayor importancia para el grupo de interés el primero.

Considero que la tasa que presentan los padecimientos específicos para el sexo femenino son importantes ya que se acercan a aquellas presentadas para padecimientos que afectan a ambos sexos, lo cual es indicativo de que la frecuencia de estos padecimientos es alta en las comunidades.

INDICADORES DEMOGRAFICOS.

TABLA 6.
HABITANTES SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO.
UNIDAD MOVIL V. CENTLA TABASCO. 1997.

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
0 - 4	170	7.95	152	7.10
5. - 9	177	8.27	173	8.09
10. - 14	157	7.34	141	6.59
15 - 19	130	6.08	132	6.17
20 - 24	103	4.81	83	3.88
25 - 29	67	3.13	72	3.36
30 - 34	66	3.08	67	3.13
35 - 39	52	2.43	38	1.77
40 - 44	40	1.87	48	2.24
45 - 49	40	1.87	38	1.77
50 - 54	39	1.82	23	1.07
55 - 59	24	1.12	19	0.88
60 - +	50	2.33	37	1.73
TOTAL	1115	52.15	1023	47.84

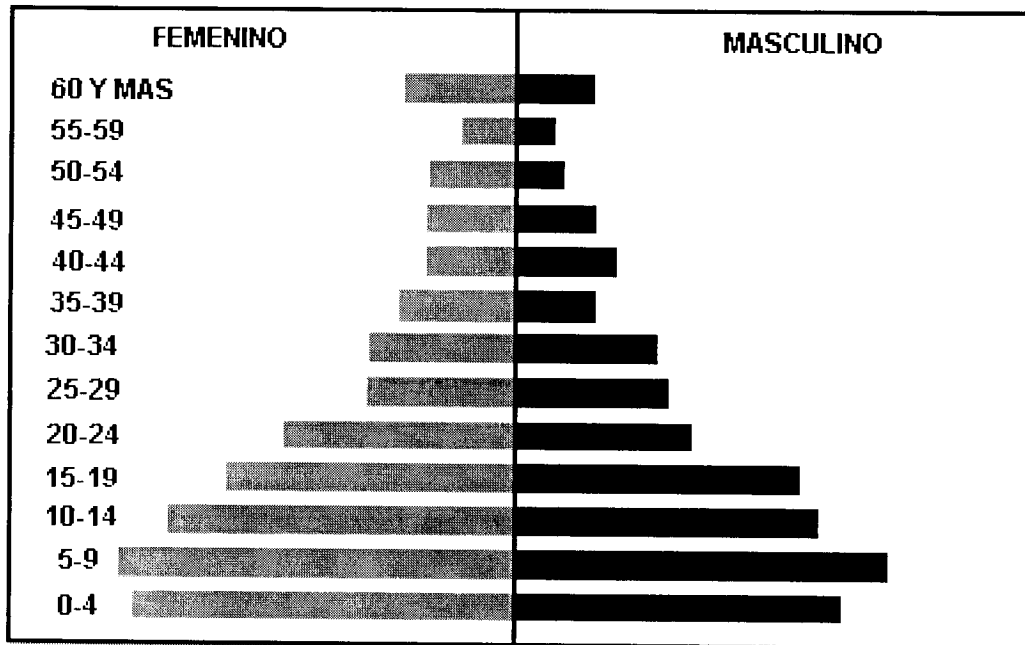
Total de población = 2138

Fuente: Tarjeta censal comunitaria.

En mi opinión considero que las cifras encontradas con relación a mujeres en edad reproductiva, es significativa tanto con relación a la población general, como en relación del grupo femenino ya que en el primero representa una cuarta parte y en el segundo corresponde casi a la mitad de la población; pero yo considero que para dirigir los servicios de salud hacia un grupo en particular hay factores más importantes que los porcentajes que ocupan dentro de la población ya que como hemos observado en los anteriores análisis, los problemas que afectan a este grupo no están relacionados a la cantidad de mujeres, sino a otros factores, por lo cual yo más bien dirigiría mi atención hacia las tablas de mortalidad y morbilidad para definir el grupo a que me abocaría, porque estas me indicarían más fidedignamente que grupos me están causando problemas y cuales son esos problemas y con estos datos yo ya podría definir con que grupo trabajaría y cuales aspectos me interesaría manejar.

GRAFICA 1.
DISTRIBUCION COMPARATIVA DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO.
UNIDAD MOVIL V, CENTLA, TABASCO, 1997.

PIRAMIDE POBLACIONAL



FUENTE: TABLA 6

dura como máximo 2 días y al concluir esta, los novios vivirán en casa de los padres de alguno de ellos hasta que mucho tiempo después se independizarán.

En estas comunidades se presenta con muy alta frecuencia la unión libre en cuyo caso no estará precedida de ninguna celebración, pero tampoco será causa de vergüenza para la nueva pareja, ya que este tipo de unión es bien aceptado en las comunidades.

En las comunidades que yo manejo el promedio de edad a que se casan las mujeres es de 20 años (30%) y transcurren generalmente 1 ó 2 años antes de que estas tengan su primer hijo lo cual nos da una edad entre 21 y 23 años. Sin embargo es muy importante mencionar que si después de este plazo no se llega a embarazar la mujer comenzará a sufrir presiones importantes de parte de los padres de su pareja y de este mismo así como el subsiguiente rechazo de no lograr el embarazo a corto plazo.

Aunque las manifestaciones respecto al sexo del recién nacido en las comunidades no son motivo de notables diferencias es mayormente celebrado el nacimiento de un hijo varón que el de una niña, por varias razones, el sexo del producto representa de inicio el triunfo de un sexo sobre el otro, y trae consigo el asegurar la transmisión del apellido a la siguiente generación; Además representa fuerza reproductiva a futuro, así como sostén económico para los padres durante su vejez, a la vez que requiere de menos cuidados que una niña.

En las comunidades existe un total de 474 mujeres en edad fértil, de las cuales 355 están unidas (74.89%) y de estas 235 se encuentran planificando, lo cual nos da un porcentaje de 66.19% mujeres.

Yo considero que esta información nos aporta varios datos valiosos si tomamos en cuenta que la mujer desde el momento en que nace es visualizada como un objeto reproductor y con la función de cumplir con labores exclusivas del hogar, sin ninguna otra función importante, esto explica él porque no se aplican los derechos de la mujer sobre su cuerpo y sus decisiones, y porque existen tantas trabas por parte del hombre para el uso de métodos anticonceptivos, ya que al hacer uso de estos se esta cortando una de las funciones básicas de la mujer, que es la reproducción y dado que aparentemente ella no aporta con su existencia ningún beneficio a la sociedad queda relegada, recayendo toda la responsabilidad y el derecho para la toma de cualquier decisión en su pareja o sus padres.

Algo importante que he observado en las comunidades es que el inicio de la vida reproductiva es más temprana; La menarca se presenta en promedio a los 12 años, esto influye para que se den matrimonios o uniones a más temprana edad, y por lo tanto los embarazos sean frecuentes antes de los 18 años.

Por otro lado es importante mencionar que existe relación entre los factores culturales observados y las tablas de morbilidad ya que se están presentando fenómenos como embarazo en menores de 18 años y mujeres sin control prenatal

y esto se da más frecuentemente porque no existe información adecuada sobre lo que es el embarazo en términos fisiológicos, los factores de riesgo para este y durante este, y la importancia que tiene el médico en estos aspectos, así como la importancia de una detección oportuna.

INDICADORES SOCIALES.

Las comunidades en este caso cuentan únicamente con el servicio médico que yo proporciono, el cual es en realidad insuficiente; sin embargo, 3 comunidades, las más grandes cuentan con partera que es la persona encargada de resolver los problemas obstétricos de la comunidad, estas parteras reciben capacitación semestral y apoyo anual con material (báscula, cinta métrica, gasas, alcohol y algodón), estas parteras fueron elegidas para su capacitación por ser las más aceptadas en la comunidad y por tener además la disposición para recibir la capacitación.

Sin embargo a pesar de estar de acuerdo y con ideas más o menos uniformes con las parteras se siguen presentando problemas dado que muchos de los partos no son atendidos por la partera capacitada, sino por la mamá o la suegra de la embarazada y generalmente las condiciones de higiene se resuelven los embarazos no son adecuadas.

Yo consideraría que la ubicación de las comunidades es otro factor negativo ya que dado que son comunidades cuya única vía de acceso es acuática, es muy difícil, lento y costoso llegar a ellas; hay otra cosa que debemos tomar en cuenta, que en el estado las referencias se hacen a Villahermosa que es el único sitio donde se encuentran hospitales de 2º y 3er nivel; Esto hace que el costo y el tiempo de traslado se eleven.

En este sentido de la comunidad más lejana a Frontera el tiempo de traslado va de 2:30 hrs. a 3:00 hrs y el costo varía de 30 pesos si es de día, con un solo acompañante y traslado en camión, costando hasta 200 pesos si no se cuenta con lancha y es de noche; Por lo tanto esta opción es únicamente utilizada cuando las situaciones se complican a tal grado que se pone en riesgo la vida; Si tomamos en cuenta la gravedad de la situación que representa un parto complicado más el tiempo de traslado podríamos explicarnos él porque de las altas tasas de mortalidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

TABLA 7.
 ESCOLARIDAD DE LA POBLACION POR SEXO.
 UNIDAD MOVIL V, CENTLA, TABASCO. 1997.

ESCOLARIDAD	MASCULINO				FEMENINO			
	6-10	11-14	15-49	50 y +	6-10	11-14	15-49	50 y +
PRIMARIA	173	30	300		170	28	287	
SECUNDARIA		120	118			110	105	
BACHILLERATO			80				86	
PROFESIONAL			12				3	
ANALFABETAS			22				30	

FUENTE: Tarjeta Censal Familiar.

Con la información obtenida se puede apreciar que un importante número de mujeres a alcanzado al menos la primaria y secundaria, si observamos la diferencia entre el grado escolar alcanzado por hombres y mujeres no es tan significativa. A pesar de lo que anteriormente señalamos, de que es el hombre quien tiene la preferencia para estudiar algo que influye en estos resultados es que en estas comunidades los hombres abandonan sus estudios en muchos casos por falta de interés prefiriendo iniciar su vida laboral. Considero importante mencionar que al menos en mí experiencia el grado escolar de la población influye de manera muy importante en la actitud de esta hacia las recomendaciones médicas y del personal de salud con relación al resto de la población con menor nivel educativo, un fenómeno importante de mencionar es que todos los métodos de planificación familiar son mejor aceptados por parejas jóvenes y que tienen como común denominador tener al menos algún un año de estudios de secundaria, con lo cual me atrevo a afirmar que la preparación contribuye a la generación de conocimiento y esto a su vez contribuye a la concientización la cual va a modificar la visión y las actividades de la población respecto a la salud.

GRAFICA 2
DISTRIBUCION ESCOLAR POR EDAD Y SEXO
UNIDAD MOVIL V, CENTLA, TABASCO



FUENTE: Tabla 7.

- 1.- Primaria
- 2.- Secundaria
- 3.- Bachillerato
- 4.- Profesional
- 5.- Analfabetas

Serie 1: Masculino

Serie 2: Femenino

INDICADORES DE ALIMENTACION.

En todas las comunidades la base de la alimentación es la misma, ya que todas cuentan con las mismas condiciones geográficas y estructurales. La alimentación básicamente consiste en pescado, aves de corral (pollo, pato y guajolote), y raramente carne de res que se consume generalmente para ocasiones especiales. Muy ocasionalmente se llega a consumir fruta, verduras y leche ya que además de ser escasos son muy caros.

La bebida oficial es el pozol que se compone de maíz, cacao y agua, se puede consumir de forma variada, solo, endulzado, fermentado o en atole. Se toma como acompañante en todas las comidas.

A pesar de este cuadro alimenticio es curioso que en los adultos es muy raro encontrar problemas de bajo peso, por el contrario se observan en la mayor parte de la población problemas de sobrepeso y obesidad.

Sin embargo dadas las características alimenticias no podemos descartar que aunque no existe una desnutrición evidente, puedan existir problemas de avitaminosis o algunas carencias específicas.

En los niños este fenómeno no se presenta de la misma manera ya que en este grupo etáreo es bastante frecuente encontrar problemas de bajo peso en grados importantes de desnutrición moderada y severa (por medio de la valoración de peso y talla esperados).

Esto pudiera explicarse por factores sociales ya que es costumbre en las comunidades que la prioridad alimenticia la tenga el jefe de familia, quedando la madre en segundo término y por último los hijos, dándose casos en que llegan a tener a los hijos con un régimen alimenticio exclusivo de pozol por periodos prolongados; esto puede explicar las diferencias constitucionales entre los diferentes grupos etáreos.

Dentro de la población de mujeres que maneje en edad fértil y específicamente embarazadas, no encontré ningún caso de desnutrición, basada en peso y talla.

INDICADORES ECONOMICOS.

Con relación a los indicadores económicos estos están bien definidos por sexo, correspondiendo a las mujeres las actividades del hogar, y las no relacionadas a labores del hogar correspondiendo al hombre.

Las únicas excepciones a esta regla son el cuidado de los hijos que aunque recae sobre la madre al estar en el hogar todo el tiempo, no es exclusiva de ella, ya que cuando el hombre se encuentra en casa comparten la responsabilidad.

Las excepciones en que la mujer es participe de la economía, son aquellas en que la familia cuenta con algún comercio, en cuyo caso será atendido por la mujer en ausencia del marido.

Con estos datos obtenidos por tanto no me es posible relacionar de alguna manera la morbilidad con las actividades económicas de la mujer.

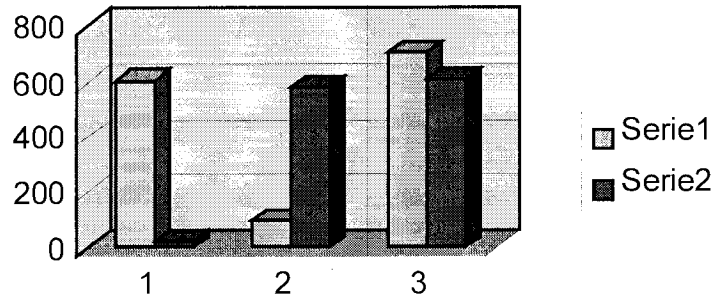
TABLA 8.
DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE PRODUCTIVA POR SEXO.
UNIDAD MOVIL V, CENTLA, TABASCO.

	MASCULINO		FEMENINO	
	No	%	No	%
Pob. Económicamente activa	607	45.95	25	1.89
Pob. No económicamente activa	101	7.64	588	44.51
Pob. Económicamente productiva	708	53.59	613	46.40

FUENTE: Tarjeta censal comunitaria.

GRAFICA 3.
DISTRIBUCION DE LOS INDICADORES ECONOMICOS COMPARATIVO POR SEXO.
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

DISTRIBUCION ECONOMICA



Serie 1: Masculino

Serie 2: Femenino

1.- Población económicamente activa.

2.- Población productiva no activa.

3.- Población económicamente productiva.

- Para los cálculos se considero a la población de 12 años en adelante.

A través de la tabla 8 y la gráfica 3, previamente presentadas podemos darnos cuenta con mayor claridad de lo anteriormente señalado; Ya que observamos las notorias diferencias en cuanto a la productividad económica de la población ya que como habíamos descrito la fuerza económica recae en el hombre, quien es el sustento de la familia, delegándose a la mujer al cuidado de los hijos.

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS.

PROGRAMAS DE SALUD.

Los diferentes programas de salud que analizaremos a continuación tienen su origen a partir del Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000, el cual describiremos brevemente para fines prácticos.

El programa fue creado para cumplir con la siguiente misión: Contribuir al mejoramiento del Nivel de Salud, de la cobertura total con servicios integrales de calidad y fortaleciendo las acciones a los grupos de mayor riesgo, incrementando así los años de vida saludable de la población.

PROGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA SECRETARIA DE SALUD PARA EL CICLO 1995 - 2000.

PROGRAMA DE PROMOCION Y FOMENTO A LA SALUD.

- Salud Familiar.
- Ejercicio para la Salud.
- Nutrición y Salud.

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y ESCOLAR.

- Prevención y Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.
- Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas.
- Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas.

PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA.

- Planificación Familiar.
- Salud Reproductiva en los Adolescentes.
- Salud de la madre y del Recién Nacido.
- Disminución del Riesgo Preconcepcional.
- Detección y Control de Cánceres Cervicouterino y Mamario.
- Prevención de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.

PROGRAMA DE SALUD DE LAS POBLACIONES ADULTA Y ANCIANA.

- Prevención y Control de la Tuberculosis.
- Detección y Control de Hipertensión Arterial.
- Detección y Control de Diabetes Mellitus.

OTROS PROGRAMAS DE SALUD PARA LA POBLACION GENERAL.

- Programa de Salud Mental.
- Programa de Salud Ambiental
- Programa de Prevención de Accidentes y Lesiones.
- Programa de Salud Bucodental.
- Programa Contra las Adicciones.

PROGRAMAS REGIONALES.

- Programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vector.
- Programa para la Prevención y Control del Cólera.
- Programa para la Prevención y Control de la Rabia.
- Programa para la Prevención y Control de Brucelosis.
- Programa de Control de Lepra.
- Programa para la Prevención y Control del Complejo Teníais/Cisticercosis.
- Programa de Vigilancia, Prevención y Control de las Enfermedades por Deficiencias Endémicas de Yodo.

Para fines prácticos solo se analizarán los programas que hemos manejado durante nuestro año de Servicio Social y que corresponden a los llevados por la Secretaría de Salud en nuestra Jurisdicción Sanitaria en Centla, Tabasco.

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y ESCOLAR.

Objetivo General: Mejorar los niveles de salud del niño, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades que más frecuentemente los afectan.

Componentes: Vacunación Universal, Enfermedad Diarreica, Infecciones Respiratorias Agudas, Nutrición, Salud Bucodental.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION.

Objetivo General: Disminuir la morbilidad y mortalidad por estas causas en las poblaciones infantil y preescolar a través de la Vacunación Universal y la vigilancia epidemiológica.

Metas:

- Eliminar el Sarampión y el Tétanos Neonatal.
- Disminuir en 90% el número de casos de Rubéola, Parotiditis, Tosferina, Tuberculosis Meningea y Miliar, e Infecciones por H. influenza B.

- Alcanzar el 95% de cobertura en las Semanas Nacionales de Salud para niños de 2 y 4 años, con refuerzo de DPT y vacuna Antipoliomielítica.

Grupos Prioritarios: Todos los menores de 5 años de edad, así como los escolares y aquellos que no recibieron su esquema básico de Vacunación, la distribución por edades para cada vacuna queda de la siguiente manera para los menores de 5 años.

R/N	Sabin y BCG
2 meses	Sabin y DPT
4 meses	Sabin y DPT
6 meses	Sabin y DPT
9 meses	Antisarampionosa
2 años	DPT
4 años	DPT

A los mayores de 5 años se les aplicaran los siguientes refuerzos:

6 años	BCG
9 años	Antisarampionosa.
12 años	Toxoide Tetanico *

* Esta vacuna se administrará además a las mujeres en edad fértil que no se les halla aplicado durante la tapa escolar, a la población general que tenga algún factor de riesgo para la enfermedad, y a las embarazadas en los 5 y 7 meses de gestación.

Acciones Básicas:

- Ampliar la cobertura de niños vacunados, mediante el fortalecimiento de la vacunación permanente y de las Semanas Nacionales de Salud, a través de la dotación oportuna y suficiente de los biológicos y demás insumos necesarios.
- El estudio y seguimiento de los casos de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Notificación semanal por arriba del 95% de la red de unidades de salud.
- Mantener al 100% la vigilancia epidemiológica activa en las unidades prioritarias y el 90% en el resto de las unidades que conforman la red.
- La aplicación obligatoria del esquema Nacional de Vacunación en los sectores público, privado y social del país.
- El esquema de vacunación deberá aplicarse en el primer año de vida del niño
- En caso de haber omitido lo anterior se deberá aplicar hasta los 4 años.

Vacuna antipoliomielítica.

Se aplica a todos los niños, por vía oral en tres dosis, de 0.2 ml cada una (2 gotas), la primera se aplica al nacer, después a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Vacuna Antisarampionosa.

Se aplica a todos los niños a los 9 meses de edad por vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo, en dosis única de 0.5 ml, se aplica un refuerzo a los 9 años.

Vacuna DPT (Difteria, Tosferina y Tétanos).

Se aplica a todos los niños por vía intramuscular en dosis de 0.5 ml a los 2, 4 y 6 meses, aplicándose refuerzos de la misma a los 2 y 4 años. Puede producir reacciones adversas como son: Inflamación, dolor local, fiebre, malestar general e hipersensibilidad.

Tuberculosis.

Se aplica a todos los niños al nacer, por vía intradérmica en la región deltoidea del brazo izquierdo en dosis de 0.1 ml, con un refuerzo a los 9 años.

Manejo y Conservación de Biológicos.

Depende del manejo adecuado de la red fría, que deberá conservar las vacunas a una temperatura de 4 a 8 grados centígrados, no debiendo permanecer más de 3 meses almacenadas a nivel estatal, ni más de un mes a nivel jurisdiccional, a nivel local los sobrantes deberán inactivarse y desecharse cada semana.

Los esfuerzos llevados a cabo en la última década en relación con la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación han resultado en una disminución de la morbimortalidad por enfermedades transmisibles.

Este quizá es el programa en el que se está trabajando más duramente al menos aquí en el Estado de Tabasco, durante el tiempo que llevo en servicio social he podido notar que nunca ha habido escasez de vacuna o de insumos que se consumirá durante esa semana para el cumplimiento de los objetivos del mismo, aquí además de todas las estrategias planteadas anteriormente, se establecieron algunas otras que han permitido que este programa funcione al 100 %, por ejemplo cada unidad de salud aparte del médico cuenta con un auxiliar de enfermería que tiene como única labor precisamente llevar el control de vacunas de los niños de toda la población, mediante las tarjetas censales y los croquis deberá tener localizados a todos los niños con esquema incompleto, así como a aquellos que deben recibir refuerzos, al mismo tiempo que deberá captar a todos los niños recién nacidos para inicio de su esquema de vacunación, cuando el día de la cita alguno de los niños no acude a consulta deberá realizar una visita domiciliaria a la familia, ya sea para recordarles que deben llevarlo a vacunar o para vacunarlos en su domicilio, en ausencia de la enfermera o el auxiliar será él

médico el encargado de cumplir con estas labores dándole prioridad a esta Actividad.

Previo a las campañas de vacunación se elaborarán listados de todos los niños de la comunidad, los cuales servirán de guía en las campañas, los primeros días de la semana se dedican a las labores de vacunación, así en caso de haber algún faltante el resto de los días de la semana además de realizarse las demás labores se deberán de cubrir los pendientes de vacunación que hallan quedado.

En la comunidad a mí cargo existe un total de 24 niños menores de un año con esquema de vacunación incompleto, lo que nos da una tasa de 1.36 por 1000 habitantes. La Estrella es una comunidad que se caracteriza por tener una amplia población flotante ya que dentro de ella existen varios ranchos en los cuales constantemente están yendo y viniendo familias para trabajar en ellos, eso dificulta el trabajo porque implica estar constantemente informándose de quien llego y quien se fue, sin embargo hay un factor favorable, que es el hecho de que la enfermera tiene 17 años trabajando en la localidad además de que es residente de esta, debido a estas dos situaciones ella conoce perfectamente bien a los niños, y puede tener gracias a esto y a todo lo que antes mencione un mayor control de este programa, lográndose cumplir con las metas establecidas para el mismo a excepción de las vacunas de parotiditis y H.influenza B . con las cuales no se cuenta en la jurisdicción, ni en el Estado.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS.

Objetivo General: Disminuir la morbimortalidad por estas enfermedades en el país.

Metas:

- Disminución del 85% de la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas registrada en 1990 entre los menores de 5 años de edad.

Grupos Prioritarios: El grupo prioritario para este subprograma son los niños menores de 5 años, debido a que en ellos es en quienes la enfermedad causa mas estragos por la rapidez con que pueden caer en un descontrol hídrico.

Acciones Básicas:

- Capacitar Metas a la madre en el uso de la terapia de hidratación oral en el hogar, y en el reconocimiento de signos de alarma por deshidratación que, en determinado momento, hagan necesario el traslado oportuno del enfermo a la unidad de salud.

- Mejoramiento de la detección, diagnóstico, y tratamiento de las enfermedades diarreicas.
- Fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios.
- Actualización de conocimientos sobre estas patologías entre el personal de salud y los auxiliares comunitarios y la evaluación epidemiológica permanente de las diversas regiones geográficas del país a través de reuniones periódicas de los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica.
- Otorgar tratamiento adecuado a las parasitosis intestinales.

Medidas de Prevención.

- Información del problema de salud a la población.
- Lactancia materna hasta los 4 meses de edad como alimento único.
- Ablactación, como dieta complementaria a partir de los 4 meses de edad.
- Prolongación de la lactancia materna hasta el año de edad.
- Mejoramiento de abasto de agua, del saneamiento básico y de la higiene de los alimentos en el hogar y en los establecimientos públicos.
- Utilización de agua potable para consumo humano.
- Lavado de manos con agua y jabón antes de preparar o tomar los alimentos, así como después de ir al baño.
- Disposición sanitaria de excretas.
- Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Medidas de detección.

- a) Caso sin deshidratación.- Es aquel que presenta generalmente menos de 4 evacuaciones líquidas en 24 hrs; Ausencia de vómito, sin pérdida de peso, ni signos de deshidratación.
- b) Caso con deshidratación moderada.- Es aquel que presenta dos o más de las manifestaciones siguientes:
 - De 4 a 10 evacuaciones líquidas en 24 horas, vómito poco frecuente, sed aumentada, orina escasa, somnolencia o irritabilidad, llanto sin lágrimas, ojos hundidos, mucosas secas, polípnea, fontanela hundida, taquicardia, recuperación lenta del pliegue cutáneo y pérdida mayor de 100 grs de peso corporal.
- c) Caso de deshidratación grave.- Es aquel que presenta estado de choque ó bien 2 ó más de las manifestaciones clínicas siguientes: Mas de 10 evacuaciones líquidas en 24 horas, vómitos frecuentes, succión y deglución débiles, ausencia de orina en las últimas 6 horas, estado de inconsciencia, hipotonía muscular generalizada ó convulsiones, ojos secos y hundidos, lengua y boca secas, taquicardia con pulso débil ó no perceptible, recuperación del pliegue cutáneo de más de 2 segundos y pérdida mayor de 100 grs por Kg de peso corporal.

d) Caso especial.- Es aquel que presenta independientemente de su estado de hidratación alguna de las manifestaciones siguientes: diarrea durante más de 3 semanas, evacuaciones con moco y sangre, distensión abdominal persistente o progresiva, desnutrición de tercer grado o fiebre persistente de 38.5 grados centígrados.

Medidas de Control.

1.- Caso sin deshidratación: Se atiende en el hogar.

- a) Prevenir la deshidratación con suero oral a razón de 1/2 taza (75 ml) en menores de un año y 1 taza, (150 ml) en mayores de un año después de cada evacuación o a libre demanda.
- b) Continuar la alimentación habitual (no suspender la lactancia materna).
- c) Acudir a la unidad de salud, si se presenta:
 - Distensión abdominal.
 - Evacuaciones con moco y sangre.
 - Fiebre mayor de 38° C.
- d) Identificar los signos de deshidratación acudiendo a la unidad de salud si se presentan.
- e) Proporcionarle a la madre 3 sobres de vida suero oral y decirle como se prepara.
- f) Control de la fiebre por medios físicos.
- g) No administrar inhibidores de la movilidad intestinal, absorbentes, ni antieméticos.

2.- Caso con deshidratación moderada. Se atiende en la unidad de salud.

- a) Terapia de rehidratación oral.
 - En las primeras 3 a 4 horas, administrar suero oral en dosis total de 50 a 100 ml/Kg. de peso, fraccionado cada 20 minutos. Si la deshidratación persiste, repetir la dosis.
 - Si se logra corregir la deshidratación, se administra VSO como en los casos sin deshidratación.
 - Si vomita, se suspende el suero durante 10 minutos, al término de los cuales se reinicia a razón de 0.5 ml/Kg. de peso cada 5 minutos si lo tolera, se aumenta hasta alcanzar las dosis iniciales.
 - Si se presenta edema de párpados, se suspende el suero oral y se sustituye por otros líquidos (leche entera o diluida al 50% y/o leche materna, si el niño está lactando), al desaparecer el edema terminar la hidratación con suero oral.
 - Sí se presenta rechazo, vómito, persistente o distensión abdominal, administrar suero oral con sonda nasogastrica a dosis de 15 ml/Kg. de peso por hora hasta mejorar el estado de hidratación.
 - Si persiste la deshidratación, aplicar las instrucciones para caso grave.
 - Al corregir la deshidratación y tolerar bien la vía oral, se da de alta con las instrucciones para caso sin deshidratación.

3.- Caso con deshidratación grave.

- a) Iniciar hidratación por venoclisis con solución fisiológica al 0.9 % a dosis de 30 ml/kg. de peso por hora (no más de 3 horas) y referirlos de inmediato a segundo nivel, si es mayor de un año, hidratación con solución isotónica (0.9 %) a dosis de 100 ml/kg. de peso (durante las 3 primeras horas) y referirlo de inmediato a segundo nivel. Si no es posible aplicar venoclisis a dosis de 30 ml/kg. por hora y se refiere.

4.- Caso especial.

- a) Corregir deshidratación si existe.
- b) Aplicar tratamiento específico si existe sospecha clínica relativa a algún agente etiológico específico.

En este apartado podríamos decir que el programa se cumple parcialmente, esto es porque con la relación que existe entre estos padecimientos y cólera las medidas al respecto se han intensificado, se pone mucho énfasis en el educar a la población sobre su participación en la transmisión de las enfermedades diarreicas ya que como es bien sabido se da mediante agua y alimentos contaminados; En el grupo de menores de 5 años de edad la mayoría de los padecimientos se presentan por malos hábitos de la madre que es la encargada de los alimentos y el aseo del niño, sin embargo la población parece no interesarse al respecto ya que a pesar de todo este esfuerzo la gente ha comenzado a hervir el agua, pero sin lavar adecuadamente los alimentos, sin asearse las manos después de ir al baño y los cuadros diarreicos se siguen presentando como una importante causa de morbilidad.

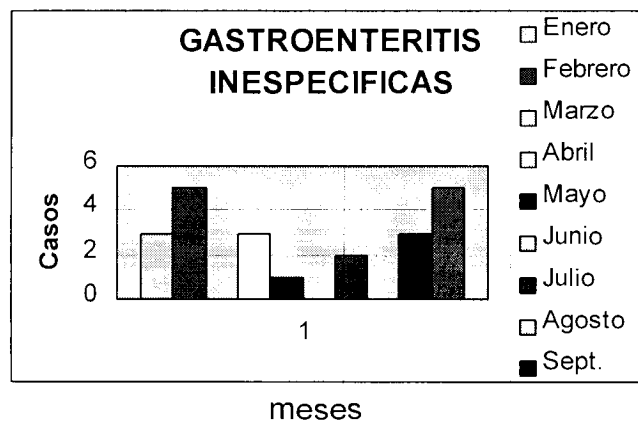
Una de las estrategias que no se cumple es la de la implementación de redes de laboratorio ya que el laboratorio más cercano se encuentra en Frontera y los estudios no siempre son accesibles a la economía de los pacientes, lo que ocasiona que se tenga que manejar muchas veces a los pacientes que considero que necesitan medicamento de manera empírica, lo cual a veces ocasiona que el cuadro se complique o que el padecimiento se alargue al no dar un tratamiento adecuado a los padecimientos específicos, y es que la mayoría de las veces el tratamiento con suero oral controla la diarrea aguda, pero lo que sucede es que los cuadros que se presentan muchas veces tienden a la cronicidad, y sin este recurso la labor médica se ve sesgada parcialmente.

Para la Gastroenteritis que ocupa el tercer lugar dentro de la tabla de morbilidad general para población total; Tenemos que de los 30 casos que se presentaron de este padecimiento 20 que corresponden al 66% del total de casos se dieron en menores de 5 años, lo cual es muy representativo ya que estamos viendo que los menores de 5 años es el grupo mas afectado, esos 20 casos nos dan una tasa de 1.36 por 1000 habitantes con relación a la población total, y una tasa de 27.28 por 1000 habitantes para el grupo de menores de 5 años.

En cuanto a lo que corresponde a amibiasis tenemos que se presentaron un total de 15 casos, de los cuales 11 fueron en menores de 5 años (73.33%) lo que nos da una tasa de 13.6 por 1000 habitantes.

Las parasitosis se presentaron en número de 27 casos en el período de enero diciembre de 1997, de estos, 21 casos fueron en menores de 5 años, lo que nos da un 77.77%, y una tasa de 28.6 por 1000 habitantes.

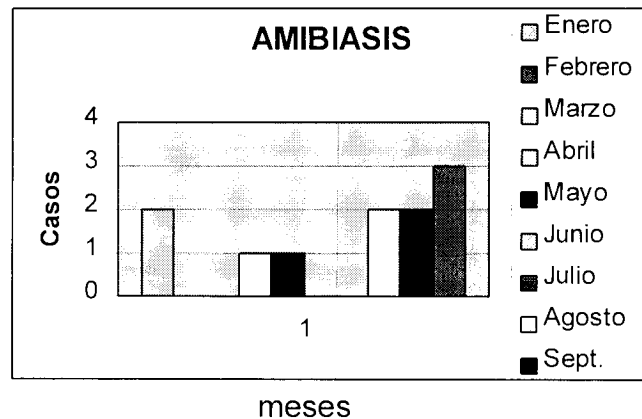
GRAFICA 4.
COMPORTAMIENTO DE LA GASTROENTERITIS INESPECIFICA.
C.S.R.D.LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.
PERIODO ENERO - DICIEMBRE. 1997.



FUENTE: Hoja diaria del médico.

Como podemos observar en esta gráfica la patología se mantiene relativamente constante durante todo este período lo cual nos esta indicando que no sé esta trabajando adecuadamente en la comunidad o que el impacto de las estrategias usadas como medidas de prevención no esta siendo aplicado por la población. Aunque tomando en cuenta las condiciones de vivienda, educativas y geográficas, las cifras presentadas son menores a lo que yo hubiera esperado.

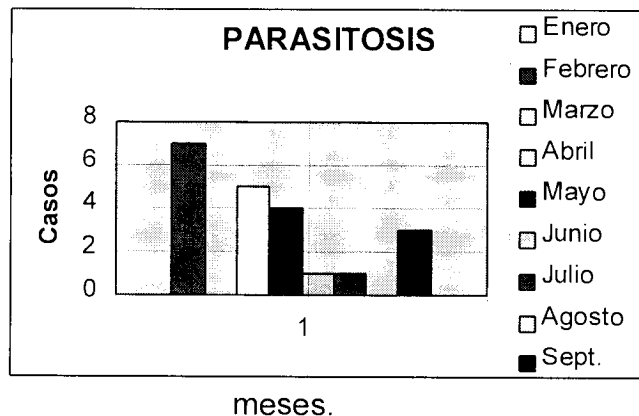
GRAFICA 5.
 COMPORTAMIENTO DE LA AMIBIASIS. PERIODO. ENERO -DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA. CENTLA, TABASCO.



FUENTE: Hoja diaria del médico.

Esta gráfica al igual que la anterior nos muestra una tendencia relativamente estable del padecimiento en donde vemos que la incidencia mensual no es muy importante pero que se mantiene; presenta un comportamiento bifásico ya que se presentan bimestres en que desaparece y otro lapso más ó menos similar en que vuelve a presentarse debido a que las cifras son muy pequeñas pudiera ser que más que desaparecer la enfermedad, este pasando desapercibida por la falta de estudios de laboratorio que confirmen o descarten su presencia.

GRAFICA 6.
 COMPORTAMIENTO DE LA PARASITOSIS.
 PERIODO ENERO - DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.



FUENTE: Hoja diaria del médico.

Esta gráfica presenta una característica muy particular y es el hecho de que presenta picos muy altos con bajas muy importantes, estas bajas como podemos observar se presentan relacionadas con los meses posteriores a las campañas de vacunación, esto es muy importante ya que nos está representando que si bien las medidas higiénicas de la población son muy deficientes, las campañas de vacunación con la implementación de programas de desparasitación a la población de menores de 5 años está teniendo el impacto esperado.

En la Estrella se han implementado algunas estrategias como es la ubicación de dos Casas para Tratamiento de Hidratación Oral (CAPTHO), las cuales están ubicadas una a cada extremo de la localidad y funcionando cuando el Centro de Salud no labora o cuando la población necesite el servicio, en cada una de estas casas se da capacitación a la persona que se va a hacer responsable, sobre los diferentes tipos de diarrea que hay, sobre el manejo con Vida Suero Oral, para la hidratación oral, pero sobre todo con la detección de datos de alarma que ameriten otro tipo de intervención.

Como hemos visto las actividades de prevención y control de estas patologías requiere del esfuerzo coordinado entre instituciones, organismos y la sociedad debido a que como pudimos ver en estas gráficas y lo que puedo yo observar en la población; el problema existe y se encuentra latente, de manera que para mejorar las condiciones de saneamiento de la población así como las condiciones de higiene individual y colectiva, se debe trabajar más sobre la concientización de la población, y aquí haré énfasis en lo que ya en muchas ocasiones he mencionado, mientras no suba el nivel educativo de la población, de nada servirán las campañas de concientización que se lleven a cabo, debido a que la gente no alcanza a comprender la magnitud del problema ni lo trascendente de su participación en la solución del mismo.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

Objetivo General: Disminuir la morbilidad y mortalidad por estas patologías.

Metas: Elevar a 80% las proporciones de casos de infecciones respiratorias agudas que reciben tratamiento adecuado, así como reducir en 70% la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años, con relación a 1990.

Grupos Prioritarios: El grupo prioritario para este programa al igual que el anterior son los menores de 5 años, ya que este grupo de edad es más susceptible a padecer este tipo de enfermedades por sus características inmunológicas pero sobre todo es el grupo con mayor riesgo de sufrir las complicaciones de estos padecimientos.

Acciones Básicas:

- Capacitar al personal de salud para el manejo adecuado de las IRAS.
- Capacitar a las madres en la identificación temprana de insuficiencia respiratoria aguda, para la atención oportuna del enfermo por parte del personal de salud.
- Otorgar tratamiento adecuado para las IRAS.

Medidas de Prevención:

- La protección inmunológica del niño por medio de aplicación completa del esquema de vacunación.
- Practica de la lactancia materna.
- Suprimir el hábito de fumar.
- Evitar la exposición directa a cambios bruscos temperatura.
- Mejoramiento de la vivienda.
- Información del problema a la comunidad.

Medidas de Detección:

- 1.- Caso leve: De curso benigno que se manifiesta por:
obstrucción con o sin secreción nasal, dolor o ardor en la garganta, enrojecimiento de la faringe, frecuencia respiratoria menor de 50 por minuto, tos.
- 2.- Caso moderado: De curso incierto que se manifiesta por:
dolor, de oído o secreción purulenta, faringe con placas purulentas y ganglios de cuello inflamados y dolorosos, frecuencia respiratoria entre 50 y 70 por minuto.
- 3.- Caso grave: Con riesgo de muerte que se manifiesta por:
aleteo nasal, estridor laringeo en reposo, quejido respiratorio, tiraje sin sibilancias, postración acentuada, inconsciencia, palidez o cianosis, frecuencia respiratoria mayor de 70 por minuto.

Medidas de Control:

- 1.- Caso leve
 - I) Cuidados generales, reposo, evitar enfriamientos, hidratación oral y alimentación normal.

II) Tratamiento sintomático, acetaminofen gotas, vía oral.

3 meses	7 gotas
4 a 6 meses	14 gotas
7 a 12 meses	18 gotas
1 a 3 años	26 gotas o 1/2 supositorio
3 a 5 años	2 goteros o un supositorio

2.- Caso moderado:

I) Todo lo anterior.

II) Tratamiento específico.

a) Niños menores de 5 años, Penicilina Benzatinica combinada IM dosis única.

b) Valoración a las 72 horas.

3.- Caso grave:

I) Tratamiento sintomático.

II) Tratamiento específico (utilización de antibiótico).

III) Referencia inmediata al segundo nivel.

En años recientes se han implementado diversas acciones tanto de organización de los servicios de salud, como de coordinación interinstitucional y extrasensorial que se ha traducido en una reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, sin embargo, como estrategia para incrementar el impacto y eficientar la prevención y control de infecciones respiratorias agudas y con el objeto de disminuir la morbilidad y la mortalidad por estas patologías, este se integra a las acciones de prevención y control de las enfermedades diarreicas. Esta decisión permite optimizar los recursos existentes, reduciendo los costos, elevando la productividad de las acciones, acelerando los logros que hasta la fecha se han alcanzado con los programas por separado y reduciendo al mínimo las oportunidades pérdidas de atención primaria a la salud.

Este programa es a mi juicio uno de los más importantes ya que estos padecimientos son los que se presentan con mayor frecuencia como causa de morbilidad general y específica en esta localidad, y sus complicaciones; Con relación a las complicaciones que se presentan en otros padecimientos son muy frecuentes.

Para este programa en esta localidad al igual que para el programa de diarreas las estrategias planteadas han resultado insuficientes, o tal vez las medidas no están llegando con un alto impacto a la población y nuevamente la negligencia o la inconsciencia de esta no esta permitiendo que el programa funcione adecuadamente.

En mi opinión existe congruencia entre las estrategias planteadas, y lo que se pretende lograr, ya que la base de todo este proyecto es la Educación en Salud, sin embargo hay un punto con el que no estoy de acuerdo y que a mí en lo particular al ponerlo en práctica no me está funcionando; Ese punto es el que se refiere al tratamiento, ya que según lo normado cuando se requiere antibiótico debe ser con una dosis de Penicilina Benzatinica Combinada, este tratamiento como es bien sabido es incompleto para cualquier tipo de patología; Y lo único que genera en la población es una fuerte resistencia; Por otro lado, aunque no está establecido, los supervisores dentro de la jurisdicción nos señalan que el tratamiento para este tipo de patologías que ameriten el uso de antibióticos, deberá ser con Penicilina Procaína de 400,000 u 800,000 unidades dosis única y continuar el tratamiento con Trimetroprima con sulfametoxazol; este tratamiento en mi opinión no tiene fundamento para el uso de dos antibióticos ya que resulta innecesario y además una sola dosis de penicilina como antes mencione es insuficiente y solo genera resistencia, sin embargo se presiona para que se den este tipo de tratamientos porque a decir de ellos es lo establecido por la normatividad, por otro lado como es bien sabido, las infecciones respiratorias agudas son padecimientos que cursan con un importante número de síntomas como tos, inflamación, irritación, acumulo de secreciones, entre otras; Y dentro de la jurisdicción se tiene prohibido dar más de dos medicamentos por paciente, así que si somos muy estrictos con cumplir con lo establecido por ellos el tratamiento que daríamos serían los 2 antibióticos antes señalados, quedando los síntomas sin manejo, siendo que según lo establecido en las Normas para Infecciones Respiratorias Agudas, refiere que debe incluirse el manejo sintomático, entonces es aquí donde hay incongruencia entre lo establecido y lo que se está realizando en el ámbito jurisdiccional.

Un punto muy importante es en cuanto a la resistencia de la población hacia los antibióticos, ya que durante la práctica médica en este servicio social, he observado varias anomalías, una de ellas es la que describo en el párrafo anterior en cuanto al manejo adecuado de medicamentos por parte del personal de salud; Por otro lado la mayoría de la población no toma los medicamentos de la forma indicada, por ejemplo; No toman las dosis completas, o no las toman en el horario establecido, y además en cuanto mejora la sintomatología suspenden la toma del medicamento, esto ha provocado que cada vez sean menores los recursos con que se cuenta en cuanto a la atención de primer nivel, ya que hasta una laringitis que debiera ceder fácilmente con la toma de un antibiótico, requiere de medicamentos cada vez más fuertes y caros, con los cuales por supuesto no cuenta la secretaría de salud, y entonces la gente al no contar con recursos económicos para la compra de los mismos, deja que la enfermedad evolucione tendiendo algunas veces hacia complicaciones de la misma y otras tantas a la cronicidad.

Por último trataré de explicar mediante gráficas el comportamiento que han presentado las diferentes patologías enumeradas dentro de este grupo durante el período de enero a diciembre de 1997.

Para realizar los cálculos de las tasas se tomará el total de población que es de 733 habitantes, los datos que aparecerán en la tabla son los que corresponden al grupo de menores de 5 años. El total de padecimientos que se presentaron para este grupo de edad fue de 81 casos de un total de 137 casos lo que nos da el 59.12%, esta cifra es muy significativa ya que esta indicando que más de la mitad de los pacientes que acuden por estos padecimientos son niños.

A continuación se realizará una gráfica comparativa entre los diferentes padecimientos que se han presentado para el grupo de menores de 5 años.

TABLA 9.
DISTRIBUCION BIMESTRAL DE LAS DIFERENTES PATOLOGIAS.
PERIODO ENERO - DICIEMBRE. 1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

CASOS

PAT	Enero - Marzo		Abril - Junio		Julio- Septiembre		Oct -Diciembre		TOTAL	
	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%
FA	14	16.4	6	7.4	5	6.1	7	8.6	40	47.0
OMA	3	3.5	1	1.2	0	0	0	0	5	5.8
Sx. Gripal	11	12.9	6	7.4	4	4.9	12	14.8	38	44.7
Sinusitis	1	1.1	0	0	0	0	0	0	1	1.17
BN	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.17
Total	29	34.1	18	21.7	12	14.1	26	30.5	85	100

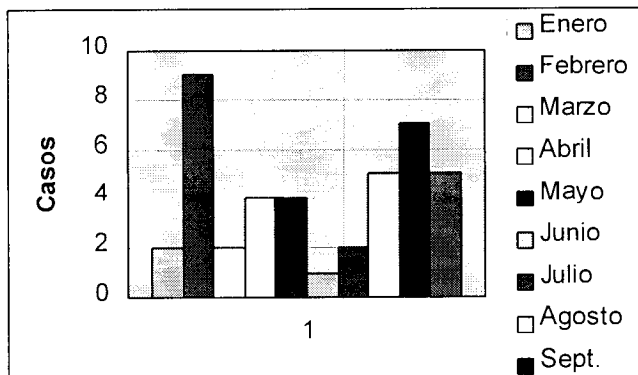
Fuente: Hoja diaria del médico.
Claves: FA= Faringoamigdalitis.
OMA= Otitis Media Aguda.
BN= Bronconeumonía.

Nota: Los cálculos de los porcentajes se hicieron sobre la base del total de patologías que se presentaron en menores de 5 años.

Como se puede observar en la tabla anterior las Infecciones Respiratorias Agudas se presentaron con mayor frecuencia durante los meses de enero a marzo y octubre a diciembre, estos incrementos coinciden con las temporadas más frías que se han presentado durante este año, meses durante los cuales ha habido entrada frecuente de nortes.

Otro fenómeno que se puede observar es que en este grupo de edad las patologías que más sobresalen son las mismas que sobresalen en la tabla de morbilidad general que analizaremos en el siguiente capítulo con las faringoamigdalitis como encabezado, cabe mencionar que este padecimiento ocupa el primer lugar de morbilidad general a nivel local.

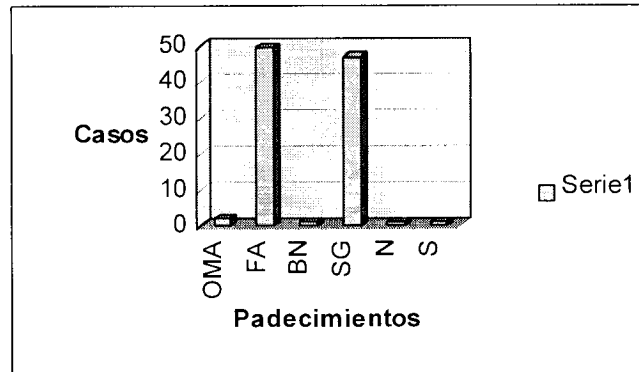
GRAFICA 7.
 DISTRIBUCION MENSUAL DE FARINGOAMIGDALITIS.
 PERIODO ENERO- DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.



Fuente: Tabla 9.

Como podemos observar el padecimiento ha tenido una presentación muy irregular ya que se observan picos en diferentes meses, sobre todo en marzo y octubre que fueron períodos en que hubo cambios más bruscos de temperatura por la entrada de nortes, sin embargo como se observa, la patología se ha mantenido constante en cuanto a la presentación, sin embargo, un dato importante y que no debemos dejar pasar es el hecho de que existe una amplia población inasistente, ya que acuden a consulta solamente cuando el cuadro comienza a complicarse, cuando ya les ha durado mucho tiempo y cuando los tratamientos empíricos que han utilizado no les han funcionado.

GRAFICA 8.
 COMPARACION DE LOS PADECIMIENTOS DEL GRUPO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.



Fuente: Hoja diaria del Médico.

Claves: Ver tabla 9.

SG= Síndrome Gripal.

N= Neumonía

S= Sinusitis.

Como podemos observar en la gráfica las patologías que predominan son las faringoamigdalitis y los síndromes gripales en gran número con relación al resto de los padecimientos, pero lo más importante de esto es que las actividades de información a las madres para el manejo y la prevención de estos padecimientos se están realizando, y sin embargo vemos que las IRAS siguen ocupando el grupo mas alto dentro del cuadro de morbilidad general. Lo cual indica que el impacto sobre la población no ha sido el esperado, lo cual indica que el impacto sobre la población no ha sido el esperado.

PROGRAMA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL EN MENORES DE CINCO AÑOS.

Objetivo General: Contribuir a disminuir la morbimortalidad asociada a la malnutrición y a deficiencias de micronutrientes. Así como mejorar las condiciones nutricionales de las familias con extrema pobreza.

Metas: Establecer la vigilancia nutricional en el 80% de la población infantil y escolar y en el 50% de la población de 6 a 14 años, fortalecer las acciones de orientación alimentaria y nutricional en el total de las unidades del sector salud, y administración semestral de vitamina A, al menos al 90% de los niños de 6 meses a 4 años de edad, además de la creación de 3 centros regionales de orientación nutricional.

Grupos Prioritarios: Este programa va dirigido hacia la población en edades infantil y escolar, ya que constituyen un grupo particularmente vulnerable dado el impacto de los desequilibrios nutricionales sobre su desarrollo físico y mental.

Infante: Menor de un año.

Preescolar: De 1 a 4 años.

Escolar: De 5 a 9 años.

Adolescente: De 10 a 19 años.

Nota: Se incluye el grupo de escolares y adolescentes por razones que se explicarán en el análisis.

Acciones Básicas:

Las acciones básicas son llevadas a cabo por el DIF a través del programa de alimentación y Nutrición Familiar.

- Reorientar el 80% de los apoyos alimentarios y subsidios hacia la población menor de 5 años de edad.

Medidas de Prevención.

- Promover las medidas de control del Recién Nacido.
- Fomentar la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo desde la infancia hasta la adolescencia.
- Informar de los factores que favorezcan la nutrición, el crecimiento y el desarrollo.
- Fomentar la aplicación del esquema completo de vacunación.
- Atención médica oportuna.

Medidas de Control.

1.- En el lactante: 5 consultas; A los 2, 4, 6, 9 y 12 meses de edad, en estas consultas, además de la aplicación de las vacunas correspondientes se verificará en la primera la somatometría del recién nacido y en las subsecuentes se realizará control de peso y talla en base a las curvas de Ramos Galván estandarizadas para uso del Sector Salud. Además se realizará una valoración gruesa del desarrollo psicomotor del niño, adaptación y lenguaje, esto por medio de la escala simplificada de desarrollo cognoscitivo modificado de Cravioto.

2.- En el preescolar: Una consulta cada 6 meses realizando en este las mismas acciones que en el infante.

3.- En el escolar y adolescente: Una consulta anual, realizando verificación de crecimiento (peso y talla) mediante las curvas de Ramos Galván, maduración sexual, mediante el esquema modificado de Tanner; y

conductas motoras, adaptativa, social y del lenguaje mediante la escala de desarrollo de Gesell.

- 4.- Referir a segundo nivel de atención los casos que presenten patología que lo amerite.

En lo que respecta a este programa tenemos que es un programa que desde hace muchos años se llevaba aunque con otro nombre, sin embargo ahora esta tratando de rescatarse la finalidad de la creación del mismo ya que anteriormente se llevaba como un complemento al programa de control de niño sano, sin embargo ahora se le cambio el nombre y se llama Vigilancia y control Nutricional del menor de 5 años, y se ha diseñado un formato específico para el reporte de la información mensual de los casos en control en donde se especifica el numero de niños sin desnutrición y con algún grado de desnutrición, sin embargo en el ámbito jurisdiccional solamente se lleva a cabo el control de peso y talla y mediante esto se determina el grado de desnutrición, nosotros no tenemos que hacer ningún cálculo ya que existen unas tarjetas que son otorgadas una por cada niño menor de 5 años en la comunidad, las cuales contienen impresa la curva de Ramos Galván y en base al peso del niño se hace la determinación de su estado nutricional, en cuanto a la valoración de su desarrollo, los formatos no existen en las unidades, al menos no en la mía y esta valoración nunca nos es requerida, ni se nos ha informado que debamos hacerla, así que la realización o no de estas valoraciones quedan a juicio del médico ya que no existe como requisito institucional.

En lo que respecta a la salud preescolar se llevan acabo al igual que en el lactante dos valoraciones anuales, en las cuales se realizan las mismas acciones que en el grupo anterior, existe además para este grupo un sistema de referencia y contrarreferencia que se lleva a cabo conjuntamente con las maestras educadoras, las cuales nos envían a los niños que detectan con problemas, para la confirmación de sus posibles diagnósticos y además para inicio de manejo, ellas reciben capacitaciones en las que se les enseña a detectar problemas posturales, bucodentales, agudeza auditiva y nutricionales, y sobre la base de estos rubros serán las referencias que ellas hagan; En cuanto a desarrollo no sé si ellas estén capacitadas para detectar este tipo de problemas, ya que este apartado no esta presente en el formato sobre el cual se guían.

En el grupo de los escolares solo se lleva a cabo la valoración bimestral para aquellos que cuentan con beca de Estímulo a la Educación Básica, en los cuales se realiza valoración de peso, talla, agudeza auditiva gruesa, agudeza visual mediante la cartilla de Sneller así como defectos posturales y problemas bucodentales, la valoración de maduración sexual y la de adaptación y lenguaje no se llevan a cabo a menos que el médico así lo decida pero no esta requisitado a nivel jurisdiccional; Al resto de los niños en edad escolar se les realizará la valoración a juicio del médico cuando acuden por otras causas y cuando sea solicitado por ellos o por sus familiares.

En lo que respecta a los adolescentes con ellos no se lleva a cabo ninguna acción, y solo se les dará la consulta normal por causa específica, con las mediciones correspondientes de peso y talla cuando acudan a consulta por otra causa, y estas valoraciones serán extras a juicio del médico o a petición de los familiares.

Algo que es también importante de mencionar es que en el ámbito jurisdiccional las soluciones que se han planteado a los problemas de desnutrición son que a todo niño que se capte con este problema se le dará una receta de un atole de masa como complemento alimenticio así como la administración oral de fumarato ferroso, esto con la finalidad de aumentar su peso, y se le dará una cita en el período de tiempo normal que le corresponda para ver los logros que se hallan tenido y el subsecuente manejo.

A continuación enlistaré la receta de atole de masa que es utilizada para su análisis posterior.

ATOLE DE MASA.

- Una bolita de masa para pozol blanco o café.
- 3 cucharadas de leche en polvo.
- 3 cucharadas de azúcar.
- Una cucharada de aceite para cocinar.
- Un litro de agua.

Preparación:

Se pone el agua a hervir, el resto de los ingredientes se mezclan y una vez hirviendo el agua se vierten en esta, moviendo constantemente para que no se pegue hasta que este cocido.

Dar: Una taza en la mañana,
Una taza a mediodía y
una taza por la noche.

Con esta receta se pretende lograr un incremento de peso en la población desnutrida, ya que esta receta fue diseñada pensando en que la población no mejore sus hábitos alimenticios, sin embargo a mí no me parece que la receta cubra los requerimientos básicos alimenticios ya que es muy alta en carbohidratos y grasas pero no así en proteínas, basándose en esto, me parece que se le está dando una falsa solución al problema ya que lo único que se busca es incrementar el peso de los niños, más no alcanzar los niveles nutricionales óptimos, que les permitan un desarrollo y crecimiento adecuados.

Por otro lado se promueve la información nutricional a las madres de los niños en cuanto a la alimentación que se les recomienda sobre la base de sus

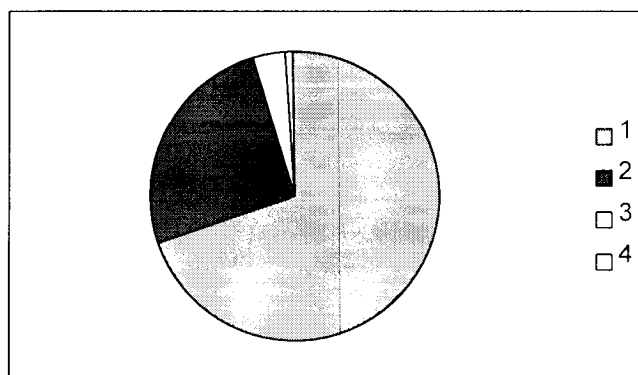
posibilidades económicas y sobre la base de los recursos alimenticios de la región. Sin embargo aquí entra una vez más la negligencia y el desinterés de estas que no contribuye en mucho a la mejora de los niños, y que no permite avances en el programa, ya que al ser ellas las responsables directas y no modificar sus conductas alimenticias no están contribuyendo a la solución del problema por lo cual yo una vez mas recalco que la solución aunque a más largo plazo esta en elevar el nivel educativo de la población, que les permita alcanzar una concienciación sobre su participación en la solución de este problema.

TABLA 10.
DISTRIBUCION NUTRICIONAL DE LOS MENORES DE 5 AÑOS EN CONTROL.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
C.S.R.D.LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Variable	Población	Porcentaje
Población total	733	100
Población <5 años	111	15.14
Niños en control	111	100.00
Niños sin desnutrición	77	69.36
Niños c/prob. Nutricionales	34	30.66
Niños c/desn. Leve	29	26.12
Niños c/desn.moderada	4	3.60
Niños c/desn. Grave	0	0
Recuperados	1	0.90

Fuente: Hoja de Control Nutricional de los Menores de 5 años.
Concentrado de Tarjeta Censal Familiar.

GRAFICA 9.
 DISTRIBUCION NUTRICIONAL DE LA POBLACION MENOR DE 5 AÑOS.
 PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.



Fuente: Tabla 10.

- 1: Sin desnutrición.
- 2: Desnutrición leve.
- 3: Desnutrición moderada.
- 4: Desnutrición grave.

Como podemos observar en la gráfica y la tabla antes señaladas, este programa se encuentra cubriendo al 100% de la población menor de 5 años la cual ocupa el 15.14% del total de población, de estos se han detectado 34 niños con problemas nutricionales (30.66%) que corresponde aproximadamente a una tercera parte de este grupo de edad estos se encuentran distribuidos con mayor peso en la desnutrición leve que ocupa el 26.1% de los niños con problemas (29 niños), 4 niños se encuentran con desnutrición moderada (3.6%) y solamente una recuperación en lo que va del año (.90%).

Viéndolos así parecieran ser números muy fríos que no nos están indicando nada, pero solamente con ver esta tabla podemos darnos cuenta de que esta es una población muy pobre; Y con educación en salud muy deficiente, ya que no están aprovechando adecuadamente los recursos alimenticios con que cuentan; Hablar de una tercera parte de población menor de 5 años con problemas nutricionales, es hablar de una situación alarmante que requiere vigilancia mas estrecha, y soluciones rápidas, y efectivas.

Tal vez esta situación explique mejor las situaciones anteriormente analizadas, si bien este grupo de edad por sus características propias es mas predispuesto a padecer enfermedades infecciosas y gastrointestinales, a sufrir las complicaciones de estas, y si además esta población se encuentra con problemas nutricionales importantes se suma otro factor de riesgo para padecer enfermedad, y esto puede contribuir a que las medidas tomadas en los programas anteriores no resulten eficientes, ya que si bien es muy difícil evitar que un niño se enferme, en un niño desnutrido el problema se amplifica.

PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA.

Objetivo General: Brindar información y servicios de salud reproductiva a la población, incluyendo planificación familiar, para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, así como para contribuir a que los individuos y las parejas disfruten de una vida sexual reproductora satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada el número y espaciamiento de los hijos y, de esta forma, regular en forma armónica el crecimiento de la población.

Componentes:

- Planificación familiar.
- Salud Perinatal.
- Salud de la mujer.

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Objetivo General: Garantizar el acceso universal de la población a información, orientación y servicios de alta calidad sobre métodos anticonceptivos efectivos, seguros, aceptables y adecuados para las diversas fases de la vida reproductiva, promoviendo la adopción de aptitudes y prácticas de paternidad responsable.

Metas:

- Contribución al programa de crecimiento demográfico señaladas por el Programa Nacional de Población que se traducirá en una reducción de la tasa global de fecundidad a 2.4 hijos por mujer en el año 2000.
- La duplicación en el periodo 1995-2000 del número de procedimientos de vasectomía sin bisturí.
- Elevar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres unidas en edad fértil a 70.2% para el año 2000.
- Mantenimiento de la cobertura anticonceptiva de mujeres unidas del área urbana en niveles superiores a 70% y elevándola en las áreas rurales a 57%.

Grupos Prioritarios: Todas las mujeres en edad fértil (15 a 49 años), que se encuentren unidas a su esposo o compañero. Por ser el grupo de mayor riesgo de tener un embarazo no deseado.

Acciones Básicas.

Medidas de prevención.

- 1.- Promoción y difusión de las actividades comprendiendo los siguientes aspectos:
 - Sexualidad humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.
 - Importancia para la salud del inicio tardío y terminación temprana de la reproducción, así como del espaciamiento entre los embarazos.
 - Características de los métodos anticonceptivos.
 - Importancia de la continuidad en el uso de los métodos anticonceptivos.
 - Disponibilidad de los servicios de planificación familiar.

Medidas de Detección.

- Captación de todas las mujeres en edad fértil, con vida sexual activa mediante entrevistas personales, visitas domiciliarias y pláticas a grupos.

Medidas de Control.

- Interrogatorio y exploración física.
- Exámenes de laboratorio y gabinete.
- Diagnóstico.
- Prescripción del método anticonceptivo.
- Señalamiento de riesgos.
- Indicaciones preventivas.
- Cita a consulta subsecuente.
- A usuarias de primera vez cita al mes, para ver la reacción de los hormonales orales y en caso de no presentar alteraciones se podrá dar hasta tres ciclos.
- Para hormonales inyectables cita de control cada 30 días.
- DIU. El primer año posterior a su inserción, las citas para revisión deberán ser al mes, a los 6 meses, a los 10 meses y al año, posteriormente cada año.
- Información acerca de las características de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, sus indicaciones, contraindicaciones, efectividad y forma de empleo, así como los beneficios a la salud que se obtengan y los efectos colaterales de su uso.
- Referencia a segundo nivel en caso necesario o para aplicación de los métodos anticonceptivos permanentes.

Este es uno de los programas en que más errores tal vez se cometan en cuanto a su desarrollo y manejo, comenzando por la definición del mismo tenemos que la Planificación Familiar es el instrumento que garantiza el ejercicio del derecho de los mexicanos a decidir de manera libre, responsable y bien informada acerca del número y espaciamiento de los hijos.

Basándonos únicamente en este concepto desde aquí ya empezamos con problemas ya que en el ámbito jurisdiccional; lo que importa es aumentar el número de consumidores de métodos anticonceptivos, para lo cual se imponen metas que deben cumplirse por los médicos en cada unidad, una de estas metas es incluir en el programa cuatro pacientes nuevas por mes, con esto a los médicos, nos obligan a presionar e insistir demasiado a las pacientes para aceptar algún método, como si este fuera un producto cuya existencia debemos terminar perdiéndose de esta forma la esencia de la formación del mismo en donde se habla de la decisión libre de cada pareja.

Respecto al objetivo; Este está bien planteado en cuanto al concepto de planificación familiar, ya que la información y el conocimiento certero de los métodos es lo que permitirá la adopción libre de alguno sin embargo en el ámbito jurisdiccional se nos exige un determinado número de pacientes y para cumplir las metas nos aconsejan recomendar a las pacientes jóvenes los métodos más prácticos esto con el fin de interesarlas en el producto, como es el caso de los métodos inyectables, que son métodos que no se recomiendan a pacientes que no han tenido hijos, sin embargo en este caso lo único que importa es cumplir con las metas.

Las metas éstas están enfocadas básicamente a la reducción de la fecundidad, esto mediante la ampliación de la cobertura para métodos diferentes, y entonces dónde quedan la definición y los objetivos, en mi opinión creo que se pierde la relación y tal parece que estamos hablando de temas diferentes, ya que las metas no están orientadas a cubrir determinada cantidad de gente informada y concientizada, ni a aumentar el número de parejas con conciencia sexual que traería como consecuencia el cumplimiento de las metas aquí planteadas.

Por otro lado el programa toma como grupo prioritario a las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, y ¿Qué pasa entonces con el concepto en el cual se aborda a la pareja?, ¿Porqué no se cuenta al hombre y sólo se toma a la mujer como si la responsabilidad fuera únicamente de ella?. Además de esto, el rango de edad está fuera de realidad ya que en las comunidades vemos mujeres hasta de 12 años con vida sexual activa, y con embarazos no deseados, y no se puede hablar de estos como casos aislados, ya que es algo muy frecuente en las comunidades, aparte de eso hay otro grupo que no sé esta tomando en cuenta que es el de mujeres en edad fértil con vida sexual activa y que no están unidas, ¿Acaso ellas no tienen derecho a la planificación familiar?

En cuanto a las acciones básicas estas concuerdan con la definición del programa, pero para fines prácticos ninguno de estos tiene prioridad aunque se cumplen parcialmente, ya que durante las pláticas que se realizan en las comunidades se nos pide como móvil prioritario que ellos conozcan los métodos anticonceptivos y se sientan atraídos por alguno, quedando de esta manera en un segundo plano la información sobre sexualidad, sobre repercusiones

biológicas de embarazos tempranos y el acortamiento de los periodos intergestacional así como en el bienestar familiar.

Una vez analizados todos estos detalles del programa me da la impresión de que fue un programa improvisado, en el que se dividió el trabajo y cada cual hizo su parte sin que les diera tiempo de cotejar puntos de vista, y por eso no hay congruencia entre las diferentes partes del mismo.

Sin embargo para fines prácticos lo que interesa a la Secretaría de salud es la cobertura que alcance el programa independientemente del impacto que este tenga en la población.

Eso es en cuanto a la congruencia interna del programa y en cuanto a algunas de las prioridades para la jurisdicción; Por otro lado una situación que se da con mucha frecuencia es el hecho de que como antes mencione se nos exige un total de cuatro ingresos por mes, y ¿Qué sucede?. Sí nosotros ingresamos a esas pacientes, como se nos proporcionan los métodos exactos que consumimos el mes anterior, alguna de las pacientes se va a quedar sin método, o en otro de los casos si acude a consulta alguna de las pacientes que se encontraban inasistentes, sucederá la misma situación, que él proporcionarle un método a esta implicará dejar a otra paciente sin método; Si tratando de solucionar esta situación nosotros acudimos a solicitar métodos cuando estos se nos terminan, no se nos son otorgados porque los supervisores tienen que hacer una revisión del sispa que se entrega mensualmente para ver cuantos consumimos y reponemos la cantidad exacta de métodos consumidos, y lo que se genera con esta situación es que mes con mes se presente la misma problemática y presentemos cuentas negativas. Pero esa situación no es la realmente grave, el problema es que para que las pacientes no se queden sin método se les da algún otro que haya en la unidad, ya que generalmente no cuentan con recursos económicos para comprarlos en la farmacia, y estos constantes cambios generalmente les provocan alteraciones menstruales que les afectan psicológicamente, además de que esta es una causa importante de fuga de pacientes, que ante esta situación tan inestable deciden dejar de planificar.

Otra situación que yo he observado y que es generada por la misma institución es el hecho de que como todas las acciones van dirigidas hacia el grupo de riesgo que es la mujer, cuando alguna de este pretende iniciar un método, cambiarlo o suspenderlo la mayoría de las veces acude sola a consulta, cuando debiera ir acompañada por su esposo y es que como se ha hecho creer que la mujer al ser la que lleva el método es la responsable del mismo los hombres han denegado responsabilidades, ya que como ellos dicen el método es para ellas y si no lo usan el problema es para la mujer, cuando esto no es cierto ya que el problema es para la familia, porque las repercusiones de un hijo no deseado, o de un embarazo de riesgo finalmente son un problema familiar.

TABLA 11.
 MUJERES CAPTADAS PARA CADA METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.
 PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Variable	Casos	Porcentaje
Total de mujeres en la localidad	347	100
Mujeres en edad fértil	193	55.61
Usuarías activas	86	44.55
Aceptantes por condón	0	0
Aceptantes por H. Oral	4	2.07
Aceptantes por H. Inyectable	7	3.62
DIU	0	0
OTB	6	3.1
Total de aceptantes	17	8.8

Fuente: Sispa.
 Hoja Diaria del Médico.
 Tarjetero de Control de Planificación Familiar.

El grupo de mujeres en edad fértil corresponde al 55.61% del total de mujeres, que es una cifra muy alta; Para los cálculos utilizaré este parámetro, ya que esta es la población en riesgo real de embarazarse y no solamente las mujeres unidas; En base a esto tenemos que la cobertura del programa es muy baja ya que incluye únicamente al 44.55% de la población en riesgo, lo cual indica que no se están cumpliendo las metas esperadas, ya que con cuatro ingresos por mes las coberturas debieran ser por lo menos del 80%, lo cual es muy distante de la realidad. Tenemos que durante este período se logro captar un total de 17 aceptantes lo cual nos da un 8.80%, estas aceptantes quedaron distribuidas en su mayoría en el método Inyectable, esto se explica por la facilidad que tiene este método para su uso, ya que es una sola aplicación mensual y se olvidan del problema cosa que no sucede con el método oral por ejemplo, que si se olvida una de las tomas o más el método se inutiliza lo cual implica mayor responsabilidad para la paciente, otro de los métodos que tiene muy buena aceptación en general en la población es uno de los métodos permanentes la Obstrucción Tubarica Bilateral, y es que como comentaba en uno de los apartados de este programa esta comunidad es muy pobre, lo que provoca que las mujeres al tener su paridad satisfecha busquen métodos permanentes que les aseguren soluciones efectivas a los problemas económicos que les acarrea el tener un hijo, y como además estas intervenciones son gratuitas y se realizan en el Centro de Salud Urbano de Frontera que queda a media hora de esta localidad, les brinda todas las facilidades, favoreciendo la aceptación del mismo, provocando que sea él método con mayor aceptación de todos los métodos como veremos mas adelante.

Los métodos con menos aceptación, son los preservativos y el DIU, los primeros bajaron importantemente su consumo con el cambio de médico de la unidad y es que antes estaba un médico varón y ahora esta un médico mujer, este puede ser un factor causal importante para que los hombres dejaran de acudir por sus métodos, por otro lado existe la tendencia a que los métodos de planificación familiar sean usados por la mujer por la comodidad que esto implica, ya que a decir de los pacientes el uso de preservativos disminuye la sensibilidad al momento de realizar el acto sexual para la pareja, el otro método que no tiene mucha aceptación es el DIU y esto ha sido originado por varias causas según mis observaciones, una de las causas principales es que a todas las mujeres cuando son atendidas de algún parto en el CSU de Frontera, o en algunos de los Hospitales en Villahermosa, se les implanta el DIU, sin que antes se les pregunte si lo aceptan o no esto ocasiona que por este simple hecho la persona sienta rechazo hacia el mismo ya que con este suceso se están violando sus derechos a decidir y a la primera oportunidad acuden a consulta a que les sea retirado aunque no les este causando ninguna molestia, otra de las causas de su poca aceptación, es que se tiene que usar un espejo vaginal para este proceso, así como para sus valoraciones y esto resulta incomodo para las mujeres, sobre todo para las mas jóvenes en quienes es mas recomendable el uso del mismo.

Por último me gustaría mencionar que debido a todas las fallas que se observaron en este programa desde su estructura es muy difícil que este programa funcione ya que no se sabe en realidad lo que pretende obtenerse con él, yo propondría a como primer paso un análisis del mismo y una reestructuración para definir cuales van a ser los lineamientos del mismo y entonces sí en base a eso generar estrategias de acción para aplicar en el ámbito comunitario.

Por otro lado estoy consiente de los problemas de sobrepoblación que existe a nivel mundial y Nacional; y sé que esto provoca que la Planificación Familiar sea un arma muy importante en los intentos por solucionar este problema, pero considero que la solución no es tomar medidas radicales respecto a esta situación, ni tratar de dar soluciones rápidas y pasajeras porque eso es lo que esta sucediendo al captar a las pacientes para planificación familiar de esta forma, ya que son pacientes que están tomando el método como una solución igualmente desesperada o bien como la alternativa mas fácil y costeable, considero que es más importante crear una conciencia social y sexual en las pacientes ya que así tendríamos en control pacientes convencidas de estar usando estos métodos lo que nos daría una cobertura mas estable, y no solamente aceptantes pasajeras que están aprovechando la ocasión pero que en cualquier momento pueden cambiar de parecer y dejar su método, lo que nos ocasionaría un control inestable, que es lo que sucede actualmente.

PROGRAMA DE CONTROL PERINATAL.

Objetivo General: Reducir la mortalidad materna y perinatal.

Metas:

- Reducción de la tasa de mortalidad materna registrada en 1990 en 50%.
- Reducir la tasa de mortalidad hebdomodal en 20%.
- Disminuir la incidencia de bajo peso al nacimiento a menos del 7%.
- Disminuir la morbilidad perinatal ocasionada durante las fases tempranas del embarazo o durante el período perinatal en 10%.
- Eliminar la mortalidad por tétanos neonatal en el país.
- Incrementar la prevalencia de la lactancia materna hasta el cuarto mes posparto a 85%.

Grupos Prioritarios: Este programa va dirigido hacia las mujeres embarazada los lactantes hasta el mes de edad; ya que el embarazo y el puerperio son los periodos en que la mujer se ve con mayor riesgo de adquirir algún padecimiento que pueda repercutir en su estado de Salud - Enfermedad, causándole incluso la muerte, en cuanto al recién nacido tenemos que el primer mes de vida es el mes de presentación de malformaciones o padecimientos que halla adquirido en su etapa intrauterina

Acciones Básicas:

Medidas de Prevención.

- Atención oportuna del embarazo, parto y puerperio.
- Nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.
- Higiene materna.
- Planificación familiar y paternidad responsable.

Medidas de Detección.

- 1.- Del embarazo.
 - a) Mujer en edad reproductiva con vida sexual activa.
 - b) Amenorrea.
 - c) Síntomas Neurovegetativos.
 - d) Prueba inmunológica del embarazo después de la sexta semana de amenorrea.
- 2.- Del parto.
 - a) Embarazo a término con producto único en situación longitudinal y presentación cefálica.
 - b) Contracciones uterinas regulares (3 en 10 minutos).
 - c) Borramiento del cuello uterino.

- d) Dilatación del cuello uterino.
 - e) Integridad de las membranas.
 - f) proporcionalidad céfalo-pélvica.
 - g) Disminuir los riesgos de complicaciones maternas fetales.
- 3.- Del puerperio.
- a) Inmediato: Primeras 24 horas, antecedente de parto normal, ausencia de complicaciones maternas.
 - b) Puerperio mediato: Primera semana.
 - c) Puerperio tardío: De la segunda a la sexta semana después del parto.

Medidas de Control.

- 1.- En el embarazo.
- a) Mediante cinco consultas periódicas. La primera durante las primeras 12 semanas, la segunda entre la 13ava. y la 24ava. semana, la tercera entre las semanas 25 y 32, la cuarta entre las semanas 33 a la 36, y la quinta de la semana 37 en adelante.
 - b) En la primera consulta se descartaran antecedentes desfavorables maternos y padecimientos que complican el embarazo, toma de signos vitales, talla y peso, solicitud de exámenes de laboratorio BH, grupo sanguíneo y Rh, EGO, VDRL y QS (tratamiento sintomático en su caso).
 - c) En las consultas subsecuentes, verificar embarazo normal, signos vitales, fondo uterino correspondiente a edad gestacional, foco fetal normal, situación y presentación del producto, inmunización antitetánica, tratamiento sintomático con hierro oral e informar sobre síntomas de alarma y orientar sobre inicio de trabajo de parto en la quinta consulta, así mismo cada trimestre, realizar control de albúmina y glucosa en la orina, cuando se detecte elevación de glucosa, se realizará un destrostix en sangre.
 - d) Referencia al segundo nivel de atención en caso de complicaciones.
- 2.- En el parto.
- a) Verificar y registrar periódicamente dilatación uterina, posición fetal, altura de la presentación, variedad de posición, integridad o no de membranas, signos vitales.
 - b) Instalar venoclisis.
 - c) Aseo perineal y vaciamiento vesical.
 - d) Ruptura artificial de membranas en su caso.
 - e) Episiotomía en caso necesario.
 - f) Recibir al producto y aspirar secreciones.
 - g) Pinzar y seccionar cordón umbilical.
 - h) Vigilar el alumbramiento e integridad placentaria.
 - i) Aplicación de oxitocicos o ergonovínicos en caso necesario.
 - j) Revisión de canal de parto.

- k) Suturar episiotomía.
- l) Referencia al segundo nivel de atención en caso de complicaciones.

3.- En el puerperio

- a) Mediante tres consultas de vigilancia de los períodos del puerperio.
- b) Inmediato: Verificar sangrado vaginal, signos vitales, tono y tamaño uterino, micción y fomentar la alimentación al seno materno.
- c) Mediato: Verificar las características de los loquios, involución uterina, signos vitales, e instruir a la madre sobre higiene corporal y sobre los signos de complicación (fiebre, hemorragia y dolor en el abdomen, el pecho o las piernas).
- d) Tardío: Verificar la ausencia de loquios y/o secreciones purulentas, fiebre, grietas en el pezón, o inflamación de los senos. Estimular la continuación de la lactancia materna y promover el uso de métodos anticonceptivos.
- e) Referencia a segundo nivel en caso de complicaciones.

Atención del Recién Nacido

Medidas de Prevención.

- Promover la atención y el control del embarazo.
- Promover la atención oportuna del parto y puerperio normal.
- Promover la atención oportuna del embarazo, parto, y puerperio complicados por toxemia, hemorragia e infección, pacientes que serán referidos para atención al segundo nivel.

Medidas de Detección.

- Valoración por el método de Apgar al minuto y a los 5 minutos después del nacimiento.
Valoración por el método de Silverman al minuto y a los 5 minutos después del nacimiento.
- Valoración de peso y talla de acuerdo a la curva de Ramos Galván.

Medidas de control.

- 1.- Al momento del nacimiento.
 - a) Mantener vías aéreas permeables.
 - b) Tomar y registrar signos vitales y somatométrica.
 - c) Evitar la hipotermia.
 - d) Prevenir la hemorragia.
 - e) Prevenir la oftalmía purulenta.
 - f) Detección de malformaciones.
 - g) Aplicación de las vacunas BCG y SABIN.

2.- Al recién nacido: Dos consultas.

- a) A los 7 días verificar alimentación adecuada, peso, evacuaciones, desprendimiento de cordón umbilical, reflejos, proporcionar tratamiento sintomático, orientar a los padres sobre signos de alarma y asistencia oportuna al servicio.
- b) A los 30 días verificar signos de alarma, peso, talla y perímetro cefálico y orientar a los padres sobre asistencia oportuna al servicio.

En lo que respecta a la coherencia interna del programa me parece que es un programa muy ambicioso que pretende abarcar mucho con pocos recursos.

En cuanto a la coherencia interna del programa considero que hay relación entre los diferentes segmentos del mismo ya que todos están orientados hacia la misma finalidad, la reducción de las tasas de morbilidad para el binomio materno-fetal.

Sin embargo en cuanto a la aplicación del mismo me parece que no se está cumpliendo con lo planteado, ya que por una parte el programa en el ámbito jurisdiccional no es muy difundido y es uno de los que menos peso y apoyo recibe, a pesar de que es uno de los más costeables, ya que para su cumplimiento no se requiere de grandes inversiones, quizá este sea precisamente uno de los factores de su abandono.

En la Estrella, este programa está funcionando adecuadamente en cuanto a cobertura ya que por ser una comunidad pequeña es fácil captar a las pacientes para su control. Sin embargo la renuencia de este grupo de pacientes es bastante alta, y para esto influyen varios factores por un lado, la población en la comunidad es muy flotante entonces esto ocasiona que las pacientes se encuentren durante una temporada, se vayan, y vuelvan a regresar, lo cual genera problemas en cuanto al seguimiento del embarazo, por otro lado, las pacientes son muy renuentes a sus citas ya que no acuden a todas ellas al menos que se presente un embarazo con problemas, esto puede deberse a varios factores, uno de los principales es que la mayoría de las pacientes en control de embarazo, son menores de 18 años esto genera una actitud irresponsable en donde no se le da a este fenómeno el peso que merece, por otro lado está el hecho de que por ser una comunidad rural la mayoría de las pacientes prefieren llevar su control con las parteras y que la atención del parto sea por médicos, por otro lado consideran absurdo estar llenando cada mes para que el médico les diga lo mismo, entonces prefieren acudir solo a dos citas, una al inicio de su embarazo, para confirmar este y otra ya casi al final del mismo para asegurarse de que el niño venga bien, y como mencionaba e antes de esta forma el grupo de mujeres que acude a consulta se reduce casi exclusivamente a aquellas que presentan algún problema o sintomatología alarmante, y todo esto repercute en el cumplimiento del programa ya que se tiene una cobertura casi completa de las pacientes, pero no se cumplen las consultas completas de control de su embarazo.

Otro de los problemas a que me he enfrentado es que debido a las carencias económicas de la población, no se realizan los estudios de rutina para el padecimiento los cuales en algunos casos son muy importantes, por lo tanto, muchas veces las detecciones de alteraciones o complicaciones se dificultan además de que se deben manejar de manera empírica, y esto genera que en algunos casos la solución del problema se alargue.

Por otro lado los únicos medicamentos con que se cuenta en las unidades son los complementos de fumarato ferroso, los cuales les son administrados a las pacientes al 3er y 7o mes de embarazo, y en algunos caos en que se sospecha anemia durante todo el embarazo, los tratamientos para infecciones vaginales, de vías urinarias y otras complicaciones muchas veces se ve limitado ya que no se cuenta con el abasto de medicamentos necesarios para el tratamiento en este tipo de pacientes.

La aplicación de toxoide tetánico de refuerzo se llevará a cabo en la primera entrevista con la paciente independientemente de la edad gestacional, para asegurar el refuerzo, esto en base a la renuencia que presentan este tipo de pacientes

Por otro lado en cuanto a la atención del parto, los recursos con los que se cuentan son muy deficientes, esto origina que la atención que se da a los mismos se semeje mas a la dada por una partera que a la que se debería dar por un médico, por ejemplo en la unidad no se cuenta con medicamentos que estimulen o inhiban la contractilidad uterina, así que en caso de requerirse el paciente tendrá que comprarlos, y en el pueblo no existe ninguna farmacia, lo cual dificulta la adquisición de los mismos a la vez que complica la solución del problema., otro de los recursos con que no se cuenta en con vitamina K que debe administrarse al producto al momento del parto, ni con cloramfenicol oftálmico para la prevención de infecciones oculares del producto.

Esto es en cuanto al abasto de medicamentos pero por otro lado la unidad cuenta con una cama de expulsión cuyas pierneras no funcionan, además de que no se cuenta con campos quirúrgicos.

Con todas estas carencias se dificulta mucho la valoración adecuada de las pacientes, el manejo adecuado de un parto y la atención adecuada del producto después del nacimiento, y todas estas carencias aunadas a las deficiencias del médico junto con la renuencia de las pacientes genera que al menos en esta localidad el cumplimiento de las metas sea muy deficiente y el alcanzar los objetivos planteados igualmente se dificulte, generando con esto que las probabilidades de complicaciones durante el parto y el embarazo aumenten.

TABLA 12.
MUJERES EMBARAZADAS CON CONTROL PRENATAL POR GRUPOS DE
EDAD Y DISTRIBUCION DE PARTOS ATENDIDOS.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.

Grupos de edad.

Variables	12 - 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 y +	
	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%
ME	71	36.7	33	17	30	15.5	22	11.3	16	7.7	22	11.3
MEFE	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
MEFECEP	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
No. Partos	4	2	8	4.1	7	3.6	5	2.5	0	0	0	0
A x P	0	0	1	4.1	1	4.1	1	4.1	0	0	0	0
A x M	6	25	7	29.1	7	29.1	1	4.1	0	0	0	0
Referidos	2	8.3	0	0	1	4.1	0	0	0	0	0	0
No. Consultas	9	0.75	17	14.1	15	12.5	7	5.8	6	5	0	0

Fuente: Hoja diaria del Médico.
Tarjeta Censal Familiar.
Tarjetero de Control prenatal.

Claves: MEF= Mujeres en Edad Fértil.
MEFE= Mujeres en Edad Fértil Embarazadas.
MEFECP= Mujeres en Edad Fértil Embarazadas con Control Prenatal.
A X M= Atendidas por médico.
A x P= Atendidas por partera.

En las gráficas podemos observar lo siguiente: que del grupo de mujeres en edad fértil, se presentaron en este año 30 embarazos (15.5%), de los cuales actualmente se continua 6 (3.1%), de estas todas están captadas para control prenatal (100%).

En el período enero - octubre 1997, se atendieron 24 partos (12.4%), de los cuales; la mayoría, 8 (33.33%), se presentaron en el grupo de 20 a 24 años, de estos 21 (87.5%), fueron atendidos por médico y solamente 3 (12.5%), fueron atendidos por partera.

Del total de partos atendidos 3(12.5%) ameritaron referencia a segundo nivel de atención.

Otro dato que aporta es que solo se cubrió el 45% (54) de consultas a embarazadas del total de consultas que debieran cubrirse (120) de lo que se deriva que en promedio se recibieron 2.25 consultas por paciente captada para control prenatal.

Todos estos datos son importantes porque están reforzando lo que en la fracción correspondiente a coherencia y desarrollo del programa trataba de

explicar, en este como en todos los programas se han detectado fallas, fallas importantes como deficiencias materiales, que en este caso contribuyen a que los programas no funcionen adecuadamente, se debe trabajar mas a fondo cada uno de los programas, para buscar las deficiencias reales e igualmente generar soluciones reales, por ultimo solo me gustaría mencionar que una parte fundamental de estos programas y que se debe trabajar mas a fondo es la educación comunitaria en cuanto al tema y la concientización a la población de la importancia que estos programas tienen en beneficio de la salud Materno.-Infantil.

PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER.

Objetivo General: Incrementar la detección oportuna de Cáncer Cervicouterino y Cáncer Mamario, disminuyendo el impacto de estas en su morbimortalidad.

Metas: Reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino en un 15%, respecto a los registros de 1995.

Grupos prioritarios.

Cáncer Cervicouterino: Este programa va dirigido a la población de mujeres mayores de 35 años, para aquellas que hayan iniciado su vida sexual activa o que sean multíparas.

Cáncer Mamario.- Va dirigido para todas aquellas mujeres mayores de 25 años que hayan tomado algún método de Planificación Familiar hormonal por un tiempo prolongado.

Se toman estos grupos como prioritarios ya que este grupo de mujeres es el que se encuentra con mayor riesgo de padecer alguna de estas patologías.

Acciones Básicas.

Medidas de Prevención.

La prevención general del cáncer cervicouterino y del cáncer mamario se lleva a cabo a través de la educación y promoción para la salud, así como de la participación de la comunidad y comprende:

- Información respecto al problema de salud pública.
- Acudir a examen médico periódico.
- Integración y capacitación a grupos para impartir pláticas sobre los factores de riesgo y la manera de prevenirlos.

Factores de riesgo.

Cáncer Cervicouterino.

- Mayor de 35 años.
- Antecedente familiar de cáncer.
- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
- Promiscuidad sexual.
- Multiparidad.
- Falta de higiene genital en la pareja.
- Infecciones genitales frecuentes.

Cáncer Mamario.

- Mayor de 25 años.
- Antecedente familiar de cáncer mamario.
- Menarca a edad temprana.
- Nubilidad.
- Nuliparidad.
- Falta de lactancia.
- Menopausia tardía.
- Utilización prolongada de estrógenos.

La prevención del cáncer cervicouterino y del cáncer mamario se lleva a cabo de la siguiente manera:

Cáncer cervicouterino.

- Citología vaginal periódica (papanicolaou) y
- Tratamiento de los padecimientos infecciosos de los órganos genitales.

Cáncer mamario.

- Examen clínico periódico.
- Autoexamen mensual de glándulas mamarias.
- Tratamiento de los padecimientos benignos de la mama.

Medidas de control.

Cáncer cervicouterino. El control del cáncer cervicouterino comprende la identificación y tratamiento de la paciente, además de su atención, también la notificación y el registro de caso.

La identificación de la paciente con cáncer cervicouterino en etapas tempranas se lleva a cabo mediante los estudios microscópicos de:

- Citología cervicovaginal positiva a cáncer (papanicolaou).
- Biopsia de cervix positiva a tumor maligno.
- Clínicamente asintomática.

La identificación del cáncer invasivo se manifiesta por:

- Dispareunia.
- Sangrado al coito.
- Leucorrea sanguinolenta.
- Dolor pélvico.
- Presencia de tumoración.
- Citología cervicovaginal positiva a cáncer.
- Biopsia de cervix positiva a tumor maligno.

La citología cervicovaginal se informa de la manera siguiente:

- Negativo a cáncer (células normales).
- Negativo a cáncer con proceso inflamatorio (células con alteraciones inflamatorias).

Displacia leve, moderada o grave (células atípicas), referir a la clínica de displacias, ubicada en el Hospital General Dr. Juan Graham Cassasus, para toma de biopsia y tratamiento adecuado.

Positivo a cáncer (células atípicas malignas) referir al centro oncológico para toma de biopsia y tratamiento adecuado.

La atención y el tratamiento de la paciente se lleva a cabo de acuerdo al resultado del estudio citológico de la secreción vaginal y se procede de la manera siguiente:

- Negativo a cáncer.- Estudio citológico anual.
- Negativo a cáncer con proceso inflamatorio.- Tratamiento específico y estudio citológico anual.
- Displacia. Tratamiento específico y estudio citológico en un mes, si persiste la displacia referir a la paciente a la unidad de salud de mayor complejidad.
- Positivo a cáncer. Se refiere a la paciente a una unidad de mayor complejidad.

Cáncer mamario:

El control del cáncer mamario comprende la identificación, atención y tratamiento de la paciente, notificación y el registro del caso.

La identificación de la paciente con sospecha de cáncer mamario se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Tumor mamario.
- Adenopatía axilar.
- Secreción sanguinolenta por el pezón.
- Retracción del pezón.
- Ulceración de la mama.
- Citología de la secreción del pezón positiva a cáncer (papanicolaou).
- Radiografía de la mama con tumor.

La atención de la paciente con sospecha de cáncer mamario se lleva a cabo mediante su referencia a la unidad de salud de mayor complejidad para comprobar el diagnóstico y realizar el tratamiento.

La solicitud para el estudio citológico es en original y copia, con los datos completos y con el sello de la unidad aplicativas y/o jurisdicción.

Este programa aunque no es de los prioritarios para la Secretaría de Salud, recibe cierto apoyo y difusión.

En cuanto a la coherencia interna del mismo considero que con las acciones básicas planteadas, bien llevadas a cabo, se puede alcanzar lo planteado en el objetivo general; sin embargo una de las fallas que yo detecto en el programa es en cuenta al planteamiento de las metas, en las cuales, no existe ninguna para el cáncer mamario, sino que la meta esta enfocada únicamente para cáncer cervicouterino.

En este aspecto considero que igual que en el programa anterior es difícil dar seguimiento a un programa cuya estructura interna no está bien definida.

En cuanto al desarrollo práctico del mismo tenemos que las acciones están enfocadas básicamente a la prevención mediante la difusión de los métodos de detección oportuna de los dos tipos de cáncer, la realización de las detecciones y el manejo adecuado de los casos con riesgo.

En el ámbito local se tiene contemplado para la prevención de cáncer cervicouterino, la toma de papanicolaou cada 6 meses a toda mujer que haya iniciado vida sexual y a todas aquellas mayores de 35 años que no la hayan iniciado.

La detección de cáncer mamario se realiza cada mes a todas las mujeres que se tienen en control de planificación familiar, así como a aquellas mayores de 25 años, además de que durante la valoración debe enseñárseles a realizar el autoexamen mamario.

Otra de las estrategias que se tiene contemplada es la difusión del programa a la población general mediante platicas a grupos así como mediante trípticos.

TABLA 13.
 ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL
 PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER.
 PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA,

Variables	Ene - mar		Abril - jun.		Jul. - sept.		Oct. - dic.	
	C	T	C	T	C	T	C	T
Casos con.	0	0	0	0	0	0	0	0
Alt. Ma.	0	0	1	1.36	1	1.36	3	4.09
Alt. Cu	0	0	0	0	0	0	0	0
Inf. Cu.	2	2.72	2	2.72	3	4.09	1	1.36
Det. Ca. Cu.	2	2.72	4	5.45	9	13.0	1	1.36
Cet. Ca. Ma.	1	1.36	3	4.09	4	5.45	0	0
Platicas	0		0		1		1	

Fuente: Sispa.

Claves: Alt= Alteraciones.

Inf= Infecciones.

Det= Detecciones.

Ca= Cáncer.

Ma= Mamario.

Cu= Cervicouterino.

Con= Confirmados.

Como podemos observar en la tabla la cobertura que ha tenido este programa es muy baja, ya que si observamos para cáncer cervicouterino se realizaron un total de 17 detecciones, si tomamos en cuenta que existe un total de población en riesgo para este padecimiento de 70 mujeres, obtendremos que solo se ha cubierto un 24.28% lo cual nos representa una cuarta parte de la población.

En lo que respecta a detecciones para cáncer mamario se cubrieron en total 22 detecciones, si tenemos una población de 122 mujeres esto nos representa el 18.03%, que es una cobertura muy pobre.

En estas detecciones se presentaron en total 5 casos de alteraciones mamarias, lo cual nos da una tasa de riesgo para la población general de 6.82 por 1000 habitantes, en lo que respecta a cáncer cervicouterino se detectó únicamente una alteración que correspondía a una displasia que nos da una tasa de 1.36 por 1000 habitantes.

Un dato que se obtuvo a través de los estudios de papanicolaou y que no propiamente representa un factor de riesgo para cáncer cervicouterino son las infecciones vaginales, de las cuales se detectaron 9 en total lo cual nos da una tasa de 12.27 por 1000 habitantes, esta cifra es muy alta si tomamos en cuenta

que corresponde al 52.94% del total de tomas realizadas, este aunque indirecto nos esta reportando problemas vaginales importantes en la población.

Sobre la base de lo observado a través de estos resultados podemos darnos cuenta de que existen problemas importantes en cuanto a los resultados que se están presentando para la aplicación de este programa, ya que al tener este como base a la detección oportuna y al representarnos en esta comunidad porcentajes tan bajos de la misma, nos esta indicando que se deben intensificar las labores de convencimiento a la población en riesgo para que se convenzan de la importancia de estas mismas como factor que les permita realizar un tratamiento oportuno de sus padecimientos.

Y abordando este aspecto comentaré otro punto que omití en el análisis de la coherencia interna del programa y es en cuanto al nombre del mismo, ya que se refiere a este como PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICOUTERINO, y en mi opinión este es un nombre inapropiado porque con éstas medidas de ninguna manera sé esta previniendo el Cáncer Cervicouterino, sino que solamente sé esta detectando a tiempo para poder dar un tratamiento oportuno.

ANÁLISIS GENERAL.

Haciendo un análisis general del programa creo que sobre la base de la información que se obtuvo individualmente en cada uno de ellos, obtuvimos varios datos interesantes, sobre todo en cuanto a la congruencia de los mismos, ya que existen varias contradicciones en cuanto a la estructura de los mismos.

Un punto muy importante que a mi criterio no debe ser omitido es que este es un programa muy importante ya que involucra al binomio madre-producto, cuyo bienestar es un indicador muy importante no solo de salud, sino de condiciones económicas y de desarrollo de un país, y sobre la base de esto creo que ese es uno de los errores fundamentales en el comportamiento del programa ya que en el ámbito institucional, cuando se hable de salud reproductiva, todas las acciones y las miradas se dirigen a Planificación familiar, como si este programa fuera el eje de la salud reproductiva en México, quedando de esta manera el resto de los programas relegados, y creo que ese es un error fundamental que no nos permite obtener resultados importantes en el desarrollo de este programa, ya que todas las etapas de la vida de la mujer son igualmente importantes e igualmente cada uno de los aspectos que cubre cada uno de los programas tiene su importancia y sus repercusiones dentro de la salud y el comportamiento de la población.

Por lo tanto como comentaba en el apartado de Planificación Familiar, yo considero que es muy importante un rediseño de este programa, en el cual se

revalore la prioridad de las acciones a efectuarse, y de la misma forma se determinen las estrategias y las medidas a tomar.

En este sentido, creo que es muy importante la participación de la población, pero aquí volveríamos a abordar la misma problemática, que implica el bajo nivel educativo de la población que no permite que las acciones cumplan con su cometido al oponerse a estas, o al no proporcionar una participación activa, en mi opinión considero que este es un aspecto muy importante que junto con las reformas de los programas nos permitirá un mejor desarrollo de los mismos.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA.

Objetivo General.- Prevenir y controlar el VIH/SIDA y otras ETS, en poblaciones con prácticas de riesgo y entre grupos especialmente vulnerables: adolescentes, mujeres en edad fértil, hombres con prácticas homosexuales y bisexuales, así como personal de salud.

Componentes: VIH/SIDA, gonorrea, sífilis, chancro, tricomoniasis, virus del papiloma humano, clamidia, herpes.

Metas: Disminuir al 50% los casos de VIH neonatal, proporcionar atención oportuna y adecuada al 80% de los pacientes con VIH, disminuir los casos de VIH postransfusional, incrementar en 30% el uso de condón, eliminar para el año 2000 la sífilis congénita, prevenir y controlar otras ETS.

Grupos Prioritarios: Como se menciona en el Objetivo general el programa va dirigido principalmente a los adolescentes, mujeres en edad fértil, hombres homosexuales y bisexuales, así como al personal de salud.

Acciones Básicas.

- Difundir información sobre los mecanismos de transmisión.
- Fomentar la Educación sexual.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y la notificación de casos.
- Capacitación del personal de salud para detección y manejo de casos.
- Promover el respeto hacia este tipo de pacientes.
- Promover la Investigación de estos padecimientos en México.
- Asesorar, supervisar y capacitar a los responsables de los programas estatales
- A nivel Jurisdiccional las estrategias específicas para este programa son notificación inmediata en casos de VIH, realizar Historia Clínica detallada y seguimiento del caso, en el caso del resto de padecimientos se da tratamiento completo y específico y orientación al paciente.

En relación a lo establecido por la normatividad y lo que en realidad se lleva a cabo en el ámbito jurisdiccional para este programa tenemos que existen muchas deficiencias en cuanto al manejo de este programa; El programa tiene algunos objetivos específicos, los cuales se encuentran dirigidos a algunos grupos que se consideran prioritarios; Sin embargo en el ámbito local observamos que las actividades que se realizan van dirigidas a la población general, sin que haya intento porque esta información llegue más fuertemente a estos grupos.

Por otro lado en realidad desconozco que tan abiertamente se toquen estos temas a nivel escolar, pero al menos con la población general abordar temas con contenido sexual es muy complicado ya que la mayoría de la población se cierra y no exterioriza sus opiniones ni sus dudas, ni acepta la información que se le esta dando al respecto.

Por otro lado existen en estas localidades altos niveles de promiscuidad, aunque la población no lo acepta y trata de ocultar el tema, siendo este un factor de riesgo importante para este tipo de padecimientos.

En cuanto a factores predisponentes sobre todo para las mujeres he observado lo siguiente: La mayoría de las mujeres utilizan pantaleta de licra, una bermuda de licra, fondo y su ropa exterior, (generalmente no utilizan pantalones), y siendo esta una zona tan calurosa, este tipo de vestimenta provoca que el calor se concentre en estas zonas que de por sí guardan humedad, esto aunado a los malos hábitos higiénicos que la población tiene en cuanto al cuidado y aseo del área genital favorece la aparición de infecciones vaginales.

En el ámbito local se ha presentado en el período enero - diciembre de 1997, un solo caso de gonorrea, en un joven de 16 años; Se han presentado algunas infecciones vaginales principalmente candidiasis y tricomoniasis genital, todos estos casos en mujeres haciendo un total de 9 casos, los cuales representan el 2.59 del total de la población femenina de ésta localidad.

A continuación se presenta la siguiente tabla en la que se observan los casos de padecimientos de transmisión sexual que se han presentado en el Municipio de Centla, Tabasco en el periodo enero – diciembre de 1997.

TABLA 14.
 FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL POR
 GRUPO DE EDAD.
 JURISDICCION SANITARIA No.3, CENTLA, TABASCO.

Grupo de edad.

Padecimiento	<1 1-4		5 - 14		15 - 24		25 -44		45 - 64		Total	
	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%
C. Urogenital	0	0	2	1.7	10	8.60	22	19.1	2	1.7	36	31.3
Inf.Gonocócica	0	0	9	7.8	7	6.0	1	0.8			17	14.7
Tricomoniasis	0	0	6	5.2	9	7.8	1	0.8	1	0.8	17	14.7
Herpes	0	0			1	0.8			1	0.8	2	1.7
Moniliasis	1	0.8	1	0.8	11	3.1	1	0.8			14	4.0
V.P.H.	0	0	4	3.4	5	4.3	2	1.7			11	9.5
Clamydia	0	0							1	0.8	1	0.8
Torunlopsiis	0	0			1	0.8					1	0.8
Total	1	0.8	22	19.1	44	38.2	27	23.4	5	4.3	99	86.0

Fuente: Concentrado de Informe Semanal de Casos Nuevos.

Claves: V.P.H= Virus del Papiloma Humano.

El cálculo de los porcentajes de la tabla anterior se basó en el número total de casos, solamente se tomaron en cuenta los casos que apoyaron su diagnostico con estudios de laboratorio y sobre la base de esto pudimos observar que los padecimientos que más frecuentemente se presentan son la Candidiasis urogenital, la tricomoniasis y la gonorrea, sobresaliendo de manera importante la primera con 36 casos (31.3%).

El grupo que se vio mayormente afectado fue el grupo de 15 a 24 años con un total de 44 casos (38.2%), esto puede tal vez estar más relacionado con lo que yo mencionaba anteriormente sobre los malos hábitos higiénicos, el inicio de relaciones sexuales y la mayor frecuencia de estas.

Esto aunado a la alta promiscuidad que existe en la mayoría de las localidades de este municipio, explica fácilmente la alta frecuencia de estas patologías.

En cuanto a este programa a mí me queda una duda que no pude resolver y es que en el Diario Oficial este se encuentra ubicado como uno de los rubros del programa de salud reproductiva sin embargo en el Manual de prioridades en Prevención y Control de Enfermedades se encuentra ubicado como un programa independiente por esta razón en este trabajo lo incluyo de esta forma, aunque considero que debería ir incluido en programa de Salud Reproductiva, ya que aunque afecta a la población general, esta íntimamente relacionado con las

patologías femeninas y sobre tiene un papel muy importante en el bienestar del binomio materno-fetal.

PROGRAMA DE ATENCION A LA SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO.

Objetivo General: Proteger la salud, prevenir las enfermedades crónico-degenerativas y elevar la calidad de vida de la población adulta y de los ancianos.

Componentes:

- Diabetes Mellitus.
- Hipertensión Arterial.
- Cirrosis Hepática.
- Neoplasias Malignas.
- Vacunación: Antihepatitis B.
 Toxoide Diftérico y Tetánico (Td).

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.

Concepto: La hipertensión arterial esencial es una enfermedad de causa no identificable, caracterizada por la elevación sostenida y prolongada de la presión arterial sistólica por arriba de 140 mmHg y habitualmente no presenta sintomatología.

Objetivo General:

Revertir la tendencia ascendente de la mortalidad por enfermedad hipertensiva, fortaleciendo la detección oportuna, el control de los niveles de presión arterial, la prescripción de tratamientos adecuados y la limitación del daño.

Metas:

- Reducción de las tasas de mortalidad por enfermedad hipertensiva a 6 defunciones por 1000 habitantes de 25 a 69 años para el año 2000.
- Reducción de la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular a 22 defunciones por 1000 habitantes.

Grupos Prioritarios: Este programa va dirigido a la población general mayor de 25 años, ya que este padecimiento presenta sus inicios a esta edad, y se presenta con relativa frecuencia.

Acciones Básicas:

Medidas de Control.

El control de la hipertensión arterial esencial, comprende la identificación y tratamiento del paciente, así como el registro del caso.

La identificación del paciente con hipertensión arterial esencial, se lleva a cabo mediante la comprobación de la presión arterial elevada y la ausencia de otras enfermedades que la expliquen.

El tratamiento de la hipertensión arterial esencial se lleva a cabo de la manera siguiente:

A) No farmacológico: Se aplica inicialmente como único tratamiento a todos los casos que tengan presión arterial diastólica entre 90 y 140 mmHg y consiste en las medidas siguientes:

- Control de peso.
- Evitar el sedentarismo.
- Suprimir el tabaquismo.
- Reducir o suprimir el consumo de alcohol y de café.
- Modificar la actitud ante la ansiedad y las emociones.
- Dieta con las características siguientes:
 - Hiposódica con menos de 5 grs. de sal al día.
 - Hipocalórica con menos de 2000 calorias al día.
 - Rica en fibras vegetales.
 - Baja en lípidos de origen animal y
 - Rica en potasio y magnesio.

B) Tratamiento farmacológico: Se aplica simultáneamente con el tratamiento no farmacológico a los enfermos siguientes:

- a) Aquellos cuya presión arterial diastólica no ha descendido a 90 mmHg, después de 45 días de tratamiento no farmacológico, y
- b) A aquellos que inicialmente tienen presión arterial diastólica entre 104 y 114 mmHg.

El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial esencial en la atención primaria a la salud puede comprender hasta dos etapas.

ETAPA 1.

El tratamiento farmacológico en la etapa 1, se caracteriza por la utilización de un solo medicamento a dosis bajas, el que se selecciona de los grupos siguientes:

- Betabloqueadores.

- Diuréticos y,
- Medicamentos para casos especiales.

Los bloqueadores que se emplean con mayor frecuencia son los siguientes:

- Propanolol oral de 20 a 40 mg cada 12 hrs.
- Atenolol oral de 50 a 100 mg cada 24 hrs.
- Metoprolol oral de 50 a 100 mg cada 12 hrs.
- Pindolol oral de 5 a 10 mg cada 12 hrs.

Estos medicamentos no se emplean en pacientes con tabaquismo incontrolable.

Los diuréticos que se emplean con mayor frecuencia los siguientes:

- Clorotiazida oral 250 mg cada 24 hrs.
- Hidroclorotiazida oral 25 mg cada 24 hrs.
- Clortalidona oral 25 mg cada 24 hrs.
- Metolazona oral 12.5 mg cada 24 hrs.

En casos con alteraciones de la función renal se emplea uno de los diuréticos siguientes:

- Furosemida oral 40 mg cada 24 hrs.
- Bumetanida oral 1 mg cada 24 hrs.

En casos con pérdida excesiva de potasio se emplea uno de los siguientes diuréticos:

- Amilorida oral 5 mg cada 24 hrs.
- Triamtereno oral 50 mg cada 24 hrs.
- Espironolactona oral 25 mg cada 24 hrs.

En casos con anomalías electrocardiográficas, no se usan diuréticos.

Los medicamentos para casos especiales están indicados en enfermos hipertensos que cursan con las enfermedades y las circunstancias siguientes:

- Diabetes Mellitus.
- Hiperlipidemia.
- Asma.
- Función cardíaca alterada e,
- Intolerancia a los betabloqueadores y a los diuréticos.

Para casos especiales se emplea uno de los medicamentos siguientes:

- Clonidina oral 0.1 mg cada 24 hrs.

- Prazosina oral 0.5 mg cada 12 hrs.
- Nifedipina oral 10 mg cada 6 hrs.
- Verapamil oral 80 mg cada 12 hrs.
- Diltiazem oral 20 mg cada 12 hrs.
- Enalapril oral 10 mg cada 24 hrs o
- Captopril oral 25 mg cada 8 hrs.

La etapa I se desarrolla de la manera siguiente:

- El medicamento seleccionado se emplea durante 30 días.
- Si la presión no desciende a 90 mmHg o aparecen efectos colaterales, se sustituye por otro medicamento de la misma etapa.
- El medicamento que produzca el efecto deseado se mantiene indefinidamente.
- Si no hay respuesta favorable con el nuevo medicamento al cabo de los 30 días siguientes, se pasa a la etapa II.

ETAPA II.

El tratamiento farmacológico en la etapa II, consiste en la combinación de dos medicamentos de la manera siguiente:

- Un diurético más un betabloqueador a las dosis mencionadas en la etapa I, o
- Un diurético más uno de los medicamentos siguientes:
 - Metildopa oral 250 mg cada 12 hrs.
 - Clonidina oral 0.1 mg cada 24 hrs.
 - Reserpina oral 0.25 a 0.50 mg cada 24 hrs.
- Un diurético mas uno de los medicamentos mencionados en la etapa 1 para casos especiales.
- Un betabloqueador mas uno de los medicamentos mencionados en la etapa 1, para casos especiales.

Los medicamentos de la etapa I que se emplean en la etapa II, tienen las mismas limitaciones para su uso.

La etapa II se desarrolla de la manera siguiente:

- La combinación seleccionada se emplea durante 30 días.
- Si la presión diastólica no desciende de 90 mmHg o aparecen efectos colaterales, se substituye por otra combinación.
- Si no hay respuesta favorable se repite el procedimiento con las combinaciones restantes hasta encontrar la que produzca el efecto deseado.
- La combinación que produzca el efecto deseado se mantiene indefinidamente.

La referencia de pacientes con hipertensión arterial esencial a una unidad de salud de mayor complejidad se lleva a cabo en los casos que con las medidas anteriores no logran control de la sintomatología. El seguimiento a nivel local posterior debe incluir:

- Verificar el cumplimiento de la prescripción medica.
- Comprobar la efectividad del tratamiento.
- Identificar los efectos indeseables de los medicamentos y,
- Recomendar las medidas necesarias para lograr que el paciente cumpla adecuadamente con el tratamiento.

La reducción de la prevalencia de hipertensión arterial esencial requiere la puesta en marcha de acciones encaminadas a inducir cambios en el estilo de vida de la población, Tabasco por sus características culturales es un estado que favorece de manera muy importante la obesidad en la población, ya que su alimentación es rica en grasas y carbohidratos, existe además un alto consumo de refrescos y cerveza, ocasionando con esto alcoholismo importante en la población, y todo esto son factores favorables para que se desarrolle este padecimiento.

En cuanto a la coherencia interna del programa yo creo que esta bien estructurado el programa en cuanto a lo que plantea, lo que pretende alcanzar y los instrumentos en que se apoya para el cumplimiento de las metas.

Sin embargo este como otros programas presenta sus limitaciones, una de estas es el hecho de que aunque esta bien planteada la metodología de tratamiento y seguimiento de los pacientes, el problema en este caso es la carencia de medicamentos, ya que este no es suficiente para cubrir las demandas de los mismos.

Esto ocasiona que constantemente se les tenga que estar cambiando de medicamento, lo que repercute de manera importante en su salud, y desgraciadamente debemos trabajar con los recursos a nuestro alcance, ya que si solicitamos a los pacientes que compren ellos su medicamento, no lo hacen, aunque se les explique lo importante que es el hecho de estarlo tomando constantemente o las repercusiones que el estarlo cambiando ocasiona a su salud, sin embargo ellos argumentan no tener dinero, y no compran el medicamento, y esto repercute de manera importante en el cumplimiento del programa ya que de esta forma no es posible tener a los pacientes controlados.

Una de las situaciones que yo he observado en todo Tabasco y no únicamente en mis comunidades es el altísimo grado de obesidad que existe en la población general, esto como había mencionado es debido a sus deficientes hábitos alimenticios y al importante sedentarismo de la población, ya que la mayoría de las mujeres solo se dedican a labores del hogar, y los hombres trabajan una jornada de trabajo, y el resto del tiempo lo dedican a estar en sus casas o a tomar, esto ha ocasionado que en las comunidades se presenten grados muy altos de alcoholismo.

Un problema mas que se presenta es en cuanto al tratamiento no farmacológico el cual no es llevado por los pacientes ya que acostumbrados a comidas abundantes grasosas y saladas, les resulta sumamente difícil omitirías,

además de que tienen la idea de que tomando medicamentos el resto de las medidas esta de sobra y la mayoría de las veces con esta ideología su participación en el control de su padecimiento es muy pobre, cuando no es nula.

Todos estos factores contribuyen de manera muy importante a que exista en las comunidades un gran número de casos de este tipo la mayoría de los cuales por ser asintomáticos, se encuentran sin detección y sin tratamiento.

Una de las situaciones que he podido observar, son las altas cifras de tensión arterial que llegan a manejar los pacientes sin que les produzca sintomatología, en muchas ocasiones he realizado tomas de tensión arterial encontrando cifras hasta de 200/170, con pacientes asintomáticos, lo cual a mí me parece alarmante y hasta incomprensible.

La explicación que yo doy a este suceso es que se deba a lo que anteriormente mencionaba, que es el hecho de que las personas al no recibir tratamiento adecuado, se vayan acostumbrando a manejar cifras arteriales altas, y de esta manera esas cifras cada vez se vayan elevando más y más llegando a grados tan extremos como los que he detectado.

TABLA 15.
CASOS EN CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL E INGRESOS.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Variables	Casos	Porcentaje
Total de población.	733	100
Total de población en riesgo.	261	35.6
Casos en control	15	5.74

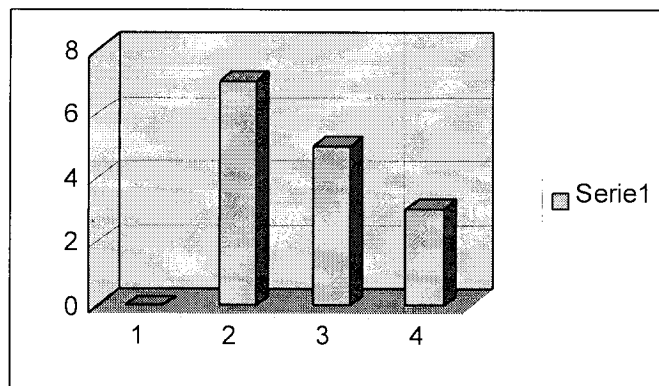
Fuente: Sispa.
Concentrado de Tarjeta Censal.

TABLA 16.
 DISTRIBUCION ETAREA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.
 PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D.LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Grupos de edad.	Ingresos	Casos	Porcentaje
Menor de 30 años	0	0	0
30 a 49 años	3	7	46.66
50 a 64 años	1	5	33.33
65 y más años	0	3	20.00
Total	4	15	100

Fuente: Sispa.

GRAFICA 10.
 DISTRIBUCION ETAREA DE LOS CASOS DE HIPERTENSION ARTERIAL.
 PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.



Fuente: Tabla 16.

Serie 1: Casos.

- 1.- Menor de 30 años
- 2.- 30 a 49 años
- 3.- 50 a 64 años
- 65 y más años

Basándonos en la tabla 15 podemos darnos cuenta de que este padecimiento presenta una frecuencia baja ya que solo se han detectado 15 casos para un total de población en riesgo de 261 personas, lo que nos da un 5.74%, y que a la vez nos representa una tasa de 20.46 por 1000 habitantes, en cuanto a los pacientes detectados en este período, observamos que se trata de 4, lo que nos da una tasa de 5.45 por 1000 habitantes, en realidad estas cifras son muy bajas ya que tomando en cuenta todos los factores de riesgo con que

cuenta la población se esperaría una cifra mucho más alta, por tanto aquí cabe considerar los riesgos importantes que se tienen en cuanto a la detección de casos.

Para concluir solo me gustaría mencionar que en el caso de este programa si se desea en realidad llegar algún día a alcanzar los objetivos y las metas planteados, se debe trabajar exhaustivamente en todos los aspectos, desde proporcionar mayor educación a la población, no solo a la que va dirigido el programa, sino a toda en general, ya que todos tarde o temprano entrarán en el grupo de riesgo, por otro lado se deben intensificar las acciones de detección para poder abarcar a toda la población con el padecimiento, y dar tratamiento adecuado a estos, y por ultimo se debe de procurar tener el abasto básico de medicamentos para control de este padecimiento ya que sin estos y con los escasos recursos de la población, los problemas a que se enfrenta el programa son muchos.

PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS.

CONCEPTO: Es una enfermedad crónica caracterizada por defecto de producción y acción de la insulina, que ocasiona alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas con tendencia a producir lesiones neurovasculares progresivas y crónicas. Clasificado clínicamente como tipo I (insulinodependiente) y tipo II (no insulinodependiente).

Objetivo General: Detectar sistemática y oportunamente los casos de Diabetes Mellitus en la población mayor de 25 años, estableciendo el manejo adecuado, limitando el daño a órganos y tejidos, disminuyendo la frecuencia de complicaciones, reduciendo la discapacidad y las muertes prematuras.

Metas: Reducir la tasa de mortalidad por Diabetes y sus complicaciones, a una tasa de 29 por 1000 habitantes para el año 2000.

Grupos Prioritarios: Este programa va dirigido a la población mayor de 25 años, con especial interés en aquella que cuenta con antecedentes directos de este padecimiento, ya que en ellos aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.

Acciones Básicas:

Medidas Preventivas.

- Educación e información respecto al problema.
- Importancia de acudir a examen medico periódico.
- Orientación para evitar el sedentarismo, obesidad, ingesta excesiva de hidratos de carbono refinados, multiparidad, angustia y tensión emocional e infecciones crónicas.
- Promoción, integración y capacitación de personas en riesgo.

- Información y capacitación a la comunidad a través de los medios de comunicación masiva.
- a) Caso confirmado por tira reactiva, glucemia de 180 mg o más:
 - Glucemia post-ingestión a los 120 minutos, 240 mg o más.
- b) Caso confirmado por laboratorio: Glucemia en ayunas de 140 mg o más.
 - Glucemia post-ingestión a los 120 minutos de 200 mg/dl.
- c) Caso sospechoso:
 - Determinación anual de glucemia en ayunas o post-prandial con tira reactiva en personas mayores de 40 años.
 - Glucemia en ayunas entre 120 y 180.
 - Glucemia post-ingestión de glucosa a los 120 minutos entre 180 y 240 mg.

Medidas de Control.

El tratamiento se lleva a cabo a través de educación, dieta, ejercicio físico y medicamentos.

1.- Tratamiento específico:

- a) Tipo 1: Referencia al segundo nivel de atención, dieta, ejercicio insulina.
- b) Tipo II: Educación, dieta, ejercicio, en su caso el uso de hipoglucemiantes orales.
 - Leve: Glucemia hasta 250 mg, dieta y ejercicio.
 - Moderada: Glucemia de 260 mg a 500 mg, dieta, ejercicio e hipoglucemiantes orales.
 - Severa: Glucemia de mas de 500 mg, dieta e insulina.
- c) Referencia a II nivel de atención, en caso de no controlarse con hipoglucemiantes orales o presenta complicaciones.
- d) Esquema de envío del nivel I al nivel II.
 - Dificultad terapéutica
 - Refractario.
 - Complicaciones agudas.
 - Estado de coma.
 - Afecciones colaterales graves (neumonias, insuficiencia cardiaca, etc.)
 - Complicaciones crónicas con dificultad diagnostica o terapéutica.

Del nivel II al nivel III.

Complicaciones crónicas con dificultad diagnostica o terapeuta que requiera de alta especialidad. (Cardiología, neurología, nefrología, oftalmología, etc.).

Recursos Materiales.

- Tiras reactivas.
- Lancetas.
- Torundas de algodón.
- Alcohol.

En lo que respecta a este programa, me parece que la información que presenta ésta inconclusa, ya que no refiere datos de la población a que se debe realizar la prueba, ni proporciona información sobre los tratamientos farmacológicos, ni las indicaciones específicas para estos.

En lo que respecta a lo que plantea y lo que pretende alcanzar me parece que las estrategias son insuficientes para cumplir con los objetivos, ya que no se puede reducir la tasa de mortalidad únicamente con prevención, se requiere además de tratamientos adecuados y oportunos, así como medidas preventivas para las complicaciones y en el apartado no se menciona nada al respecto.

Este programa al igual que el programa de Hipertensión arterial presenta muchas dificultades para su realización ya que no existen fondos para poder llevarlo a cabo, y lo digo de una manera tan radical porque precisamente radical es la situación que se vive en la realización de este programa, ya que de todos los programas que existen y que son llevados en el ámbito jurisdiccional este es el que posee menos recursos.

En todo el período que he estado realizando mi servicio social solo en una ocasión se me hizo entrega de 25 lancetas para realizar las detecciones, y solo en dos ocasiones se me ha surtido medicamento para el control de estos pacientes, y esta misma situación es la que enfrentamos todos los médicos en la jurisdicción.

Además de que en este padecimiento se incluyen las mismas dificultades con la población que las que presenta el programa anterior, ya que la gente pone muy poco de su parte en seguir una dieta o en llevar a cabo medidas de prevención para infecciones y otro tipo de complicaciones

Otro de los factores que se repite en esta situación es la falta de recursos por parte de la población para la compra de sus tratamientos, lo que origina que se queden sin los mismos y que se suspenda el control de sus padecimientos, y aunque no se me ha presentado hasta el momento ninguna complicación de este padecimiento, no dudo que pueda presentarse en cualquier momento por el importante descontrol de los pacientes.

Algunas de las contradicciones que he encontrado entre el planteamiento y las estrategias de este programa y las estrategias que se llevan a cabo en la jurisdicción son en primer lugar que en el ámbito jurisdiccional que la clasificación de la diabetes no se basa en las características clínicas de la

misma sino en la edad de los pacientes, ya que se dice que es Diabético tipo 1 todo aquel menor de 40 años y tipo II se considera a todo aquel mayor de 40 años.

Otra de las contradicciones es en cuanto a la detección de los pacientes y el grupo a quienes va dirigido, ya que en el manual habla de toda la población de 25 años en adelante como grupo de riesgo y en el ámbito jurisdiccional se tiene como población en riesgo a todos los mayores de 40 años, y por lo tanto todas las estrategias van dirigidas hacia este grupo, al igual que las detecciones.

TABLA 17.
CASOS EN CONTROL E INGRESOS DE DIABETES MELLITUS.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

VARIABLES	Casos	Porcentaje
Total de población	733	100
Total de población en riesgo	261	35.6
Casos en control	7	2.68

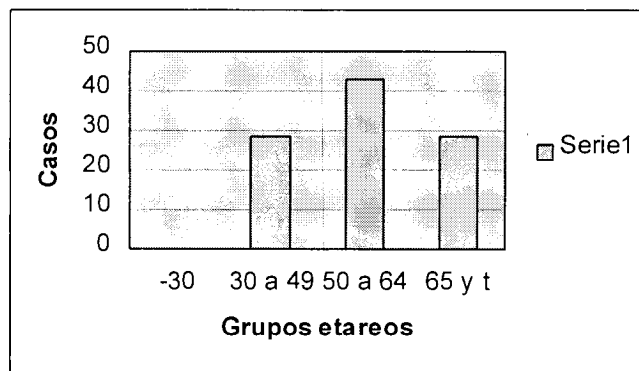
Fuente: Sispa.
Concentrado de Tarjeta Censal.

TABLA 18.
DISTRIBUCION ETAREA DE DIABETES MELLITUS.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Grupos de edad	Ingresos	Casos	Porcentaje
Menor de 30 años	0	0	0
30 a 49 años	0	2	28.57
50 a 64 años	2	2	28.57
65 y más	0	3	42.85
Total	2	7	100

Fuente: Sispa.

GRAFICA 11.
 DISTRIBUCION ETAREA DE LOS CASOS DE HIPERTENSION ARTERIAL.
 PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.



Fuente: Tabla 18.

En la tabla 18 podemos observar que se han presentado hasta este momento en esta población un total de 7 casos que representa el 2.68% de la población en riesgo

Otra de las observaciones que podemos hacer ahora en la tabla 17, es que los dos ingresos que se detectaron en este periodo se presentaron en el grupo de 50 a 64 años de edad lo que nos representa el 28.57%, pero en el grupo en que se concentran un mayor número de pacientes es el grupo de 65 años y más ocupando el 42.85% (3 casos), como podemos observar en esta comunidad se han detectado 7 casos, lo que nos da una tasa de 9.54 por 1000 habitantes.

Con esta información podemos darnos cuenta que en esta comunidad las tasas de riesgo para la población general son bajas, pero a pesar de esto el problema es muy amplio.

Sobre la base de lo observado y a los problemas que se me han presentado para poder llevar a cabo este programa, la conclusión a la que llego es que resulta francamente imposible que un programa funcione si no existen recursos para la habilitación del mismo.

El financiamiento de los programas es un punto que no había tocado de manera profunda, pero que sin duda es tan importante como la estructura interna del mismo, porque de nada sirve planear y diseñar programas que se van a quedar estancados por falta de recursos, ya que viendo las cosas de forma idealista, se pueden generar mil ideas, pero algo que es muy importante y que lo mencionaba al inicio de mi trabajo, es precisamente esto, el hecho de que un programa sea costeable, para que sea real y aplicable.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

Definición: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, causada por algunas especies del género *Mycobacterium* que se transmite de persona a persona y esta relacionada con las condiciones económicas y sociales de la comunidad.

Objetivo General: Cortar las fuentes de infección, para abatir la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis; reducir la prevalencia e incidencia de lepra, y evitar las incapacidades que generan estas enfermedades.

Componentes: Lepra y Tuberculosis.

Metas:

- Reducir la tasa de mortalidad por tuberculosis a 2.5 por 100,000 habitantes.
- Reducir la tasa de abandono del tratamiento de tuberculosis, en no menos del 50% anual.
- Elevar las tasas de curación de tuberculosis, por arriba del 85%.
- Reducir la incidencia de tuberculosis meningea y miliar, en 90%.
- Eliminar la lepra, disminuyendo la tasa de prevalencia a menos de un caso por cada 10,000 habitantes en el ámbito municipal.

Acciones Básicas:

Medidas de Prevención.

- Información del programa a la comunidad.
- Identificación oportuna de la sintomatología.
- Atención Médica Oportuna.
- Mejoramiento de la vivienda y de la nutrición.
- Aplicación de la vacuna BCG.
- Quimioprofilaxis a contactos.
- Estudios de contactos.

Medidas de Detección.

- Baciloscopia en todos los pacientes tosedores mayores de 15 años (tres muestras sucesivas). Y en quienes clínica o radiológicamente se sospecha de tuberculosis (tres a seis muestras sucesivamente). Cultivo, en sujetos sospechosos de tuberculosis pulmonar con 3 baciloscopias negativas, en sujetos sospechosos de tuberculosis extrapulmonar con seis

- baciloscopias negativas para tipificar Mycobacterias, conocer la drogosisibilidad del bacilo para investigación epidemiológica.
- Prueba de tuberculina (PPD).

Medidas de Control.

- 1.- Los enfermos que han recaído de un tratamiento primario, los que han abandonado el tratamiento y presentan baciloscopia positiva y los que han recibido tratamiento primario de manera irregular y presentan baciloscopia positiva deben reiniciar tratamiento supervisado de corta duración.
- 2.- El tratamiento primario puede ser de corta duración, (hasta 7 meses) ó estándar (12 meses), él de corta duración es el más recomendable.
- 3.- El retratamiento se administra a los pacientes que persisten con baciloscopia positiva a los seis meses de tratamiento primario, con 95% de asistencia.
- 4.- Para los enfermos que han fracasado con el tratamiento de corta duración, se administra el esquema de retratamiento con Kanamicina que siempre es supervisado.
- 5.- Para los enfermos que han fracasado con el tratamiento primario estándar, se administra el tratamiento corto supervisado .
- 6.- La evaluación del tratamiento se lleva a cabo cada mes de la manera siguiente:
 - Clínica: Administración y tolerancia a los medicamentos y estado actual.
 - Baciloscopia: se realiza cada mes (control).
- 7.- Los contactos enfermos de tuberculosis comprobada ingresan al tratamiento.
- 8.- Los contactos sintomáticos menores de 15 años no vacunados con BCG, no reactivos al PPD; se les administra quimioprofilaxis con isoniacida 10 mg por kilo de peso y por día en una toma por seis meses. Al terminar, vacunar con BCG a los no reactivos.
- 9.- A los contactos asintomáticos, vacunados con BCG no se llevan a cabo acciones inespecíficas.

TRATAMIENTO PRIMARIO

Corta duración supervisado,
Paciente de 60 Kg de peso o más.
Por 6 a 7 meses. Una toma.

	Fase intensiva Diario de lunes a sábado 60 dosis	Fase de sostén Intermitente dos veces por semana 30 dosis
Medicamentos		
Isoniacida	300 mg	800 mg
Rifampicina	600 mg	600 mg
Pirazinamida	1600 mg	

Estándar Autoadministrado de un año.
Paciente de 60 Kg. de peso o más.

	Fase intensiva 2 meses diario 60 dosis	Fase de sostén 12 meses o más. 360 dosis
Medicamentos		
Isoniacida	300 mg	300 mg
Etambutol	1200 mg	1200 mg
Estreptomina	1 gr	

RETRATAMIENTO

Supervisado
(paciente de 60 Kg. de peso ó más)
Administrado en una toma por 12 meses o más.
Completar 200 dosis.

	Fase intensiva diario por 2 meses 80 dosis	Fase de sostén Intermitente: 9 meses 3 veces por semana 120 dosis
Medicamentos		
Etambutol	1200 mg	2400 mg
Protionamida	750 mg	750 mg
Pirazinamida	2 gr	2.5 gr.
Kanamicina	1 gr.	intermitente 3 veces por semana

Corta duración con Combinación Fija de medicamentos.

Fase intensiva (60 dosis).

Medicamento gragea única

Contiene:

Isoniacida 75 mg

Rifampicina 150 mg

Pirazinamida 400 mg

Administración diaria

Lunes a Sábado

10 semanas

4 grageas juntas

Fase de sostén (30 dosis)

Cápsula única

Contiene:

Isoniacida 200 mg

Rifampicina 150 mg

Administrar

2 veces por semana

15 semanas

4 cápsulas juntas

En lo que respecta a la congruencia interna del programa considero que las acciones que se plantean para el cumplimiento de las metas son adecuadas respecto a tuberculosis, pero aquí encuentro un inconveniente y es el hecho de que no se plantea ninguna acción para lepra, y este padecimiento se menciona en el objetivo general, en las metas y en los componentes; da la impresión de que se les olvido que formaba parte del programa y por eso posteriormente no se vuelve a mencionar el tema.

Por tanto la mayor parte de mis análisis se encaminarán específicamente a Tuberculosis, ya que es el único programa al cual tengo acceso completo.

En lo que respecta a lepra, no sé que tan frecuente sea en Tabasco, pero en lo que respecta al municipio de Centla, con la información proporcionada por el encargado del área de epidemiología, este padecimiento no se ha presentado en los últimos 10 años.

En el ámbito jurisdiccional no se tiene contemplada ninguna acción para este padecimiento, y por lo tanto en el ámbito local no se ha realizado ninguna actividad.

En lo que corresponde a Tuberculosis es una situación muy diferente ya que este padecimiento si se presenta con relativa frecuencia en el ámbito jurisdiccional, por lo tanto las acciones dirigidas a este programa si son aplicadas, en lo que respecta a capacitación al personal de salud, hemos recibido un curso que en mi opinión ha sido el más completo de todos los impartidos por la jurisdicción, en este curso además de hablarse sobre el padecimiento y sus manifestaciones clínicas, se nos entregó la norma técnica del *mismo*, y se nos dieron indicaciones sobre las diferentes acciones básicas a realizar para el control de la enfermedad.

Las acciones básicas comprenden desde la información a la población sobre este padecimiento y sus manifestaciones clínicas, hasta la detección de casos sospechosos.

Cuando se detecta un caso sospechoso se deberán realizar las acciones siguientes:

- Toma de tres muestras de esputo; la primera en la consulta, en esta entrevista se le entregará el frasco para colección de la segunda muestra y se le pedirá que la lleve al día siguiente, cuando el paciente acuda a dejar la segunda muestra se tomará la tercera, y estas se llevarán para estudio de baciloscopia.
- Si la muestra resulta negativa, no se realizará ninguna acción.
- Si resulta positiva se iniciará tratamiento al paciente con TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado).
- Este tratamiento se deberá dar por él médico de la unidad al paciente; si el paciente llegará a faltar a su consulta será obligación del médico acudir a su casa a darle el tratamiento.
- Se tomará muestras de todos los miembros de la familia y de los convivientes cercanos mayores de 15 años, así como de todos los vecinos mayores de 15 años en 100 metros a la redonda (pesquisa).
- Una vez al año se realizará una toma de control a todos los pacientes que han padecido tuberculosis, aunque esta se halla curado.

Estas son las acciones principales realizadas en el ámbito local, pero además se deberán dar pláticas informativas a la comunidad y se repartirán trípticos.

En la Estrella se han presentado 8 casos de Tuberculosis pulmonar, en los últimos 10 años, todos los casos han sido tratados y han mostrado respuesta favorable evolucionando hacia la cura, ninguno ha presentado recaídas al padecimiento.

El último caso se detecto en enero de este año, este paciente fue tratado con TAES, al cual respondió favorablemente, evolucionando hacia la cura.

Un dato importante es que todos los pacientes que han presentado Tuberculosis pulmonar en esta localidad iniciaron con la sintomatología sugestiva después de los 50 años.

Del total de pacientes 5 han sido hombres (62.5%) y 3 mujeres (37.5) y de estos el padecimiento se ha presentado en dos ocasiones en la misma familia en una sola ocasión, afectando a dos hermanos (Un hombre y una mujer).

Existe en Centla una alta frecuencia de casos de Tuberculosis aunque desconozco la cifra exacta de estos, considero que esta sea tal vez una de las razones por las cuales se le da cierta prioridad a este programa con respecto a otros no menos importantes, sin embargo los casos de tuberculosis se

siguen presentando, a pesar de las acciones realizadas, y al respecto se encuentran variables que escapan a la capacidad del sector salud, entre las cuales se tenemos las condiciones deplorables de vida de la población, una alimentación deficiente, el mal manejo de los padecimientos por falta de recursos económicos (acceso a medicamentos no empleados por la Secretaría de Salud), y en fin una serie de factores más que contribuyen a que el padecimiento se siga presentando.

PROGRAMAS REGIONALES.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.

Objetivo General: Reducir y mantener bajo control epidemiológico, las enfermedades transmitidas por vectores.

Componentes Paludismo, Dengue, Enfermedad de Chagas, Leishmaniasis

Metas: Impedir brotes por *Plasmodium falsiparum* y continuar la disminución del número de casos por *P.vivax* en 10% cada año. Además controlar los brotes de dengue clásico y mantener por debajo del 5% la letalidad por dengue hemorrágico. Fortalecer el sistema para la búsqueda de enfermos y administrar tratamiento al 95% de los casos agudos. Definir patrones epidemiológicos y delimitar las áreas de transmisión, así como administrar tratamiento con antinomias y termocirugía al 95% de los casos que se descubran.

Grupos Prioritarios: Este programa va dirigido a la población en general, pero principalmente a aquellas poblaciones que se encuentran situadas en zonas endémicas.

Acciones Básicas:

Paludismo:

Medidas de Prevención:

- Información del problema a la comunidad.
- Diagnostico temprano y tratamiento oportuno.
- Orientar a la población sobre el uso de insecticidas de aplicación casera, de mosquiteros y vestidos que protejan la mayor parte del cuerpo.
- Eliminación de criaderos de mosquitos.
- Mejoramiento de la vivienda.

- Examen de gota gruesa a todo paciente febril y donadores de sangre.
- Tratamiento profiláctico a todas las personas que viajan a zonas endémicas.

Medidas de detección.

- Antecedentes de residencia o procedencia de áreas endémicas.
- Sintomatología compatible con la enfermedad.
- Identificación del plasmodium en la sangre.

Medidas de Control.

1.- Del enfermo:

- a) Tratamiento preventivo: Consiste en una dosis supresiva de cloroquina a razón de 10 mg/Kg. de peso corporal, que se suministrará a toda persona febril, a quien se le tome una muestra de sangre. En las áreas donde exista la presencia o la posibilidad de reintroducción del *P.falciparum*, se reutilizará el medicamento combinado. Cloroquina y Primaquina, una dosis única a razón de 10 mg y 0.75 mg/Kg de peso corporal respectivamente, a los convivientes de los casos de las localidades de atención primaria y en las que se registren brotes de paludismo, también se tratarán con una dosis presuntiva del medicamento combinado, cloroquina y primaquina.
- b) Tratamiento de cura radical. A 100% de los casos conocidos y a los sospechosos clínicos y epidemiológicos se les administrará tratamiento de cura radical, en esquema de 5 días con cloroquina y primaquina a razón de 10 mg de cloroquina por kg. de peso corporal, el primer día y del segundo al cuarto día 5 mg/kg. de peso, simultáneamente se administrará la primaquina a razón de 0.25 mg/kg. de peso corporal, durante los cinco días, a las personas embarazadas, se les administrará el tratamiento bajo vigilancia médica.
- c) Tratamientos colectivos. Al 100% de la población en dosis combinadas de cloroquina y primaquina en esquemas de tres dosis mensuales en áreas de alta endémica palúdica, previo estudio epidemiológico.
- d) Seguimiento mensual durante 6 meses a todo caso con *P. falciparum*.

2.- Del vector.

- a) Rociado intradomiciliario con insecticida D.D.T. de acción residual.
- b) Aplicación de nebulizaciones con Malathion al 95% cuando los estudios así lo determinen.
- c) Aplicación de larvicidas (abate 500-E) cuando los estudios así lo determinan.

Dengue:

Medidas de prevención:

- Información del problema a la comunidad.
- Diagnóstico temprano, atención oportuna y vigilancia del caso.
- Uso de insecticidas de aplicación casera, mosquiteros, repelentes y ropa que proteja la mayor parte del cuerpo.
- Eliminación de criaderos reales y potenciales de mosquitos mediante la destrucción de recipientes de agua no utilizables, cambio semanal del agua de recipientes en uso, lavado y cepillado semanal de los depósitos de agua estacionarios los cuales deben mantenerse cubiertos.
- Mejoramiento de la vivienda.

Medidas de detección.

- Antecedentes de la presencia del vector en localidades.
- Antecedentes de residencia o procedencia de localidades endémicas.
- Sintomatología compatible con la enfermedad.
- Serología positiva y en su caso el aislamiento y cultivo del virus.

Medidas de control.

1.- Del enfermo.

- a) Tratamiento de la forma benigna o clásica (no necesita comprobación obligada). Aislamiento y reposo en el hogar los 4 primeros días de fiebre, tratamiento sintomático y evitar el contacto del mosquito con el enfermo.
- b) Notificación inmediata anexando Historia Clínica y estudio epidemiológico completos, tratamiento del caso de fiebre hemorrágica y el síndrome de choque, que se refiere de inmediato al segundo nivel.

2.- Del vector.

A: a) En la fase larvaria.

- b) Encuestas entomológicas periódicas para conocer densidades.
- c) Aplicación de larvicidas (abate) en depósitos con agua.
- d) Descacharrización: al menos dos veces al año.

B: a) En la fase adulta

- b) Aplicación espacial de insecticidas (Malathión), en áreas de transmisión alta o existencia de brotes.
- c) Rociado focal con insecticidas de acción residual (DDT).

Enfermedad de Chagas.

Medidas de prevención.

- Información a la comunidad.
- Diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, vigilancia y seguimiento del caso.
- Mejoramiento de la vivienda, rellenado de fisuras y cuarteaduras de las paredes, desechar muebles inservibles.
- Chapeo peridomiciliario.
- Uso de mosquiteros y pabellones.
- En todo donador de sangre, investigar por métodos parasitológicos y serológicos al agente.

Medidas de detección.

- Antecedentes epidemiológicos y ecológicos (procedencia de áreas endémicas, existencias de otros casos en el grupo familiar, características de la vivienda y presencia del vector).
- Sintomatología compatible con la enfermedad.
- Antecedentes de transfusión sanguínea, en los 90 días anteriores al inicio del cuadro agudo.
Antecedentes de infección chagásica en la madre o en niños pequeños.
- Posibilidad de infección accidental.
- Presencia del tripanosoma en frotis sanguíneo.
- ECG y análisis de gabinete y laboratorio con alteraciones sugestivas.

Medidas de control.

1.- Del enfermo.

- a) Tratamiento oportuno (en la etapa aguda son más efectivos los medicamentos disponibles), comprobación parasitológica y serológica, vigilancia y seguimiento del caso para certificar o no la curación, aislamiento y reposo del enfermo, notificación inmediata y obligada del caso anexando el estudio epidemiológico e historia clínica completa.
- b) Precaución con las agujas
- c) Investigación de contactos y la fuente de infección.

2.- Del vector.

- a) Aplicación de insecticida en el lugar en donde ocurrió la transmisión con Hexacloruro de Benceno (HCB, HCH Gamexano) o DDT.
- b) Búsqueda y clasificación del vector.

3.- Del reservorio.

- a) Al detectar casos humanos, investigar presencia de T.cruzi en animales domésticos conocidos como reservorios, los animales positivos deben ser sacrificados.
- b) Otros reservorios: cerdos, armadillos, etc.,

Leishmaniasis:

Medidas de prevención.

- Información del problema a la comunidad.
- Alertar sobre la presencia de infecciones leishmaniasicas a los servicios de salud en áreas endémicas.
- Diagnóstico temprano, atención oportuna, vigilancia y seguimiento del caso.
- Uso de repelentes y ropa que proteja la mayor parte del cuerpo colocación de mosquiteros en puertas y ventanas.
- Evitar contacto con reservorios animales.
- Evitar pernoctar fuera de domicilio.
- Mejoramiento de la vivienda.

Medidas de detección:

- Antecedentes de residencia y/ó procedencia de localidades endémicas.
- Sintomatología compatible con el padecimiento y/ó presencia de lesión ulcerosa de larga evolución y resistente al tratamiento.
- Confirmación diagnóstica por laboratorio.

Medidas de control.

1.- Del enfermo.

- a) Tratamiento del enfermo leishmaniasico en la modalidad que presente (confirmación diagnóstica por laboratorio obligada para clasificar la variedad de Leishmaniasis). Tratamiento con antimoniales a las dosis y esquema establecido, seguimiento, control clínico y de laboratorio para certificar o

no la curación del caso, evitar la donación de sangre del enfermo con el flebotomo, evitar la donación de sangre del enfermo, reposo relativo, notificación obligada del caso así como el estudio epidemiológico e historia clínica completas y en caso de curación expedir alta sanitaria.

- b) Notificación inmediata al nivel correspondiente en caso de detectarse Leishmaniasis en sus variedades de: Mucocutánea, diseminada y visceral, canalización al segundo nivel.

2.- Del vector.

La transmisión se realiza por flebotomos de hábitos extradomiciliarios por lo que son poco útiles aplicaciones de insecticida en las casas y el peridomicilio, no obstante:

- a) Rociado intradomiciliario con insecticidas en caso de brotes y alrededor de grandes núcleos de población.

3.- De los reservorios:

- a) En caso de existir animal doméstico con lesión ulcerosa sospechosa realizar confirmación diagnóstica.
- b) Si es confirmada la Leishmaniasis, el animal debe ser sacrificado.

Las enfermedades transmitidas por vector constituyen un problema de salud pública en algunas regiones del país. Los esfuerzos sostenidos a lo largo del tiempo han sido exitosos en la reducción de algunas de estas patologías particularmente en el caso del paludismo. Sin embargo en algunas como el Dengue los resultados han sido menos alentadores. Esta situación enfatiza revisar las estrategias y procedimientos empleados a fin de adecuarlos a las necesidades derivadas de cada enfermedad en diversas áreas geográficas.

El paludismo es una enfermedad infecciosa, transmisible, producida por un parásito del género plasmodium y transmitida por un mosquito del género anopheles, con una sintomatología típica formada por fiebre de comportamiento especial, cefalea, anemia y esplenomegalia.

El dengue es una enfermedad infecciosa producida por cuatro serotipos de arbovirus que se transmite al ser humano por la picadura de hembras adultas del mosquito de la especie Aedes aegypti, principalmente.

La Enfermedad de Chagas es una enfermedad infecciosa transmisible, causada por el hemoflagelado (protozoo) Tripanosoma cruzi, transmitidas al hombre y a otros mamíferos, principalmente por insectos hematofágos de la subfamilia triatominae a través de la contaminación con las heces. El

padecimiento presenta tres etapas: aguda inicial de corta duración (semanas), intermedia o latente, asintomática con duración prolongada (años) y una etapa crónica que a veces sucede al estado agudo, pero más frecuentemente se presenta meses o años después con manifestaciones cardiológicas y del tracto digestivo que persisten toda la vida del enfermo y dan lugar a incapacidad y/o muerte. Otras vías de infección son la transfusión sanguínea, trasplacentaria, y el trasplante de órganos.

Las acciones de prevención propuestas intentan abatir los factores de riesgo a niveles de transmisibilidad. Así mismo, buscan interrumpir de manera permanente la transmisión de la enfermedad mediante la aplicación de medidas intensivas para el caso y sus contactos. La coordinación y concentración de acciones entre los sectores público, social y privado se presenta como un mecanismo que favorece la optimización de esfuerzos y recursos. La educación para la salud es un elemento fundamental que posibilita no solamente la transmisión de información sino a través de la cual se pretende concientizar a la comunidad sobre la importancia de su participación en el saneamiento y el autocuidado.

La Leishmaniasis es un padecimiento que se caracteriza por presentar diversas infecciones crónicas causadas por protozoarios del género *Leishmania* que originan manifestaciones cutáneas, mucocutáneas y viscerales, transmitidas al hombre mediante la picadura de insectos vectores del género *Lutzomias*), principalmente; aunque se ha reportado transmisión por contacto directo, mecánica, por transfusiones sanguíneas, accidentes de laboratorio, entre otras.

Según el perfil clínico patológico de la Leishmaniasis hay los siguientes tipos:

- Leishmaniasis cutánea localizada. (LC)
- Leishmaniasis cutánea diseminada. (LCD)
- Leishmaniasis mucocutánea. (LMC)
- Leishmaniasis visceral. (LV o Kala-azar).

Este por las características geográficas de Tabasco y en especial de Centla es uno de los programas en los que se trabaja más constantemente durante el año. Sin embargo dada la epidemiología regional solo se instruye al personal sobre los temas de paludismo y dengue, las patologías de enfermedad de chagas y leishmaniasis solo son abordadas por los médicos que hagan detección de algunos de estos casos.

En cuanto a las acciones de dengue y paludismo, como habla mencionado se ha logrado un mayor control y no solo en el ámbito jurisdiccional, del paludismo aunque se ha trabajado de igual manera en los dos programas por diversos factores que posteriormente mencionare.

Los dos programas se manejan de la misma forma en cuanto a sus estrategias para controlar el padecimiento, y se cumplen la mayoría de las

acciones ya que constantemente se están haciendo encuestas la aplicación de larvicidas en los depósitos de agua principalmente en aquellas localidades que presentaron mayor número de casos el año anterior, e igualmente se realiza el rociado comunitario con malathion una vez al año en las localidades con mayor número de casos, y en todas las comunidades se llevan a cabo las labores de descacharrización y los barridos domiciliarios cuando se detecta algún caso de dengue o paludismo y se recomienda a la gente el uso de DDT en sus casas y la descacharrización domiciliaria permanente, así como el chaponeo de montes. Sin embargo pese a todas estas acciones y los enormes gastos que representan se siguen presentando casos de dengue en número importante, no siendo así para paludismo haciendo un análisis la conclusión a la que yo llego es porque el programa no ha funcionado como debiera radica en que este programa aunque muy bien estructurado busca solucionar el problema a corto plazo, sin importar las consecuencias futuras, esto lo menciono por el uso de malation y DDT, que es bien sabido que solo actúan contra la forma adulta del mosquito, al mismo tiempo que acaba con todos los enemigos naturales de este, y ¿que es lo que sucede entonces? que las formas larvianas del mosquito que lograron sobrevivir van a seguir su ciclo biológico natural alcanzando la madurez pero esta vez sin enemigos naturales lo que aumenta su número para el siguiente ciclo reproductivo, aumentando con esto las posibilidades de transmisión por vectores y esto es algo que se observa muy frecuentemente en las comunidades donde se realizan cada año estas actividades ya que cada vez es más insuficiente el rociado anual y cada vez es mayor el número de moscos en la localidad, como es el caso de la estrella, en donde anterior ente la temporada de mosco iniciaba a fines de octubre y principios de noviembre y sin embargo ahora se encuentran desde junio o julio y se prolonga la temporada hasta principios de enero, esto aunado a las carencias económicas que esta sufriendo la jurisdicción en donde las labores de rociado se han suspendido ha ocasionado que la situación se salga de control.

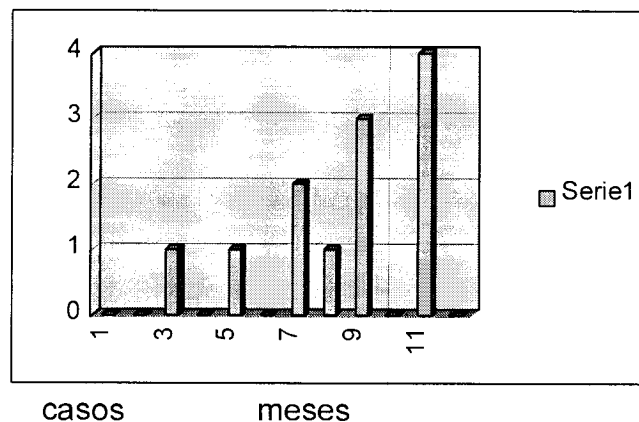
La pregunta en este caso es ¿Porque entonces ha disminuido el número de casos de paludismo y no ocurre así con el dengue?, una respuesta que yo doy a esta pregunta es que existe un tratamiento específico y que este ha sido administrado a la mayoría de la población de manera profiláctica ya que como esta normado a cada paciente febril independientemente del origen de la fiebre se debe tomar gota gruesa y se debe dar tratamiento profiláctico con cloroquina, con estas medidas un gran porcentaje de la población se encuentra cubierto contra este padecimiento, no siendo así para el dengue para el cual no existe tratamiento específico el cual con las fallas del programa que anteriormente se han mencionado tiene una tendencia irregular con altas y bajas pero que aun no se ha podido controlar.

Me gustaría mencionar que la cloroquina que es el medicamento que se utiliza como profilaxis en el tratamiento del paludismo es un medicamento que se encuentra dentro de los medicamentos prohibidos por la OMS desde 1985 debido a su alta toxicidad y en México este se sigue utilizando a dosis masivas, sin valorar el riesgo beneficio y lo mas alarmante es que el personal de salud de

la Secretaria en su gran mayoría no sabe que este medicamento esta descontinuado y lo siguen utilizando indiscriminadamente.

Por último me gustaría comentar que si se quiere lograr un control adecuado de los mosquitos transmisores de las diferentes enfermedades, la solución, en mi opinión no esta en gastar esas cantidades descomunales de dinero en Malation e insecticidas ya que Tabasco es un estado en el que estas medidas resultan poco prácticas por sus importantes territorios acuáticos y Centla especialmente con sus abundantes pantanos; ya que estas acciones siempre serán insuficientes por lo que yo recomendaría más bien intensificar las acciones en cuanto a las actividades de abatización, poniendo énfasis especial al mejoramiento de la vivienda y la educación de la población lo que, aunque, a más largo plazo, nos daría un real control sobre esta situación.

GRAFICA 12.
COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.
DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE. 1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA. CENTLA, TABASCO.



Fuente: Hoja diaria del médico.
Serie 1: casos

En el período de enero a diciembre de 1997 en el Ejido la Estrella no se presento ningún caso de Paludismo, Leishmania, o Enfermedad de Chagas, no siendo así para Dengue que presento un total de 11 casos, lo que representa una tasa de 15 por 1000 habitantes, el comportamiento de la enfermedad nos muestra presentación de la misma durante el mes de abril continuándose presentando con intervalos de exacerbación y remisión como puede observarse en la gráfica. Lo cual nos muestra un comportamiento anormal de la patología ya que sobre la base de lo esperado tomando en cuenta el ciclo vital de los mosquitos debiera haber un período de inicio con tendencia hacia arriba, tal vez un período de mantenimiento y después la tendencia a la baja, ese

comportamiento anormal puede estar mediado por varios factores uno de ellos pudiera ser lo que había mencionado sobre el aumento del ciclo vital del mosquito y otro pudiera ser que este año el temporal de lluvias se mostró muy irregular ya que no se presentó como tal, sino que hubo temporales aislados, y la entrada de frentes nortes en diversos meses del año y esto puede de alguna manera explicar la irregular tendencia de la presentación de la enfermedad.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ZONOSIS.

Objetivo General: Proponer y promover las acciones para la prevención y control de brucelosis, rabia, leptospirosis y del complejo taeniosis/cisticercosis, en los servicios de salud del país.

Metas:

- Disminuir la mortalidad por rabia humana a 0.01% por 100,000 habitantes.
- Reducir la morbilidad y mortalidad por brucelosis, a 4.3 y 0.01 por 100,000 habitantes respectivamente.
- Disminuir la tasa de morbilidad por taeniosis a 4.07 por 100,000 habitantes.
- Reducir la morbilidad y mortalidad por cisticercosis, de 1.4 y de 0.12 por 100,000 habitantes respectivamente.

Grupos prioritarios: Este programa va dirigido a la población general, ya que no es específica para algún grupo de edad. Sin embargo por existir zonas endémicas para alguna de estas patologías es en estos sitios donde se incrementarán las acciones, no siendo así para rabia que es un padecimiento que puede presentarse indistintamente en cualquier parte de la república Mexicana.

Acciones Básicas:

Rabia: El programa plantea acciones específicas para la ampliación de cobertura de vacunación de mascotas y perros callejeros y la plena identificación de los mismos. De igual forma enfatiza la necesidad de la disponibilidad, distribución y usos adecuados de la vacuna antirrábica humana de cultivos celulares y de suero antirrábico. Así mismo, busca establecer un sistema de información regionalizado que posibilite detectar los corredores rábicos, favoreciendo las actividades de prevención y control.

Medidas de Prevención:

- Información del problema y responsabilidad que implica tener un perro.
- Promoción de la vacunación anual en los animales domésticos especialmente en el perro.
- Promoción para evitar la población canina especialmente en la vía pública.
- Información a las autoridades de la presencia de un animal sospechoso.
- Atención médica oportuna.

- Vacunación profiláctica a las personas con alto riesgo por el trabajo que desempeñan.
Vacunación de los perros mayores de 3 meses de edad.

Medidas de Detección:

- Antecedentes de mordedura o lamedura del animal sospechoso, desaparecido o con rabia comprobada.
- Diagnóstico clínico
 - a) En el animal agresor, observación durante 10 días después de la agresión (alteraciones en el comportamiento, hidrofobia y muerte súbita).
 - b) En el humano, angustia, cefalea, hidrofobia, parestesias, delirio, convulsiones y muerte en no más de 10 días.
- Diagnóstico de laboratorio: En el animal agresor y en el humano.
 - a) Anticuerpos fluorescentes de la cornea, de raspadura de mucosas e impronta de la piel.
 - b) Virus intracitoplasmático en cerebro (corpúsculos de negri).
 - c) Aislamiento del virus por inoculación intracerebral al ratón lactante.
- Tipo de exposición al virus de la rabia.
 - a) Exposición leve: Lamedura de la piel erosionada o mordeduras superficiales (en tronco y miembros inferiores).
 - b) Exposición grave: lameduras en mucosas, mordeduras superficiales en cabeza, cuello y miembros superiores, mordeduras profundas en cualquier parte del cuerpo.

Medidas de control.

- 1.- Manejo del caso por animal sospechoso desaparecido:
 - a) Exposición leve: Lavado de la lesión con agua y jabón sin suturar, instalar alcohol, tintura de yodo o benzal, aplicar esquema profiláctico de vacuna tipo Fuenzalida 1 ml al día 14 dosis subcutánea en región interescapulovertebral.
 - b) Exposición grave: Debridar y lavar la herida con agua y jabón sin suturar,
 - c) instalar alcohol, tintura de yodo o benzal, aplicación de suero heterólogo (previa prueba de sensibilidad) a razón de 40 U.I. por Kg de peso, instalando en la herida la tercera parte de la dosis y las dos terceras partes restantes se aplican por vía 1. M., y aplicar el esquema profiláctico de vacuna tipo Fuenzalida como se describió para la exposición leve.
- 2.- El esquema profiláctico de vacunación se interrumpe si al quinto día posterior a la exposición el animal agresor no muestra signos de rabia. Si entre el quinto y el décimo día posterior se comprueba rabia en el animal, se completa el esquema interrumpido.
- 3.- En el manejo de caso de exposición leve o grave ocasionado por animal rabioso, se lleva a cabo como se indica en el punto numero 1.

- 4.- La aplicación del suero antirrábico puede presentar reacción de hipersensibilidad.
- 5.- La aplicación de vacuna antirrábica tipo Fuenzalida puede presentar.
 - a) En el sitio de la aplicación (edema, eritema, prurito).
 - b) Durante el tratamiento (fiebre, cefalea y mialgias) se administra tratamiento sintomático.
 - c) Parálisis post-vacunal, muy rara, aparece a partir del duodécimo día Después de iniciar la vacunación (fiebre, cefalea y parálisis flácida ascendente). Se refiere de inmediato al segundo nivel.
- 6.- El caso comprobado de rabia humana se refiere de inmediato al segundo nivel de atención.

BRUCELOSIS:

Medidas de Prevención:

- Información del problema a la comunidad.
- Control sanitario de productos cárnicos, leche y sus derivados.
- Consumo de leche y sus derivados pasteurizados o hervidos.
- Consumo de productos cárnicos suficientemente cocidos.
- Uso de prendas y equipo de protección en grupos de alto riesgo.
- Control de donadores de sangre, órganos y tejidos.

Medidas de detección.

- Residencia o permanencia en área enzoótica.
- Pruebas serológicas una vez al año a personal de alto riesgo.
- Verificación de la presencia de fiebre, cefalea, escalofríos, diaforesis, mialgia artralgiás, astenia, ataque al estado general y depresión.
- Pruebas serológicas positivas (Huddleson), Rosa de Bengala, aglutinación en tubo, mercaptoetanol y antigammaglobulina.
- Aislamiento y tipificación en sangre.

Medidas de control.

a) En el hombre.

- 1.- El tratamiento es la asociación de oxitetraciclina micronizada, 2 grageas cada 24 horas por 21 días y estreptomina 1 gramo cada 24 horas durante el mismo lapso de tiempo por vía oral.
- 2.- Al término del tratamiento se efectúa la evaluación del mismo, mediante la verificación de ausencia de sintomatología y disminución de los títulos de anticuerpos en un 75%.
- 3.- Si persiste la sintomatología o la serología es positiva el tratamiento puede administrarse por dos veces o más con intervalo de una semana.

b) En los animales:

- 1.- Coordinación con la SARH para la aplicación de vacunas en los animales (bovino, caprino) y sacrificio de los infectados.
- 2.- Identificación y aislamiento de los animales enfermos.

En el humano la infección por virus rábico evoluciona invariablemente hacia la muerte. Esta enfermedad continua siendo un problema de salud pública en el país ya que no ha sido posible alcanzar la cobertura internacional con la vacunación antirrábica en perros gatos y otros animales transmisores de la enfermedad.

En cuanto a la brucelosis es la segunda zoonosis de importancia en el país. Pese a la instauración del proceso de pasteurización en los años 50, el ganado caprino continua siendo el principal transmisor de la brucelosis en México, dificultando la erradicación de esta patología.

En lo que respecta a este programa y los dos componentes del mismo que pude analizar creo que es uno de los mejor estructurados en cuanto a las estrategias que pretenden utilizar para llegar a las metas establecidas, esto visto desde luego desde atrás de un escritorio ya que llendonos a la realidad nos encontramos en una situación diferente por ejemplo para el control de rabia una de las principales estrategias es la vacunación universal de perros, gatos y animales transmisores de la enfermedad domesticados, que se lleva acabo cada ano durante el mes de julio, esto pareciera no implicar ningún problema pero si estudiamos la situación encontramos que año con año la cobertura durante las campanas de vacunación va aumentando ya que cada vez la población en las ciudades se concientiza más del problema y permite la vacunación de sus mascotas y se responsabiliza incluso por llevarlos el mismo a vacunar, así como en algunas de las principales capitales de algunos estados principalmente en los estados del norte y centro del país en donde la población esta mejor educada, sin embargo existe un factor que es un grave problema con que nos encontramos en todos lados, que son los perros callejeros, si analizamos la situación la mayoría de las veces que una persona es agredida por un perro, se trata de un perro callejero, y este problema afecta también a las campañas de vacunación y las medidas que se están tomando, ya que para la cobertura y el control se toman en cuenta a los animales registrados que son caseros y volvemos a lo mismo que esta sucediendo con los animales callejeros, siguen quedándose sin vacunar y el problema por tanto sigue presente, en las ciudades se cuenta con un recurso más para este control que son las perreras, en donde se llevan a los animales callejeros que se encuentran, y que además cuenta con carros que acuden a recoger a los animales cuando alguien los reporta, esta medida aunque existe en algunas ciudades, es insuficiente ya que son demasiados los perros callejeros que existen y muy pocos los recursos con que se cuenta para llevar a cabo esta labor.

Si traspolamos esa situación además de todas estas dificultades debemos sumar la mala educación y la irresponsabilidad de la población, ya que el panorama que se observa en esas comunidades es muy diferente; la gente acostumbra tener varios perros por familia, y no se hacen responsables de ellos, no se preocupan por alimentarlos así que mucho menos por vacunarlos o mantenerlos aseados, ó por vigilar que se encuentren dentro de sus casas para evitar el riesgo de que muerdan a otra persona, así que al observar las comunidades nos encontramos con que a pesar de que todos los perros tienen dueño, todos los perros son callejeros; cuando son las campañas de vacunación a pesar de que se le avise a la población con tiempo suficiente no llevan sus perros a vacunar y cuando uno pasa a sus casas la gente pone muchos pretextos para dejarlos vacunar, habiendo mucha gente que determinadamente se niega, igualmente ocurre en el caso de los perros bravos o los perros grandes ya que la gente argumenta que los perros no se dejan agarrar o que no saben donde andan, y en estos casos no se cumple con lo establecido no por falta de vacunas o por que el personal de la secretaria no trabaje, sino por negligencia y desinterés de parte de la población.

En cuanto a los elementos para atender un caso de mordedura por animal sospechoso no se cuenta con ellos en el ámbito jurisdiccional así que la atención y el manejo de estos será motivo de referencia a segundo o tercer nivel en Villahermosa.

En el caso de la brucelosis es una situación diferente ya por parte de la secretaria, existe en cada jurisdicción un departamento de inspección sanitaria que se encarga de revisar los establecimientos comerciales de productos perecederos, pero en este departamento solo hay dos médicos encargados de hacer estas supervisiones siendo insuficientes para cubrir todo el municipio, por otra parte siendo una zona rural es muy frecuente que la gente tenga sus vacas para consumo familiar, o incluso que ocasionalmente en las localidades se mate alguna res y se vendan los productos cárnicos obtenidos de la misma., esta carne difícilmente será expuesta a algún tipo de supervisión sanitaria y los animales difícilmente serán valorados en cuanto a su estado de salud previamente a su consumo humano, sin embargo a pesar de esto aparentemente no son muy frecuentes los casos de Brucelosis en este municipio ya que la base de la alimentación son los productos obtenidos de la pesca, y ocasionalmente se liga a utilizar la carne, los quesos o la leche.

Desafortunadamente no obtuve información en cuanto a la frecuencia real de este padecimiento para sustentar su importancia epidemiológica, pero yo únicamente he sabido de un caso confirmada por estudios de laboratorio y ese caso no ocurrió en ninguna de mis comunidades

En cuanto al cumplimiento de las estrategias no sé que tan fielmente se lleven a cabo ya que la información sobre las acciones a realizar en estos casos es proporcionada únicamente al médico que enfrente este caso al momento de reportarlo pero fuera de esta situación la información no es proporcionada ya que

no se considera de importancia y existen otras prioridades para el personal de la jurisdicción

En lo que respecta al resto de los componentes de este programa la única información que tenemos al respecto es una plática impartido sobre taeniosis/cisticercosis, en el cual se nos hablo de algunas manifestaciones clínicas, otro poco de epidemiología y sobre el tratamiento, en mi opinión fue una plática de poca calidad y que proporciono pocos datos relevantes sobre estas patologías, en esta plática no se tocaron puntos como estrategias o acciones para este padecimiento.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE COLERA.

Objetivo General: Mantener el cólera bajo control epidemiológico, prevenir y controlar la morbilidad y mortalidad por cólera en el país.

Metas: Mantener en control epidemiológico este padecimiento y al mismo tiempo mantener su tasa de letalidad debajo del 1%.

Grupos Prioritarios: Este programa va dirigido a la población en general, ya que se trata de una patología que afecta a cualquier edad. Sin embargo existen zonas endémicas para este padecimiento y es allí donde las acciones deberán ser intensificadas.

Acciones Básicas:

- Determinar áreas prioritarias de trabajo, con base en el comportamiento epidemiológico de períodos anteriores, la carencia de servicios públicos y las características propias de la región.
- Obtener muestras fecales, de manera permanente, en los casos sospechosos de cólera detectados por las unidades de salud.
- Realizar actividades de campo, con un grupo multidisciplinario, para lograr el control de los brotes en el menor tiempo posible.
- Realizar actividades de prevención y atención a la población, en aquellos sitios donde, por diferentes causas, se realicen concentraciones multitudinarias.
- Incrementar las determinaciones de cloro residual en el agua para uso y consumo humano, así como el monitoreo de alimentos y aguas negras o servidas, para la identificación oportuna del agente causal.
- Contar en las Entidades Federativas, con un programa permanente de enseñanza continua, dirigido al personal de salud, para el manejo y tratamiento oportuno y adecuado de los pacientes.
- Contar en las Entidades Federativas, con un programa de capacitación continua para la población, sobre las medidas preventivas, el cuadro clínico y la actitud ante un cuadro diarreico.

Es este quizá uno de los programas en los que más se ha trabajado en el ámbito jurisdiccional dado que Centla por ser un municipio costero y con una importante zona de pantanos, constantemente sufre inundaciones lo que trae consigo, brotes importantes de este padecimiento, esto ha ocasionado que al intensificarse las acciones la gente poco a poco haya ido comprendiendo la importancia de esta patología, a grado tal que la mayoría de la población sabe cual es el cuadro clínico de este padecimiento, y cual debe ser su actitud ante este cuadro, sin embargo se llegó a otro punto que aunque en cuestiones de salud es menos problemático, no es menos importante y es el hecho de que en la población se ha generado una especie de pánico hacia este padecimiento, aunque esto no ha modificado de manera muy importante sus hábitos higiénicos, pero si ha incrementado su afinidad por la toma de medicamentos preventivos, como ellos les denominan.

Este pánico no solo afecta a las comunidades sino que alcanza también al personal de salud ya que cuando se detecta un caso sospechoso acuden las brigadas epidemiológicas y realizan un barrido en la comunidad en donde toman muestras de todos los pacientes que encuentren con diarrea independientemente de si reúnen las características clínicas para el padecimiento ó no, después de una toma se realizarán 8 días de barridos a la comunidad en donde se volverá a iniciar ésta actividad por cada caso de diarrea que se reporte, esta situación ha ido propiciando que haya subregistro de información ya que los médicos prefieren tratar el padecimientos sin dar aviso del mismo, y de esta forma la mayoría de los casos que son detectados son de manera incidental y no precisamente por haber sido reportados por el médico.

Además de esto la brigada epidemiológica que realiza estas actividades inicialmente se compone de auxiliares de enfermería que en su mayoría tienen una educación en salud muy deficiente, ya que no conocen cuadros clínicos, comportamiento de los padecimientos y mucho menos manejo adecuado de los mismos, esta situación a generado que posterior a los barridos epidemiológicos aumente el número de casos de intoxicación medicamentosa, además de las molestias a la población con la toma de isopos rectales y las constantes visitas domiciliarias.

En lo personal me parece que estas medidas rompen con lo establecido, aunque han contribuido de alguna manera a la disminución de casos de cólera en Centla, sin embargo me parece que las acciones de primer nivel de atención debieran ir mas dirigidas a la prevención no olvidándonos que es la principal finalidad del primer nivel de atención.

SALUD REPRODUCTIVA.

PROGRAMAS ESPECIFICOS PARA SALUD REPRODUCTIVA.

- *- Planificación Familiar
- *- Salud de la Madre y del Recién Nacido.
- * Detección y Control de Cánceres Cervicouterino y Mamario.
- * Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.
- Salud Reproductiva de los Adolescentes.
- Disminución del Riesgo Preconcepcional.

PROGRAMAS RELACIONADOS CON SALUD REPRODUCTIVA.

- Salud Familiar.
- Nutrición y Salud.
- * Prevención y Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.
- Programa de Prevención de Accidentes y Lesiones.
- Programa de Salud Bucodental.
- Programa contra las adicciones.

Nota: Los programas con * son los que se aplican a nivel local y municipal.

El primer grupo que se refiere a Programas específicos para salud reproductiva engloba todos los subprogramas que se encuentran en este apartado en el Plan Nacional de Desarrollo pero cabe aclarar que no son todos los que se llevan en la práctica en mi comunidad, sin embargo son todos estos programas los que se diseñaron para cubrir las necesidades hacia este grupo de riesgo.

Considero que cada uno de los programas tiene un peso importante en el comportamiento de la salud para este grupo sin embargo uno de los ajustes que yo haría es respecto al programa de Detección de Cáncer Cervicouterino y mamario, el cual considero que no es específico para salud reproductiva sino que es mas bien relacionado a este.

En cuanto al segundo grupo el de los subprogramas relacionados con salud Reproductiva, estos no se encuentran formulados como tales, por lo tanto yo incluí en este listado los que a mí parecer tienen repercusiones indirectas para este grupo.

TABLA 19.
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.
SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
EJIDO LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Meses	Enero - marzo		Abril - junio		Julio -septiembre		Octubre - diciembre	
Act.	F	%	F	%	F	%	F	%
MEF	193	55.6	192	55.3	192	55.3	192	55.3
MEFU	125	64.7	125	64.7	126	65.2	126	65.2
NAXM	8	6.3	2	1.5	1	0.7	0	0
Condon	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Oral	4	3.1	0	0	0	0	0	0
H. Iny.	4	3.1	2	1.5	1	0.7	0	0
DIU	0	0	0	0	0	0	0	0
OTB	0	0	0	0	0	0	0	0
UAXM	94	73.4	93	72.6	91	71	91	71
Condon	7	5.4	7	5.4	7	5.4	7	5.4
H. Oral	24	18.7	22	17.1	22	17.1	22	17.1
H. Iny.	22	17.1	23	17.9	20	15.6	20	15.6
DIU	8	6.2	8	6.2	9	7	9	7
OTB	33	25.7	33	25.7	33	25.7	33	25.7
Plat.	2		3		2		0	
Ent.	0		0		0		2	
V.D.	4		6		4		3	

Fuente: Sispa.

Hoja Diaria del Médico.

Tarjetero de Control de Planificación Familiar.

MEF= Mujeres en Edad Fértil.

NaxM= Nuevas Aceptantes por método.

UAXM= Usuarias Activas por Método.

Ent= Entrevista con parejas.

VD= Visitas domiciliarias

Claves: F= Frecuencia.

ACT= Actividades.

Plat= Pláticas.

MEF= Mujeres en Edad Fértil.

NaxM= Nuevas Aceptantes por método.

UAXM= Usuarias Activas por Método.

Ent= Entrevista con parejas.

VD= Visitas domiciliarias.

Con lo observado en esta gráfica podemos analizar varias cuestiones, una de las mas claras es que no existen variaciones importantes en cuanto al uso de métodos anticonceptivos que (salvo 2 excepciones que explicaremos

posteriormente) están relacionadas directamente con los diferentes meses del año.

Como podemos observar el grupo de mujeres en edad fértil corresponde aproximadamente al 50% del total de la población de mujeres de la localidad, y de estas aproximadamente un 47% se encuentra utilizando algún método de Planificación Familiar, lo cual tomando en cuenta las expectativas del programa nos da una cifra que indica una mala cobertura; ya que se esperaría que debido a las estrategias establecidas ésta debiera ser mayor.

En cuanto a las nuevas usuarias por método observamos que las cifras son pequeñas ya que suman un total de 17 nuevas usuarias que corresponde al (8.8%) del grupo de mujeres en edad fértil.

Otra situación que podemos observar es respecto a las mujeres en edad fértil unidas que ocupan aproximadamente el 65% del total de mujeres en edad fértil.

Para los cálculos utilizamos el grupo de mujeres en edad fértil y no el de mujeres en edad fértil unidas para evitar sesgos por aquellas mujeres que aún sin tener pareja estable utilizan algún método de Planificación Familiar.

En cuanto a las acciones de difusión observamos que se tienen un total de 8 pláticas comunitarias, en este periodo lo que nos da .8 pláticas por mes, que es una cifra baja ya que no sé esta cubriendo ni siquiera una plática mensual, en lo que respecta a las entrevistas a parejas tenemos registradas un total de 6 entrevistas, sin embargo existe subregistro de esta información ya que en algunas ocasiones se da la información solamente a mujeres y estas orientaciones no se toman como entrevistas.

TABLA 20.
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.
NUEVAS ACEPTANTES Y ACTIVAS POR GRUPO DE EDAD.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997
EJIDO LA ESTRELLA. CENTLA, TABASCO.

Edad	15 - 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 y +	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MEF	40	11.7	33	9.5	30	8.6	22	6.3	15	4.3	22	6.3
MEFU	13	6.7	32	16.5	30	15.5	22	11.3	15	7.7	16	8.2
NAXM	4	2	3	1.5	3	1.5	3	1.5	4	2	0	0
Condón	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Oral	2	1	1	0.5	1	0.5	0	0	0	0	0	0
H. Iny.	2	1	2	1	2	1	1	0.5	0	0	0	0
DIU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTB	0	0	0	0	0	0	2	1	4	2	0	0
UAxM	5	2.5	14	7.2	16	8.2	17	8.8	13	6.7	20	10.3
Condón	1	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H.Oral	3	1.5	5	2.5	6	3.1	3	1.5	2	1	2	1
H. Iny.	3	1.5	5	2.5	5	2.5	4	2.6	1	0.5	1	0.5
DIU	3	1.5	2	1	1	0.5	0	0	0	0	0	0
OTB	0	0	0	0	4	2.6	10	5.1	8	4.1	17	51.8
Plat.	8		8		8		8		8		8	

FUENTE: Sispa
Hoja diaria del médico.
Tarjetero de control familiar.

En esta tabla observamos que el grupo con mayor cantidad de mujeres en edad fértil es el grupo de 15 a 19 años, con un total de 40 mujeres (11.7%); de estas tenemos al grupo de 20 a 24 años con mayor cantidad de mujeres en edad fértil unidas, en total 30 mujeres (15.5%) del total de mujeres en edad fértil.

Otra situación que podemos observar es que se registraron un total de 17 ingresos que corresponde al 8.8% de la población de mujeres en edad fértil.

De los métodos utilizados el que tuvo mayor aceptación fue el método inyectable mensual con 7 ingresos, 41.1% del total de ingresos.

En cuanto a las usuarias activas, tenemos un total de 85, cifra que nos indica una cobertura del 44.04% que nos ésta indicando una cobertura muy baja con relación a lo esperado.

Por último observamos que el grupo con mayor cantidad de usuarias es el grupo de 30 a 34 años de edad, con 17 usuarias lo que nos da un total de 20% del total de usuarias.

TABLA 21.
 CONTROL PRENATAL. SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES POR GRUPO DE EDAD.
 PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997
 EJIDO LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Edad	15 - 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 y t	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MEF	40	11.5	33	9.5	30	8.6	22	6.3	15	4.3	22	6.3
MEFE	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
MECP	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Partos	4	16.6	8	33.3	7	29.1	5	20.8	0	0	0	0
AxM	4	16.6	7	29.1	6	25	4	16.6	0	0	0	0
AxP	0	0	1	4.1	1	4.1	1	4.1	0	0	0	0
REF	2	8.3	0	0	0	0	1	4.1	0	0	0	0

Fuente: Sispa.

Hoja Diaria del Médico.

Tarjetero de Control Prenatal.

Claves: F= Frecuencia.

MEFU= Mujeres en Edad Fértil.

MEFE= Mujeres en Edad Fértil Embarazadas.

MECP= Mujeres Embarazadas con Control Prenatal.

AxM= Partos Atendidos por Médico.

AxP= Partos Atendidos por Partera.

REF= Referidos.

Como observamos anteriormente el grupo con mayor cantidad de mujeres en edad fértil, es el grupo de 15 a 19 años; Y este mismo es el que contiene a la mayor cantidad de mujeres embarazadas actualmente, 4 mujeres (2.0%), del total de mujeres en edad fértil.

Las seis mujeres que actualmente se encuentran embarazadas llevan control de embarazo. En este período se atendieron 24 partos, de los cuales 8 fueron en el grupo de 20 a 24 años (33.33%).

Podemos además apreciar una tendencia importante para la atención de los partos por parte del personal médico, ya que de estos 24 partos, 21 (87.5); fueron atendidos por médico y solamente 3 (12.5), fueron atendidos por partera.

Del total de partos solamente 3 (12.5%) ameritarán referencia a segundo Nivel de Atención, para su manejo y resolución.

TABLA 22.
 ACTIVIDADES EN MUJERES EMBARAZADAS POR MES.
 PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
 EJIDO LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

MES	Ene - mar		Abr - jun		Jul - sept		Oct - dic	
	F	%	F	%	F	%	F	%
MEF	193		192		192		192	
MEFE	22	11.3	19	9.8	14	7.2	13	6.7
MECP	20	10.3	18	9.3	14	7.2	13	6.7
Partos	4	16.6	7	29.1	10	5.2	3	12.5
AxM	4	16.6	6	25	8	4.1	3	12.5
AxP	0	0	1	4.1	2	1.0	0	0
CE	6	21.4	7	25	17	60.7	15	53.5
CxP	0	0	0	0	3	0	0	0
Plat	0		0		1	0.52	1	0.52

Fuente: Sispá

Hoja Diaria del Médico.

Tarjetero de Control Prenatal.

Claves: Ver cuadro anterior.

#CE= Numero de Consultas a Embarazadas.

CxP= Consultas por Puerperio.

En esta tabla lo más importante que se puede observar es que la mayor cantidad de embarazos se presentó en los meses de enero a marzo con 22 casos (11.3%) del total de mujeres en edad fértil.

En el mes que hubo menor cobertura de mujeres embarazadas fue en el mes de agosto a diciembre, esto puede explicarse porque fueron los meses en que entraron varios nortes, lo que ocasionó la emigración de varias familias de pescadores que se quedaron temporalmente sin empleo, a otras localidades. Los meses en los que se presentaron la mayor cantidad de partos fue en julio a septiembre con 7 partos (5.20%) del total de partos.

Tenemos que para este programa se dio un total de 54 consultas, cuando debieron haberse dado 120, lo que nos da una cobertura de .54 consultas por mujer embarazada, y en lo referente a puerperas, solamente se dieron 3 consultas, que nos da una cobertura de 0.04 consultas por puerpera (tomando en cuenta que debieron darse en total 72 consultas por puerperio).

Estas cifras nos están indicando una deficiente cobertura por parte de este programa lo cual es indicativo de que las acciones hacia el mismo deben intensificarse.

TABLA 23.
PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO.
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

MES	Ene - mar		Abr - jun		Jul - sept		Oct - dic	
	T	%	T	%	T	%	T	%
CC	0	0	0	0	0	0	0	0
AM	0	0	0	0	1	0.8	3	2.4
ACU	0	0	0	0	0	0	0	0
ICU	1	0.8	1	0.8	2	4	1	0.8
DCCU	2	4	3	2.4	8	6.5	1	0.8
DCM	1	0.8	3	2.4	4	3.2	0	0
Plat.	0		0		1		1	

Fuente: Sispa

Hoja Diaria del Medico

Claves: CC = Casos Confirmados.

AM = Alteraciones de mama.

ACU = Alteraciones Cervicouterinas confirmadas por Papanicolaou.

ICU = Infecciones Cervicouterinas

DCCU = Detección de Cáncer Cervicouterino.

DCM = Detección de Cáncer Mamario.

Plat = Pláticas.

Como podemos observar en la tabla anterior, en este período no se detecto ningún caso confirmado de cáncer cervicouterino ó de cáncer mamario. Sin embargo por valoración clínica se realizaron 4 detecciones de alteraciones mamarias, que nos da una tasa de riesgo para la población femenina de 11.5 por 1000 habitantes.

En cuanto a las alteraciones cervicouterinas solamente se detecto una por papanicolaou que corresponde a una metaplasia la cual actualmente se encuentra en estudio, lo que nos da una tasa de riesgo para la población femenina de 2.88 por 1000 habitantes

Otro de los aspectos que puede ser detectado por medio de papanicolaou son las infecciones vaginales que en este caso fueron en total 9, lo que nos da una tasa de riesgo para la población femenina de 25.93 por 1000 habitantes.

Como podemos observar en total, se realizaron 17 detecciones para cáncer cervicouterino, lo que nos da una cobertura de 24.81% para el grupo de mujeres en riesgo (70).

En cuanto a detecciones de cáncer mamario, se realizaron en total 22 detecciones, que corresponde al 18.03% del total de mujeres en riesgo (122).

Basándonos en estas cifras podemos darnos cuenta que la cobertura del programa es muy pobre, y difícilmente con estas estrategias logrará alcanzar las metas planteadas para los mismos.

ANALISIS GENERAL DEL PROGRAMA.

Como pudimos observar con este breve análisis general de los subprogramas del programa de salud reproductiva, las coberturas son muy bajas, lo cual nos está indicando que las estrategias realizadas no están siendo suficientes para alcanzar las expectativas planteadas, y considero que esto se debe a muchos factores.

Como pudimos observar en los listados que elabore en un principio, los programas que están directamente relacionados o involucrados en salud reproductiva no son los mismos que se llevan a nivel jurisdiccional; Además de los programas indirectamente relacionados, de los cuales solo se lleva uno.

Si a esto sumamos el hecho de que estos programas tienen deficiencias importantes en cuanto a su planteamiento y coherencia interna; entre este, las estrategias y las metas que se proponen, no es difícil imaginarnos un panorama como el que estamos observando, tan desalentador.

En mi opinión creo que uno de los problemas radica en que cuando se habla de salud reproductiva todos los planteamientos se enfocan a Planificación familiar, como si fuera lo mismo, y como hemos podido observar en el desarrollo de los diferentes trabajos, la salud reproductiva es algo muy complejo que requiere estrategias individualizadas de varios aspectos que permitan la cobertura total del programa.

En mi opinión considero que los programas son insuficientes para alcanzar las metas planteadas para este programa y considero una revaloración del mismo, con una posterior reestructuración, que permita un desarrollo realista del programa.

Uno de los problemas más importantes con que me he topado es el acceso a insumos para la realización de los programas y considero que este es un aspecto que debe ser muy tomado en cuenta a la hora de proponer una acción, ya que muchas de estas quedan como propuestas, por el hecho de no ser factible llevarlas a la práctica y esto entorpece aun más la labor de la secretaria por alcanzar las metas.

Y otro de los aspectos que yo considero que se deben trabajar con mucho empeño, es en cuanto a elevar el nivel educativo de la población femenina, ya que como hemos visto en anteriores trabajos, la salud de la mujer involucra aspectos que van más allá del acceso a servicios de salud, ya que influyen en

ella factores sociales, económicos y de jerarquización que finalmente repercuten negativamente en su estado de Salud-Enfermedad.

Una de las cosas que he podido observar aunque no puede generalizarse es que muchas de estas trabas que tiene la mujer se van quitando conforme eleva su preparación, ya que esto le permite mayor solvencia económica, y menor dependencia además de que como muchas veces he mencionado, la educación permite a la población comprender la importancia de su participación en la solución de sus propios problemas de salud.

PERFIL DE MORBILIDAD

INTRODUCCION.

México, se encuentra ubicado como uno de los países tercermundistas en vías de desarrollo.

La prevalencia e incidencia de enfermedades transmisibles son características medibles de la transformación de un país, ya que estos grupos de padecimientos involucran factores que no específicamente dependen de la salud, sino que conllevan consigo otra problemática más profunda como son los factores económicos, vivienda, alimentación, vestido, acceso a Servicios de Salud, y un factor- que a mi juicio de suma importancia como he tratado de recalcarlo en mis trabajos anteriores, que es la educación.

Dentro del grupo de enfermedades transmisibles hay 2 grupos de patologías que sobresalen por importantes razones, una de las principales es que afectan con mayor frecuencia al grupo de menores de 5 años y además son padecimientos que aunque previsibles y curables, continúan siendo causa importante de mortalidad infantil en nuestro país, me refiero a las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas Agudas (IRAS y EDAS respectivamente), de estos grupos el primero tiene como principal causa de muerte a la Neumonía y el segundo una de sus complicaciones que es la deshidratación.

En Tabasco estos dos padecimientos tienen prevalencia e incidencia importante por sus condiciones geográficas y climatológicas, la gran cantidad de pantanos, ríos y lagunas; las frecuentes lluvias, así como la constante entrada de Nortes aunado a su clima caluroso y su vegetación subtropical, reúnen las condiciones apropiadas para el desarrollo de estos padecimientos.

Desde hace varios años se han intensificado los esfuerzos por tratar de controlar estos padecimientos sin embargo las estadísticas observadas no marcan cambios importantes, años con año y mes con mes continúan presentándose recurrencias y nuevos casos; y todos los esfuerzos parecen ser en vano

Aunque estos no son los temas centrales de nuestra investigación he realizado este breve análisis por la importancia que tienen dentro de la morbilidad de nuestro país.

Considero que el análisis de los perfiles de enfermedades Transmisibles y No Transmisibles son importantes; por lo que he podido observar me da la impresión de que los análisis de estos perfiles ya no se realiza y que lo único que se hace es formular las tablas mas como requisito institucional que por un verdadero interés jurisdiccional por conocer el comportamiento patológico de las

poblaciones, y mucho menos como búsqueda de soluciones, creo que en esto ha influido la suma cantidad de información que es solicitada cada mes tanto a nosotros como médicos como en el ámbito jurisdiccional por el Estado, y es que ante la elaboración de tanta información muchas veces lo que menos interesa es el análisis de la misma cuando apenas y hay tiempo para elaborarla y entregarla.

Yo considero que el análisis de estos datos aunado al conocimiento que se tiene de cada uno de los programas, podrá darnos una visión más amplia de lo que sucede, ¿porque los programas no están funcionando? , y tal vez se puedan generar algunas propuestas o modificaciones a los mismos, sobre la base de los recursos y necesidades de cada comunidad

Para facilitar el manejo de la información, decidí agrupar está inicialmente por meses, e ir realizando un breve análisis del comportamiento de la misma mes con mes, realizando finalmente una tabla con las 10 principales causas de morbilidad, posteriormente a esto procederé con base a estas principales patologías a la evaluación de los padecimientos por grupo etéreo y por sexo; finalmente la elaboración de gráficas con las patologías mas frecuentes.

El análisis lo realizare primero para padecimientos Transmisibles y posteriormente para padecimientos No Transmisibles.

Finalmente realizare el análisis general de toda la información obtenida, tratando de englobar en este el daño diferencial, y los daños asociados a Salud Reproductiva.

Por último cabe mencionar que todos los análisis se realizarán con la información únicamente de la localidad ya que no tuve acceso a otro tipo de información.

Una de las limitantes de mí trabajo es que la mayoría de la información la obtuve de las hojas diarias del médico que estuvo anteriormente en la comunidad, ya que yo apenas llevo 3 meses en esta, por lo tanto en algunos padecimientos me es difícil explicar su comportamiento.

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

TABLA 24.
MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.
DISTRIBUCION MENSUAL. PERIODO ENERO -DICIEMBRE.1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA,CENTLA, TABASCO.

DIAGNOSTICO PROBABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Faringoamigdalitis	4	20	4	8	9	2	4	10	14	9	10	6	100
Síndrome gripal	3	6	2	4	3	5	2	10	5	8	2	10	60
Parasitosis	3	8		6	5	2	2		4	9	2	3	44
Gastroenteritis	3	6	1	1	2		3		4	5	2	4	31
Dermatomicosis	1			1	4	3		4	4	5	1	1	24
Amibiasis	1			1	1			3	3	4	2	3	18
Otitis media aguda	3			1					7		1	4	16
Conjuntivitis		1	1	1						7	1	1	12
Dengue		1		2	1	3		4					11
Vaginitis	1			1		2	1	1	3	1			10

FUENTE: Hoja diaria del médico.

NOTA: - Todos los cálculos de las tasas se realizaron sobre la base del total de población que es de 733 habitantes como grupo de riesgo y se calcularon por 1000 habitantes.

- La mayoría de los diagnósticos realizados en las diferentes tablas son por clínica.

- Todos los datos registrados para la frecuencia de los padecimientos son sobre la base de la consulta de primera vez.

En esta tabla lo más relevante que podemos observar es que los padecimientos que se están presentando con mayor frecuencia son los del grupo de las IRAS y las EDAS. Algo muy importante desde el punto de vista epidemiológico es la aparición en esta tabla de dos padecimientos que son la conjuntivitis y el dengue. Y otro padecimiento que aunque no presenta cifras significativas de forma mensual, se mantiene constante durante todo el año por lo que finalmente aparece dentro de las 10 primeras causas de morbilidad por enfermedades transmisibles.

TABLA 25.
 MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. 10 PRIMERAS
 CAUSAS.
 PERIODO ENERO- DICIEMBRE 1997.
 C.S.R.D.LA ESTRELLA.

DIAGNOSTICO PROBABLE	CASOS	TASA
1.- Faringoamigdalitis	100	136.42
2.- Sx. Gripal.	60	81.85
3.- Parasitosis	44	60.02
4.- Gastroenteritis	31	42.29
5.- Dermatomicosis	24	32.74
6.- Amibiasis	18	24.55
7.- Otitis media aguda	16	21.82
8.- Conjuntivitis	12	16.37
9.- Dengue	11	15.00
10.- Vaginitis	10	13.64

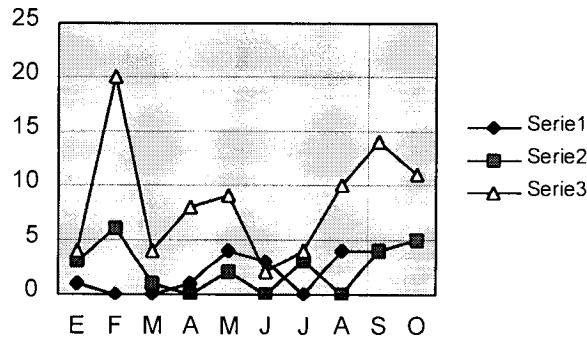
Fuente: Hoja Diaria del Médico.

Con la información obtenida en las diferentes tablas podemos observar varias cosas interesantes, por ejemplo; Las patologías que se presentan con mayor frecuencia son las de los grupos de las IRAS en primer lugar, seguidas de las del grupo de las EDAS, sin embargo hay otras patologías como las dermatomicosis y las vaginitis que aunque con cifras no muy importantes lograron mantenerse en la mayoría de los meses dentro de las tablas de frecuencia de los padecimientos, lo que las llevo a ocupar lugares importantes en la tabla global.

Y de forma contraria se presentaron otras patologías que tuvieron brotes importantes en algunos meses del periodo analizado, lo que las ubicó de igual manera en la tabla general dentro de lugares importantes.

El padecimiento que sobresale ante el resto por su magnitud sin duda es la faringoamigdalitis, éstas como veremos más adelante se presentan con mayor frecuencia afectando al grupo de menores de 5 años, esto se debe a varios factores como son las condiciones climatológicas de la población, su ubicación geográfica, las deficientes condiciones de vivienda, alimentación y vestido a que están sometidos éstos niños, y el deficiente acceso a servicios de salud, así como el mal uso de ellos con el empleo indebido de los medicamentos, originado con esto la resistencia bacteriana a los antibióticos, y finalmente todos estos factores vienen a repercutir de manera importante en la prevalencia de estos padecimientos en la población.

GRAFICA 13.
 TENDENCIA DE MORBILIDAD PARA FARINGOAMIGDALITIS,
 GASTROENTERITIS Y DERMATOMICOSIS, GRAFICA COMPARATIVA.
 PERIODO ENERO - DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA. CENTLA, TABASCO.



Serie 1: Faringoamigdalitis.

Serie 2: Gastroenteritis

Serie 3: Dermatomicosis.

Fuente: Tabla 25.

En esta gráfica comparativa podemos observar algunas cosas interesantes como el parecido que tienen las tablas de faringoamigdalitis y gastroenteritis a diferencia de la de dermatomicosis.

En las dos primeras podemos observar que ambos padecimientos presentan picos al inicio y al final del periodo, aunque la magnitud de estos es diferente, sin embargo se están comportando de la misma forma, esto puede explicarse por los periodos de lluvias que fueron en este año precisamente más fuertes a inicio y a final de periodo, en cambio las dermatomicosis muestran un comportamiento diferente con incrementos leves y ausencia de casos seguidos de otro incremento moderado, con otra caída y una tendencia ascendente del padecimiento a final del ciclo, lo más importante es que no encuentro ninguna explicación al comportamiento de este padecimiento en la población.

TABLA 26.
MORBILIDAD PARA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR GRUPOS DE
EDAD PARA EL SEXO MASCULINO.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE, 1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

GRUPO ETAREO

Dx Pb	- 1		1 - 4		5. -14		15 -44		45 64		64 y +	
	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T
FA	7	9	15	20	5	6	5	6	4	5	7	9
S.G	8	24	12	16	0	0	0	0	0	0	1	1
GE	4	5	4	5	8	10	3	4	1	1	0	0
PS	3	4	5	6	2	2	1	1	0	0	1	1
DE	1	1	2	2	1	1	3	4	5	6	1	1
AM	4	5	3	4	2	2	0	0	1	1	0	0
DG	0	0	0	0	1	1	3	4	1	1	0	0
CJ	0	0	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0
VG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	1	1
TOTAL	28	38	43	117	23	31	18	24	13	42	11	15

Fuente: Hoja Diaria del Médico.
Claves: C= Casos. T= Tasa. DX= Diagnóstico.
FA= Faringoamigdalitis. SG= Sx.gripal.
PS= Parasitosis. GE= Gastroenteritis.
DE Dermatomicosis. AM =Amibiasis.
DG= Dengue. CJ= Conjuntivitis.
HP= Hepatitis. PB= Probable.
VG= Vaginitis.

Considero que lo más relevante en cuanto a la información que nos proporciona esta tabla es que los grupos etéreos que se vieron mas afectados por padecimientos transmisibles son los que corresponden a la población de menor edad, principalmente al grupo de 1 a 4 años con un total de 43 casos, lo que nos da una tasa de 117 por 1000 habitantes.

Otro dato importante es que el grupo masculino se vio afectado por enfermedades transmisibles con un total de 136 casos lo que representa una tasa de 185.53 por 1000 habitantes.

TABLA 27.
MORBILIDAD PARA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR GRUPOS DE
EDAD PARA EL SEXO FEMENINO.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
C.S.R.D.LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

GRUPO ETAREO.

Dx Pb	1		1. - 4		5. - 14		15 - 44		45 - 64		64Y T	
	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T
FA	8	10	12	16	7	9	3	4	6	8	5	6
S.G	12	16	8	10	0	0	0	0	0	0	1	1
GE	4	5	5	6	0	0	1	1	0	0	1	1
PS	4	5	10	12	2	2	0	0	1	1	0	0
DE	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1
AM	1	1	3	4	1	1	0	0	0	0	0	0
DG	0	0	0	0	1	1	3	4	2	2	0	0
CJ	0	0	1	1	1	1	2	2	1	1	0	0
VG	0	0	0	0	2	2	6	8	2	2	0	0
HP	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS	1	1	3	4	2	2	1	1	0	0	0	0
TOTAL	30	40	44	60	18	24	18	24	14	19	8	10

Fuente: Hoja Diaria del Médico.

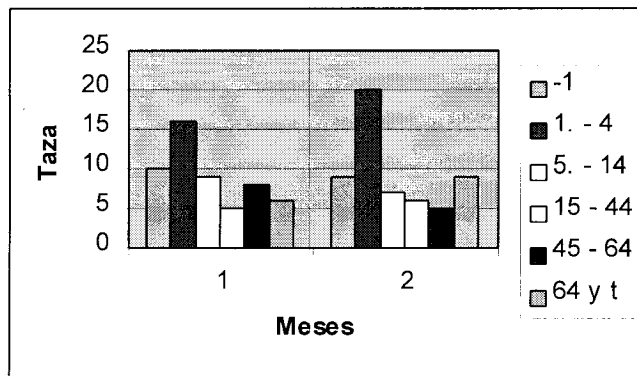
Tabla 26.

Claves: Las mismas del cuadro anterior.

En esta tabla podemos apreciar que el grupo más afectado es el de 1 a 4 años con 40 casos lo que nos da una tasa de 54 por 1000 habitantes, además podemos observar que se presentaron para este grupo en total 132 casos, lo que nos da una tasa de 180 por 1000 habitantes.

Como podemos confirmar con la comparación de las tablas 27 y 28, no existe realmente una diferencia importante en el comportamiento de los 2 grupos etáreos en cuanto a los padecimientos transmisibles ya que ambos grupos se ven igualmente afectados, mostrando una diferencia mínima en su presentación, en cuanto al número de casos por grupo, y algo que es muy interesante y que se presenta de igual manera en ambos grupos, es que el grupo más afectado es el de 1 a 4 años.

GRAFICA 14
 TENDENCIA DE MORBILIDAD POR GRUPO ETAREO Y SEXO PARA
 FARINGOAMIGDALITIS, GRAFICA COMPARATIVA.
 PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.



1. Femenino
 2. Masculino.
 Tasa por 1000 Habitantes.
 Fuente: Cuadros 26 Y 27.

En la gráfica anterior podemos observar que el grupo femenino presenta una gráfica con mayor movimiento que el grupo masculino, en la cual se observa mayor estabilidad, sin embargo en ambos grupos podemos darnos cuenta que la enfermedad se presenta mas o menos con él mismo ritmo y la misma frecuencia.

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

TABLA 28.
MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA. ENERO 1997.

DIAGNOSTICO PROBABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Accidentes y violencias	4	4		7	3	1	1	5	4	10	6	5	48
Dermatopatía	1	2			1		3	4	4	6	6		27
Infección de vías urinarias	2	3	1	4			1	2	2	1	4	2	22
Lumbalgia	2	3			1	1	1	3	2		1		13
Cefálea	2			3		2			1				11
Alteraciones menstruales	1		1					1	5		1		9
Colitis	3	1					2	2				1	9
Intoxicación alimentaria	1	1							2		1		5
Anemia				1	2						1	1	5
Gastritis					2	1		1			1		5

Fuente: Hoja diaria del médico.

Lo más importante que podemos apreciar en esta tabla de morbilidad por padecimientos no transmisibles, es que los accidentes y violencias ocupan el primer lugar por morbilidad para este mes, lo cual en lo particular me sorprende ya que La Estrella es aparentemente una comunidad muy tranquila, y aunque los accidentes como causa de consulta son frecuentes, no esperaba que ocuparán el primer sitio.

Quizá otra de las cosas que puede llamar la atención en esta tabla es la aparición de padecimientos que se involucran aunque de forma indirecta con el tema principal de nuestra investigación que es la salud reproductiva, y podemos apreciar padecimientos tales como, infecciones de vías urinarias, alteraciones menstruales y anemia.

TABLA 29.
 MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. 10 PRIMERAS
 CAUSAS.
 PERIODO ENERO- DICIEMBRE 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

DIAGNOSTICO PROBABLE	CASOS	TASA
1.- Accidentes y violencias	48	65.48
2.- Dermatopatía	27	36.83
3.- Infección en vías urinarias	22	30.01
4.- Lumbalgia	13	42.29
5.- Cefalea	11	15
6.- Alteraciones menstruales	9	12.27
7.- Colitis	9	12.27
8.- Intoxicación alimentaria	5	6.82
9.- Anemia	5	6.82
10.- Gastritis	5	6.82

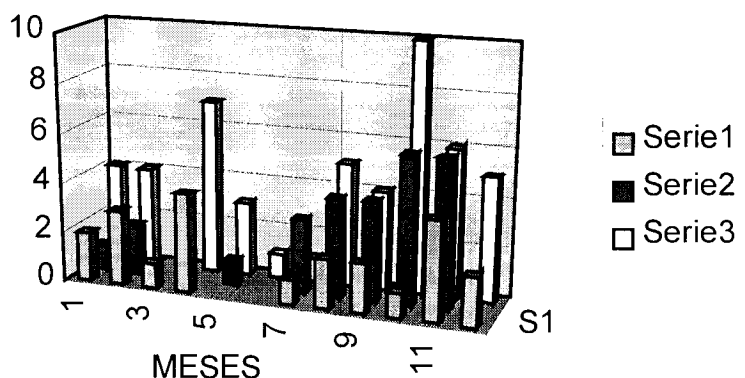
Fuente: Hoja Diaria del Médico.

En la tabla 29 que comprende las principales 10 causas de consulta por padecimientos no transmisibles, observamos como primera causa a los accidentes y violencias con 48 casos que nos aporta una tasa 65.48 por 1000 habitantes.

Vemos que en segundo lugar se presentan las dermatopatías en esta se encuentra englobadas todas las patologías de la piel que no tienen origen infeccioso, y como pudimos observar en las tablas mensuales estos padecimientos se presentaron constantemente como causa de consulta, manteniéndose en los primeros lugares dentro de las mismas, lo cual los llevo a ocupar el segundo lugar en la tabla general.

Uno de los padecimientos que apareció dentro de esta tabla con un numero importante de casos son las lumbalgias que presentan en total 13 casos, lo que nos da una tasa de 42.29 por 1000 habitantes, este padecimiento se presenta en su mayoría en hombres como veremos posteriormente y esto puede explicarse porque la mayoría de los pobladores son jornaleros y pescadores lo cual favorece la aparición de este tipo de padecimientos.

GRAFICA 15.
 TENDENCIA DE MORBILIDAD COMPARATIVA PARA ACCIDENTES Y
 VIOLENCIAS, DERMATOPATIAS E INFECCION DE VIAS URINARIAS.
 PERIODO ENERO- OCTUBRE. 1997.
 C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.



Serie 1: Accidentes y violencias
 Serie 2: Dermatopatías.
 Serie 3: Infección de vías urinarias.
 Tasa por 1000 Habitantes.
 Fuente: Tabla 29.

Esta gráfica comparativa me parece muy interesante porque nos permite ver el comportamiento de estos tres padecimientos que se presentaron con mayor frecuencia en la localidad, y algo que me llama mucho la atención es el comportamiento similar que existe entre accidentes y violencias e infección de vías urinarias, ya que como apreciamos muestran la misma evolución aunque la incidencia de ambas es diferente, estos padecimientos presentan picos de incidencia y posterior disminución de los casos con tendencia al ascenso; en contraste con las dermatopatías, para las cuales observamos que tienen un comportamiento muy irregular ya que presentan un pequeño brote, posteriormente disminuyen y se estabilizan para presentar un brote importante en ascenso.

TABLA 30.
MORBILIDAD PARA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, POR GRUPOS DE
EDAD PARA EL SEXO MASCULINO.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Dx Pb	GRUPO ETAREO											
	1		1. - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 y +	
	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T
AV	0	0	8	10	13	17	10	13	7	9	0	0
DP	5	6	7	9	0	0	1	1	0	0	0	0
IVU	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	1	1
LB	0	0	0	0	0	0	2	2	5	6	3	4
CF	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
AM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
IA	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
AN	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0
GT	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
OTROS	2	2	1	1	4	5	3	4	1	1	1	1
TOTAL	9	12	20	27	19	25	19	25	14	19	10	13

Fuente: Hoja Diaria del Médico.
Tabla 29.

Claves: DX= Diagnóstico.

PB=Probable.

C= Casos.

T= Tasa.

AV=Accidentes y Violencias.

DP=Dermatopatía.

IVU=Infección de Vías Urinarias.

LB= Lumbalgias

CF= Cefalea.

AM=Alteraciones Menstruales.

CL= Colitis.

IA= Intoxicación Alimentaria.

AN= Anemia.

GT=Gastritis.

En esta tabla podemos apreciar que los grupos etéreos masculinos que se vieron más afectados fueron los grupos de 5 a 14 y 15 a 44 años, con 19 casos que nos das una tasa de 25 por 1000 habitantes.

Una característica que la diferencia importantemente de la tabla para enfermedades transmisibles es que estos padecimientos afectan más a la población adulta, y es muy pobre en la población infantil en la cual son predominantes las patologías transmisibles.

TABLA 31.
MORBILIDAD PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES POR GRUPOS DE EDAD PARA EL SEXO FEMENINO.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

Dx Pb	1		1. - 4		5. -14		15 -44		45 -64		64Y T	
	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T
AV	0	0	1	1	3	4	4	5	2	2	0	0
DP	3	4	7	9	3	4	1	1	1	1	0	0
IVU	0	0	1	1	3	4	4	5	2	2	0	0
LB	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1
CF	0	0	1	1	3	4	3	4	1	1	0	0
AM	0	0	2	2	2	2	3	4	2	2	0	0
CL	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	1	1
IA	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
AN	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
GT	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
OTROS	2	2	4	5	5	6	3	4	1	1	1	1
TOTAL	5	6	17	23	20	27	21	28	16	21	6	8

Fuente: Hoja Diaria del Médico. Tabla 29.
Clave: Misma de la tabla 29.

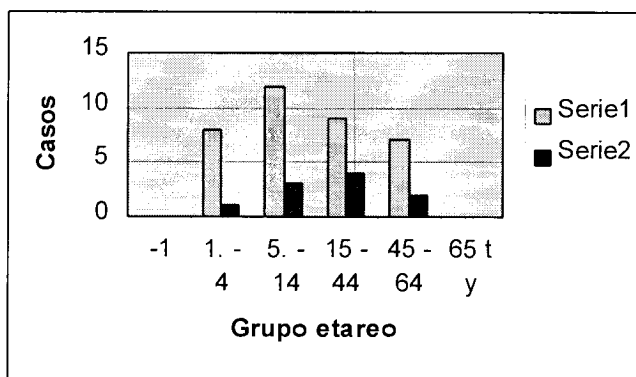
Esta tabla muestra un comportamiento importante de estos padecimientos para el grupo femenino, en primer lugar vemos que el grupo que presenta mayor cantidad de casos es el grupo de 15 a 44 con 21 casos que nos da una tasa de 28 por 1000 habitantes.

Pero como podemos apreciar todo el peso de estos padecimientos se distribuye casi de forma similar entre los grupos etáreos centrales, disminuyendo de manera importante en los grupos extremos como son el de menores de un año y el de mayores de 65 años.

Es muy importante ver que la frecuencia con que se presentan las enfermedades transmisibles y las no transmisibles para los diferentes grupos etáreos para ambos sexos no difiere mucho.

Otra de las situaciones que igualmente me parece relevante es señalar que las enfermedades transmisibles afectan más al grupo de infantes y los padecimientos no transmisibles a la población adulta.

GRAFICA 16.
TENDENCIA DE MORBILIDAD PARA ACCIDENTES Y VIOLENCIAS POR GRUPO ETAREO Y POR SEXO.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE. 1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.



Serie 1: Masculino
Serie 2: Femenino.
Tasa por 1000 habitantes.
Fuente: Tablas 30 Y 31.

Como podemos observar en esta gráfica, los accidentes y violencias muestran una tendencia ascendente y un constante movimiento, ya que la gráfica nos muestra exacerbaciones y remisiones con períodos de estabilidad y aumento creciente.

DAÑOS ASOCIADOS A SALUD REPRODUCTIVA.

En cuanto a los daños a salud reproductiva, a continuación enumerare los padecimientos que se presentaron con mayor frecuencia como causa de consulta en la unidad y que se encuentran relacionados con salud reproductiva.

TABLA 32.
PADECIMIENTOS RELACIONADOS A SALUD REPRODUCTIVA.
PERIODO ENERO- DICIEMBRE. 1997.
C.S.R.D. LA ESTRELLA, CENTLA, TABASCO.

DIAGNOSTICO PROBABLE	CASOS	TASA
Infección en vías urinarias	26	35.47
Infecciones vaginales	9	12.27
Alteraciones menstruales	8	10.91
Alteraciones mamarias	5	6.82
Aborto	2	2.72
Displacía	1	1.36

Como podemos apreciar en la tabla anterior las infecciones de vías urinarias ocupan el primer lugar de los padecimientos relacionados con salud reproductiva con un total de 26 casos que nos dan una tasa de 35.47 por 1000 habitantes.

Sin embargo creo que lo más relevante de este padecimiento no es la frecuencia con que se presenta, sino el grupo al que afecta y las dificultades que presenta para su tratamiento; Ya que es un padecimiento que se presenta muy frecuentemente en el grupo de mujeres en edad fértil y en mujeres embarazadas, además, generalmente son padecimientos crónicos y por lo tanto multitratados que no responden con facilidad a los tratamientos convencionales, agregando a esto un factor más en contra, él costo de los medicamentos.

Las infecciones vaginales son otro padecimiento que se presenta con frecuencia, pero este padecimiento presenta otra problemática ya que en el ámbito local no se cuenta con tratamientos para estos padecimientos, lo que ocasiona que las pacientes tengan que comprar los medicamentos, lo cual no harán hasta que el padecimiento les dé demasiadas molestias, y para entonces será más difícil de tratar, además de que él hecho de tener infecciones frecuentes de este tipo, o una infección vaginal crónica, repercute en su salud a largo plazo.

Las alteraciones menstruales como causa de consulta son relativamente frecuentes, pero lo más interesante es que todos los casos que se han presentado, están relacionados con el uso de alguno de los métodos de planificación familiar hormonales.

En el caso de las alteraciones mamarias estas fueron detectadas por clínica, y todas son de origen aparentemente benigno, sin embargo de los 5 casos que se presentaron 3 fueron referidos a 2o. nivel para valoración y manejo por parte de servicio especializado.

Como mencionaba en el análisis de las tablas para enfermedades no transmisibles, la presencia de dos casos de aborto en un período de 2 meses me parece algo sumamente irregular en una comunidad tan pequeña como lo es la Estrella, desafortunadamente no cuento con elementos que me permitan detallar más al respecto, ya que no existen en la unidad notas medicas de estos casos y a nivel jurisdiccional, ni siquiera estaban enterados de la situación.

Por último tenemos la presencia de una alteración vaginal tipo displacia detectada por medio de la toma de papanicolaou en una mujer de 35 años, la cual actualmente esta siendo valorada para manejo por 2o. nivel.

Como podemos observar la mayoría de los padecimientos que afectan a la mujer en edad fértil en este periodo y en esta localidad, son del grupo de padecimientos infecciosos, seguidos de los relacionados a él uso de hormonales.

Considero que no existe una relación muy aparente entre las fallas de los programas y la morbilidad predominante para el grupo de mujeres en edad reproductiva, sin embargo recalco aquí la importancia que tiene el buen funcionamiento de los programas que permitan hacer una detección oportuna, un manejo adecuado y el seguimiento de los diferentes casos que así lo ameriten, pero esto solo se logra teniendo bases firmes y esto lo podremos obtener de programas bien estructurados.

ANALISIS DEL PERFIL DE MORBILIDAD.

Pues bien, a través de este trabajo pudimos darnos cuenta de la importancia que tiene la elaboración del perfil epidemiológico de la población para dirigir las acciones del personal de salud hacia aquellas patologías que se están presentando con mayor frecuencia, así mismo para identificar los grupos etéreos que se están viendo mayormente afectados y de igual manera intensificar y dirigir acciones específicas hacia estos.

De la información obtenida hay dos resultados que yo considero de suma importancia, el primero es que en la comunidad predominan las afecciones de tipo transmisible, esto debido a las condiciones geográficas, económicas y educativas en que se desenvuelve la población.

Y en segundo lugar que los grupos mas afectados son los grupos de menor edad (R/N a 4 años), seguidos del grupo de ancianos y esto puede explicarse fácilmente tomando en cuenta que son los grupos más hábiles

Una de las sorpresas que me lleve con este análisis fue en cuanto al grupo de padecimientos que ocupó el primer lugar en la tabla general de enfermedades no transmisibles, me refiero al grupo de accidentes y violencias, ya que debido a que la comunidad es aparentemente tranquila no me había percatado de la demanda de consulta que existe por estas causas.

Considero que la información obtenida me deja un conocimiento profundo de la problemática que existe en la comunidad y de algunos de los factores desencadenantes, y pienso que de este trabajo pueden surgir bastantes elementos que puedan permitir el mejorar la atención que se brinda a la población y creo que esto es lo realmente importante de este tipo de trabajos.

CONCLUSIONES.

Como mencionaba en el último fragmento del apartado correspondiente al análisis, considero que la elaboración de trabajos de este tipo, (aunque debo admitir que me resulta bastante exhaustivo) es de suma importancia, ya que generalmente cuando se hace un análisis este se realiza para algo específico, sin embargo en este trabajo se realizó un análisis general, de los problemas que se presentan desde el origen y las bases de la estructura de salud que nos rige.

Además de que la elaboración de los trabajos previos en los que se hicieron los análisis de problemáticas locales de la comunidad de carencias médicas e incluso de fallas del médico; Obtuvimos elementos suficientes para poder opinar sobre la situación real de las comunidades ante los resultados obtenidos en el perfil de morbilidad.

Sobre los resultados obtenidos en los perfiles de morbilidad quisiera hacer menciona a que en realidad a excepción del grupo de accidentes y violencias, los resultados que se obtuvieron no fueron muy lejanos a lo que yo esperaba dadas las características de la población.

Creo que las cifras obtenidas en este trabajo son muy importantes, sin embargo considero que su verdadero valor radica en lo que detrás de ellas se encierra, toda esa problemática a que se enfrenta la población y nosotros como personal de salud, todas esas barreras que nos marca la carencia de recursos económicos, vivienda inadecuada, vestido y alimentación deficientes, la falta de educación y de iniciativa y todos los vicios de un sistema.

Me parece que el diseño de programas como base para la organización de los beneficios a la población por parte de la Secretaría de Salud, es muy buena idea, muy aplicable y fácil de manejar, sin embargo pude observar que se ha caído en bastantes vicios por algunas fallas que estos programas presentan en su estructura interna, de allí que yo considero de suma importancia una reestructuración de los mismos, que permita detectar las fallas y proponer soluciones y mejoras ó al menos que brinde una organización y que permita el tener criterios de aplicación y metas uniformes, que disminuyan las posibilidades de errores de interpretación y aplicación de dichos programas.

Una vez analizado cada uno de los programas, sus expectativas y sus estrategias, así como el impacto y los logros que ha tenido cada uno por separado, considero que estos con las deficiencias que conllevan han conseguido algunos avances aunque en general no se ha logrado cumplir con los objetivos planteados; Considero que tal vez lo que ha fallado no sea

únicamente el programa y sus planteamientos por si solos, sino que en esto ha influido mucho en comportamiento de la población.

creo que esta situación nos enfrenta a un nuevo reto, que requiere de un compromiso mas fuerte y más serio tanto por parte de la Secretaría de salud, como por parte de las comunidades, para poder romper con todos los vicios en que hemos caído y poder reestructurar un Programa de Salud dirigido a la población, que realmente cubra las necesidades de esta, que no pretenda alcanzar metas que estén lejos de su presupuesto o capacidad, y que enfoque esfuerzos en dar pasos firmes, que aunque no representen cifras impactantes, nos lleven a mejorar la calidad de salud de la población.

Como pudimos observar durante la elaboración de este trabajo existen muchas deficiencias entre lo que la Secretaria de Salud propone y entre lo que en realidad se lleva a cabo en el ámbito local.

De todos los programas diseñados y planteados; A nivel jurisdiccional y local solo se llevan acabo unos cuantos y de estos solo se llevan acabo algunas acciones.

Cada programa pretende ser un planteamiento sobre las alternativas de solución a un problema determinado, en estos se trata de llevar a cabo toda una metodología científica que va desde conocer que es lo que sé esta estudiando, hasta delimitar un problema y generar estrategias de solución que puedan ser aplicables y ponerlas en práctica para tratar de alcanzar las metas planteadas.

Sin embargo, esto solo queda en lo que se pretende, ya que en la mayoría de los programas observamos deficiencias a diferentes niveles, algunos desde la delimitación de lo que sé esta estudiando, otros en la congruencia que existe entre lo que se plantea y lo que se pretende lograr, ó con las estrategias empleadas para lograrlo.

Y así cada uno de ellos aún con sus deficiencias se trata de llevar a la práctica y aquí nos enfrentamos a nuevos problemas, como son: La falta de insumos necesarios para el desarrollo de los mismos, la negligencia y el desinterés del personal de salud de Primer Nivel de Atención para cumplir con las expectativas de estos, la mala interpretación de los programas ó su manejo y aplicación inadecuados.

Esto sumado al desinterés de la población, a las malas condiciones de vida de la misma, a la falta de recursos económicos, a los deficientes hábitos alimenticios y a muchas otras variables más, condiciona que la aplicación de los programas sea aún más deficiente.

Tabasco, es uno de los estados más ricos económicamente hablando, y es además uno de los estados en que la población recibe mas beneficios por parte del gobierno, ya que aquí es muy importante el apoyo que PEMEX da a la

población y quizá esto ha repercutido negativamente ya que aquí lo más importante que yo he podido observar es que los programas en su mayoría han funcionado regularmente, y aunque con carencias y deficiencias se cubre con la mayoría de lo estipulado, pero aquí el factor en contra más importante es la población misma, ya que acostumbrados a recibir todo de afuera, no muestran deseos de superación, y quieren que sean otros los que les resuelvan sus problemas, porque así a sido y será, ¿Para que preocuparse por llevar a un niño a vacunar sí sé que tarde o temprano vendrá la enfermera a hacerlo?, ¿Porque preocuparme por desmontar y descacharrizar mi comunidad, sí sé que los del centro de salud lo van a hacer? tal vez parezcan cuestiones muy simples pero que encierran una problemática muy importante y muy profunda que va más allá de las acciones del sector salud, pero que invariablemente le afectan; Durante los análisis de los diferentes programas, y durante la elaboración de todos los trabajos he hecho mucho énfasis en mejorar la educación de la población, ya que creo que esta es la solución a muchos problemas, y es, una población educada comprende mejor los mensajes que se le están dando y sobre todo, comprende lo imprescindible de su participación en los problemas que se presentan, además de que una población educada es una población preocupada por mejorar sus condiciones de vida y es generadora de ideas para la solución de problemas y no solo receptor de los intentos fallidos de solución de un organismo; Finalmente la Secretaría de salud puede formular muchas ideas tratando de mejorar los diferentes problemas que se generan con mayor frecuencia pero como va a funcionar un programa dirigido a la población sin la participación activa de esta.

Considero que por parte del Sector Salud, se debería realizar una revisión detallada de cada uno de los programas y una reestructuración realista de cada uno de ellos; sobre la base de los elementos aplicables y no aplicables, tomando en cuenta las limitantes económicas, geográficas y de participación de la comunidad, para llevar a cabo un planteamiento de solución igualmente real, y poder de esta forma cumplir con las metas planteadas y que estas sean más que una promesa gubernamental, pasos que aunque pequeños, firmes; Que nos permitan un real avance hacia condiciones de salud más favorables para la población, y de esta manera como consecuencia inevitable, podremos obtener disminuciones en las tasas de morbilidad y mortalidad de nuestro país.

Otro elemento por demás importante es mencionar que la salud no existe como un elemento aislado y que es consecuencia de diversos factores, geográficos, económicos, políticos, educativos y de acceso a servicios de salud entre otros, por lo tanto considero que la real solución a los problemas de salud, es de origen multifactorial en el que deben participar las diferentes instituciones de manera activa, cada una desde su origen y punto de vista pero todas con una meta común que sea la de mejorar las condiciones de vida del pueblo de México y alcanzar un avance para el país, que de conseguirse traerá como consecuencia mejores condiciones de salud, y disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad Nacionales por causas específicas, permitiéndonos avanzar hacia el Primer Mundo.

Considero que la información obtenida hasta este momento es suficiente como para poder formarme una idea clara de lo que sucede con las comunidades con relación a salud reproductiva.

En este caso algo que resalta con las estadísticas obtenidas son las altas tasas de mortalidad de mujeres en edad reproductiva observadas, y que dan una tasa de 476.19, esto comparado con las cifras primermundistas deja un rango de separación bastante considerable, lo cual nos está indicando que existe una verdadera problemática en nuestro país en este sentido y sobre todo que existe la posibilidad (esto sobre la base de la situación comunitaria que predomina en nuestro país) de que organizando y jerarquizando problemas la salud reproductiva en México puede mejorar.

Pero volviendo a la realidad de nuestras comunidades, considero que hay varios factores a resaltar, comencemos con que la mujer desde que nace, ya cuenta con un factor de riesgo por encima del hombre, y ese factor es la reproducción; Y que si bien estamos fisiológicamente adaptadas para este fenómeno, no por eso deja de ser peligroso de manera importante, así como traumático. A este suceso se van sumando factores como desnutrición infantil, que es bastante frecuente en nuestras comunidades, y que desde el inicio de la vida ya genera una mujer con deficiencias nutricionales al momento del embarazo, lo cual repercute en la salud del binomio materno-fetal; A esto podemos agregar el factor cultural que coloca a la mujer en una postura de objeto reproductivo y encargado del hogar; Si a esto sumamos los roles sociales que no son nada benévolos para la mujer, desde el momento que no es tomada en cuenta para las decisiones, ni se valoran las contribuciones que su opinión puede generar; Además de la dependencia física, emocional y económica a que se ve sujeta, inicialmente en el seno familiar y después con su pareja, siendo estas situaciones muy influyentes en su carácter y comportamiento, ya que la mayoría de las veces se le observa introvertida, temerosa, e incluso incapaz de manifestar sus ideas o preocupaciones de modo que recurre al auxilio de la pareja quien servirá como interlocutor de estas; Quien a este respecto se siente superior y dueño de ellas.

Existen otros factores no menos importantes que van a influir en el proceso de salud-enfermedad y entre los cuales podríamos mencionar la ubicación geográfica de las comunidades que en este caso juega un papel importante ya que son comunidades que se encuentran aisladas y en algunas de ellas la única vía de acceso es acuática y el tiempo requerido para llegar a estas es bastante largo, además de que el costo es alto; Aquí podemos colar el aspecto de la vivienda que es importante de resaltar ya que como mencionaba antes las familias numerosas y el hacinamiento son bastante frecuentes, y las condiciones mismas de la vivienda dejan mucho que desear ya que generalmente se trata de casas construidas con tabloncillos viejos de madera, cuyo techo generalmente es de lámina de asbesto, además de que están conformadas de un solo cuarto que se divide en secciones delimitadas con sabanas o algún trapo y cada sección será

destinada a una familia en donde con lo único que se cuenta es con una cama de tabloncitos cubierta por un tapete.

Este fenómeno se puede comprender al analizar la economía de las comunidades y esta en su mayoría está basada en la pesca (no olvidemos que se trata de comunidades ribereñas) en las cuales los hombres salen a pescar un día y venden su producto y no vuelven a trabajar hasta que se les acaba el dinero o el alimento.

Además de que como anteriormente mencionaba por el apoyo que han recibido de PEMEX y del gobierno tienen la idea de que son estos organismos quienes deben de proveerlos de las cosas básicas al menos, como material para construir sus casas, despensas, entre otros; Por lo tanto son personas que no hacen el menor esfuerzo por mejorar las condiciones en que viven ya que esperan que alguien venga a hacer las cosas por ellos. En cuanto a los servicios públicos como mencionaba solo 3 de las comunidades con servicio de luz y dos cuentan con carretera de terracería, así como servicio de taxis colectivos o combis en el día. La Estrella es una comunidad que se encuentra de una zona urbana como es Frontera pero aún así las condiciones de vida de la mayoría de la población no son muy diferentes a las observadas en las comunidades de las zonas de ríos.

Como he venido mencionando durante toda la elaboración de mi trabajo un factor que yo considero muy importante es la educación ya que el nivel educativo de las poblaciones es muy bajo en donde la mayoría de las personas que en este momento se encuentran como jefes de familia solo cuentan con estudios de primaria y en la mayoría de los casos incompleta, lo que da como resultado que son personas a las cuales es muy difícil hacer entender que las cosas pueden ser diferentes a como ellos las conciben, y es que ante su ignorancia prefieren seguir con lo mismo antes de aceptar un cambio, aunque este pueda generarles beneficios. Y esto se puede observar claramente si comparamos la actitud de los habitantes de las comunidades de ríos con la que presentan los habitantes de La Estrella en donde la gran mayoría de la población adulta tiene primaria completa y los jóvenes en su mayoría han concluido la secundaria; Estos últimos muestran una mayor apertura ante las propuestas que se les hacen y no con esto pretendo decir que aceptan todo lo que se les ofrece, sino que simplemente saben que hay cosas que les afectan en su salud, que hay condiciones que incrementan el riesgo en la reproducción y que en gran medida dependen o pueden ser modificadas por ellos y están dispuestos a aceptar un cambio siempre y cuando este les genere beneficios; Y un ejemplo importante de esto sería el Programa de Planificación familiar que en un inicio era muy rechazado, pero que actualmente tiene aceptación por este tipo de parejas y esto influye para que el resto de la población comience a aceptarlo.

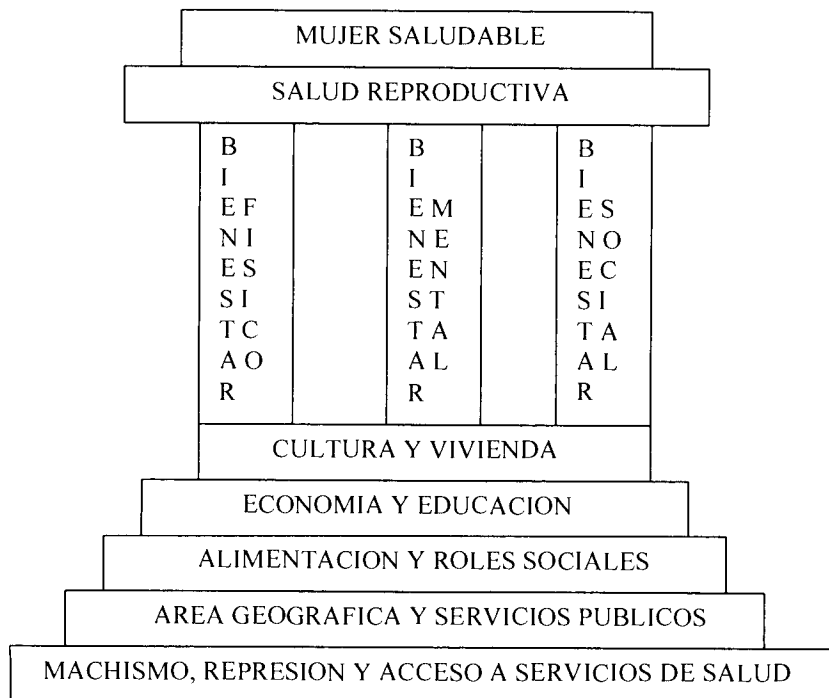
Una vez que hemos tocado el tema de la salud quisiera concluir refiriéndome a ésta; Y lo que este trabajo me ha dejado como enseñanza es, que si bien se están realizando esfuerzos importantes en cuanto a salud reproductiva como son la introducción de métodos de planificación familiar gratuitos, considero

que no es esta la forma adecuada de trabajar, porque a me da la impresión de que solo estamos poniendo una curita a la herida y no se esta trabajando sobre el verdadero problema que esta detrás de todo esto.

Y es que el mandar un médico pasante cada 8 días a las comunidades tomando en cuenta que son estas sus primeras experiencias clínicas sumadas a todas las deficiencias que pueda estar acarreando desde su formación, o tenerlo durante una semana en una comunidad realizando labores que en nada tienen que ver con la clínica y que aunque están encaminadas a la salud los beneficios reales para la población son muy escuetos, y aquí me refiuro a labores tales como vacunar perros, censar, abatizar cuando quizas el médico debería dedicarse además de su consulta a promover la prevención.

Creo que las políticas que rigen a la Secretaria de salud deben ser modificadas y adecuadas a cada comunidad, y que deben ser realizadas por personas que estén en contacto con las comunidades y no por personas que dejaron hace mucho este trabajo y que están inmersos en una situación muy diferente a la que se enfrenta a diario en estas comunidades; Ya que de otra manera seguiremos teniendo programas inflexibles, metas a cumplir y números fantasmas que nos hablan de que la situación en México esta cambiando y que nos dicen que cada vez estamos más cerca de Primer mundo, mientras que nuestras comunidades continúan arrastrando la misma problemática.

Para concluir me permití esquematizar mediante un mausoleo el enfoque que doy a todo lo analizado anteriormente.



Mi intención al utilizar este esquema es de una forma más sencilla plasmar las ideas que pude obtener de todo este análisis en donde pongo como bases al, y los cuales hemos analizado de forma detallada cualitativa y cuantitativamente a través de este trabajo; Como podemos observar el esquema estos sostienen los postulados que la OMS maneja como componentes fundamentales del proceso de salud de la mujer y que son os pilares que permitirán a estas finalmente a través de la Salud reproductiva alcanzar el estado de MUJER SALUDABLE.