

UNIVERSIDAD DE SONORA

LICENCIATURA EN MEDICINA GENERAL

DIAGNÓSTICO DE SALUD POBLADO MIGUEL ALEMÁN (CALLE 12)



Dra. Dina Valdez Grijalva
Médico pasante en Servicio Social
Febrero 2009 – Enero 2010

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1 Definición de la Población Objeto del Diagnóstico	
1.1 Poblado Miguel Alemán	2
1.2 Límites Políticos	2
1.3 Superficie Territorial	3
1.4 Localización.....	3
1.5 Muestra de la población de estudio.....	4
Capítulo 2 Daños a la Salud	5
2.1 Mortalidad	6
Mortalidad 2009.....	7
2.1.1 Mortalidad 2008	8
2.1.2 Mortalidad 2007	9
2.1.3 Mortalidad 2006	10
2.1.4 Mortalidad 2005	11
2.2 Morbilidad	12
Morbilidad 2009.....	13
2.2.1 Morbilidad 2008	14
2.2.2 Morbilidad 2007	15
2.2.3 Morbilidad 2006	17
2.2.4 Morbilidad 2005	18
Capítulo 3 Factores Condicionantes de los Daños a la Salud	
3.1 Factores Ambientales	20
3.1.1 Superficie Territorial de la Comunidad	20
3.1.2 Altura sobre el Nivel del Mar	21
3.1.3 Orografía	21
3.1.4 Hidrografía	21
3.1.5 Clima y Accidentes Climáticos.....	22
3.1.6 Tipo de Suelo	22
3.1.7 Flora	23
3.1.8 Fauna	23
3.2 Ambiente Social	24
3.2.1 Población	24
3.2.1.1 Población en los Últimos 5 años	24
3.2.1.2 Densidad de la Población.....	25
3.2.1.3 Tasa de Crecimiento Anual	25
3.2.1.4 Movimientos de la Población (Emigración & Inmigración)	25
3.2.1.5 Natalidad	26

Diagnóstico de Salud 2009-2010

3.2.2	Comunicaciones	27
3.2.2.1	Vías de Comunicación y Transporte	27
3.2.2.2	Teléfonos, Telégrafos y Correos	28
3.2.2.3	Medios de Comunicación	28
3.2.3	Saneamiento Ambiental	29
3.2.3.1	Contaminantes Físicoquímicos.....	29
3.2.3.2	Disposición de Basuras y Excretas	29
3.2.3.3	Flora y Fauna Nociva	30
3.2.4	Vivienda	31
3.2.4.1	Disponibilidad de Agua	31
3.2.4.2	Eliminación de Excretas	34
3.2.4.3	Electricidad	35
3.2.4.4	Material de la Vivienda	36
3.2.4.5	Promedio de Habitantes por Vivienda	38
3.2.5	Economía	38
3.2.5.1	Población Económicamente Activa	38
3.2.5.2	Ocupación	40
3.2.6	Alimentación	40
3.2.7	Educación	40
3.2.8	Religión	42
3.2.9	Diversión y Esparcimiento	43
3.2.10	Historia	44
3.2.11	Cultura	45
3.2.12	Diversidad étnica	46
3.2.12.1	Triquis	46
3.2.12.2	Mixtecos	49
3.2.12.3	Zapotecos	50
3.2.12.4	Tarahumaras	51
3.2.13	Hábitos y Costumbres	53
3.2.14	Sitios de Recreación y Actividades Deportivas	54
Capítulo 4 Recursos para la Salud		
4.1	Recursos Humanos	55
4.1.1	Médicos	55
4.1.2	Enfermeras	56
4.1.3	Personal Técnico	56
4.1.4	Otros Recursos Humanos	57
4.2	Recursos Materiales	57
4.2.1	Unidades de Salud	57
4.2.2	Instalaciones de las Unidades	58
4.2.2.1	UER PMA	58
4.2.2.2	IMSS	60
4.2.3	Material y Equipo de las Unidades	60
4.3	Recursos Económicos o Financieros	67

Capítulo 5 Análisis	
5.1 Priorización de Daños a la Salud / necesidades sentidas de la población	68
5.2 Problema de Salud / Marco Teórico	71
5.2.1 Justificación.....	74
5.2.2 Propuestas de Solución	78
5.2.3 Objetivos	78
5.2.4 Metas	79
5.2.5 Actividades	80
5.2.6 Límites	80
5.2.7 Recursos	80
Capítulo 6 Informe Numérico Narrativo	
6.1 Identificación de la Comunidad	81
6.2 Subprograma de Salud Pública	88
6.2.1 Educación para la Salud	88
6.2.2 Saneamiento Ambiental	88
6.2.3 Consulta a Sanos	89
6.2.3.1 Detecciones en la UER PMA	89
6.2.3.2 Estado Nutricional en menores de 4 años	91
6.2.4 Inmunizaciones	93
6.2.5 Planificación Familiar	97
6.2.6 Control Prenatal, Atención de parto y Puerperio	98
6.2.6.1 Control Prenatal	100
6.2.6.2 Atención de Parto	105
6.2.6.3 Puerperio	107
6.3 Subprograma de Atención Médica	108
6.3.1 Morbilidad	108
6.3.2 Mortalidad	114
Capítulo 7 Metas	107
Capítulo 8 Canales Endémicos	117
8.1 Canales Endémicos Transmisibles 2009.....	118
8.2 Canales Endémicos No Transmisibles 2009.....	125
Capítulo 9 Telemedicina Sonora (TMS)	133
Conclusiones	145
Agradecimientos	147
Bibliografía	149
Firmas	150

CAPITULO 1

DEFINICIÓN DE LA POBLACION DE ESTUDIO DEL DIAGNOSTICO DE SALUD

1.1 UNIVERSO DE ESTUDIO: Poblado Miguel Alemán

La comunidad rural del Poblado Miguel Alemán está localizado en el área Costa perteneciente al municipio de Hermosillo, mismo que es la capital del Estado de Sonora, estos están regidos por la Jurisdicción Sanitaria No. 1.



1.2 Límites Políticos

En cuanto a los límites políticos del Poblado encontramos que al norte son los Pedios del Carrizal, Costa Rica, San Fernando y El Triunfo; al centro San Carlos; al sur terrenos nacionales y por los pedios de La Aguja y El Consejo; en el oriente por pedios de Santa Teresa de la Concordia y Comuneros del Sapo; y por último, en el poniente con el Golfo de California.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se llama Diagnóstico de Salud. Es el documento requerido al término de este año en el cual me encuentro realizando el servicio social para la terminación de la carrera de Médico General. En él van implícitas algunas condicionantes de salud y aspectos sociales que conforman la trama de este texto.

El diagnóstico de salud trata de describir la situación de una comunidad rural, que en este caso fue la de la Unidad de Estabilización y Referencia del Poblado Miguel Alemán, donde realicé la mayor parte del servicio social. Traté de entender la marginación y pobreza que se vive en dicha población, la forma de vivir de mi población objeto de estudio, sus deficiencias, sus padecimientos más frecuentes; donde tomo en cuenta las causas de morbimortalidad según sexo y edad, tasas y porcentajes de los mismos en un periodo comprendido por los últimos 5 años incluyendo además mi periodo de servicio social realizado en dicha unidad.

Además, el contenido del trabajo es también constituido por la definición de la población, donde en este apartado se integran el nombre de la comunidad, municipio y estado. También manifiesto los puntos correspondientes a daños a la salud, sus factores condicionantes como lo son el ambiente natural, constituido por los caracteres físicos y biológicos derivados de la geografía: latitud, altitud, orografía, hidrografía, extensión territorial, clima, temperatura, flora y fauna; y el ambiente social que está determinado por las actividades humanas como lo son las económicas, políticas, culturales y también las religiosas. Además incluyo varios apartados donde menciono algunos eventos ambientales que ocurrieron durante este periodo, así como los hechos que durante este tiempo hicieron de mí una mejor médico.

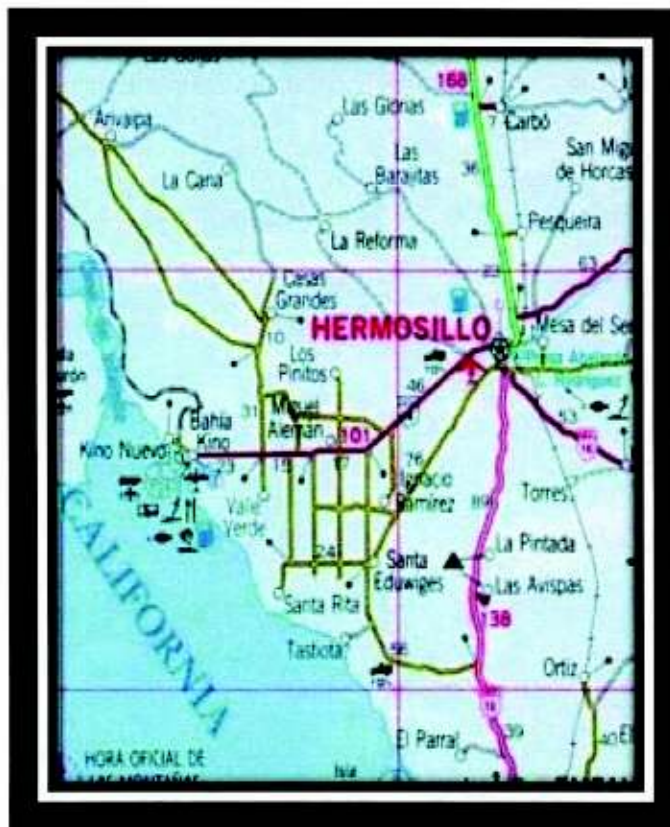
Por último, es importante aclarar que el capítulo 6 de este trabajo incluye también información de la atención médica que proporcioné a la población de Querobabi, donde realicé la primera parte de mi servicio social, en los meses de febrero a mayo de 2009.

1.3 Superficie Territorial

El área Costa comprende la zona rural de la Ciudad de Hermosillo. El Poblado Miguel Alemán corresponde a la cabecera de la Comisaria Municipal de esta zona Costa; misma que tiene a su jurisdicción un área poligonal de 16 lados y 16 vértices que cubren una superficie territorial de 5 643 km², encontrándose el poblado justo al centro de la misma.

1.4 Localización

El Poblado se encuentra al Oeste de la Ciudad de Hermosillo a 65 km de la carretera Hermosillo a Bahía de Kino, específicamente entre los paralelos latitud norte 28°50'25" y longitud Oeste 111°28'28" y a 60 metros aproximadamente de altura sobre el nivel del mar.



MUESTRA DEL UNIVERSO DE LA POBLACION DE ESTUDIO

Para poder realizar este trabajo de salud hubo que tomar una pequeña población como muestra del universo de trabajo debido a la gran población con la que se cuenta, ya que no sería posible en tan poco tiempo, censar a toda la población. Dicha muestra se me asignó a partir de una colonia de la comunidad, misma que el director anterior de esta unidad lo hizo de manera aleatoria para este estudio, aclaro también que debido al tipo de horario que se me asignó en esta unidad y habiendo sido colocada como medico de turno en urgencias por la tarde y por la mañana en consulta, no realicé el trabajo de campo yo personalmente ni acudí a los hogares para realizar encuestas ni entrevistas, todo se me proporcionó por parte del depto.de promoción. A continuación se muestra la ubicación geográfica de la muestra de mi estudio, y posteriormente se desglosa sus características, así mismo cabe mencionar que para fines de este trabajo comunitario se llevaron a cabo encuestas a los habitantes de la pequeña población de estudio para así obtener la información y posteriormente describirla.



CAPITULO 2

DAÑOS A LA SALUD

Daños a la salud refleja las causas y la frecuencia con la que la población de estudio enferma y muere. En este mismo capítulo también se menciona el impacto que tienen los indicadores como los de morbilidad y mortalidad con respecto a la comunidad así como también se menciona posteriormente los factores que hacen a los daños a la salud un apartado importante en este trabajo de investigación.

Se hace mención especial porque durante este periodo de servicio social encontré situaciones importantes tales que, en mi opinión eran muy importantes de plasmar en este mi diagnóstico de salud. Como ejemplo está la variedad de padecimientos dermatológicos ocasionados por el contacto con fertilizantes y agroquímicos que se utilizan en los campos agrícolas colindantes a esta comunidad, lo que lleva a ocasionar una gran incidencia de ausentismo laboral y visitas a la sala de urgencias de esta unidad de salud. Otro padecimiento frecuente que encontré fue la reaparición de una patología que suponía estaba erradicada como lo es la fiebre moteada de las montañas rocallosas (FMRR), transmitida por la mordedura de la garrapata de animales infectados como perros y gatos hacia los humanos. Por lo que comencé a observar durante mi estancia aquí, que fue un incremento en la morbimortalidad por esta infección, decidí enfocar mi estudio descriptivo acerca de este tipo de rickettsiosis a la cual no se le estaba poniendo atención como enfermedad que resurgía para impactar a la comunidad de más bajos recursos, resultando en el registro de 9 casos confirmados por rickettsia en esta comunidad rural y la muerte de 4 infantes en un periodo de un año, ocasionando una tasa de mortalidad específica del 0.155 por 1000 hab.

Diagnóstico de Salud 2009-2010

Por lo tanto parte de este trabajo hablará de esta patología y propondré planes de trabajo para reducir su reincidencia basados en las características de la comunidad, y no en las infecciones respiratorias agudas como se había hecho en años anteriores ya que este problema está volviendo a impactar sin olvidar la vulnerabilidad social que tiene esta comunidad.

ANTECEDENTES

2.1 Mortalidad

A continuación se muestra la mortalidad durante 5 años anteriores a mi servicio social, además de la mortalidad durante el presente año 2009. Cabe mencionar que el número de defunciones fue comprobado únicamente por número de certificados oficiales registrados y que hicieron llegar a la captación en la jurisdicción sanitaria número 1. Por lo que el subregistro del mismo indicador se debe a la falta de entrega de certificados obteniendo así un estimado no confiable.

Total de Defunciones en el PMA durante los años 2004 – 2009

Año	Defunciones	Tasa*
2004	102	4.019229254
2005	95	3.743399795
2006	102	4.019229254
2007	92	3.62518717
2008	129	5.08314288
2009	12	0.4728505
Total	569	18.34

*Tasa por 1000 habitantes. Fuente: Reporte de movimientos de certificados de defunción enero 2009-diciembre 2009. Proporcionados por Planeación e innovación. Jurisdicción sanitaria 1

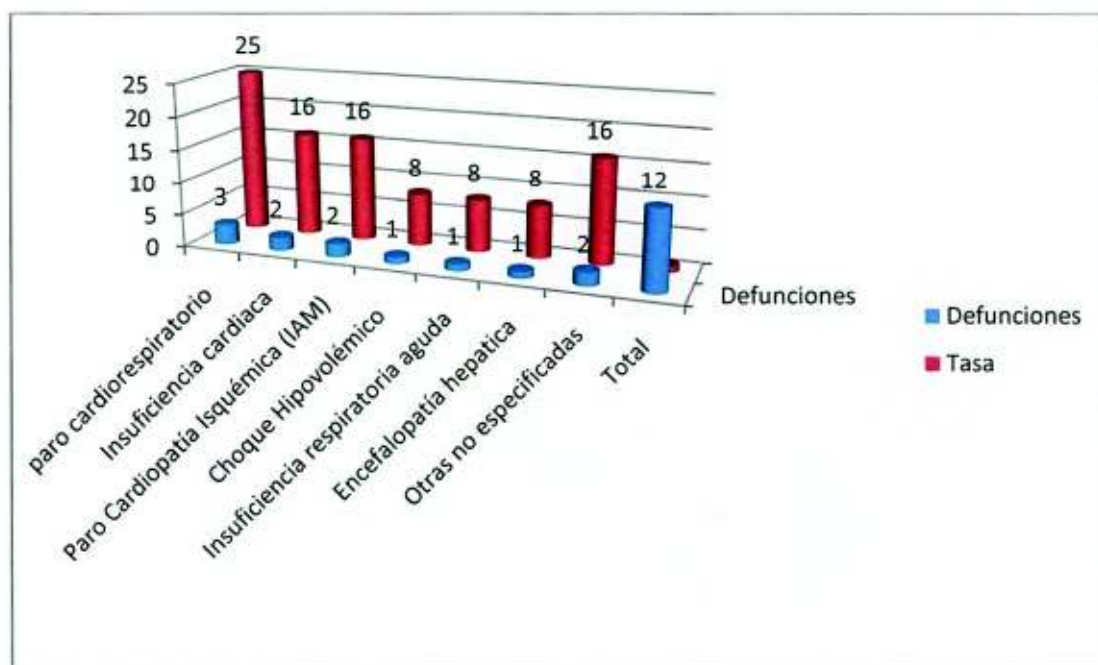
2.1.1 Mortalidad 2009 en el UER PMA 2009

Causas de Mortalidad	Defunciones	Tasa*
paro cardiorrespiratorio	3	25
Insuficiencia cardiaca	2	16
Paro Cardiopatía Isquémica (IAM)	2	16
Choque Hipovolémico	1	8
Insuficiencia respiratoria aguda	1	8
Encefalopatía hepática	1	8
Otras no especificadas	2	16
Total	12	100%

*Tasa por 100 habitantes.

Fuente: Reporte de movimientos de certificados de defunción enero 2009-diciembre 2009 reportados por JSI depto.innovacion y planeación

Gráfica de Mortalidad 2009 en el UER PMA 2009



Fuente: Reporte de movimientos de certificados de defunción enero 2009-diciembre 2009 reportados por JSI depto.innovacion y planeación

2.1.1 Mortalidad 2008

Diez Principales Causas de Mortalidad en el PMA durante el Año 2008

Causas de Mortalidad	Defunciones	Tasa*
Cardiopatía Isquémica (IAM)	34	1.09730515
Infección Respiratoria Aguda (Broncoaspiración)	18	0.58092625
Diabetes Mellitus	17	0.54865257
Choque Hipovolémico	17	0.54865257
Enfermedad Diarréica Aguda	15	0.48410521
Nacidos Muertos	12	0.38728417
Traumatismo Craneoencefálico	7	0.22591577
Paro Cardiorrespiratorio	4	0.12909472
Alcoholismo	3	0.09682104
Asfixia por Ahorcamiento	2	0.06454736
Total	129	4.16330482

*Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: planeación JS1.



Fuente: planeación JS1.

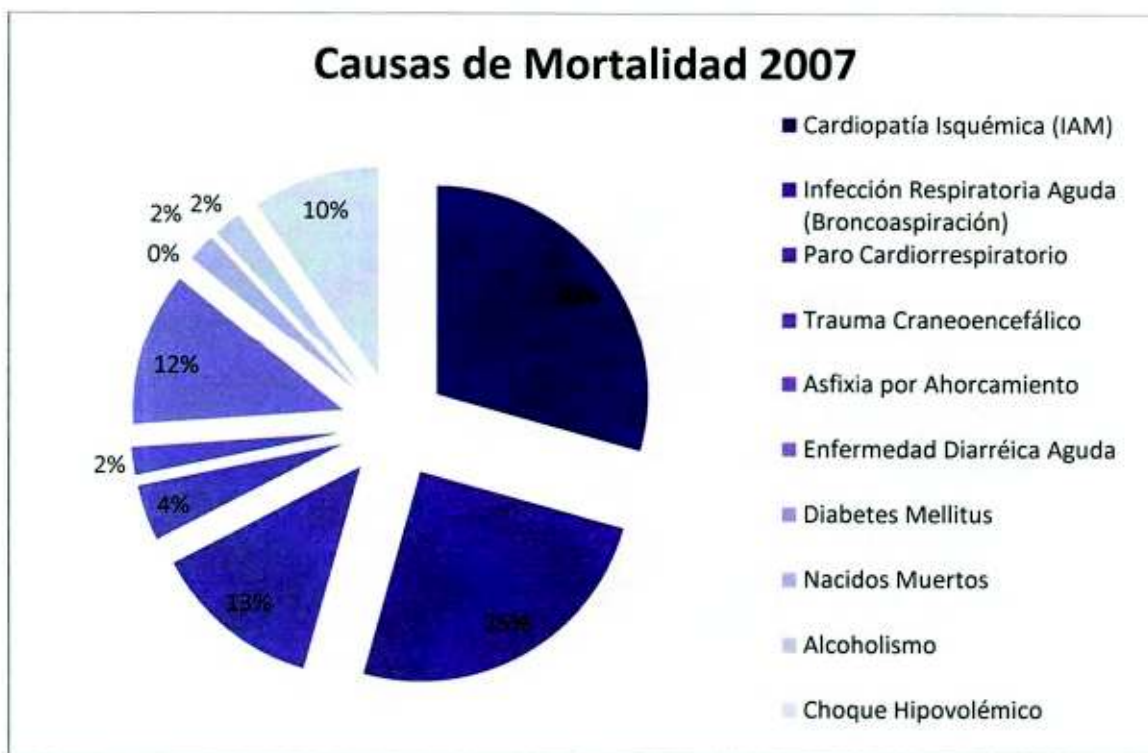
2.1.2 Mortalidad 2007

Diez Principales Causas de Mortalidad en el PMA durante el Año 2007

Causas de Mortalidad	Defunciones	Tasa *
Cardiopatía Isquémica (IAM)	27	0.87138938
Infección Respiratoria Aguda (Broncoaspiración)	23	0.74229466
Paro Cardiorrespiratorio	12	0.38728417
Enfermedad Diarréica Aguda	11	0.35501049
Choque Hipovolémico	9	0.29046313
Trauma Craneoencefálico	4	0.12909472
Asfixia por Ahorcamiento	2	0.06454736
Nacidos Muertos	2	0.06454736
Alcoholismo	2	0.06454736
Diabetes Mellitus	0	0
Total	92	2.96917863

*Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: planeación JS1.

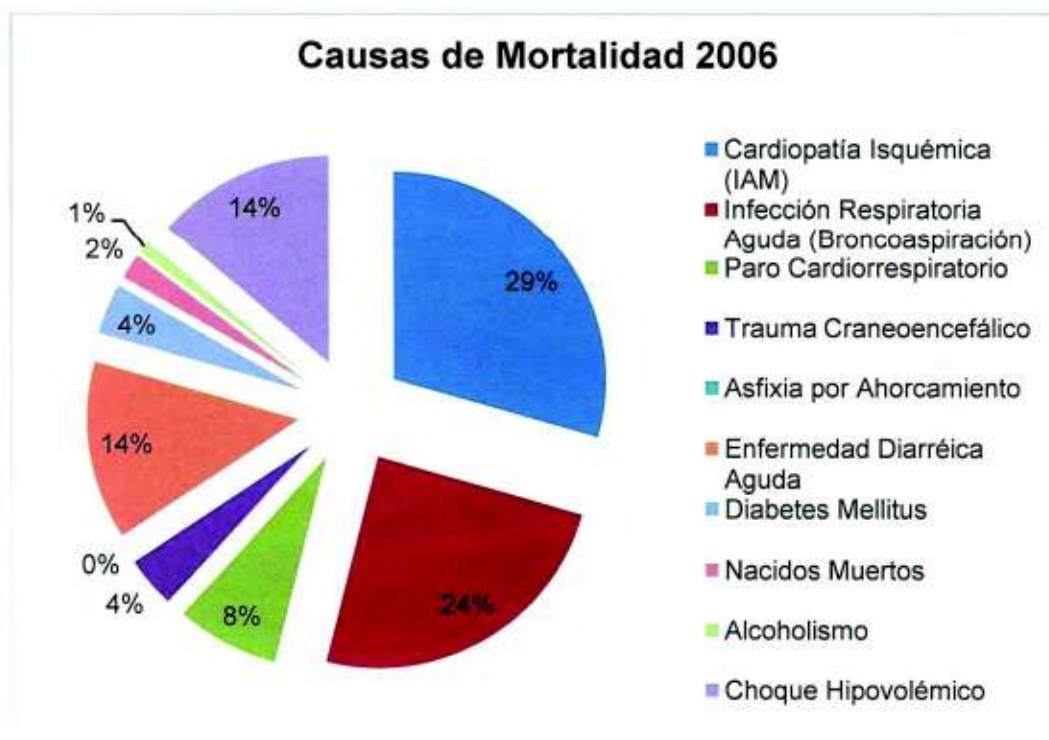


2.1.3 Mortalidad 2006

Diez Principales Causas de Mortalidad en el PMA durante el Año 2006

Causas de Mortalidad	Defunciones	Tasa*
Cardiopatía Isquémica (IAM)	30	0.96821042
Infección Respiratoria Aguda (Broncoaspiración)	25	0.80684202
Choque Hipovolémico	14	0.45183153
Enfermedad Diarréica Aguda	14	0.45183153
Paro Cardiorrespiratorio	8	0.25818945
Trauma Craneoencefálico	4	0.12909472
Diabetes Mellitus	4	0.12909472
Nacidos Muertos	2	0.06454736
Alcoholismo	1	0.03227368
Asfixia por Ahorcamiento	0	0
Total	102	3.29191544

*Tasa por 1000 habitantes.



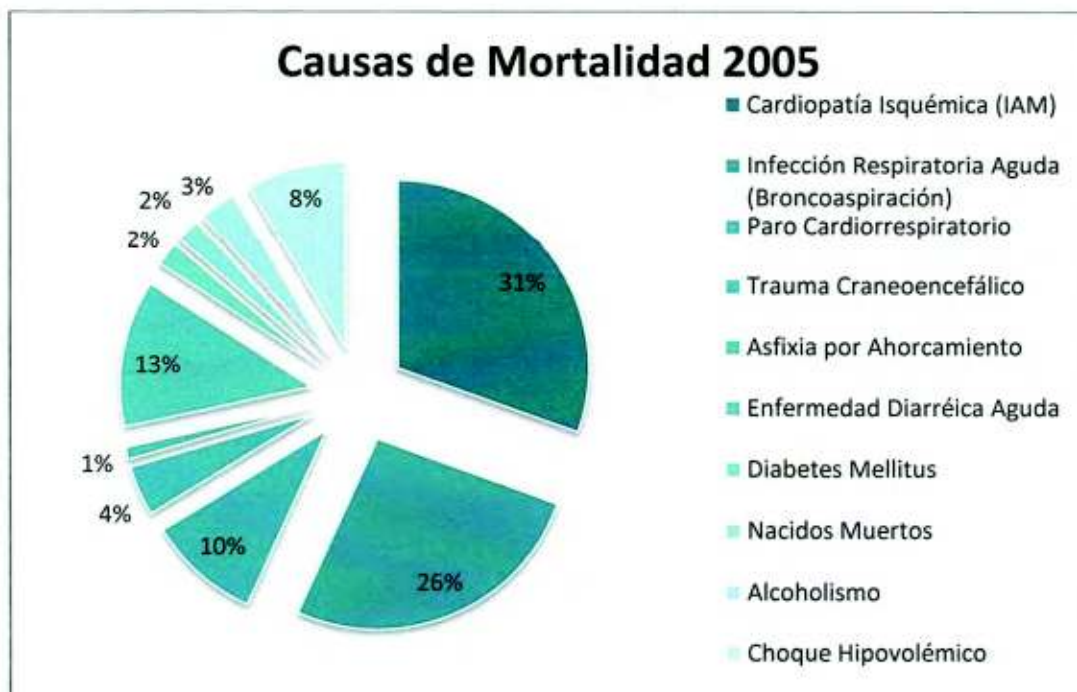
2.1.4 Mortalidad 2005

Diez Principales Causas de Mortalidad en el PMA durante el Año 2005

Causas de Mortalidad	Defunciones	Tasa *
Cardiopatía Isquémica (IAM)	29	0.93593674
Infección Respiratoria Aguda (Broncoaspiración)	25	0.80684202
Enfermedad Diarréica Aguda	12	0.38728417
Paro Cardiorrespiratorio	9	0.29046313
Choque Hipovolémico	8	0.25818945
Trauma Craneoencefálico	4	0.12909472
Alcoholismo	3	0.09682104
Nacidos Muertos	2	0.06454736
Diabetes Mellitus	2	0.06454736
Asfixia por Ahorcamiento	1	0.03227368
Total	95	3.06599968

*Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: planeación JS1.



Fuente: planeación JS1.

2.2 Morbilidad

La Morbilidad es otro indicador de gran utilidad para conocer la situación de Salud de esta Población objetivo de estudio, ya que nos permite identificar cuáles son las enfermedades que más afectan a dicha población, además de los grupos de edades más vulnerables a las mismas; aunque algunas de estas enfermedades no tienen relevancia como causa de muerte, si tienen una elevada frecuencia como causa de incapacidad. Se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado. En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de una enfermedad en una población.

Cabe recalcar que nuestra población en muchas ocasiones acude a los servicios médicos que otorgamos, cuando su padecimiento ya es grave y que no se ha resuelto con medidas terapéuticas domesticas, por lo que siempre va existir un subregistro importante de la morbilidad.

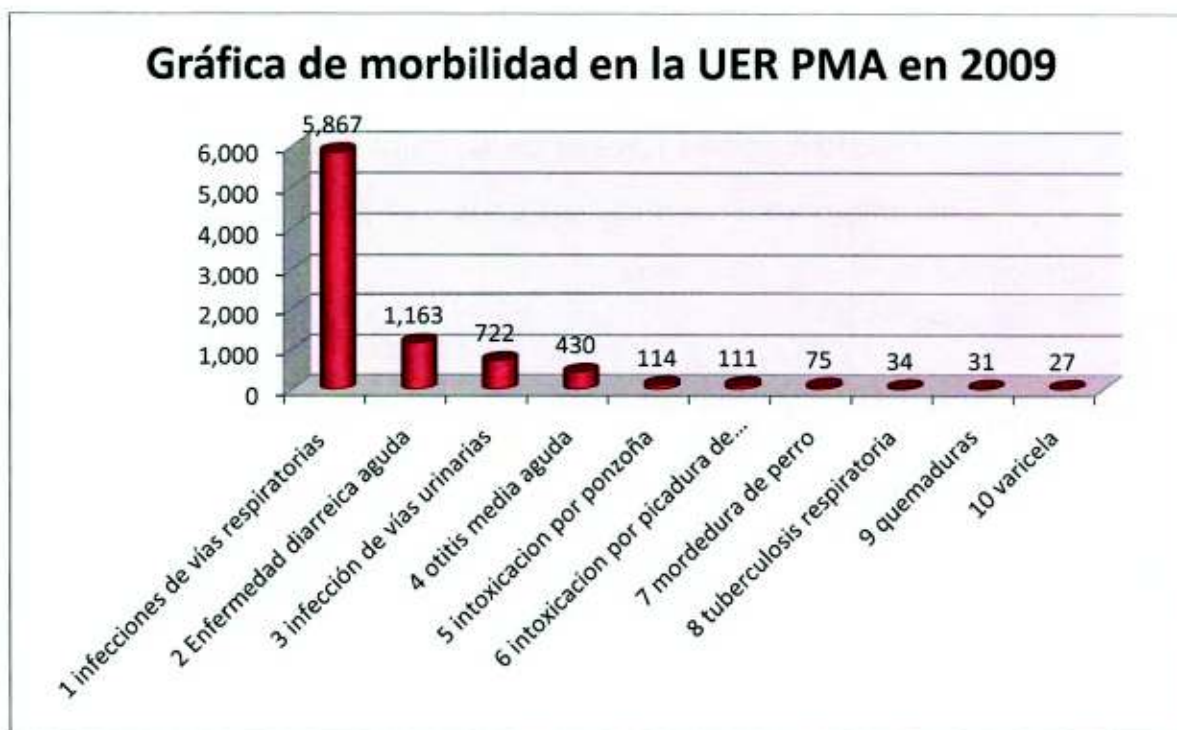
A continuación se muestran tablas de morbilidad, se tomó morbilidad por año en general, posteriormente se hace mención a las principales causas por enfermedades transmisibles y no transmisibles de padecimientos en común.

2.2.1 Morbilidad 2009 en la UER PMA

Enfermedad	No. Casos*	Tasa*	%
1 infecciones de vías respiratorias	5,867	23.11	67.92
2 Enfermedad diarreica aguda	1,163	4.58	14.68
3 infección de vías urinarias	722	2.84	9.4
4 otitis media aguda	430	1.69	5.46
5 intoxicación por ponzoña	114	0.44	1.55
6 intoxicación por picadura de alacrán	111	0.43	1.54
7 mordedura de perro	75	0.29	0.96
8 tuberculosis respiratoria	34	0.13	0.44
9 quemaduras	31	0.12	0.40
10 varicela	27	0.10	0.3712
Total	8,638	33.73	100%

*Número de casos nuevos a control. Fuente: SUIVE 2009, planeación e innovación. JS1

*Tasa por 100 hab



*Número de casos nuevos de enfermedad. Fuente: SUIVE 2009, planeación e innovación JS1

2.2.1 Morbilidad 2008

Diez Principales Causas de Morbilidad en la UER PMA 2008

Enfermedad	No. Casos**	Tasa*	%
1 IRA	2, 883	93.04	62.94
2 EDA	770	24.85	16.81
3 IVU	484	15.62	10.56
4 OMA	192	6.19	4.19
5 Varicela	64	2.06	1.39
6 Intoxicación por Alacrán	58	1.87	1.26
7 Mordedura por Perro	55	1.77	1.2
8 Intoxicación por Abeja	30	0.96	0.65
9 Quemaduras	23	0.74	0.50
10 HAS	21*	0.67	0.45
Total	4, 580	147.77	100%

*Tasa por 1000 habitantes

**Número de casos nuevos a control. Fuente: SUIVE

Diez Principales Causas de Morbilidad por Enfermedades Transmisibles en la UER PMA 2008

Enfermedad	No. Casos	Tasa	%
1 IRA	2, 883	93.04	64.69
2 EDA	770	24.85	17.28
3 IVU	484	15.62	10.86
4 OMA	192	6.19	4.3
5 Varicela	64	2.06	1.43
6 Neumonía	18	0.58	0.4
7 Conjuntivitis	18	0.58	0.4
8 Hepatitis A	15	0.48	0.33
9 Tuberculosis Pulmonar	11	0.35	0.24
10 Giardiasis	1	0.03	0.02
Total	4, 456	143.78	100%

Diez Principales Causas de Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles en la UER PMA 2008

Enfermedad	No. Casos**	Tasa*	%
1 Intoxicación por Alacrán	58	1.87	26.72
2 Mordedura por Perro	55	1.77	25.34
3 Intoxicación por Abeja	30	0.96	13.82
4 Quemaduras	23	0.74	10.59
5 HAS	21*	0.67	9.67
6 Ulcera & Gastritis	10	0.32	4.6
7 DM 2	9*	0.29	4.14
8 Mordedura otros Mamíferos	6	0.19	2.76
9 Intoxicación por Alcohol	3	0.09	1.38
10 Desnutrición Leve	2	0.06	0.92
Total	217	6.96	100%

*Tasa por 1000 habitantes

**Número de casos nuevos a control. Fuente: SUIVE anual.

2.2.2 Morbilidad 2007

Diez Principales Causas de Morbilidad en la UER PMA 2007

Enfermedad	No. Casos	Tasa*	%
1 IRA	2,635	85.04	56.30
2 EDA	640	20.65	15.23
3 IVU	306	9.87	7.28
4 OMA	248	8	5.9
5 Úlceras & Gastritis	80	2.58	1.9
6 Conjuntivitis	79	2.54	1.88
7 Neumonía	64	2.06	1.52
8 Intoxicación por Alacrán	53	1.71	1.26
9 Varicela	50	1.61	1.19
10 Mordedura por Perro	45	1.45	1.07
Total	4,200	135.51	100%

*Tasa por 1000 habitantes. Fuente: SUIVE.

Diez Principales Causas de Morbilidad por Enfermedades Transmisibles en la UER PMA 2007

Enfermedad	No. Casos	Tasa*	%
1 IRA	2, 635	85.04	65.46
2 EDA	640	20.65	15.9
3 IVU	306	9.87	7.6
4 OMA	248	8	6.16
5 Conjuntivitis	79	2.54	1.96
6 Neumonía	64	2.06	1.59
7 Varicela	50	1.61	1.24
8 Giardiasis	1	0.03	0.02
9 Hepatitis A	1	0.03	0.02
10 Tuberculosis Pulmonar	1	0.03	0.02
Total	4, 025	129.86	100%

*Tasa por 1000 habitantes. Fuente: SUIVE

Diez Principales Causas de Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles en la UER PMA 2007

Enfermedad	No. Casos**	Tasa*	%
1 Úlceras & Gastritis	80	2.58	27.77
2 Intoxicación por Alacrán	53	1.71	18.4
3 Mordedura por Perro	45	1.45	15.62
4 Intoxicación por Ponzonia	33	1.06	11.45
5 HAS	28*	0.90	9.72
6 Intoxicación por Alcohol	24	0.77	8.33
7 Quemaduras	11	0.35	3.81
8 DM 2	11*	0.35	3.81
9 Desnutrición Leve	3	0.09	1.04
10 Mordedura otros Mamíferos	0	0	0
Total	288	9.26	100%

*Tasa por 1000 habitantes.

**Número de Casos nuevos a Control. Fuente: SUIVE.

2.2.3 Morbilidad 2006

Diez Principales Causas de Morbilidad en la UER PMA 2006

Enfermedad	No. Casos**	Tasa*	%
1 IRA	3, 228	104.17	67.36
2 EDA	836	26.98	17.44
3 IVU	221	7.13	4.61
4 Ulceras & Gastritis	120	3.87	2.5
5 Quemaduras	78	2.51	1.62
6 OMA	74	2.38	1.54
7 Mordeduras por Perro	67	2.16	1.39
8 HAS	66*	2.13	1.37
9 Intoxicación por Alacrán	55	1.77	1.14
10 Intoxicación por Alcohol	47	1.51	0.98
Total	4, 792	154.61	100%

*Tasa por 1000 habitantes.

**Número de Casos nuevos a Control. Fuente: SUIVE.

Diez Principales Causas de Morbilidad por Enfermedades Transmisibles en la UER PMA 2006

Enfermedad	No. Casos	Tasa*	%
1 IRA	3, 228	104.17	72.29
2 EDA	836	26.98	18.72
3 IVU	221	7.13	4.94
4 OMA	74	2.38	1.65
5 Varicela	30	0.96	0.67
6 Conjuntivitis	25	0.8	0.55
7 Tuberculosis Pulmonar	22	0.71	0.49
8 Neumonía	20	0.64	0.44
9 Giardiasis	9	0.29	0.2
10 Hepatitis A	0	0	0
Total	4, 465	144.06	100%

*Tasa por 1000 habitantes. Fuente: SUIVE.

Diez Principales Causas de Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles en la UER PMA 2006

Enfermedad	No. Casos**	Tasa*	%
1 Úlcera & Gastritis	120	3.87	22.64
2 Quemaduras	78	2.51	14.71
3 Mordedura por Perro	67	2.16	12.64
4 HAS	66*	2.13	12.45
5 Intoxicación por Alacrán	55	1.77	10.37
6 Intoxicación por Alcohol	47	1.51	8.86
7 Desnutrición Leve	43	1.38	8.11
8 DM 2	37*	1.19	6.98
9 Intoxicación por Ponzón	14	0.45	2.64
10 Mordedura otros Mamíferos	3	0.09	0.56
Total	530	17.06	100%

*Tasa por 1000 habitantes. **Número de Casos nuevos a Control. Fuente: SUIVE.

2.2.4 Morbilidad 2005

Diez Principales Causas de Morbilidad en la UER PMA 2005

Enfermedad	No. Casos**	Tasa*	%
1 IRA	5,972	192.73	63.13
2 EDA	1,035	33.4	10.94
3 IVU	555	17.91	5.86
4 HAS	405*	13.07	4.28
5 DM 2	385*	12.42	4.07
6 Desnutrición Leve	324	10.45	3.42
7 Faringitis & Amigdalitis Estreptocócicas	247	7.97	2.61
8 OMA	239	7.71	2.52
9 Neumonía	160	5.16	1.69
10 Varicela	137	4.42	1.44
Total	9,459	305.24	100%

*Tasa por 1000 habitantes. **Número de Casos nuevos a Control. Fuente: SUIVE.

**Diez Principales Causas de Morbilidad por
Enfermedades Transmisibles en la UER PMA 2005**

Enfermedad	No. Casos	Tasa*	%
1 IRA	5, 972	192.73	73.43
2 EDA	1, 035	33.4	12.72
3 IVU	555	17.91	6.82
4 OMA	239	7.71	2.93
5 Neumonía	160	5.16	1.96
6 Varicela	137	4.42	1.68
7 Tuberculosis Pulmonar	23	0.74	0.28
8 Giardiasis	9	0.29	0.11
9 Conjuntivitis	1	0.03	0.01
10 Hepatitis A	1	0.03	0.01
Total	8, 132	262.42	100%

*Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: SUIVE.

**Diez Principales Causas de Morbilidad por
Enfermedades No Transmisibles en la UER PMA 2005**

Enfermedad	No. Casos**	Tasa*	%
1 HAS	405*	13.07	24.54
2 DM 2	385*	12.42	23.33
3 Ulcera & Gastritis	343	11.06	20.78
4 Desnutrición Leve	321	10.35	19.45
5 Intoxicación por Alacrán	58	1.87	3.51
6 Intoxicación por Ponzoña	56	1.80	3.39
7 Quemaduras	37	1.19	2.24
8 Mordedura por Perro	24	0.77	1.45
9 Intoxicación por Alcohol	15	0.48	0.90
10 Mordedura otros Mamíferos	6	0.19	0.36
Total	1, 650	53.2	100%

*Tasa por 1000 habitantes.

**Número de Casos nuevos a Control. Fuente: SUIVE.

CAPITULO 3

FACTORES CONDICIONANTES

DE LOS DAÑOS A LA SALUD

3.1 Factores Ambientales

Teniendo en cuenta que los factores ambientales impactan a la salud de las comunidades, esta región no se encuentra exenta de padecer problemas asociados a las características propias de la geografía. Debido a la altitud respecto al nivel del mar, la comunidad experimenta grados de temperatura tales que a su vez ocasionan problemas específicos de salud como deshidrataciones severas hasta la muerte debido a lo mismo.

3.1.1 Superficie Territorial de la Comunidad

El área geográfica que comprende esta jurisdicción está demarcada por un polígono de 16 lados y 16 vértices que cubre una superficie territorial de 5,643 km², identificándose en el centro de la misma el Poblado. Tiene un litoral de casi 37 km, en los cuales se asientan las localidades pesqueras de El Choyudo, Las Ollas, Tastiota, La Bocanita, El Cardonal y Punta Cardonal. Las colindancias de la Comisaria son al oriente con el municipio de Hermosillo, al norte con el municipio de Pitiquito, al poniente con la comisaría de Bahía de Kino y el Mar de Cortés y al sur con el municipio de Hermosillo.

3.1.2 Altura sobre el nivel del mar

Esta localidad también llamada Calle 12 está ubicada a 65 km de la carretera de Hermosillo a Bahía de Kino, entre los paralelos latitud norte $28^{\circ}50'25''$ y longitud oeste $111^{\circ}28'28''$, a una altura de 60 metros sobre el nivel del mar.

3.1.3 Orografía

El Poblado se encuentra en una zona totalmente plana, ya que está conformado en mayor parte por áreas de cultivo, por lo tanto, no cuenta con ninguna montaña, loma, barranca o cualquier accidente orográfico natural dentro de este, existe un cerro a 10 km aproximadamente al este de la población llamado Siete Cerros donde se encuentran colocadas varias antenas para mejorar las señales de la radio y la televisión, además del cementerio a los alrededores del cerro.

3.1.4 Hidrografía

La Costa de Hermosillo no cuenta con ríos cercanos. Para el negocio de riego se realizó la construcción de pozos profundos, llegando a ser hasta 469 en el año de 1954. La apertura de esta gran cantidad de pozos dio lugar a la sobreexplotación del manto acuífero con el consecuente ensalitramiento de las aguas para el riego y abastecimiento de la capa friática, por lo que en enero de 1953 el gobierno federal creó el distrito de riego No. 41 o de la Costa de Hermosillo para el control de las aguas. En 1958 se tenía un nivel estadístico de 10 metros bajo el nivel del mar.

3.1.5 Clima y Accidentes Climáticos

El tipo de clima es tipo seco, pero predominando el subtipo semicálido, debido a que cuenta con un régimen de lluvias que se presenta en los meses de julio a septiembre dejando posterior a esto una gran humedad durante esta época de verano que fluctúa entre el 25 y 34%; la precipitación pluvial es de 175 mm casi siempre en forma torrencial. Por lo regular la temperatura media anual de 26 a 28°C, oscilando desde los 5° entre los meses de noviembre y diciembre, hasta los 48°C en las épocas más extremas como lo son los meses de julio y agosto.

Durante el mes de agosto y a principios de septiembre, el día 3 de septiembre llegó a tierra y costa sonorenses un evento climático muy importante para la comunidad de la costa de Hermosillo, el fenómeno se empezó como huracán Jimena y terminó como tormenta tropical, la cual golpeó a las costas de Hermosillo de manera moderada, dejando inundaciones en centros camaroneros, hogares, carreteras y terracerías quedaron sin comunicación por dos días.

3.1.6 Tipo de suelo

El suelo está conformado por dos unidades Xerosol y Yermosol, ambas capas pobres en materia orgánica y el subsuelo es rico en arcilla o carbonatos. Es de notar que son considerados suelos de baja susceptibilidad a la erosión, salvo en pendientes y algunas fases físicas. El terreno que cubre a la Costa de Hermosillo está conformado en su mayor parte por áreas de cultivo y otra parte de terrenos baldíos tipo desértico y salitroso.

3.1.7 Flora

La vegetación natural de la región es de matorrales o pastizales, de numerosos cactus, cotillos, mezquite y otras plantas únicas.

También cabe señalar que se tienen muchos campos de cultivo alrededor de los cuales podemos mencionar la uva, la nuez, la naranja, fresas, calabazas, chile, joroba, algodón, maíz, hortaliza, etc, además de plantas silvestres. En algunos hogares se tienen además pequeños sembradíos de chiles, de manzanilla, entre otros.

Entre las plantas que no son propias de la región se encuentran también las de ornato: geranio, colombos, colombinas, rosales, brocados, petunias y pinos. Esta variedad de plantas crecen en el tipo de terreno de la comunidad, puesto que por la zona han pasado arroyos que proporcionan suelos aptos para el tipo de flora ya especificada.

3.1.8 Fauna

Respecto a ésta puedo mencionar la que confiere a ser doméstica en la población de estudio, como lo son gatos, perros, caballos, gallinas, becerros, cabras, guajolotes, pájaros, pericos, palomas, vacas.

La fauna silvestre concierne una gran variedad de animales, mencionando como un grupo de ellos a los mamíferos, los cuales incluyen las liebres, coyotes, gatos montés, jabalí, venado, liebre, zorrillos, tlacuaches, entre otros; insectos como moscos, chinches, tijerillas, alacranes, viudas negras, abejas, grillos, tarántulas, hormigas, pinacates, etc.; las aves como buitres, halcones, águilas, búhos, gavilanes, lechuzas; y por último, los reptiles como lo son las víboras en diversas especies como de cascabel, cuernitos, chicoterías, tortugas, lagartijas y monstruos de gila.

Por otra parte cabe recalcar la fauna nociva que circula en nuestra comunidad y que son causantes de padecimientos y enfermedades en niños y adultos como lo son los mosquitos, moscas, ratas, ratones, cucarachas, garrapatas, grillos, algunas aves, gatos y perros callejeros por la deficiencia higiénica natal de estos animales que como ya mencioné en ocasiones sirven como vectores de enfermedades.

3.2 Ambiente Social

3.2.1 Población

La Costa de Hermosillo con una superficie agrícola cercana a las 85,000 hectáreas, ha generado miles de empleos y jornaleros agrícolas, además de empleos indirectos y temporales. Durante la mayor parte del año, se ha convertido en uno de los principales polos de atracción de los flujos migratorios, por lo que es sumamente difícil tener un registro fidedigno del crecimiento poblacional, ya que además del crecimiento poblacional originado por los lugareños, existe un crecimiento extra originado por el aproximadamente 10-15% de los jornaleros que acuden a la zafra cada año y que deciden asentarse en la comisaría.

3.2.1.1 Población en los Últimos 5 años

El XII Censo General de Población y Vivienda del INEGI, último censo oficial realizado en el año 2000, reportó en sus resultados una población total para el Poblado Miguel Alemán de **25,738** habitantes. Sin embargo, el dato más aproximado actualmente es el brindado por el departamento de Innovación de la Jurisdicción 1 el cual refiere una población de **30 985** habitantes.

Este dato no contempla una cantidad importante de la comunidad, que es la población flotante, comprendida por jornaleros agrícolas migrantes por temporadas a este lugar.

3.2.1.2 Densidad de la Población actual

Tomando en cuenta que la comunidad del Poblado Miguel Alemán tiene aproximadamente 30 985 habitantes en una extensión territorial de 5,643 km² se obtiene una *Densidad de Población* de 5.4 habitantes por km².

3.2.1.3 Tasa de Crecimiento Anual

En cuanto al crecimiento anual, vemos que esta población crece cada día debido a la migración de personas que vienen a buscar trabajo a campos aledaños o a instalarse con familias ya establecidas en esta localidad, con lo que la *Tasa de Crecimiento Anual* es de 48.1%

3.2.1.4 Movimientos de la Población (Migración e Inmigración)

Como anteriormente se mencionó, la Costa de Hermosillo cuenta con una superficie agrícola cercana a las 85,000 hectáreas que ha generado miles de empleos y jornales agrícolas, por lo que ha convertido en uno de los principales polos de atracción de los flujos migratorios. Factores como el cambio de patrón de cultivos y empleos más estables; más servicios públicos y mejores condiciones de vida conseguida por los trabajadores agrícolas organizados.

La inmigración temporal es grande y se genera de varios estados del país principalmente: Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Michoacán, Chiapas, Sinaloa, Nayarit, Chihuahua, entre otros. Sin embargo, la solicitud de mano de obra sólo es temporal, ya que estas personas son traídas por contratistas a laborar a los múltiples campos agrícolas durante toda la temporada de la cosecha, posterior a esto deben retornar a sus lugares de origen, aunque algunos buscan establecerse en el poblado, provocando asentamientos irregulares y zonas de invasión. Estos campos agrícolas son conocidos como lugares donde se concentran a cientos de personas en almacenes, donde viven en condiciones de hacinamiento extremo así como de insalubridad.

Están a cargo de mayordomos o patrones que en ocasiones no se percatan del estado de salud de sus jornaleros y sus familias por lo que frecuentemente llegan a la unidad de salud en condiciones realmente graves de salud.

La emigración que se origina en el Poblado Miguel Alemán es verdaderamente poca, ya que es mas afluente la inmigración, sin embargo, la emigración se da principalmente a Hermosillo, y la mayoría de estas personas constan de jóvenes que realizan estudios Medio Superior y Superior, así como la emigración de hombres y mujeres en edad productiva hacia los Estados Unidos, de los cuales algunos van contratados y otros van en busca de ingresar en forma ilegal.

3.2.1.7 Natalidad

La natalidad durante el año 2009 que fue proporcionada por el Registro Civil del PMA, muestra que hubo un total de 1300 nacimientos, pero los registrados para fines de números confiables para este trabajo, obtuve el dato de 82 nacimientos registrados por certificados oficiales, atendidos en el UER PMA durante el 2009. Sin dejar de mencionar que hay un gran subregistro de los mismos, conforme a la cifra obtenida en el Registro civil. La tasa de natalidad a diciembre 2009 fue de **3.231145** , en base a la población total del PMA en la ultima mitad del año.

Tasa de natalidad = No. de nacidos vivos registrados en un periodo

_____ X 1000

Población total a la mitad del año

3.2.2 Comunicaciones

3.2.2.1 Vías de Comunicación y Transporte

El Poblado Miguel Alemán se encuentra unido a la red de carreteras estatales a través de la carretera No.100 Hermosillo-Bahía de Kino. Es una carretera de dos carriles. El estado del pavimento y de los señalamientos es adecuado, y representa el vínculo con la capital del estado, por lo que es muy transitada por camiones agrícolas, comerciales, de transporte público y particulares. La afluencia de vehículos de ésta aumenta durante las épocas de verano y semana santa, debido a la gran afluencia turística tanto local como extranjera hacia Bahía de Kino. A esta carretera convergen otras más la calle 0 sur, 4 y 12 norte, 12 y 20 sur, 28 norte y sur, 36 norte y sur.

El principal medio de transporte público es otorgado por Autobuses Costa de Hermosillo, prestando un servicio diario en un horario de 5:30 a 20:30 horas otorgando así transporte a cada una de las calles mencionadas; los precios respecto a estos varían desde el lugar de ascenso hasta el descenso, el viaje PMA-Hermosillo y viceversa tiene un costo de \$43 pesos en el expreso y \$37 pesos en el ordinario. También existe la ruta Miguel Alemán a Guaymas que sale diariamente a las 11:00 am, los precios desde Hermosillo al poblado o a diversas calles como las ya mencionadas varían.

Dentro del poblado existen 2 rutas colectivas que parten del paradero ubicado en el IMSS y recorren hasta las calles más aledañas del poblado, tiene un costo de 5 pesos por persona. También existen taxis colectivos, con capacidad para 10 a 15 pasajeros. Sin embargo, comúnmente rebasan el límite de personas, volviéndose así un medio de transporte riesgoso, estos taxis son utilizados principalmente para transportar gente hacia los campos, los precios de estos también varían dependiendo la distancia.

3.2.2.2 Teléfonos, Telégrafos y Correo

Existen 5 casetas telefónicas a disposición general de la población para llamadas locales o de larga distancia, ubicadas en diversos locales de la comunidad. También se cuenta con el servicio de telefonía celular, proporcionado por las principales empresas y la recién apertura de un centro Nextel. El servicio es de buena calidad, la recepción digital es adecuada, extendiéndose la cobertura hasta Bahía Kino. Además de las líneas con las que cuentan algunas familias.

La oficina de telégrafos a cargo de TELECOM cuenta con un horario de lunes a viernes de 9 a 15 horas. Ofreciendo un servicio profesional de telegramas y giros postales a todo el país. Este último servicio tiene gran demanda los días lunes ya que es el primer día hábil después del día de paga en la mayoría de los campos agrícolas, por lo que muchos trabajadores mandan dinero a sus familias en otros lugares del país. La oficina de correos se encuentra junto a la de telégrafos y tiene el mismo horario de servicio. Recibe diariamente el correo y es entregado semanalmente.

3.2.2.3 Medios de Comunicación (Radio, Televisión y Prensa)

La cercanía con la ciudad de Hermosillo permite recibir la señal de la mayoría de las radiodifusoras de la capital; básicamente las estaciones de AM y FM. No se cuenta con radiodifusoras locales.

En cuanto a la información escrita se cuentan diariamente con diversos periódicos como lo son El Imparcial, la I, El Entorno, que nos hablan tanto de Hermosillo como nivel nacional e internacional y por otra parte encontramos diarios de edición local como lo son El Informador y El Costeño, mismos que sirven para difundir avisos publicitarios, políticos, deportivos y sociales. Cabe mencionar que participé en una noticia de este medio comunicativo, el pasado 18 de Diciembre al haber atendido el parto en la ambulancia de una adolescente de 15 años acompañada por su cónyuge, mismo que pertenecía a la comunidad Triqui, así mismo fui mencionada por el periodista como un hecho de impacto social.

3.2.3 Saneamiento Ambiental

3.2.3.1 Contaminantes Fisicoquímicos

Esta comunidad no cuenta con contaminantes tóxicos registrados dentro de la población; sin embargo, geográficamente está rodeada de campos agrícolas que se ubican alrededor de la comunidad y a lo largo toda la costa de Hermosillo. Ahí se utilizan todo tipo de agroquímicos, insecticidas y plaguicidas que, si no son manejados adecuadamente estos provocan severas intoxicaciones a los trabajadores, lo cual es muy común y han sido detectados como conjuntivitis químicas, dermatitis por contacto debido a los agroquímicos, hasta los casos graves de anafilaxia y shock. En el poblado no se han evidenciado industrias que causen contaminación directa del agua, del aire o del suelo. Sin embargo hago hincapié en el tipo de agroquímicos que sí causan daños a la salud comunitaria que en esta área se detectan frecuentemente pero que no son registrados como tal debido a que no se cuenta con la sustancia activa del mismo al momento del evento.

Acerca de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (RPBI) que se originan en la UER PMA y en el IMSS son separados de la basura ordinaria mediante el uso de las bolsas rojas y amarillas destinadas para manejo de este material, mismo que es recolectado por compañías que se encargan del manejo de los mismos, para evitar así la propagación de estos contaminantes entre la población.

3.2.3.2 Disposición de Basuras y Excretas

Para la disposición de basura en las casas la población utiliza botes y bolsas de plástico para almacenarla, sin separar los desechos biodegradables de los reciclables. En el poblado se cuenta con el servicio de recolección de basura por medio de camiones recolectores que cubren todos los sectores 2 veces por semana. Estos camiones transportan la basura a un relleno sanitario que se encuentra fuera de los límites del poblado, donde es enterrada y tratada.

Dentro del estudio realizado a 86 hogares se encontró que el 100% de dicha población contaba con la recolección de basura por la red municipal, lo que nos origina una disminución en la contaminación fuertemente generada por el enterramiento, incineración o a cielo abierto, como se muestra a continuación.

De las encuestas realizadas al sector, al visitar los hogares se dieron anotaciones como cuales de las viviendas contaban con contaminación ambiental, es decir, cuantos hogares tenían basura en el patio y cuantos hogares estaban limpios de basura y/o cacharros, de los cuales el 12% si tenía basura al intemperie y el 88% contaba con un patio limpio, como se muestra en la siguiente gráfica.



Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

3.2.3.3 Flora y Fauna Nociva

La principal flora nociva en la región la constituye la marihuana, ya que un alto porcentaje de la población económicamente activa la utiliza. También se considera como flora nociva a todas aquellas plantas alergénicas que en las temporadas de primavera y verano ocasionan un aumento en la incidencia de padecimientos como la rinitis alérgica y exacerbaciones de asma bronquial.

En cuanto a fauna nociva, es muy común la proliferación de alacranes, cucarachas, mosquitos, grillos, chinches, abejas y arañas, especialmente durante los meses de verano llegando a convertirse en verdaderas plagas. Durante el año se realizan actividades de descacharre y aplicación de abate en la comunidad para evitar la presencia de vectores de dengue (*Aedes aegypti*) y paludismo

(*Anopheles*).

Cabe mencionar la presencia de insectos como pulgas, garrapatas y piojos los cuales son transmisores de enfermedades rickettsiales diversas y que más adelante se hará una descripción acerca de su incidencia en este año.

3.2.4 Vivienda

3.2.4.1 Disponibilidad de Agua

En las encuestas realizadas como censo de la población, se registraron un total de 86 hogares, de los cuales el 100% de estas tenían como fuente de abastecimiento el agua entubada, en todos los hogares negaron obtenerla de pozos, norias, tambos, ríos o de la lluvia, tal como se muestra a continuación.

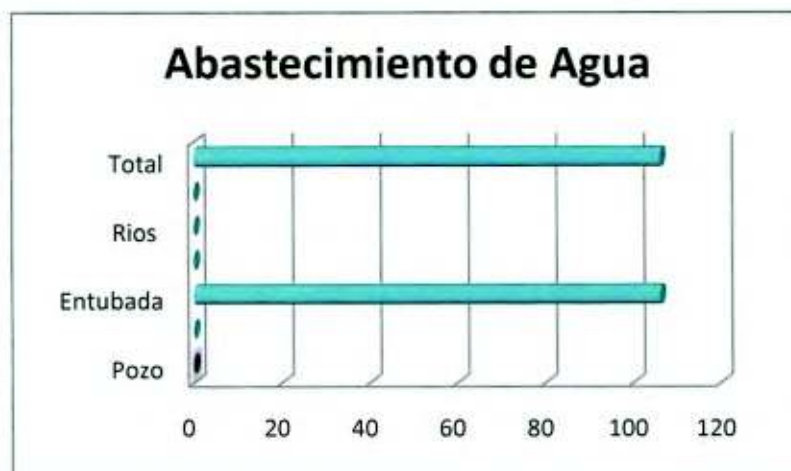
Tabla de Fuente de Abastecimiento de Agua en un Sector del PMA
Durante el año junio 2009 – Enero 2010

Suministro de Agua	Número de Viviendas	Porcentaje
Pozo	0	0%
Noria	0	0%
Entubada	86	100%
Tambos	0	0%
Ríos	0	0%
Lluvia	0	0%
Total	86	100%

Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

Gráfica de Fuente de Abastecimiento de Agua en un Sector del PMA

Durante el año junio 2009 – Enero 2010



Actualmente en la Comisaría la gran mayoría de las viviendas cuentan con agua intradomiciliaria. La cloración del agua se verifica de manera constante por los encargados de AGUAHH y por los Promotores de Salud de la UER PMA donde diariamente se registra el nivel en diferentes sitios del poblado. Los resultados fueron: con Cloro dentro de la norma 130 tomas y 45 fuera de la norma, como se muestra a continuación el total durante el periodo junio-diciembre 2009, y mes por mes durante el mismo.



Fuente: Semanales de cloro residual. Promoción de Salud de la UER PMA 2009 - 2010.

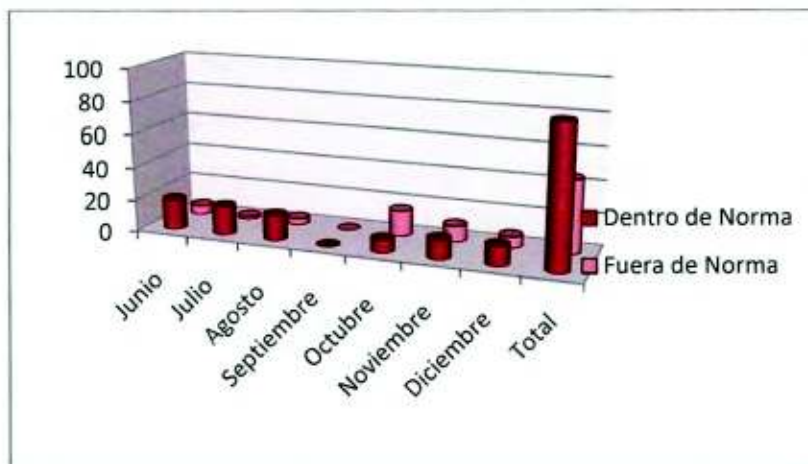
En la verificación mes por mes de cloro residual se cuentan con los siguientes datos: durante el mes de junio fueron 25 en total con 19 tomas con cloro, 6 tomas sin cloro, el mes de julio en las obtenidas fueron 18 con cloro, 2 sin cloro, el mes de agosto muestra 16 con cloro y 4 sin cloro, septiembre no reportó toma de cloro residual, en octubre del total de 24 tomas, fueron 8 tomas con cloro y 16 tomas sin cloro, durante el mes de noviembre con 22 tomas, 12 fueron con cloro y 10 sin cloro, en diciembre la verificación de 19 tomas mostraron que 12 tomas eran con cloro y 7 tomas sin cloro. En seguida se presenta de forma simplificada.

**Tabla de Verificación de Cloro Residual en Tomas Domiciliarias
de un Sector del PMA durante junio 2009 – Enero 2010**

Mes	Dentro de Norma	Fuera de Norma
Junio	19	6
Julio	18	2
Agosto	16	4
Septiembre	0	0
Octubre	8	16
Noviembre	12	10
Diciembre	12	7
Total	85	45

Fuente: Semanales de cloro residual. Promoción de Salud de la UER PMA. Depto epidemiología UERPMA

Tabla de Verificación de Cloro Residual en Tomas Domiciliarias de un Sector del PMA durante junio 2009 – Enero 2010



Fuente: Semanales de cloro residual. Promoción de Salud de la UER PMA

3.2.4.2 Eliminación de Excretas

En cuanto a la disposición y eliminación de excretas en el sector encuestado se encontró que de los 86 hogares (100%), 72 contaban con drenaje para la eliminación lo cual asume al 83% de los hogares totales, 6 hogares que corresponden al 6.97% lo hacían en pozo negro, y solo en 8 hogares que suman un 9.3% se contaba con fosa séptica.

Tabla de Eliminación de Excretas en Viviendas de un Sector del PMA Durante junio 2009 – Enero 2010

Tipo de Eliminación	Viviendas	Porcentaje
Drenaje	57	83%
Fosa Séptica	8	9.3%
Letrina	0	0%
Pozo Negro	6	6.97%
Suelo	0	0%
Total	86	100%

Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

Gráfica de Suministro de Energía en un Sector del PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010



3.2.4.4 Material de la Vivienda

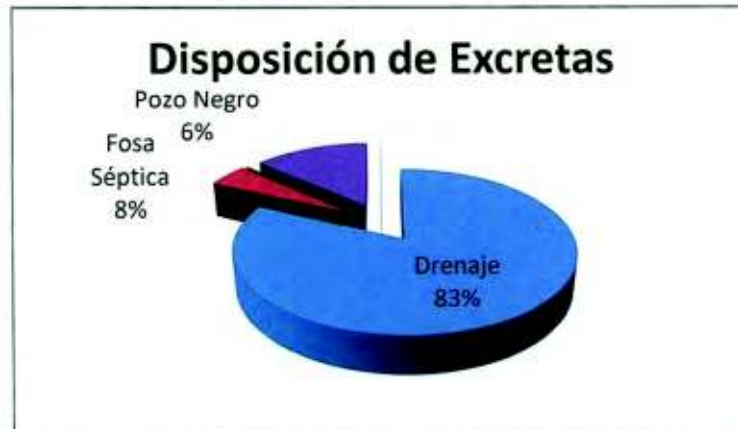
De las 86 casas encuestadas se obtuvo un registro de materiales con los que se encuentran construidas las viviendas y para su exposición se divide a continuación en: techos, paredes, pisos y se incluye también el número de hogares que cuentan con cocina dentro y fuera de los dormitorios. En cuanto al material del que están realizados los techos de las casas encuestadas, 69 de ellas que corresponden a un 65% son de concreto, el otro 35% que corresponde a 37 hogares es de otros materiales como madera, cartón, lámina, etc. como se muestra a continuación.

Tabla de Material de Construcción de Techos en Viviendas de un Sector del PMA durante junio 2009 – Enero 2010

Material	Viviendas	Porcentaje
Concreto	78	90.6%
Otros (lámina, cartón)	8	9.302%
Total	86	100%

Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

Gráfica de Eliminación de Excretas en Viviendas de un Sector del PMA Durante junio 2009 – Enero 2010



Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

3.2.4.3 Electricidad

Casi el 90% del Poblado Miguel Alemán cuenta con energía eléctrica dentro de sus hogares, ya sea de manera regular o irregular por medio del robo de esta a otros hogares.

Es de gran importancia recalcar que en la población encuestada que fue un total de 86 hogares, en el 100% de los mismos contaba con energía eléctrica.

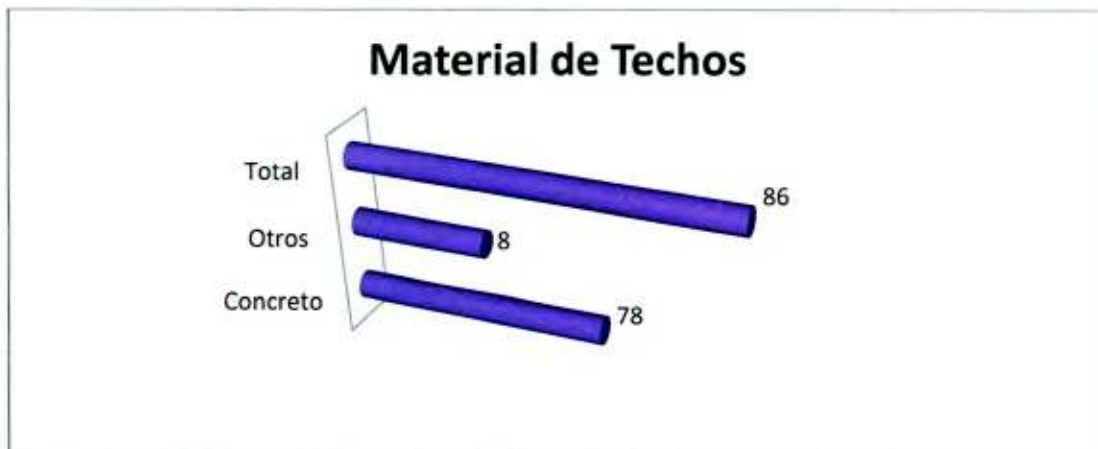
Tabla de Suministro de Energía en un Sector del PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010

Suministro de Energía	Viviendas	Porcentaje
Electricidad	86	100%
Otros (lámparas, velas)	0	0
Total	86	100%

Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

Gráfica de Material de Construcción de Techos en Viviendas de un Sector del PMA durante junio 2009 – Enero 2010



Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

El piso de las viviendas encuestada en el PMA nos arrojaron los siguientes resultados: 10 de los hogares tenían piso de tierra, y el resto un total de 76 se encontraban contruidos de otros materiales, entre los que se engloban cemento, loseta, ladrillo, vitropiso. A continuación se muestra la tabla.

Tabla de Material de Construcción de Pisos en Viviendas de un Sector del PMA durante junio 2009 – Enero 2010

Material	Viviendas	Porcentaje
Tierra	10	19%
Otros (cemento, loseta)	76	81%
Total	86	100%

Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

Gráfica de Material de Construcción de Pisos en Viviendas de un Sector del PMA durante junio 2009 – Enero 2010



Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

3.2.4.5 Promedio de Habitantes por Vivienda

Dicho promedio resulta curioso, ya que día a día el Poblado Miguel Alemán es abrigo de personas que acuden a trabajar a campos aledaños, estableciéndose cada día más personas a dicho lugar, por lo que en la muestra sectorial de estudio se conto con un total de 86 hogares con 438 personas como habitantes lo que nos resulta en *5 habitantes por hogar*, cabe señalar que resulta difícil establecer el total de la población por hogar por tal crecimiento consecutivo.

3.2.5 Economía

3.2.5.1 Población Económicamente Activa

En cuanto a la población que aporta recursos al hogar es imprescindible mencionar que a pesar que la gran mayoría de la población se dedica al campo, no todos están económicamente activos. Tal hecho, resulta que del total de 438 personas incorporadas al estudio, 178 de ellas (40.6%) son quienes normalmente laboran para sustentar los distintos gastos de los hogares, sin embargo, de los 178

mencionados, solo el 63.4% correspondiente a 113 personas al momento del estudio eran quienes estaban empleados y un 24% fungía como desempleados. Por lo tanto, la *Población Económicamente Activa* durante el estudio de la muestra fue de 63.4%. A continuación se muestra dicho suceso.

Tabla de Ocupación de la Población de un Sector del PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010

Ocupación	Número de Personas	Porcentaje
Empleados	113	63.4%
Desempleados	65	36.5%
Total	178	100%

Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

Gráfica de Ocupación de la Población de un Sector del PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010



Fuente: Encuestas realizadas de un Sector del PMA por promotores de salud.

3.2.5.2 Ocupación

La actividad agrícola del estado se desarrolla principalmente en la Costa de Hermosillo. Ocupa el tercer lugar en volumen de producción en el Estado, después de los valles del Yaqui y del Mayo.

La vida en la comunidad del campo es muy sistematizada, ya que llevan un rol de trabajo muy esclavizado y mal remunerado, aquellos que trabajan en el campo, que son la mayoría se deben levantar de lunes a sábado entre 3 y 4 de la mañana, tomar un desayuno ligero si el tiempo lo permite y trasladarse al campo donde trabajan con horario de 5 am a 11am, teniendo media hora para comer (no todos, solo los trabajadores de contrato) y continuando sus labores para terminar entre 5 y 6 de la tarde.

Los principales cultivos practicados son el trigo, cártamo, garbanzo, maíz, grano, entre otros. Asimismo, en cultivos perennes los principales son vid, cítricos, alfalfa y nogal, además de las hortalizas.

3.2.6 Alimentación

La alimentación en el Poblado Miguel Alemán está basada en tipos de granos como frijol, arroz, tortilla, múltiples condimentos, diversos tipos de chiles, aunado siempre a la ingesta indiscriminada de productos de cola, mismos que producen padecimientos gástricos, también desde temprana edad vemos a los niños con alimentos chatarra como son las sopas en vaso, alimentos de frituras.

3.2.7 Educación

A continuación se enlistan los diferentes planteles de educación existentes en el Poblado Miguel Alemán de una forma breve:

Preescolares:

- Preescolar *Gregorio Torres Quintero*. (Preescolar General). Su horario es exclusivo matutino.
- Preescolar *Las Higuierillas*. (Preescolar Indígena). Su horario es exclusivo matutino.
- Preescolar *Nueva Creación*. (Preescolar Indígena). Su horario es exclusivo matutino.
- Preescolar *Nueva Creación (San Isidro)*. (Preescolar General). Su horario es exclusivo matutino.
- Preescolar *Nueva Creación*. (Preescolar General). Su horario es exclusivo matutino.
- Preescolar *Soledad Leyva Munguía*. (Preescolar General). Su horario es exclusivo matutino.
- Preescolar *Miguel Aleman Valdez*. (Preescolar General). Su horario es exclusivo matutino. Dirección: Benito Juárez Y Boulevard Zapata.
- Preescolar *Nueva Creación*. (Preescolar General). Su horario es exclusivo vespertino. Dirección: Benito Juárez y Boulevard Emiliano Zapata.
- Preescolar *Centro De Desarrollo Infantil DIF Hermosillo*. (Preescolar General). Control Público Estatal. Su horario matutino. Dirección: Ricardo Flores Magón Y 13 De Septiembre.

Primarias:

- Escuela *Primaria 19 de abril*. (Primaria Indígena). Horario matutino. Se encuentra ubicado en la Comunidad Triqui.
- Escuela *Primaria Amado Nervo*. (Primaria general). Horario vespertino.
- Escuela *Primaria 22 De Septiembre De 1972*. (Primaria General). Horario matutino.
- Escuela *primaria Carmen Ramírez Armenta*. (Primaria General). Horario vespertino.
- Escuela *primaria Miguel Alemán Valdez*. (Primaria General). Horario matutino.

Diagnóstico de Salud 2009-2010

- Escuela primaria *Nueva Creación*. (Primaria Indígena). Horario vespertino. Dirección: Comunidad Triqui.
- Escuela primaria *Nueva Creación*. (Primaria General). Control Público Estatal. Horario matutino. Dirección: Benjamín Hill Y Avenida Ricardo Flores Magón.
- Escuela primaria *Tomas Martínez Cruz*. (Primaria Indígena). Horario matutino.
- Escuela primaria *Francisco Eduardo Ibarra Luna*. (Primaria General). Horario vespertino.
- Escuela primaria *Josefa Ortiz De Domínguez*. (Primaria General). Horario matutino.
- Escuela primaria *Miguel Hidalgo y Costilla*. (Primaria General). Horario vespertino.

Secundarias:

- Escuela *Telesecundaria 218*. (Telesecundaria). Control Público Estatal. Horario matutino. Dirección: Lázaro Cárdenas Y 1 De Junio.
- Escuela *Secundaria Técnica #41*. Horario matutino. Dirección: Ejido El Triunfo.

Preparatoria:

- *Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario #161 (CBTA 161)*. (Preparatoria). Control público (extensión de Ures, Son.). Horario matutino. Dirección: Carretera a Bahía de Kino km 61.

3.2.8 Religión

En la comunidad existen alrededor de 16 establecimientos religiosos, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 1 Iglesia de los Santos de los Últimos Días, 2 Testigo de Jehová, 3 Iglesias Apostólicas de la Fe en Cristo Jesús, 2 Católicas, 2

La Luz del Mundo, 3 Iglesias Bautistas, 1 Iglesia Adventista del Séptimo Día y 2 Iglesias de Jesucristo de las Américas.

3.2.9 Diversión y Esparcimiento

Podemos mencionar el parque considerado como centro social, localizado en el centro del poblado y dos parques más localizados en área comercial geográfica del poblado.

En lo que a instalaciones deportivas se refiere existen en la localidad 5 canchas deportivas, 2 unidades deportivas y dos campos de béisbol, con las cuales no se cubre la demanda de la población.

Por lo regular 2 o hasta 3 fines de semana al mes se realizan bailes en las plaza principal del poblado, ubicada contra esquina de la UER PMA. Los bailes se organizan los sábados por la noche y los domingos a los cuales acuden principalmente jóvenes, los grupos que acuden usualmente son del género norteño. Algunos otros eventos de este tipo se realizan en el Casino del Poblado. Un gran grupo de jóvenes y adultos jóvenes son los que acuden a partir del viernes a la plaza a pasar un rato, caminar alrededor del kiosco, esperar amistades o simplemente convivir.

Las fiestas más importantes del poblado son las Fiestas de La Vendimia que se realizan en el mes de Junio, donde celebran la producción de la uva de mesa; en esta fiesta se venden bebidas alcohólicas, antojitos mexicanos entre otras cosas, además se instalan juegos mecánicos, área de baile donde cada día es invitado un grupo o banda de la región para amenizar las fiestas, además teatro al aire libre y del gran cierre de las fiestas que es eligiendo a la Reina de la Vendimia; y durante diciembre las fiestas de La Guadalupana que son organizadas por el comité de la Iglesia Católica del poblado, donde se cantan las mañanitas en honor de la Virgen, además la iglesia es adornada con numerosas luces y arreglos florales, además se realiza un recorrido por el poblado.

3.2.10 Historia

A partir de los años 1920 y 1930 se dieron los primeros asentamientos humanos en la localidad por grupos de agricultores privados y ganaderos nacionales, entre los que sobresalen familias de italianos y ejidatarios de la región y la Tribu Seri. Hay registros que en el año de 1844 los primeros pioneros de la Costa de Hermosillo fueron los hermanos Ignacio María y Pascual Encinas, provenientes de la región de Sahuaripa, quienes fundaron la Hacienda San Francisco de la Costa Rica en el área hoy conocida como Siete Cerros.

En el año de 1949 en el Estado de Sonora surge en la región occidental o poniente de la ciudad de Hermosillo lo que actualmente conocemos como La Costa, en aquel entonces el día 24 de Diciembre de 1949 se le dio el nombre de "Distrito de colonización Miguel Alemán Valdés" en honor al Presidente Miguel Alemán Valdés en el sexenio comprendido de 1946 a 1952, mismo que propuso la derogación de la antigua "Ley de Colonización de 1926" en donde se gesta una buena resolución para el proyecto.

Entre 1949 y 1951 por acuerdos con el gobierno federal, se establecieron los colonos procedentes del Valle del Yaqui y de la sierra, aprovechando las tierras de riego que se abrieron en la región. Estos grupos se dedicaban a la labor del campo y a la ganadería en esta región, a partir de su colonización, obtuvieron apoyos financieros por parte de los programas de apoyo establecidos por el gobierno federal, los cuales les permiten revolucionar la agricultura y con ello el proceso de apertura de pozos hidráulicos. Además se facilitaba el otorgamiento de los créditos y la adquisición de maquinaria agrícola.

El Poblado Miguel Alemán nace en la época de los años 60's a partir de la creación de la Clínica del IMSS y de los asentamientos humanos ya establecidos alrededor de él, continuando así su crecimiento urbano paralelo a la carretera estatal #100 rumbo a la comisaría Bahía de Kino. La creación de esta comisaría se da también como producto del desorden concerniente a la división política, hecho que dificultaba seriamente la gestión administrativa del ayuntamiento. El decreto No. 35 que autoriza la creación de la Comisaría Miguel Alemán entró en vigor el 31 de octubre de 1986. Actualmente es bien conocido que La Costa de

Hermosillo está integrada por campos, colonias, ejidos y poblados, todos representando un modelo productivo agrícola donde siempre sobresale como cabecera el Poblado Miguel Alemán.

3.2.11 Cultura

La Comisaría de Miguel Alemán está formada por una población rural heterogénea debido a los diversos hábitos y costumbres de los diferentes habitantes que la conforman. Esta población procede de diversos grupos étnicos flotantes de los cuales destacan los Triquis, Zapotecos, Mixtecos, y los Tarahumaras, hablando cada quien sus variados dialectos y siguiendo sus respectivas costumbres. También se representan los Seris, quienes habitan principalmente en Bahía de Kino, Punta Chueca y Desemboque.

El estilo de vida es como el de cualquier población agrícola. Hombres, mujeres y niños se emplean en las labores del campo, incluso con frecuencia sucede que el hijo o hija mayor acuda a temprana edad a trabajar en el campo, o que por el contrario se encarguen del cuidado de los hermanos menores, provocando así en ocasiones la suspensión temprana de sus estudios; permitiendo a los niños desenvolverse en un ambiente de responsabilidad, dinámico y participativo dentro del rol de trabajo y familiar, por consecuente la necesidad de los mismos por formar una familia de manera irresponsable a temprana edad y sin ningún futuro académico.

Las clases sociales bien delimitadas que se observan en el poblado son la media alta, constituidas por habitantes del centro del poblado, los cuales se dedican al comercio bien establecido, como lo es la colonia Pueblo Unido, la media baja que se encuentra en otras colonias fuera del área del centro, cuyos habitantes son trabajadores regulares del campo con prestaciones y afiliaciones al IMSS o que son empleados con ingresos irregulares; y finalmente la clase baja que se localiza a las orillas del Poblado, en el área conocida como La Invasión y donde se observa hacinamiento, desnutrición y pobreza extrema, ya que está constituido por población flotante proveniente del sur del país.

Como lengua oficial en el Poblado se habla español, sin embargo nuestra comisaria está muy poblada por gente emigrante del sur del país que traen sus costumbres y dialectos. Entre los más notorios están el Triqui, Mixteco, Mexicano, y Zapoteco, entre otros.

3.2.12 Diversidad étnica

Como ya se ha mencionado la población que concierne a nuestra comisaria la mayoría no son locales, sino emigrantes de diferentes estados de la república como lo son Oaxaca, Michoacán, Guerrero, Veracruz, Chiapas entre los mas destacantes, mismos que en ocasiones necesitan de algún traductor ya que no en su totalidad hablan español, sino lenguas tales como el Triqui (alto o bajo), mixteco, zapoteco, maya, ya que en las familias encontramos que las personas de mayor edad son quienes tienen dificultad para comunicarse por no saber español, sin embargo, es conocido por las mismas personas de estas etnias que las nuevas generaciones están descontinuando estas lenguas, ya que no optan por hablar la lengua sino por entenderla.

3.2.12.1 Comunidad indígena Triqui

El nominativo triqui es una deformación del vocablo driqui, de la lengua triqui, compuesto por dri, derivado de dre: "padre", y qui: "grande" o "superior". Al llegar los españoles a estos pueblos, al jefe del clan se le denominaba como señor supremo, que era la máxima autoridad de la comunidad. Los españoles llamaron a estos indígenas "triquis", término que degeneró en triqui. Dios y Jesús se denominan con el término Driqui. Los triquis de Copala se llaman a sí mismos tinujei, que significa "hermano mío".

En la tradición oral se dice que los triquis provenían de Monte Albán, de donde fueron expulsados por desobedecer las órdenes del rey.

El pueblo Triqui se sitúa en el oeste del estado de Oaxaca, cerca de los límites con Guerrero y se asienta entre los distritos político-territoriales de Juxtlahuaca, Tlaxiaco y Putla, a los cuales pertenecen sus escasas agencias municipales con sus rancherías y parajes. La región comprende dos zonas: la Baja, cuya cabecera es San Juan Copala y se extiende desde las cañadas de Juxtlahuaca hasta el valle de Putla; y la Alta, con cabecera en San Andrés Chicahuaxtla. Si bien la región incluye porciones de la Mixteca Alta y de la Baja, no conviven en ella grupos mixtecos o mestizos ni tampoco existen etnias de otras áreas, debido al tipo de tenencia comunal de la tierra y a su propia organización social.

El territorio triqui se asienta en una región montañosa de difícil acceso. Se llega a ésta por el camino que va de Agua Fría a Tilapa pasando por San Juan Copala, y el que va de Tilapa a La Luz 17; otro que va de La Luz a Cruz Chiquita y Laguna Seca, y de Llano Nopal a Río Venado.

Los idiomas triqui, mixteco, cuicateco y amuzgo pertenecen a la familia mixteca, del tronco macro-otomangue. Swadesh los sitúa en la familia mixteca del tronco "Savisa" del grupo otomangue, junto con las familias mazateco-popoluca, mixteca y zapoteca. Las mujeres de mayor edad son monolingües; la mayoría de los hombres hablan el español y el triqui, al igual que los niños que han estudiado la primaria. Los triquis también hablan el mixteco. En la época colonial se comunicaban en este idioma con los misioneros españoles.

En cuanto a las características físicas del área Triqui, el río Copala pasa por la orilla del poblado del mismo nombre y el río Cuchara al sureste de Chicahuaxtla. Estos pequeños ríos no alcanzan a regar las tierras en la estación seca, pues su caudal es muy débil; los pobres y accidentados suelos son humedecidos por finas lloviznas durante la estación seca, incluyendo el invierno. La región baja, con relativa abundancia de agua durante todo el año, ofrece mejores condiciones para los cultivos tradicionales y una mayor diversificación de los mismos.

Diagnóstico de Salud 2009-2010

En las áreas de clima templado hay suelos de pradera y vegetación arbórea. Las áreas de clima semitropical presentan suelos complejos de montaña con vegetación de bosque tropical. La región alta es de un clima templado que se mantiene constante y va de los 14° C a los 18° C, y alcanza el máximo antes del verano. La niebla, permanente durante todo el año, se intensifica en marzo y abril. En la región baja el clima es semitropical, la temperatura fluctúa entre los 20° C y 25° C, y la máxima se da antes del verano.

Los triquis cultivan maíz, frijol de enredadera, calabaza y otros productos. En la región de Copala se introdujo a fines del siglo XIX el cultivo de café, que junto con la caña de azúcar y el plátano se destinaron al comercio para la subsistencia de sus habitantes. Las mujeres triquis son buenas artesanas en la confección de ropa en general. Ellas tejen en telar de cintura y en telar horizontal de cuatro estacas, también llamado "malacate"; los vestidos femeninos son para uso personal o para venderlos; también confeccionan camisas y fajas, tejen sombreros de palma y cestos, que destinan al uso personal.



Paciente de la etnia Triqui, de 115 años. Enero 2010

3.2.12.2 Mixtecos

Los indígenas mixtecos, por su número de integrantes, son el segundo grupo indígena más grande de Oaxaca y el cuarto más grande del país. La Mixteca se divide en tres regiones naturales con diferencias notables en cuanto al ecosistema y a la cultura de cada una. Éstas son: la Mixteca Alta, la Mixteca de la Costa y la Baja. Otros investigadores la dividen por Estados, las de Oaxaca, Puebla y Guerrero. El territorio mixteco se encuentra en el llamado "Paquete Montañoso" de Oaxaca. Las sierras más importantes de la mixteca son las de Tamasulapan, Nichixclan y Peñoles; al oriente, Coy; y al sur, Collan.

En la Mixteca Baja, los municipios más poblados son San Juan Mixtepec, San Martín Peras, Teozatlán de Segura y Luna, San Antonio Monteverde, Coicoyán de las Flores, San Simón Zihuatlán, San Jerónimo Xayacatlán, Xayacatlán de Bravo y Chigmecatitlán.

La vivienda tradicional era la choza de planta circular con techo de zacate, pero a este modelo lo desplazó la casa de planta cuadrangular con un solo cuarto.

La mayoría de los mixtecos de la Zona Baja habitan en rancherías dispersas o en poblados en donde también hay mestizos, en cuyo caso, residen en la periferia. Allí las casas tienen paredes de ladrillo, de piedra o de madera, techos de cuatro aguas cubiertos con pencas de maguey o con palma.

Las viviendas de los Mixtecos de la Costa casi siempre son de planta circular, tienen paredes de carrizo o madera y techos de palma. Las casas de la Mixteca Alta son de planta rectangular con un solo cuarto de tierra apisonada y muros con una sola puerta y dos ventanas. Las paredes son de tabique, piedra, madera o adobe. Los techos son de cuatro aguas de palma o paja. Algunas casas tienen un anexo que sirve como cocina.

En las tres regiones, las casas suelen tener en el solar un cuezcomate o troje para almacenar granos y un temazcal que generalmente es de piedra. El mobiliario del

dormitorio suele estar formado por camas de madera o petates y hamacas. Cada vivienda tiene un altar para venerar al Santo Patrono del lugar.

Los mixtecos de la zona Alta habitan en más de 38 municipios, lo que representa la zona más extensa y la más densamente poblada por indígenas en Oaxaca. Los principales municipios son: Achiutla, Yacuana, Teposcolota, Teposcolula, Tilantongo, Tamazula, Teozocalco y Tlaxiaco.

La mixteca Alta es una de las zonas más pobres del país, lo que ha generado altos índices de emigración hacia Puebla, Oaxaca, Ciudad de México e inclusive hacia los Estados Unidos. Los miembros de la familia en sentido extenso intervienen en la construcción de las casas así como en las tareas agrícolas y artesanales. Otros realizan trabajos asalariados en Veracruz y Morelos durante la zafra de caña y regresan después a sus comunidades.

La agricultura es la fuente principal de su economía. Los cultivos más importantes son: maíz, trigo y frijol. En la Mixteca Alta, se elaboran tejidos de palma, algodón, lana, artículos de ixtle, cuero y barro. En la Mixteca Baja, hacen tejidos de palma; y en la Costa, elaboran objetos de barro, textiles en telares de cintura y panela.

Los Mixtecos se caracterizan por una diversificada producción artesanal. Se manufacturan pozahuancos, jícaras, máscaras, jarcería, textiles en algodón y lana como: servilletas, cobijas, huipiles, morrales, ceñidores, refajo, bordados, camisas, cotones, rebozos y enredos de lana, cestería de carrizo y talabartería, cohetes, cuchillos, herrería, metates, escobas y sombreros finos de palma real, procedente del istmo y el resto de palma criolla recolectada en la región.

3.2.12.3 Zapotecos

No conforman una unidad homogénea; la diversidad de su medio ha determinado grandes diferencias económicas y culturales, por lo que han subdividido en tres grupos: lo zapotecos de la Sierra del Sur de Oaxaca (Mihuatlán), lo zapotecos de Valles y zapotecos del Istmo; estos dos últimos conforman los núcleos más

numerosos. Los zapotecos del Valle habitan en toda la Región de Los Valles, pero principalmente en los distritos de Zimatlán, Centro y Tlacolula.

Entre los mitos que existen se dice que son descendientes de la roca las arenas o árboles de la región. Creen en espíritus malignos, duendes y en chaneques.

Dentro del espectro étnico del país, los zapotecos son, después de los nahuas y los mayas, la minoría étnica más numerosa, representando 8% del total de la población de habla indígena en México.

Con 341 583 hablantes en Oaxaca, en 1990, conforman el grupo indígena más amplio del estado, con presencia en prácticamente las ocho regiones geográficas en que se divide la entidad, existiendo también importantes núcleos en la ciudad de México, estado de México, Chiapas, Veracruz y en diversos sitios de los Estados Unidos, lugares a donde emigran en búsqueda de mejores perspectivas. En Oaxaca representan 34% del total de hablantes de lenguas indígenas mayores de 5 años, y su presencia es significativa en 188 municipios.

El zapoteco es una lengua tonal; es decir, que mediante la emisión de tonos altos, medios y bajos o bien ascendentes y descendentes, se establecen los diversos significados. Su idioma está clasificado en el grupo Otomangue, tronco Savizaa, familia zapoteca y tiene más de 14 variantes dialectales en las montañas, los valles y el istmo.

3.2.12.5 Tarahumaras

Los tarahumaras se llaman a sí mismos rarámuri. Los españoles por corrupciones del lenguaje los denominaron tarahumaras, que no es más que una castellanización de la palabra tarámuri, inversión tarumari, de ahí proviene según el padre Luis Verplancken. Y según el historiador Luis González Rarámuri etimológicamente significa "planta corredora" y que en un sentido más amplio

quiere decir "Los de los pies ligeros", haciendo alusión a la más antigua tradición de ellos: la de correr.

Dentro de los cuatro grupos de indígenas que están asentados en la sierra, los tarahumaras suman alrededor de 50,000.

Es posible que los antepasados de los indígenas Tarahumaras hayan llegado de Asia, atravesando el estrecho de Bering, hace aproximadamente unos veinte mil años. Pero los vestigios humanos más antiguos que se han encontrado en la sierra son las famosas puntas clovis (armas típicas de los cazadores de la megafauna del pleistoceno) con una antigüedad de casi 15,000 años, lo que nos permite datar la presencia de los primeros pobladores de la Sierra Tarahumara. (Revista México Desconocido). Pero fue hasta 1606 cuando los misioneros tuvieron el primer contacto con los indígenas de la sierra y fue en los siglos XVII y XVIII cuando diversas tropas de granjeros y comerciantes españoles invadieron esta región despojando gran parte de la tierra a los indígenas, cambiándoselas por jabón, sal, mantas y otras baratijas; algunos indígenas entraron a trabajar con ellos obligados a trabajar como peones pagándoles muy poco. En cambio, otros emigraron hacia las partes más recónditas de la sierra para protegerse y evadir el trabajo forzado en haciendas y minas.

Los de los pies ligeros ocupan la cuarta parte en el suroeste del estado de Chihuahua (50 mil km²) en una de las partes más altas de la Sierra Madre Occidental, conocida también como la Sierra Tarahumara, la cual alcanza entre los 1500 y 2400 mts sobre el nivel del mar. El terreno es abruptamente quebrado en varias regiones, lo que hace que la temperatura sea extrema, donde en la cima de las barrancas el clima es frío (invierno hasta -20 grados centígrados, verano 20 grados centígrados en promedio) y en el fondo se presenta un clima templado o caliente (invierno 15 grados en promedio y hasta los 40 grados centígrados en verano). El 90% de la población rarámuri se concentra principalmente en los municipios de Bocoyna, Urique, Guachochi, Batopilas, Carichí, Balleza, Guadalupe y Calvo y Nonoava.

En cuanto a su trabajo, es la agricultura, principalmente del maíz, frijol y calabaza; el pastoreo (crianza y cuidado del ganado) son sus medios básicos de vida. En la era moderna algunos fabrican artesanías como tambores, arcos, violines, vasijas de palma, entre otras cosas, que después venden a los turistas.

Los rarámuris viven en forma precaria; sus bajos recursos económicos les impide acudir a la escuela. La tierra es muy pobre y sólo el primer año de cosecha les va bien; al otro año el suelo se deslava y pierde riqueza.

3.2.13 Hábitos y Costumbres

En cuanto a hábitos de los pobladores, se pueden mencionar como los más importantes los referentes a alimentación, ya que en esta localidad como en el estado en general, es muy predominante la ingesta de comida chatarra con poco valor nutricional que lleva a los extremos de la nutrición ya sea al exceso como lo es la obesidad o a la deficiencia como lo es la desnutrición, ya que es muy común ver a niños que desde el año de edad tienen suplemento de la fórmula láctea por coca-cola, otro tipo de "alimentos" muy popular entre la población lo son las sopas maruchan; aunque también es común encontrar niños obesos por el exceso en la deficiencia de calidad alimenticia, ya que siempre se ven con frituras de maíz, chocolates, mismos alimentos que a largo plazo los conllevan a padecer enfermedades crónicas degenerativas desde temprana edad, aunado a otro hábito no saludable como lo es la falta de actividad física a todas las edades contribuyendo de manera importante al sedentarismo.

Como anteriormente se mencionó la población acude los fines de semana a la plaza ubicada contra esquina del centro de salud, a pasar un rato con familiares y/o amigos, degustar en los puestos ambulantes que ponen a disposición de las personas elotes cocidos o asados, hot dogs, carretas de tacos y bebidas como refrescos o aguas frescas.

3.2.14 Sitios de Recreación y Actividades Deportivas

Los deportes se practican gracias a que se cuenta con diversas instalaciones deportivas localizados en diferentes puntos de la comunidad, las cuales son de libre acceso a toda la población, entre ellas cabe mencionar 2 unidades deportivas como lo son la Unidad Azul ubicada en calle Ramón Arvizu y Nicolás Bravo y la Unidad Hábitat ubicada en Rosario Ibarra de Piedra y José María Morelos.

También se cuenta con 3 Estadios de Fútbol y 4 Canchas de Básquetbol acondicionadas también para fútbol rápido. Anualmente se efectúan diversos eventos deportivos, en los cuales participan: una liga de béisbol, tres ligas mayores y dos ligas infantiles de fútbol, todas con la realización de dos torneos durante el año; asimismo, una liga de básquetbol de reciente formación, la cual cuenta actualmente con 13 equipos, uno de los cuales pertenecer a la UER PMA representado por personal de salud de la institución y por la agrupación de elementos del dengue.

En cuanto a la recreación de los pobladores se cuenta con la plaza pública "Luis Donaldo Colosio", la cual se utiliza para la realización de diversos eventos, entre ellos los bailes públicos que son los fines de semana, programas artísticos y culturales, torneos deportivos por temporadas y en general para el esparcimiento de niños, jóvenes y adultos.

Otro establecimiento importante es el Centro de convenciones Premier, el cual se utiliza básicamente para la realización de bailes, graduaciones y eventos sociales como bodas, bautizos, quinceañeras, etc; también el Salón Plaza y Virreyes solo para eventos sociales.

CAPITULO 4

RECURSOS PARA LA SALUD

4.1 Recursos Humanos

4.1.1. Médicos

En esta unidad de salud de primer nivel se cuenta con 3 médicos generales para la consulta externa (Dra. Zuemi Cuevas, Dr. Edilberto Hernández, Dra. Luz Leyva), un médico general a cargo de urgencias, un Odontólogo (Dr. Lázaro Ledesma), un médico general a cargo de epidemiología (Dr. Héctor Preciado), un médico pasante en el área de urgencias en el turno vespertino y en el área de Telemedicina como programa adicional de salud (Dra. Dina Valdez Grijalva), dos médicos en el área de urgencias en el turno nocturno (Dr. Isidro Rosas, médico general o Dr. Fdo. Zaragoza, médico familiar), dos médicos en la jornada acumulada (Dr. Miguel Vargas, médico familiar en el área de urgencias y Dr. Balcázar médico con maestría en epidemiología, en la consulta externa, además de la médico pasante en un horario de 8 a 1pm y de 3 a 7 pm) y la dirección del centro de salud Dr. Héctor Valenzuela Torres como Director.

El IMSS cuenta actualmente con el siguiente personal: 7 médicos generales, 17 médicos especialistas divididos en pediatras, ginecólogos, médicos internistas, cirujanos y anestesiólogos, además de un odontólogo.

Además en la comunidad se cuenta con el medio privado con 9 médicos, de los cuales 2 son especialistas, un pediatra y un ginecólogo, uno de los 7 médicos generales se encuentra a cargo de los pacientes con derechohabencia por ISSSTE e ISSSTESON.

4.1.2 Enfermería

En el turno matutino en la UER PMA se cuenta con 8 enfermeras(os) que se distribuyen: una enfermera en vacunas (Liliana Cota, enfermera auxiliar), enfermera encargada de citas familiares de oportunidades (Rosy, enfermera auxiliar), 3 enfermeras en la consulta externa (Magui, enfermera auxiliar; Thelma, enfermera general; y Olivia, enfermera auxiliar), un enfermero en urgencias (Humberto, enfermero auxiliar), una jefa de enfermería (Ana Sofía, enfermera general), en el turno vespertino una enfermera en el área de urgencias (Esthela, enfermera general), en el turno nocturno 2 enfermeras (Mina, enfermera general; y Yolanda, enfermera auxiliar), estas una cada tercer día, en la jornada acumulada 1 enfermeros (Juan Pedro, enfermera general) en el área de urgencias y un apoyo en la consulta externa por auxiliares de archivo y enfermería).

En el IMSS se cuenta con además de 8 enfermeras generales, 23 auxiliares y 1 enfermera especialista, sin contar al personal de contrato.

4.1.3 Personal Técnico

En la UER PMA se cuenta con 3 promotores de salud: Martín García, Ana Laura García y Liliana Escobar, quienes se encargan de impartir pláticas a la población, visitar escuelas y certificarlas como escuelas saludables, acudir a guarderías, albergues y revisar las condiciones en las que se encuentran.

También hay 11 brigadistas en la campaña "Todos contra el dengue" quienes se encargan de visitar las viviendas y hacer concientización en la población sobre la importancia de limpiar patios y destruir reservorios para el mosquito (estos 11 brigadistas durante el verano).

Hay 23 casas saludables en donde se realizan detecciones de Enfermedades Crónico-degenerativas, CaCu y de Ca de mama.

4.1.4 Otros Recursos Humanos

En cuanto a la administración de la Unidad está a cargo del Lic. Eduardo Hidalgo, Lucía como asistente del administrador y director, 2 encargadas del Seguro Popular (Isabina y Laura), se cuenta con un estadígrafo (Juan Pedro), una encargada del programa Bienvenida a Todos los Nuevos Sonorenses (Nohemi), 3 encargados de farmacia (Francisco en el turno matutino, Liliana en el turno vespertino y en la jornada acumulada), 4 choferes de la ambulancia (Genaro en el turno matutino, Enrique en el turno vespertino y nocturno, Humberto los sábados y Francisco los domingos), por parte de intendencia contamos con Elizabeth como encargada, Leticia en el turno matutino, Martina y Gilberto en turno vespertino, Lorena, Yolanda y por las noches, además de 3 guardias de seguridad (Don José, Freddy y Cristo).

4.2 Recursos Materiales

4.2.1 Unidades de Salud

En la localidad se cuentan con dos Instituciones de Salud, las cuales son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS Subzona#6) y por medio de la Secretaria de Salud la Unidad de Estabilización y Referencia del P.M.A. (UER PMA), mismas que se mencionaran más adelante.

El Centro de Salud del Poblado Miguel Alemán se encuentra ubicado en la Avenida Benito Juárez Esquina con 13 de Septiembre en la Colonia Pueblo Unido. La cabeza de este Centro de Salud es el Dr. Hector Valenzuela Torres.

Los días de servicios son de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. para la consulta externa, sábados y domingos de 8:00 a.m. a 20:00 hrs (jornada acumulada) y 24 horas en el área de urgencias (matutino, vespertino y nocturno), esta los 365 días del año.

El Centro de Salud Rural del Poblado Miguel Alemán es una institución que depende de los servicios de salud de Sonora, y por lo tanto su finalidad es atender a la población abierta, conocida actualmente como población vulnerable y su objetivo general son brindar atención de calidad y calidez, sus objetivos específicos son la prevención de enfermedades epidemiológicos y la curación.

Su cobertura de acción es en el ámbito local. Este centro atiende a la población de esta comunidad, así como a la población de los campos y ejidos aledaños a esta comunidad.

Los servicios que ofrece este centro son: Consulta Externa General, Control del Niño Sano, Planificación Familiar, Detección y Control de Tuberculosis, Atención al Adulto y al Adulto Mayor, Saneamiento Básico, Detección de Cólera, Salud Bucal, Farmacia, Promoción a la Salud, Detección y Control de Diabetes Mellitus, Control de Hipertensión y Vacunas.

Para recibir el servicio de Consulta únicamente se requiere solicitar este y pagar la cuota de recuperación y en algunas ocasiones de acuerdo a la condición del paciente se disminuye la cuota o se les exenta de esta por bajos recursos.

4.2.2 Instalaciones de la Unidad de Salud

4.2.2.1 Unidad de Estabilización y Referencia Poblado Miguel Alemán (UER PMA)

La unidad cuenta con una farmacia en el área de consulta externa, sala de espera de la misma, 2 baños (hombres y mujeres), un consultorio de telemedicina, 3 consultorios para la consulta general, inmunizaciones, almacén de papillas de oportunidades, consultorio dental, archivo, el área de urgencias, hidratación oral/nebulizaciones, encamados, sala de expulsión, C.E.Y.E., 2 baños (hombres y mujeres), séptico, consultorio de epidemiología, farmacia de urgencias, sala de espera de urgencias, y el área de descanso de médicos pasantes constituida por cocina, cuarto de lavado, una recamara con baño.

El área administrativa la cual se encuentra en la planta de arriba está constituida por una sala de espera, almacén, baños para hombres y mujeres, oficina de seguro popular, promoción, oficina del administrador, oficina del director, oficina de la asistencia de ambos y una sala de juntas. Además del pequeño patio con que se cuenta a un costado de urgencias donde se encuentra la ambulancia de la institución, mismo por donde se reciben pacientes traídos por ambulancia de Cruz Roja.



4.2.2.2 IMSS

Esta Institución cuenta con el área de consulta externa que abriga 5 consultorios, sala de espera, estomatología que consta de un consultorio, farmacia, archivo, 2 consultorios de medicina preventiva, consultorio de Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, laboratorio, Rayos X, el área de urgencias, pediatría, hospitalización, tococirugía (sala de labor y expulsión), un quirófano, C.E.Y.E y PROVAC. Se estiman 14 camas censables y 17 no censables.

4.2.3 Material y Equipo de la Unidad de Salud

Farmacia: Cuenta con anaqueles para colocar los medicamentos, un escritorio, una computadora con red, una silla, un bote de basura y un refrigerador para guardar la insulina y los biológicos (la farmacia de urgencias cuenta solo con un anaquel con medicamentos y un banco giratorio).



Sala de Espera: tanto la sala de espera de la consulta externa como la sala de espera de urgencias solo cuenta con múltiples sillas para que la espera de los pacientes no sea extenuante.



Consultorios: Cada consultorio cuenta con un escritorio, silla para médico y silla para paciente, una vitrina para colocar material y medicamento, mesa de exploración, un negatoscopio, banco de altura, dos recipientes para basura, uno negro y otro con bolsa roja, solo 2 consultorios cuentan con archivero metálico de 4 gavetas, un lavabo, el consultorio de telemedicina cuenta con una cortina para privacidad del paciente a la exploración, además del equipo que conlleva, que es la televisión y el equipo del cual se hablara mas tarde. El consultorio de dental cuenta con un sillón dental, un compresor, una vitrina y equipo de rayos x. El consultorio de epidemiología no cuenta con negatoscopio, ni con mesa de exploración.



Diagnóstico de Salud 2009-2010

Vacunas: Cuenta con mesa de reconocimiento pediátrico, mesa de trabajo, un escritorio, vitrina para colocación de material, refrigerador para la red de frío, archivero, cama-camilla, silla para paciente, sillón para enfermera, báscula pesa bebé, báscula para adultos, banco de altura.

Baños: Los baños de la consulta externa cuentan con el retrete y lavabo, los de urgencias con el retrete y lavabo, además de regaderas para control térmico, los de sala de espera de los pacientes de urgencias con el básico retrete y lavabo, al igual que los baños del área administrativa ubicada en la planta alta del centro de salud.

Archivo: cuenta con un escritorio, anaqueles con los expedientes de los pacientes divididos en expedientes de seguro popular, oportunidades y secretaría.



Urgencias: Cuenta con tres camas reclinables, una vitrina con medicamento, una mesa de mayo, un anaquel con soluciones intravenosas, 4 equipos de sutura y de partos, sondas, medicamentos, carro rojo, desfibrilador, un aspirador móvil, un mueble como central de enfermería, un banco giratorio, dos sillas, dos cubetas de patada con bolsa roja, un bote para basura negra, un banco de altura, un lavabo, un negatoscopio, un refrigerados donde se encuentra insulina y sueros antialacrán y antiviperino.



Sala de Expulsión: Esta consta de una camilla de expulsión, una mesa de exploración, una mesa de riñón, una mesa de Pasteur, 4 equipos de partos, 2 bultos de partos, ligaduras para cordones umbilicales, varios medicamentos y suturas, 2 lámparas de chicote, 2 botes de basura de pie y otro fijo, bascula para bebe, perillas de aspiración, equipo de pared, aire acondicionado y dos vitrinas para material.



C.E.Y.E.: Cuenta con 2 esterilizadores de calor seco, una vitrina donde están los equipos de sutura y partos, gasas, botas, cubre bocas, gorros, espátulas para citología cervical, varios espejos vaginales, un escritorio, un estante para los esterilizadores, pinzas de anillos, pinzas de kelly, pinzas de allison, pinzas mosquito, pinzas fuertes, 4 equipos de parto, 4 equipos de sutura y una tarja de acero inoxidable para la limpieza del material.



Sala de Hidratación Oral y Nebulizaciones: Esta sala cuenta con un nebulizador, dos camas reclinables, una mesa de exploración, una mesa Pasteur, una cubeta de patada con bolsa roja y otra con bolsa negra, un equipo para preparar VSO, equipo de pared y los hudson.



Encamados: Esta área de urgencias cuenta con 4 camas reclinables, 2 cubetas de patada una con bolsa roja y otra con bolsa negra, un carrito de curaciones para soluciones y material, 3 biombos y 3 tripie.



Diagnóstico de Salud 2009-2010

Área de Médicos Pasantes: La cual consta de 3 pequeñas áreas, el cuarto de lavado que abriga a una lavadora y un lavadero, la cocina que cuenta con cocineta integral y una mesa con tres sillas, la recamara que cuenta con dos camas individuales, un refrigerador y un pequeño estante, el baño que cuenta con el retrete, lavabo y regadera.



Área Administrativa: Cuenta con la oficina del seguro popular la cual cuenta con dos escritorios, dos computadoras, tres sillas, 2 archiveros metálicos con 4 gavetas, oficina del administrador cuenta con dos escritorios, dos sillas, una computadora y una impresora, oficina del director cuenta con un escritorio con libreta, un bote de basura, tres sillas, un archivero de metal con 4 gavetas, la

oficina de la asistente cuenta con dos escritorios, dos computadoras, un mueble para computadora, dos sillas, una impresora, un archivero metálico, la sala de juntas con una mesa tipo rectangular, dos hileras de sillas que consta de 4 cada una, una fotocopidora, anaqueles para guardar material, promoción cuenta con un escritorio, dos sillas, una computadora y un anaquel para material de promoción.

Ambulancia: cuenta con una camilla y un banco de altura.



4.3 Recursos Económicos o Financieros

De acuerdo a lo que se refiere por recursos económicos, la unidad no cuenta con un presupuesto propio, ya que este depende directamente de la Jurisdicción Sanitaria #1, y mencionando las cuotas que se recaudan de algunas consultas de personas que no cuentan con seguro popular u oportunidades, esta recuperación es enviado oficinas centrales, mismo lugar donde se encargan de los gastos necesarios de la unidad como lo son el pago del recibo de agua, luz y teléfono.

Aunque se refiere que han asignado aproximadamente \$5000 pesos mensuales a la unidad para gastos mínimos, este dinero proviene del presupuesto federal.

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS

5.1 Priorización de Daños a la Salud: Necesidades Sentidas de la Población

En este apartado se analizarán las prioridades y necesidades de esta comunidad en cuestión de salud, enumerando cada una de ellas con sus posibles causas y propuestas para su solución, enfocando los problemas de más peso como lo son las 10 principales causas de morbilidad. Tomando en cuenta su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad con el fin de continuar trabajando en la prevención, manejo y detección de estos padecimientos, por una comunidad sana, con una mejor calidad de vida, estado de salud y estímulo a quienes la promueven.

**Daños a la Salud Prioritarios en el Poblado Miguel Alemán
Durante junio 2009 – Enero 2010**

Entidad Patológica	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	NSP	Total
IRA	++++	+++	+++	+++	++	15
EDA	+++	+++	+++	+++	++	14
IVU	++	+	+	+++	+	8
OMA	+++	+	++	+++	+	368
Varicela	+	++	+	++	+	7
DM	++++	+++	+++	++	++	14
HAS	++++	+++	+++	++	++	14
Dermatológicos	+++	+	+	++	+	8
Picadura de Insecto	++	+	+	++	++	8
Heridas y Fracturas	++	+++	+	+	++	9

NSP: Necesidades Sentidas de la población.

Las IRAS y las EDAS son enfermedades de gran vulnerabilidad y factibilidad puesto que mediante la adecuada educación y capacitación a las madres de familia podemos modificar las cifras que se han estado manejando en esta unidad, además que contamos con los recursos necesarios para poder lograr la mejoría de los pacientes, ya que los más susceptibles son los menores de 5 años, nuestra población de mayor afluencia.

La trascendencia está ocupada por los principales padecimientos que acechan a nuestra comunidad como lo son las ya mencionadas IRAS y EDAS, que al no tratarse de una forma adecuada o a tiempo pueden llegar a la severidad absoluta como la muerte del paciente, además los crónico degenerativos como la Hipertensión Arterial Sistémica, ya que como su mismo nombre de crónico degenerativa va disminuyendo la calidad de vida de los pacientes y con mucha más frecuencia y severidad cuando los pacientes no llevan un control adecuado, no asisten continuamente a sus consultas y no se apegan a las medidas higiénico dietéticas.

Por otra parte, cabe recalcar que aunque la magnitud de nuestra priorización son las Infecciones Respiratorias Agudas y abarcan el mayor número de consultas, no enfocaré mi programa de trabajo hacia la prevención de las IRA's sino que describiré y me enfocaré a la **fiebre moteada de las montañas rocallosas** como principal rickettsiosis que reincidió se encontraba en cierto modo erradicada o sin registro importante hasta el pasado 2009 y por lo tanto revisaré las estadísticas reportadas años atrás, así como su comportamiento durante el pasado año. También haré un análisis respecto a la tasa de mortalidad específica así como el plan de trabajo y propuestas de solución y mencionaré la importancia que tuvo, debido al caso específico de una paciente femenina de 1 año, con el que me encontré en el mes de noviembre, el cual tuvo desenlace fatal debido a la tardanza en la búsqueda de atención por parte de los padres.

Causas más Importantes de Morbi-Mortalidad según necesidades sentidas la UER Miguel Alemán, Hermosillo Sonora durante junio 2009 – Enero 2010

- | |
|----------|
| 1. IRA's |
| 2. EDA's |
| 3. IVU |

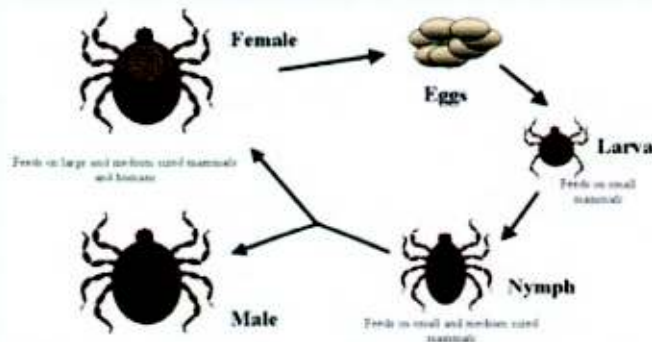
Problemas de Salud Prioritarios en el Poblado Miguel Alemán, Según Factores de Riesgo

No.	IRA	EDA	IVU
1	Edad (menor de 5 años)	Edad (menor de 5 años)	Educación higiénica
2	Estado de nutrición	Estado de nutrición	Sedentarismo
3	Medidas higiénicas	Tipo de alimentación	Ingesta de líquidos
4	Hacinamiento	Medidas higiénicas	Vida sexual activa
5	Bajo nivel socioeconómico	Bajo nivel socioeconómico	automedicación
6	Hijo de madre adolescente	Hijo de madre adolescente	Diabetes melitus
7	Automedicación	Hacinamiento	Ignorancia
8	Exposición con personas infectadas	Fecalismo al aire libre	Enfermedades Acompañantes
9	Inmunocompromiso y/o enfermedades concomitantes	Automedicación	
10	Condiciones climáticas de la región	Inmunocompromiso	

Problema de Salud: Fiebre moteada de las montañas rocallosas (FMMR)

MARCO TEORICO

La Fiebre maculosa o moteada de las Montañas Rocosas, como todas las infecciones por rickettsias, que está clasificada como zoonosis. Las zoonosis son enfermedades de los animales que pueden transmitirse a los seres humanos. Muchas de las enfermedades zoonóticas requieren un vector (por ejemplo, un mosquito, garrapatas, o los ácaros) para ser transmitidos desde el huésped animal para el huésped humano. En el caso de la fiebre maculosa de las Montañas Rocosas, las garrapatas son los huéspedes naturales, que sirve tanto como reservorios y vectores de *R. Rickettsia*. Las garrapatas transmiten el organismo de los vertebrados principalmente por su mordedura. Con menos frecuencia, las infecciones pueden ocurrir tras la exposición a garrapatas tejidos aplastados, los líquidos, o las heces de la garrapata.



El ciclo de vida de *Dermacentor variabilis* y *andersoni* *Dermacentor* garrapatas (Familia Ixodidae)

Una garrapata hembra puede transmitir *R. Rickettsia* a sus huevos en un proceso llamado transmisión transovárica. Las garrapatas también pueden infectarse con *R. Rickettsia* mientras se alimentan de la sangre de la acogida en la etapa larval o bien la ninfa. Después de la garrapata se desarrolla en la siguiente fase, la *R.*

Rickettsia puede ser transmitida a la acogida por segundo durante el proceso de alimentación. Por otra parte, hombres garrapatas pueden transferir *R. Rickettsia* a mujer a través de las garrapatas fluidos corporales o espermatozoides durante el proceso de apareamiento. Este tipo de transmisión de representar cómo las generaciones o etapas de la vida de las garrapatas infectadas se mantienen. Una vez infectadas, las garrapatas pueden portar el agente patógeno de la vida.

Las rickettsias son transmitidas a un host de vertebrados a través de la saliva, mientras que una garrapata es la alimentación. Por lo general toma alrededor de 24 horas de fijación y la alimentación antes de las rickettsias se transmiten a la de acogida. El riesgo de exposición a una garrapata llevando *R. Rickettsia* es baja. En general, alrededor de 1% -3% de la población de garrapatas lleva *R. Rickettsia*, incluso en las zonas donde se registran la mayoría de los casos humanos.

Hay dos principales vectores de *R. Rickettsia*, la garrapata del perro americano y la garrapata de la madera de las Montañas Rocosas. Las garrapatas del perro americano (*Dermacentor variabilis*) están ampliamente distribuidas al este de las Montañas Rocosas y también se producen en zonas limitadas en la costa del Pacífico. Los perros y los mamíferos de tamaño medio son los huéspedes preferidos de adultos de *D. variabilis*, aunque se alimenta fácilmente en otros grandes mamíferos, incluyendo seres humanos. Esta garrapata es la especie más comúnmente identificados responsables de la transmisión *R. Rickettsia* a los seres humanos. Madera de las Montañas Rocosas garrapatas (*Dermacentor andersoni*) se encuentran en los estados de las Montañas Rocosas y en el suroeste de Canadá. El ciclo de vida de esta garrapata puede requerir hasta 2 a 3 años para su terminación. Las garrapatas adultas se alimentan principalmente de mamíferos grandes. Las larvas y ninfas se alimentan de pequeños roedores.

Otras especies de garrapatas han demostrado ser infectados naturalmente con *R. Rickettsia* o servir como vectores experimentales en el laboratorio. Sin embargo,

estas especies son susceptibles de desempeñar un papel importante en la ecología de *R. Rickettsia*.

El cuadro clínico de esta zoonosis radica en la importancia de saber sospechar y pensar en la presencia de la infección ya presente cuando los signos apuntan hacia un probable contagio por mordedura de la garrapata infectada con rickettsia. Así mismo, tras un periodo de incubación de 5 a 10 días posterior a la mordedura, aparecen síntomas inespecíficos como cefaleas, mialgias, anorexia, fiebre, náuseas o vómitos. Luego de haber iniciado esta sintomatología comienzan los signos tardíos de la enfermedad, los cuales son exantema generalizado y puntiforme a manera de petequias, que palidece a la digitopresión, indicando con esto un dato de vasculitis, no pruriginoso, no respeta palmas y plantas de los pies, posteriormente evoluciona a hematomas y purpuras hasta áreas de necrosis y gangrena. Observado esto, por lo general los pacientes son llevados a revisión médica en una etapa muy grave y tardía, por lo que el pronóstico ya es muy desfavorable para estos pacientes y deben ser inmediatamente enviados a una unidad de segundo o tercer nivel para su manejo intrahospitalario urgente.

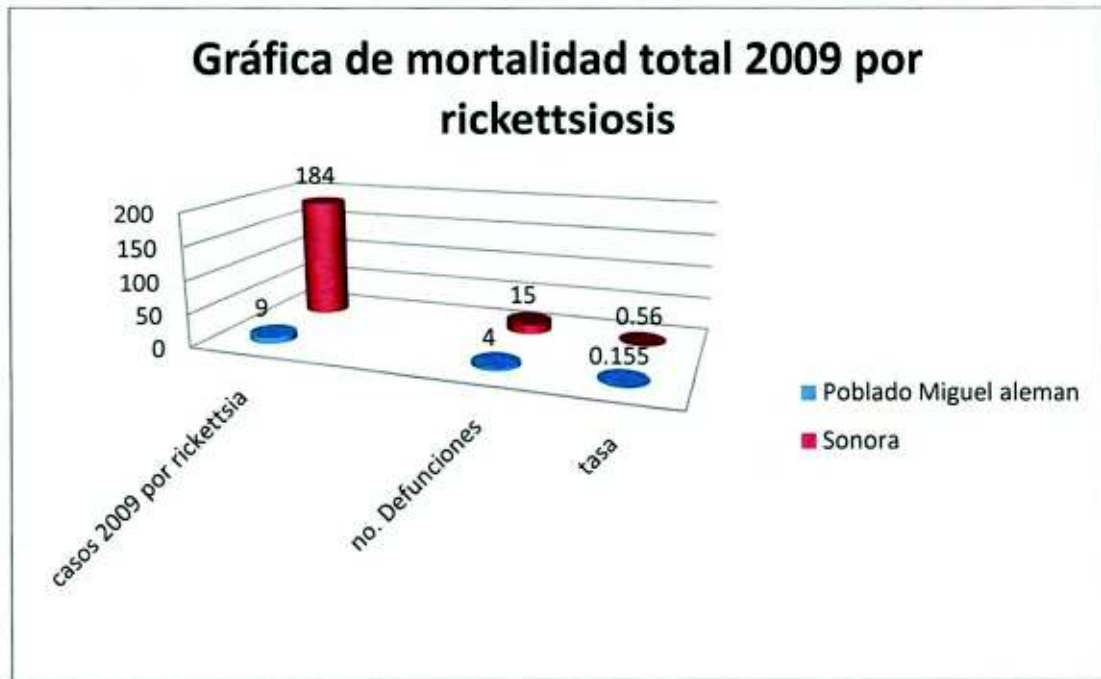
Por lo anterior, y de acuerdo al comportamiento observado años atrás, como posteriormente se explicará, he decidido hacer mi plan de trabajo para esta comunidad basado en los números observados en el año pasado durante mi pasantía y enfatizando en la importancia del mantenimiento y la prevención de la salud hacia los grupos de riesgo y más vulnerables, aunque en tan poco tiempo no sería posible, planteo propuestas de solución para lo mismo.

5.2 Programación en Salud: FMMR

5.2.1 Justificación

En el periodo comprendido del 15 de junio del 2009 al 31 de enero del 2010, en mi lugar de servicio social que fue la Unidad de Estabilización y Referencia del Poblado Miguel Alemán, en Hermosillo, Sonora, registré un total de **2,918** consultas otorgadas a la comunidad, de las cuales **763** fueron infecciones de vías respiratorias, ocupando así un **26.14%** de mis consultas realizadas. Sin embargo no enfoqué mi descripción de enfermedad o problema de salud prioritario ya que me llamó mucho la atención y puse parte de la misma a detectar oportunamente signos de esta zoonosis, por lo que observé que iba teniendo impacto social y hacia la salud comunitaria, y me pareció muy oportuno y conveniente mencionar que comenzaba a tener un aumento en la incidencia debido al numero de casos confirmados en esta comunidad y a nivel estatal, la cual culminó en el total de 9 casos por rickettsia y 4 casos confirmados de muerte por rickettsiosis en el PMA, resultando en una mortalidad específica del 0.155 (pob total 25,738).

Hablando de números y registros también destaca la cifra total de los casos para el estado de Sonora, la cual fue de 184 casos confirmados y 15 defunciones. Ya desde 1942 se había detectado una epidemia en el sur de Sonora y norte de Sinaloa. A nivel nacional solo existe el registro de 55 casos de rickettsiosis en 16 años hasta antes del 2003, y posteriormente se da el registro de 9 casos en Sonora entre 2003 y 2004. Por lo tanto se observa una tendencia epidemiológica para esta enfermedad transmitida por vector.



Fuente: epidemiologia UER PMA 2009 . MPSS Dina Valdez G

$$\text{Mortalidad por causa} = \frac{\text{Número de defunciones por enfermedad}}{\text{Población Total}} \times 1000$$

Por tal motivo, esta patología tomó mucha importancia y peso en mi trabajo final del servicio social, por lo que propongo tomar medidas preventivas además del tratamiento oportuno de los signos y síntomas en los estadios tempranos para evitar así las complicaciones más graves.

Diagnóstico de Salud 2009-2010

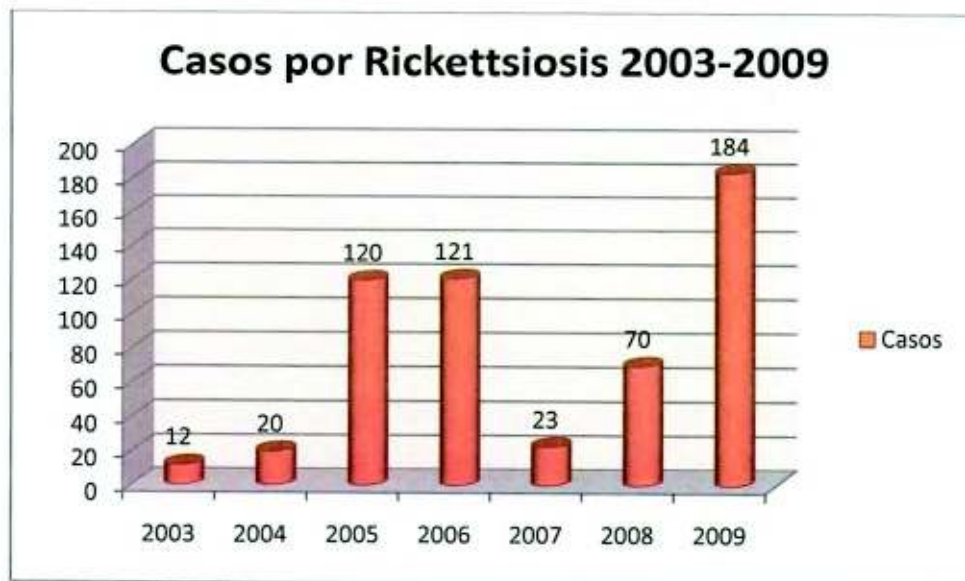
Tabla de mortalidad por Rickettsiosis en Sonora

Año	Casos	I.A. ^{1/}	Defunciones	Tasa de mortalidad ^{2/}
2003	12	0.50	0	0.00
2004	20	0.82	2	0.08
2005	120	4.82	0	0.00
2006	121	4.79	1	0.04
2007	23	0.90	0	0.00
2008	70	2.68	6	0.23
2009	184	6.90	15	0.56
Total	550	3.11	24	0.14

1/ Incidencia acumulada por 100,000 habitantes

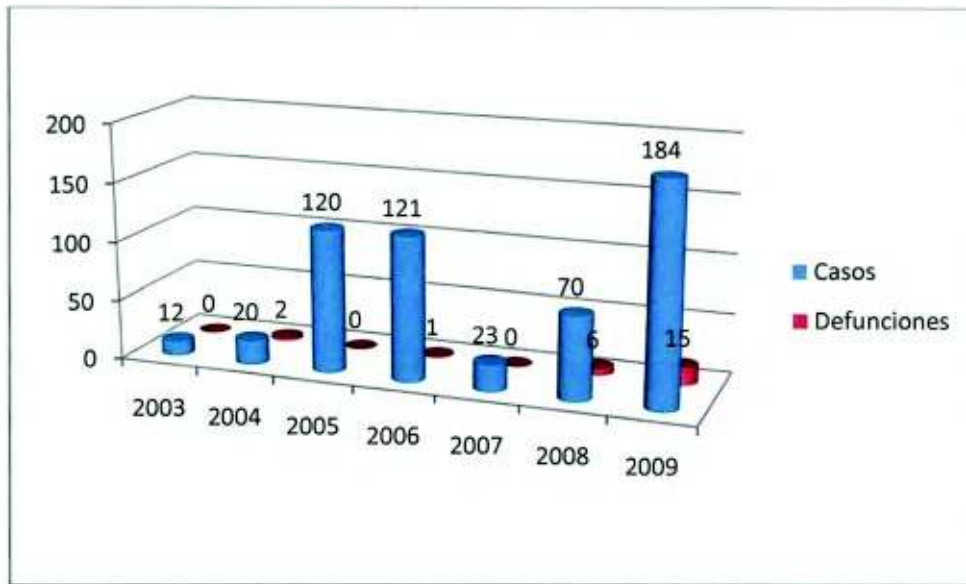
2/ Mortalidad cruda por 100,000 habitantes

FUENTE: Elaboración propia con datos del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/SSP-Sonora. Dr.en C. Gerardo Alvarez Hernandez. HIES-COLSON



FUENTE: Elaboración propia con datos del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/SSP-Sonora. Dr.en C. Gerardo Alvarez Hernandez. HIES-COLSON

GRÁFICA DE TOTAL DE MORBI-MORTALIDAD SONORA 2003-2009



FUENTE: Elaboración propia con datos del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/SSP-Sonora. Dr.en C. Gerardo Alvarez Hernandez. HIES-COLSON

Como vemos anteriormente, esta patología reincidió de manera muy importante durante el año pasado 2009, donde observamos una incidencia de 184 casos reportados en todo el estado de Sonora, y cabe mencionar también que la incidencia en el PMA general, fue de 9 casos confirmados por laboratorio estatal y con 4 muertes, de las cuales todas fueron infantiles. Por lo que es importante comenzar a considerar esta patología como problema de salud actual de las comunidades más vulnerables, y a continuación planteo el plan de trabajo para reducir la reincidencia de casos en un futuro y continuar la vigilancia epidemiología estrechamente.

Propuestas de Solución para la disminuir la reincidencia de FMMR

Corto Plazo:

- Localización de los factores de riesgo para enfermedades por vector, como son animales domésticos tales como perros, gatos, plagas de ratones, cerdos. Así como registro actualizado de la fauna.

Mediano Plazo:

- Capacitación establecida por el personal de salud sobre tipo de higiene y acciones para evitar el contacto con fauna expuesta a contaminación y en mal estado, así mismo concretar la participación del personal veterinario y agrozootecnista de la Universidad de Sonora para en conjunto lograr una mayor cobertura de sanidad comunitaria.
- Capacitación para la salud en aspectos generales de higiene domestica,, educación a la familia con pláticas comunitarias, así como al personal de enfermería y promotores de salud de esta unidad.

Largo Plazo:

- visitas domiciliarias para verificación de las medidas higiénicas habitacionales así como el control de la fauna y su vacunación.

5.2.2 Objetivos

Objetivo General:

- ✓ Disminuir la incidencia de rickettsiosis en la comunidad rural del poblado Miguel Alemán y campos colindantes. Sin olvidar el impacto que tendría en la morbimortalidad general estatal.

Objetivos Específicos:

- Informar a la población acerca de este padecimiento, formas de transmisión, datos de alarma y sus complicaciones.
- Otorgar una primera cita por fiebre alta y aparición de exantema generalizado así como ofertar la revaloración en 24 a 48 hrs para evitar así complicaciones y/o derivarse de forma oportuna.
- Capacitar a las madres respecto a datos de alarma en la población infantil, haciendo énfasis en los menores de 5 años y de éstos, en los menores de 1 año de vida.
- Promover los cambios en el estilo de vida para mejorar los hábitos higiénicos en la población y también para la concientización acerca del hacinamiento con perros y gatos con potencial riesgo por ser portadores de garrapatas.
- Gestionar un plan de fumigación contra plagas domesticas así como la intervención de grupos veterinarios del sector salud para el control de zoonosis por vector.
- Cortar la transmisión de enfermedad por vector por medio de educación específica a la familia.
- Educación médica continua al personal médico de la unidad para mejorar las habilidades y destrezas diagnosticas para la referencia oportuna de pacientes cao probable.

5.2.3 Metas

- Disminución de la incidencia de casos por rickettsiosis en la población respecto al año anterior 2009.
- Reconocimiento de signos y síntomas de alarma por parte de las madres de familia, así como concientizarlas a acudir tempranamente a la valoración del enfermo.

5.2.4 Actividades

- ✓ Impartir pláticas sobre infecciones provocadas por vector, específicamente transmitidas por contacto con perros y gatos portadores de garrapatas así como en malas condiciones higiénicas, sin olvidar los síntomas, complicaciones frecuentes y datos de alarma.
- ✓ El apoyo de promotores de salud de nuestra unidad para impartir las sesiones necesarias para que la información llegue a la mayor cantidad de población posible.
- ✓ Contar con personas que hablen algún dialecto para mejor entendimiento y mayor difusión de la información.

5.2.6 Límites

Espacio: Programa de Salud para el Poblado Miguel Alemán.

Tiempo: 15 de junio 2009 a 31 de Enero del 2010.

Universo: Población que asiste a la UER PMA y a casas saludables.

5.2.7 Recursos

Humanos: MPSS Dina Valdez, personal de enfermería, promotores de salud y personal de apoyo de casas saludables.

Materiales: UER PMA (cuenta con área de encamados, área de urgencias con carro rojo, oxígeno suplementario, nebulizaciones), carteles.

6.2 Total de consulta en la unidad de salud rural



Fuente: hojas diarias MPSS

6.2.1 Tabla del total de consulta otorgada a mujeres en el CSR Querobabi

grupo de edad	primera vez	grupo de edad	subsecuente
< 1 AÑO	19	< 1 AÑO	3
1 AÑO	11	1 AÑO	1
2-4 AÑOS	21	2-4 AÑOS	1
5-9 AÑOS	25	5-9 AÑOS	2
10-14 AÑOS	31	10-14 AÑOS	1
15-19 AÑOS	36	15-19 AÑOS	18
20-29 AÑOS	52	20-29 AÑOS	68
30-49 AÑOS	64	30-49 AÑOS	92
50-59 AÑOS	23	50-59 AÑOS	26
60 Y MAS	28	60 Y MAS	44
total de consulta	310	total de consulta	256

Fuente: hojas diarias MPSS

CAPITULO 6

INFORME NUMERICO NARRATIVO

Esta sección trata de plasmar todo un año de trabajo en mi servicio social, por lo que cabe mencionar que se explican y se detallan los informes numéricos de dos unidades de salud donde la primera parte del año 2009 lo realicé en la comunidad de Querobabi, Opodepe, durante febrero hasta finales de mayo. Muestro estadísticas acerca de consultas tanto externa como urgencias, servicio en el cual en la unidad de la comunidad del poblado Miguel Alemán, hay gran afluencia de pacientes. Trato de hacer énfasis en mi trabajo realizado y no menciono la totalidad de consultas y servicios otorgados en esta unidad, ya que la unidad en la que presté la mayor parte de mi servicio social durante ocho meses, que fue la del poblado Miguel Alemán, la que es una unidad de primer nivel con una gran carga de trabajo donde la demanda excede los recursos materiales y humanos; así mismo mencionaré de forma general algunos puntos respecto a la productividad de ambas unidades, ya que mi trabajo fue completamente en el centro de salud, no habiendo realizado trabajo de campo comunitario.

6.1 Identificación de la Comunidad

Nombre de la Comunidad: Querobabi.

Municipio: Opodepe.

Jurisdicción Sanitaria No. 1

Entidad Federativa: Sonora.

Fecha de Realización de Servicio Social: 1 de Febrero del 2009 al 31 de Mayo de 2009.

Tipo de unidad de Salud: Centro de Salud Rural

Médico Pasante: Dina Valdez Grijalva.

Enfermera: Elizabeth Valdez Bueno.

6.2.1.1 Tabla de consultas otorgadas a hombres en el CSR Querobabi

grupo de edad	primera vez	subsecuente
< 1 AÑO	17	0
1 AÑO	3	0
2-4 AÑOS	27	2
5-9 AÑOS	18	3
10-14 AÑOS	20	1
15-19 AÑOS	8	0
20-29 AÑOS	6	0
30-49 AÑOS	9	4
50-59 AÑOS	6	4
60 Y MAS	24	15
total de consulta	138	29

Fuente: hojas diarias MPSS



Fuente: hojas diarias MPSS

6.3 Informe numérico de atención prenatal en el CSR Querobabi



Fuente: hojas diarias MPSS

**TABLA DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRENATAL A MUJERES EN EL CSR
QUEROBABI**

CONSULTA EMBARAZO TRIMESTRE GESTACIONAL	CONSULTAS PRIMERA VEZ	CONSULTAS SUBSECUENTES
1ER. TRIMESTRE GESTACIONAL	17	2
2DO. TRIMESTRE GESTACIONAL	22	21
3ER. TRIMESTRE GESTACIONAL	7	17
TOTAL	46	40

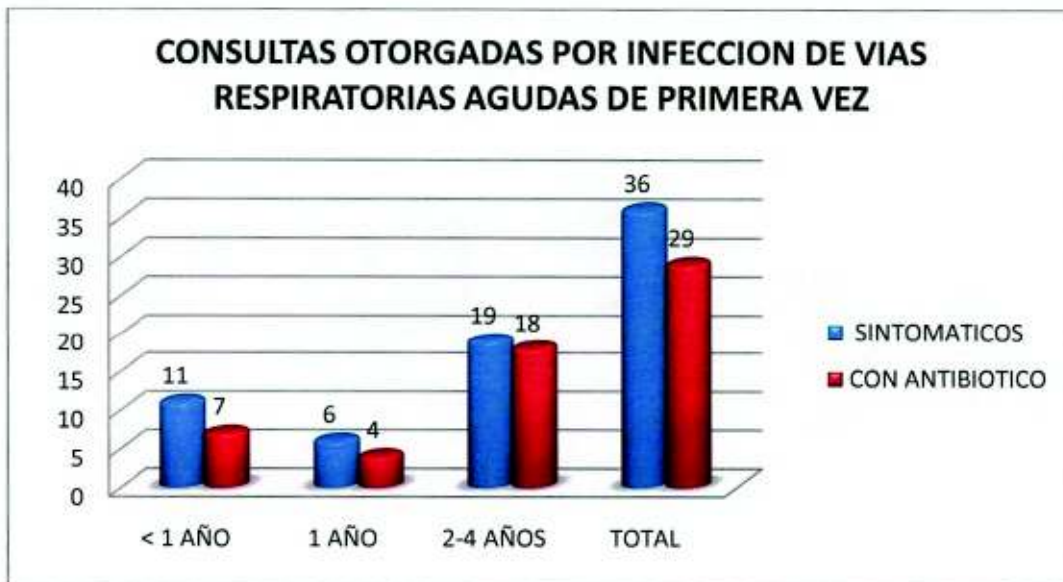
Fuente: hojas diarias MPSS

6.5 ATENCION A ENFEMEDADES DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL CSR DE QUEROBABI

TABLA DE CONSULTAS POR ATENCION A IRAS EN EL CSR QUEROBABI

EDAD	SINTOMATICOS	CON ANTIBIOTICO
< 1 AÑO	11	7
1 AÑO	6	4
2-4 AÑOS	19	18
TOTAL	36	29

Fuente: hojas diarias MPSS



Fuente: hojas diarias MPSS

6.4 ATENCION PRENATAL A MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO

CONSULTA EMBARAZO ADOLESCENTE	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE
< 15 AÑOS	2	0
15 A 19	21	11
TOTAL	23	11

Fuente: hojas diarias MPSS



Fuente: hojas diarias MPSS

6.1 Identificación de la Comunidad

Nombre de la Comunidad: Poblado Miguel Alemán

Municipio: Hermosillo.

Jurisdicción Sanitaria No. 1

Entidad Federativa: Sonora.

Fecha de Realización de Servicio Social: 15 de Junio del 2009 al 31 de Enero de 2010.

Tipo de unidad de Salud: Centro de Estabilización y Referencia Poblado Miguel Alemán

Medico Pasante: Dina Valdez Grijalva.

Director: Héctor Valenzuela Torres.



6.2 Subprograma de Salud Pública

6.2.1. Educación para la Salud

La educación para la salud es la piedra angular para lograr las metas de los programas de salud que existen hoy en día. Ya que únicamente mediante la educación y concientización de la población podemos prevenir, evitar y/o tratar a tiempo las complicaciones de las enfermedades que mas aquejan a nuestra población; en la UER PMA se realiza una fuerte actividad para lograr una buena educación para la salud.

Durante el periodo de junio 2009 a enero 2010 y por parte de la UER PMA se impartieron un total de 125 platicas, de las cuales 14 platicas atribuibles al 11.2% fueron del programa de planificación familiar, en orden descendente platicas sobre VIH con un total de 21 con un porcentaje de 16.8% y por ultimo durante el periodo de junio 2009 a enero 2010 estan las platicas sobre ETS con un numero de 24 y su correspondiente 19.2%. asi mismo el programa federal de OPORTUNIDADES impartió 66 platicas a su población titular obteniendo un 52.8% del total.

6.2.2. Saneamiento Ambiental

En este apartado cabe recalcar la gran labor de los promotores de salud de la UER PMA ya que ellos son quienes principalmente trabajan en la capacitación de la comunidad y concientización de la misma, acerca de la contaminación ambiental, promoviendo la limpieza de patios, aunados a los brigadistas de la campaña "Todos Contra el Dengue", todas estas personas trabajan con las familias de las viviendas que conforman el Poblado Miguel Alemán para realizar la labor de abatizar para destruir los reservorios de mosquitos y en la eliminación de cacharros.

6.2.3. Consulta a Sanos

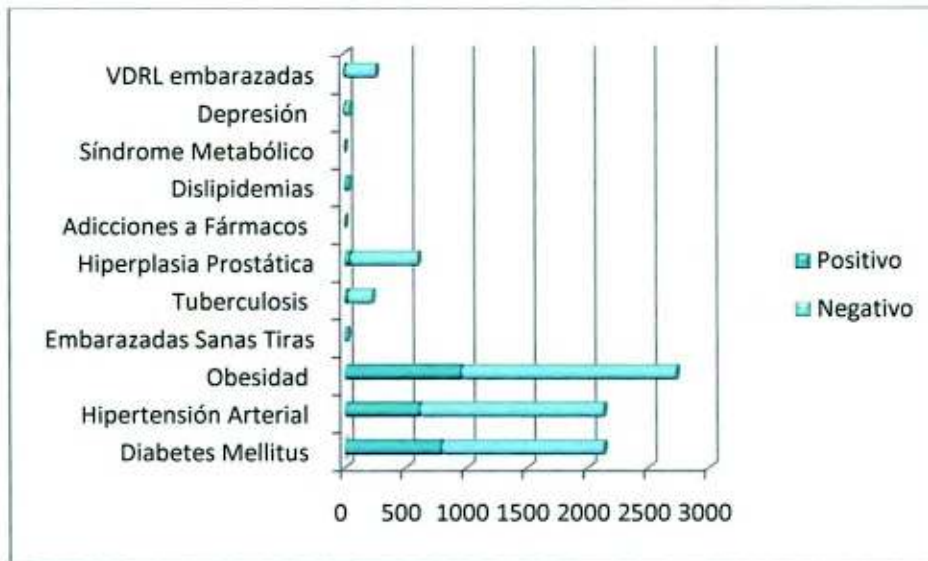
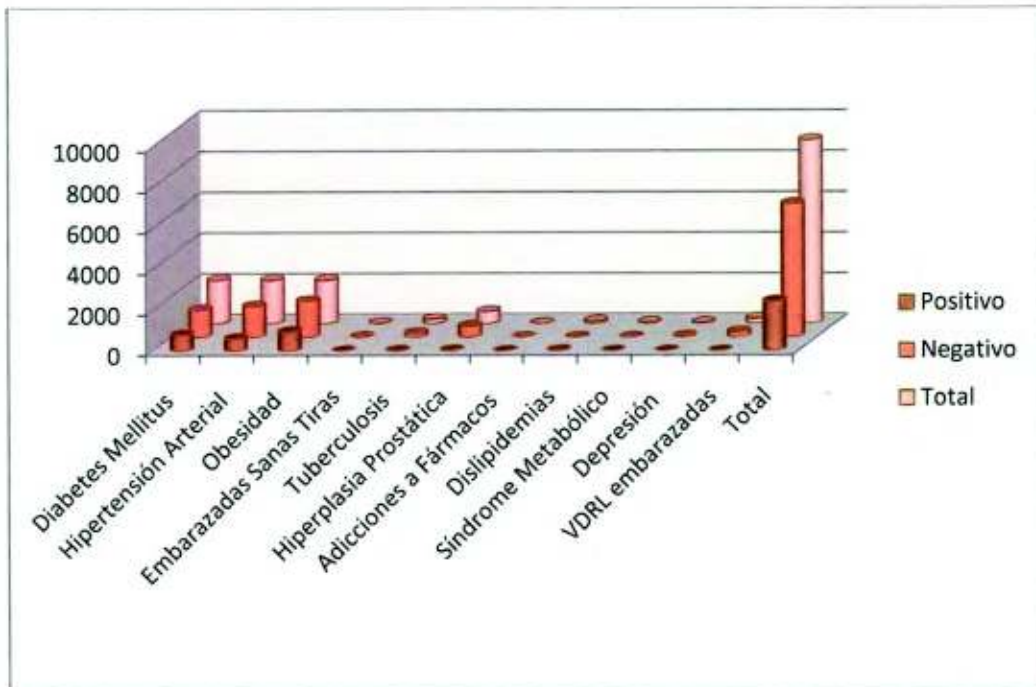
Durante el periodo de **junio 2009 a enero del año 2010** se realizaron un total de 8,992 detecciones a diferentes padecimientos, los cuales se desglosan a continuación en una tabla y gráfica.

6.2.3.1 Detecciones Realizadas en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010

Enfermedad	Positivo	Negativo	Total
Diabetes Mellitus	787	1343	2130
Hipertensión Arterial	609	1521	2130
Obesidad	953	1777	2130
Embarazadas Sanas Tiras	0	21	21
Tuberculosis	17	209	226
Hiperplasia Prostática	42	559	601
Adicciones a Fármacos	0	4	4
Dislipidemias	38	0	126
Síndrome Metabólico	0	0	62
Depresión	0	45	45
VDRL embarazadas	0	258	258
Total	2446	6,546	8,992

Fuente: SIS realizados durante junio 2009 y enero 2010. Realizadas por el personal de enfermería y en el caso de tuberculosis por epidemiología de la unidad.

Gráfica de Detecciones Realizadas en la UER PMA durante junio 2009 – Enero 2010



Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010. Realizadas por el personal de enfermería y en el caso de tuberculosis por epidemiología de la unidad.

6.2.3.2 Estado Nutricional en menores de 5 años

Refiriéndonos al estado nutricional de los niños menores de 5 años, durante el periodo ya mencionado, se atendieron en la UER PMA a **3, 827** de ellos, en los cuales se vigiló el estado nutricional, y en otros se tomó control en el exceso de peso o en la deficiencia del mismo, con citas cada mes para valoración durante el periodo asignado antes mencionado.

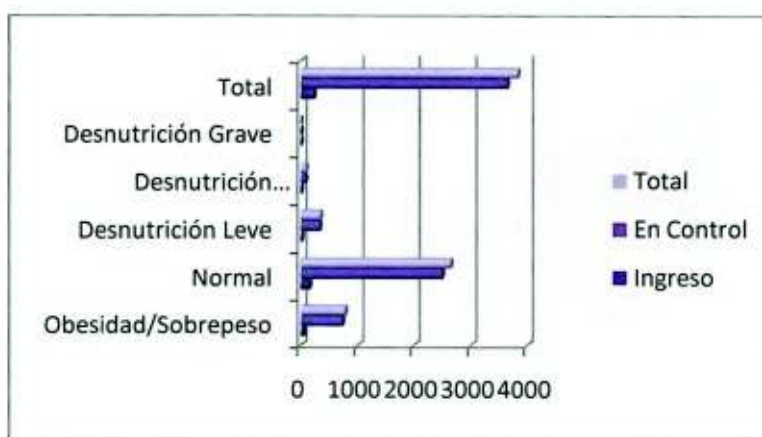
Tabla del Estado Nutricional en Menores de 5 años en la UER PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010

Estado Nutricio	Ingreso	En Control	Total
Obesidad/Sobrepeso	51	734	785
Normal	153	2,495	2,648
Desnutrición Leve	15	330	345
Desnutrición Moderada	8	81	89
Desnutrición Grave	0	0	0
Total	227	3,640	3,827

Gráfica del Estado Nutricio en Menores de 5 años en la UER PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010



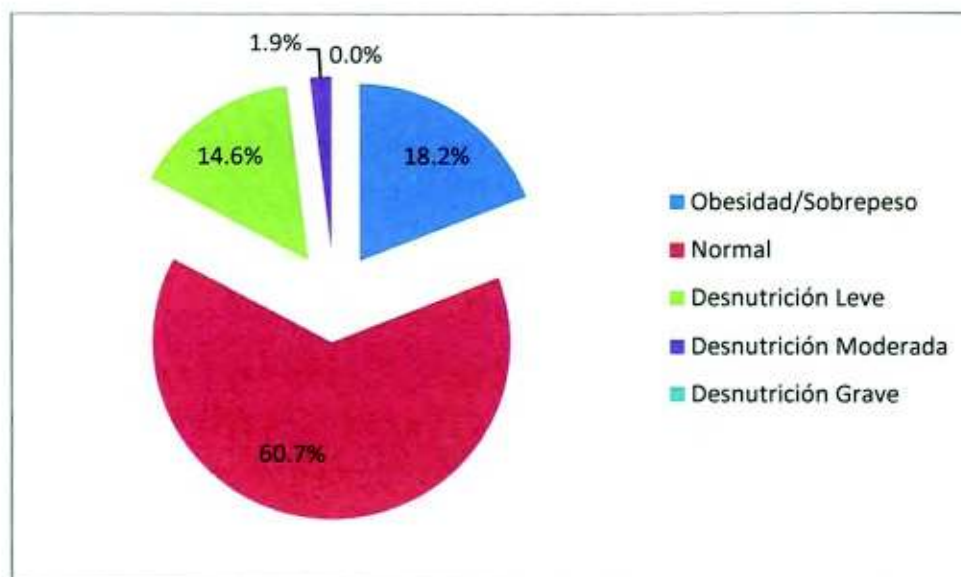
Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010. Reportado por todos los médicos de la unidad.

Tabla del Estado Nutricional en niños de 0 a 9 años en la UER PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010

Estado nutricional	Ingreso	Control	Total
Obesidad/Sobrepeso	53	996	1,043
Normal	179	3,321	3,500
Desnutrición Leve	19	798	817
Desnutrición Moderada	8	102	110
Desnutrición Grave	0	0	0
Total	259	5,217	5,470

Grafica del estado nutricional en niños de 0 – 9 años durante junio 2009 – enero 2010 en la UER PMA



6.2.4. Inmunizaciones

Durante este periodo de año de servicio social se realizo una gran labor respecto a inmunizaciones, la cual se muestra a continuación con el desglose de las diversas vacunas, así como en su totalidad.

Se aplicaron un total de **6,939** inmunizaciones, de las cuales la mas predominante fue la hepatitis B con un total de 2,272 aplicaciones (32.7%), le siguen en orden descendente TD con 1,585 (22.8%), posteriormente encontramos la pentavalente con 897 aplicaciones que correspondes al 12.92%, le sigue la doble viral con 125 aplicaciones correspondiente al 1.8%, se aplicó también la antineumocócica de 7 serotipos de la cual fueron 584 aplicaciones (8.4%), rotavirus tuvo un total de 451 aplicaciones (6.49%), triple viral con 389 aplicaciones (5.6%), BCG con 141 aplicaciones en total (2.03%), y por último, DPT con 141 aplicaciones (2.03%), como se muestra a continuación.

Tabla de Inmunizaciones aplicadas en la UER PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010

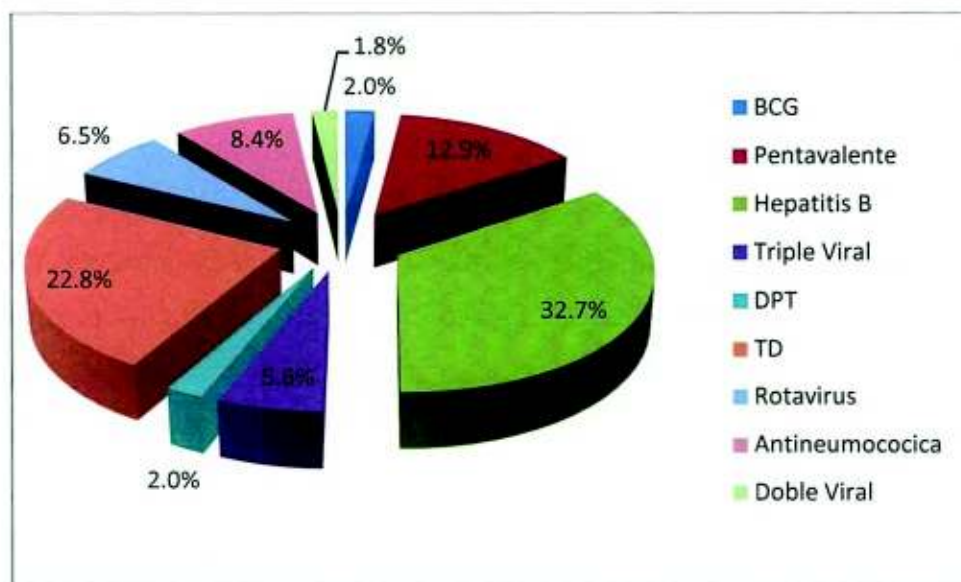
BCG	141
Pentavalente	897
Hepatitis B	2,272
Triple Viral	389
DPT	141
TD	1,585
Rotavirus	451
Antineumococica	584
Doble Viral	125
Total	6,939

Fuente: SIS realizados durante junio 2008 – enero 2010. Aplicadas por el personal de enfermería de la unidad.

Diagnóstico de Salud 2009-2010

Gráfica de Inmunizaciones aplicadas en la UER PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010



Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010. Aplicadas por el personal de enfermería de la unidad.

Tabla de BCG aplicadas en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010

Edad	Aplicadas
Recien nacido	126
< 1 año	14
Total	140

Fuente: SIS realizados durante Junio 2009 – Enero 2010. Aplicadas por el personal de enfermería de la unidad.

Tabla de Pentavalente aplicadas en la UER PMA

Durante Junio 2009 – Enero 2010

1 año	1
2 a 4 años	48
<1 año	673
Total	722

Fuente: SIS realizados durante Junio 2009 – Enero 2010. Aplicadas por el personal de enfermería de la unidad.

Tabla de Hepatitis B aplicadas en la UER PMA

Durante Junio 2009 – Enero 2010

Edad	Aplicadas
10 a 19 años	736
20 años y mas	884
Recién Nacido	89
2 a 6 meses	417
7 meses a 9 años	92
Total	2,272

Tabla de Triple Viral aplicadas en la UER PMA

Durante Junio 2009 – Enero 2010

Edad	Aplicadas
1 año	185
2 a 4 años	3
5 a 9 años	201
Total	389

Tabla de TD aplicadas en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010

Edad	Aplicadas
Embarazadas	279
Mujeres <20 años	292
Mujeres 20-59 años	343
Mujeres 60 años y mas	36
Hombres <20 años	201
Hombres 20-59 años	365
Total	1,513

Fuente: SIS realizados durante Junio 2009 – Enero 2010. Aplicadas por el personal de enfermería de la unidad.

Tabla de Rotavirus aplicadas en la UER PMA

Durante Junio 2009 – Enero 2010

Rotavirus	Aplicadas
Total de dosis	451

Tabla de Antineumocócica aplicadas en la UER PMA

Durante Junio 2009 – Enero 2010

2 a 11 meses	472
1 año	76
Total	548

Tabla de Doble Viral aplicadas en la UER PMA

Durante Junio 2009 – Enero 2010

<12 años	3
12 a 19 años	59
20 a 59 años	68
Total	130

Fuente: SIS realizados durante Junio 2009 – Enero 2010. Aplicadas por el personal de enfermería de la unidad.

6.2.5. Planificación Familiar

En el Poblado Miguel Alemán se observa una gran cantidad de embarazos en pacientes adolescentes o gran multiparidad; a pesar de los esfuerzos realizados en conjunto con otras instituciones, por medio de pláticas, folletos y promoción de los métodos de planificación familiar. Este centro de salud promueve la aplicación de anticonceptivos intramusculares mensuales o bimensuales, uso adecuado de preservativo, aplicación y revisión de dispositivo intrauterino, así como anticonceptivos orales, siempre con previa historia clínica y exploración física para identificar algún factor de riesgo que pudiera condicionar el uso de alguno de estos útiles métodos.

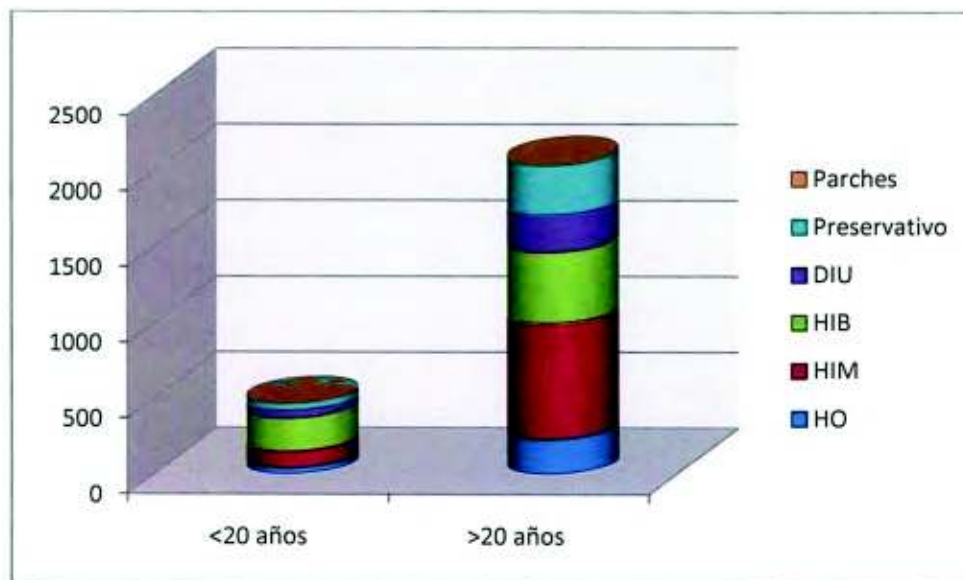
Tabla de Métodos Entregados en la UER PMA

Durante Junio 2009 – Enero 2010

Edad	HO	HIM	HIB	DIU	Preservativo	Parches	Total
<20 años	41	109	217	53	48	0	468
>20 años	231	765	469	246	326	15	2,052
Total	272	874	686	299	374	15	2,520

Fuente: SIS realizados durante 2009 – enero 2010. Reportados por médico a cargo del programa de Planificación Familiar.

Métodos Entregados en la UER PMA Durante Junio 2009 – Enero 2010



Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010. Reportados por médico a cargo del programa.

6.2.6 Control Prenatal, Atención de Parto y Puerperio

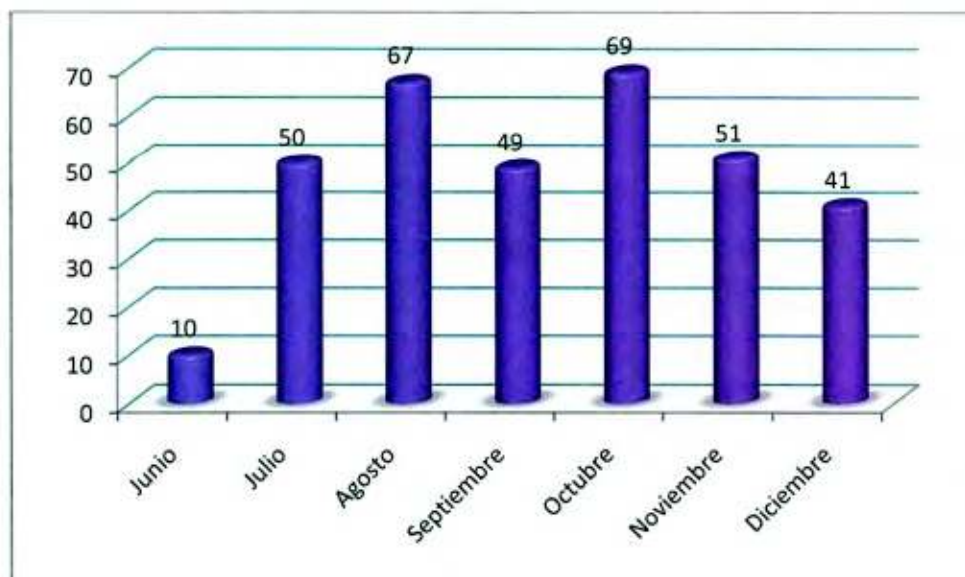
En UER PMA existe una gran demanda de consulta por pacientes embarazadas, la atención a estas pacientes va enfocada a la salud materna durante el embarazo y procurar el bienestar fetal, diagnosticar anomalías o embarazos de alto riesgo. La gran mayoría de problemas gestacionales son detectables por medio de una adecuada historia clínica, control de peso, signos vitales e interpretación de exámenes de laboratorio periódicos.

Diagnóstico de Salud 2009-2010

Se consideran embarazos de alto riesgo en una o más de las siguientes situaciones: primigestas, menores de 15 años, mayores de 35 años, pacientes que cursen con hipertensión inducida por el embarazo, presentación pélvica, sufrimiento fetal agudo, cesáreas previas, madres con factor Rh negativo, antecedente de partos distócicos, diabetes gestacional, productos macrosómicos, prematuridad, infecciones de vías urinarias por condicionar amenazas de parto pretérmino o aborto.

A esta unidad acuden una gran cantidad de pacientes embarazadas de alto riesgo que no han acudido a CPN por lo que es de vital importancia tratar de hacer consciencia en estas pacientes que ponen en riesgo tanto su vida como la del feto.

Mujeres atendidas en control prenatal por MPSS, junio-diciembre 2009



Fuente: Hojas diarias MPSS PMA

Diagnóstico de Salud 2009-2010

6.2.6.1 Control Prenatal

En la UER PMA durante el periodo mencionado otorgué atención prenatal a un total de 337 embarazadas, de las cuales 283 fueron de primera vez y 54 subsecuentes, en diferentes trimestres durante su embarazo.

El total de atenciones prenatales otorgadas en el UER durante el periodo de junio 2009 a enero 2010 fue de 283, englobadas en las de primera vez como consulta así como por urgencia que a su vez en algunos casos ese no era el motivo de atención por urgencias pero se encontraban con embarazo abdominal, subsecuentes y dentro del trimestre en el que la mujer gestante se encontraba. Así mismo, no únicamente se atendió a la mujer embarazada por control prenatal, si no que también se atendía de la misma manera por otras patologías asociadas o no asociadas con el embarazo, y se registraron como consultas a embarazadas y no Control Prenatal como tal en su totalidad.

Como anteriormente se mencionó, el total de atenciones por embarazo fue de 283 contra 2,193 del total de la unidad y reportados por todos los médicos de la unidad. Hago mención que el 58.16% de las atenciones prenatales otorgadas por mí, corresponde a pacientes que acudieron a atención médica durante el tercer trimestre de embarazo lo que nos da un total de 193 mujeres con un 68.1%, en orden descendiente gestacional encontramos el segundo trimestre de gestación con 69 pacientes de atención prenatal que corresponde al 24.38%, y por último, las gestaciones del primer trimestre que constituyen el 7.42% con un total de 21 consultantes, dicho suceso se resume a continuación.

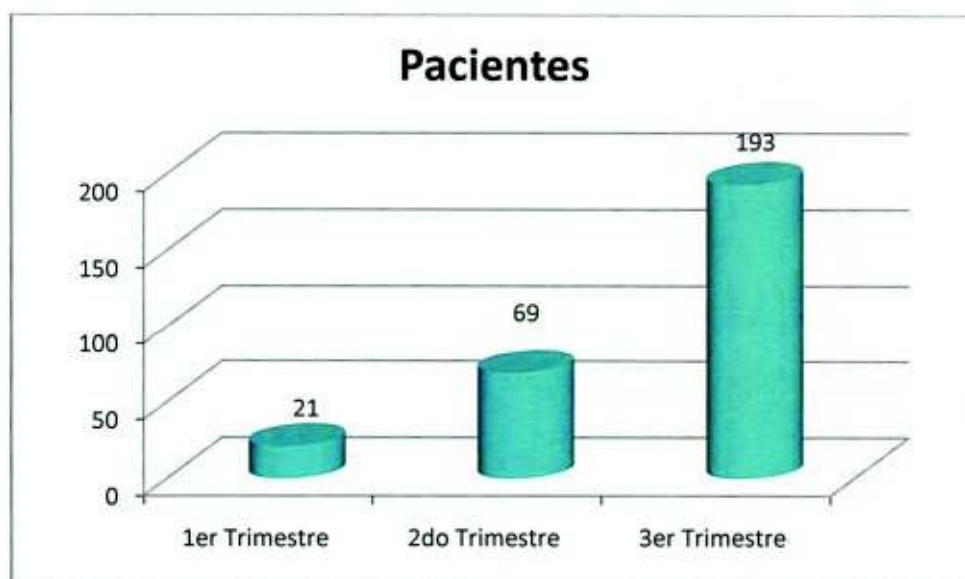
Tabla de Control Prenatal por Trimestre en la UER PMA por MPSS

Durante Junio 2009 – Enero 2010

Trimestre de Atención	Pacientes	Porcentaje
1er Trimestre	21	7.42%
2do Trimestre	69	24.38%
3er Trimestre	193	68.1%
Total	283	100%

Gráfica de atención Prenatal por Trimestre en la UER PMA de MPSS

Durante Junio 2009 – Enero 2010



Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010, hojas diarias MPSS Dina Valdez.

Diagnóstico de Salud 2009-2010

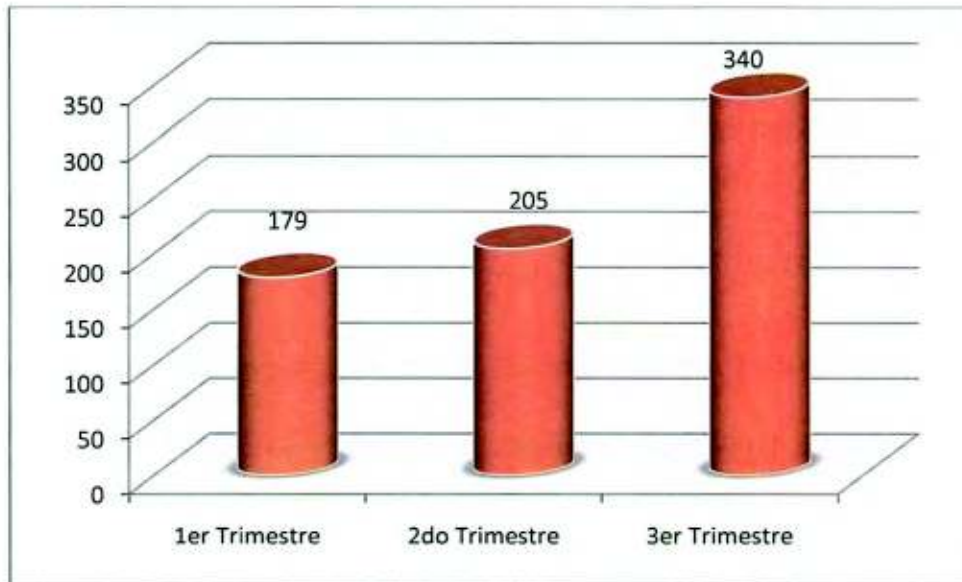
Por otro lado, de estas 283 consultas de atención Prenatal de primera vez, 21 (7.42%) fueron correspondientes al primer trimestre de gestación que es lo ideal, pero a continuación veremos que las pacientes acuden por primera vez en forma posterior al primer trimestre. Durante el segundo trimestre de gestación como primer consulta acudieron un total de 69 mujeres, formando así el 24.38% del total por primera vez, y por último, durante el tercer trimestre de gestación en su primera consulta acudieron 193 pacientes, mismas que conforman un 68.1% de las pacientes de consulta de primera vez.

Tabla de atención Prenatal de Primera Vez por Trimestre en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010

Trimestre de Atención	Pacientes	Porcentaje
1er Trimestre	179	24.7%
2do Trimestre	205	28.3%
3er Trimestre	340	47.0%
Total	724	100.0%

Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010.

Gráfica de Control Prenatal de Primera Vez por Trimestre en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010



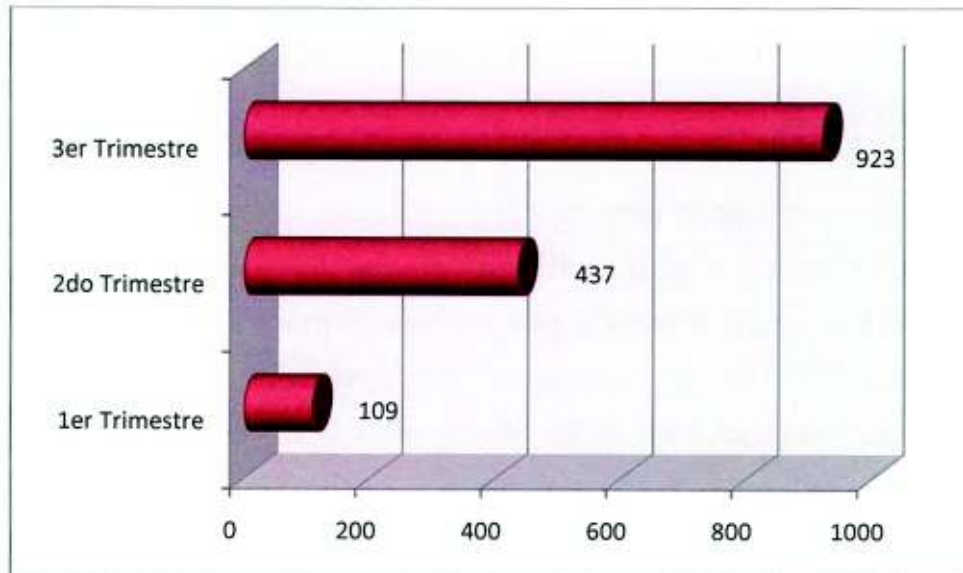
Por otro lado en la unidad, el total de 2,193 consultas otorgadas a control prenatal, de éstas 1,469 fueron control prenatal subsecuente. Las pacientes que acudieron a control en el tercer trimestre de la gestación de manera subsecuente fueron 109 ocupando un 7.42%, 437 de ellas acudieron durante el segundo trimestre del embarazo lo que hace un total de 29.74%, y por último, fueron 923 pacientes las que acudieron a su control prenatal durante el primer trimestre lo que nos da un 62.83% del total de las pacientes subsecuentes, como se muestra a continuación.

Diagnóstico de Salud 2009-2010

**Tabla de atención Prenatal Subsecuente por Trimestre
en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010**

Trimestre de Atención	Pacientes	Porcentaje
1er Trimestre	109	7.42%
2do Trimestre	437	29.74%
3er Trimestre	923	62.83%
Total	294	100%

**Gráfica de Control Prenatal Subsecuente por Trimestre
en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010**



Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010, hojas diarias MPSS.

6.2.6.2 Atención de Parto

Durante el período de servicio social ya mencionado, hubo un total de 32 partos atendidos en esta unidad, de los cuales atendí 17 partos y el total de nacimientos registrados entre fortuitos y en la sala de expulsión y que recibieron atención médica en esta unidad durante todo el año 2009 fue de 82, dato proporcionado por el depto. de innovación y planeación de la JS1 para la UER PMA.

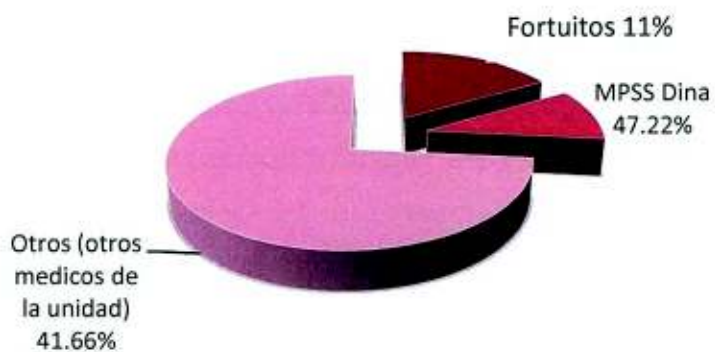
Cabe mencionar que la mayoría de las embarazadas se refieren al HIMES para terminar su gestación, ya sea por vía vaginal o abdominal, tomando en cuenta que se tiene un gran número de embarazos adolescentes que se unen a los embarazos de alto riesgo, este es el motivo de referencia para atención por ginecología, para evitar así las complicaciones que se pudieran presentar durante y después del trabajo de parto; de acuerdo a esto, este año fue un número mucho menor de atención de partos comparado a otros años.

**Tabla de Partos Atendidos en la UER PMA
Durante Junio 2009 – Enero 2010**

Fortuitos	4
Mpss Dina Valdez	17
Otros (otros médicos de la unidad)	15
Total	36

**Gráfica de Partos Atendidos en la UER PMA
Durante Junio 2009 – Enero 2010**

Partos Atendidos



Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010, hojas diarias MPSS.



6.2.6.3 Puerperio

Después que se ha atendido el parto y que se le han otorgado los cuidados del RN las pacientes pasan al área de encamados junto con el RN para iniciar la lactancia materna, las pacientes permanecen un periodo de 6 horas en vigilancia para prevenir las complicaciones que se pudieran presentar durante el puerperio inmediato como lo son: sangrado ya sea por restos placentarios y/o atonía uterina, así como complicaciones en el RN.

El número de puerperios atendidos en esta unidad es igual al número de partos. También se da seguimiento a los 7 días a las pacientes que no han parido en esta unidad, con ellas el número de pacientes atendidas durante el puerperio aumenta.

Durante el periodo del año de servicio social, dentro de los partos que se atendieron, atendí el nacimiento de un niño con labio leporino y paladar hendido por lo que se refirió en binomio a HIMES para colocación de placa en paladar, esto nuevamente nos viene a reiterar que no todas las pacientes embarazadas llevan control prenatal, no se medican antes de un embarazo y no realizan los cuidados necesarios para evitar una malformación como estas.



6.3 Subprograma de Atención Médica

6.3.1 Total de consulta: Morbilidad 2009

En cuanto a la morbilidad, durante el periodo junio 2009 a enero 2010, de mi año de servicio social en esta unidad, realicé un **total** de **2,918** consultas, las cuales están englobadas en consulta externa general y atención de urgencias, además de pacientes que fueron atendidos de **primera vez** los cuales fueron **2,465** en total y pacientes **subsecuentes** los cuales fueron **453**. Dichas estadísticas las resumo a continuación en gráficas.

**Gráfica de Consultas Otorgadas por Medico pasante en servicio social
Durante Junio 2009 – Enero 2010**



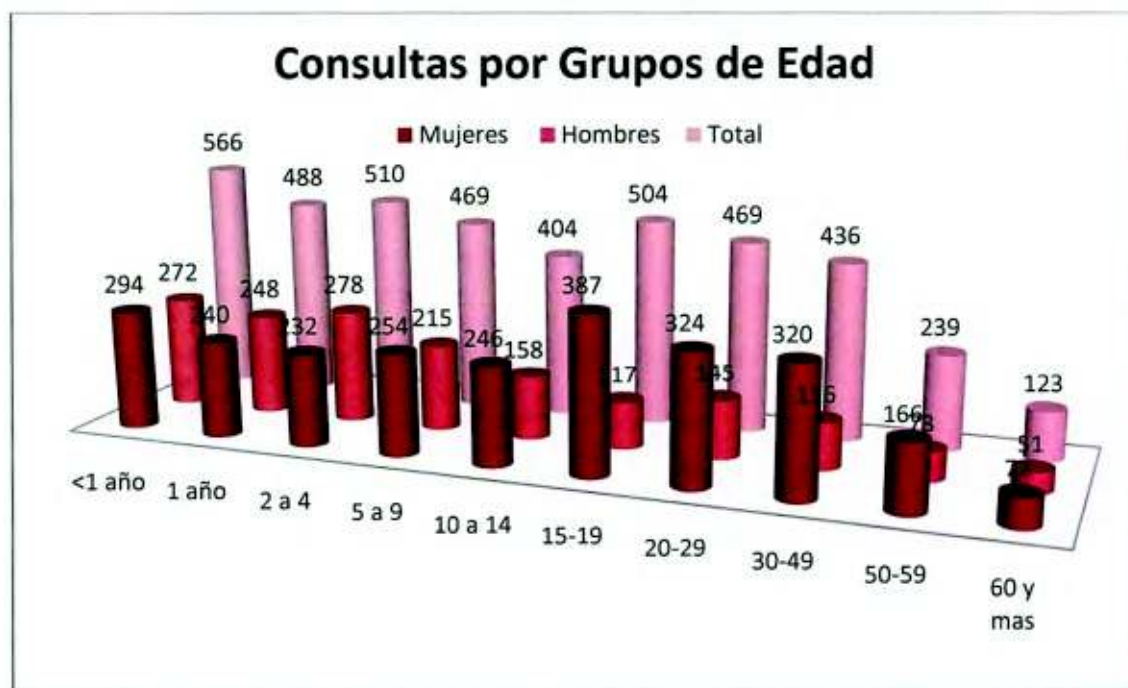
Fuente: Hojas diarias MPSS Dina Valdez, junio 2009 – enero 2010.

En cuanto a los grupos de mayor afluencia en la consulta tanto externa como atención de urgencias para el total del número para la unidad, se mencionan a continuación los grupos de edades en general, posteriormente se fracciona el sexo masculino y el femenino para mencionar los grupos de edades, aunque en sí, no varían mucho los grupos en cuanto al sexo.

Diagnóstico de Salud 2009-2010

Se mencionan todos los grupos de consulta pero hago énfasis en los 5 grupos principales, de estos los de mayor afluencia fueron los menores de 1 año con un total de 566 consultas y un porcentaje en total de mis consultas realizadas, del 13% respecto a todos los grupos de edades, le continúa el grupo de menores de 5 años de edad con un total de 510 consultas otorgadas las cuales corresponden al 121%, el grupo de 15 a 19 años también tiene gran afluencia y al cual se le otorgó 504 consultas que corresponden al 12% del total de las otorgadas, posteriormente entra el grupo de 1 año de edad con 488 consultas que no difieren mucho al grupo anterior, mostrando un 12%, por último el grupo de 5 a 9 años con 469 consultas y el 11%. Dichas estadísticas se muestran en las siguientes gráficas.

Gráfica de Consultas Otorgadas por Edad y Sexo en la UER PMA
Durante Junio 2009 – Enero 2010



Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010, hojas diarias MPSS.

Consultas Otorgadas por Grupos de Edad en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010



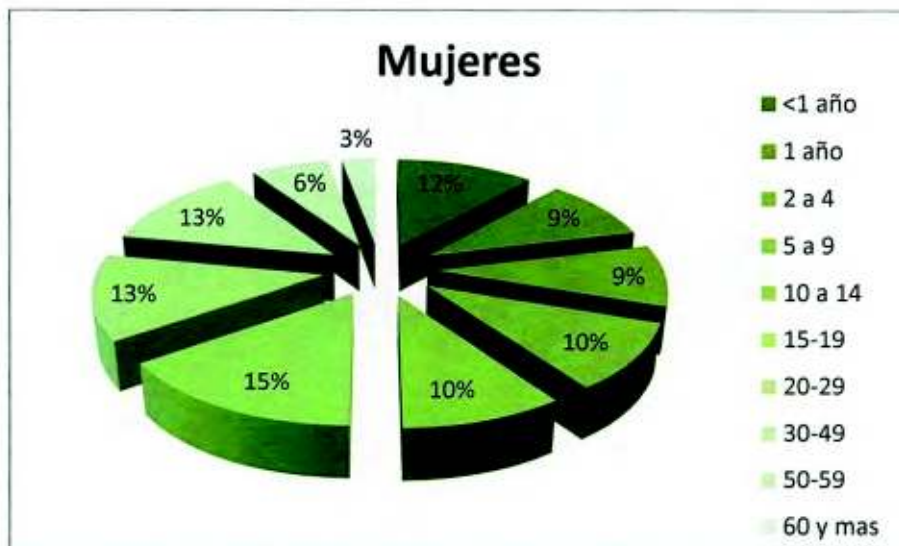
Fuente: SIS realizados durante junio 2009 – enero 2010, hojas diarias MPSS.

Si siguiendo con los grupos de edad es importante mencionar estadísticamente los grupos de mayor afluencia tanto de hombres y mujeres aunque estos no varían mucho.

De las 2,506 consultas otorgadas, 2,335 fueron al sexo femenino, de las cuales el grupo de mayor afluencia fue el de 15 a 19 años con un total de 387 pacientes que corresponde al 15% de este sexo, le continúa el grupo conformado por las mujeres de 20 a 29 años con un total de 324 consultas y un porcentaje de 13%, en orden descendente le sigue el grupo de mujeres de 30 a 39 años que no difiere en mucho al anterior con 320 consultas en total y 13%, los menores de un año en lo que al sexo femenino se refiere fueron 294 en total, tomando así el cuarto lugar de esta estadística con un porcentaje del 12%, y por último, el grupo conformado de los 5 a los 9 años con 254 consultas en total, de este le corresponde el 10% de

todas las consultas a este sexo. Dichas estadísticas se muestran a continuación de manera gráfica.

Gráfica de Consultas Otorgadas al Sexo Femenino en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010

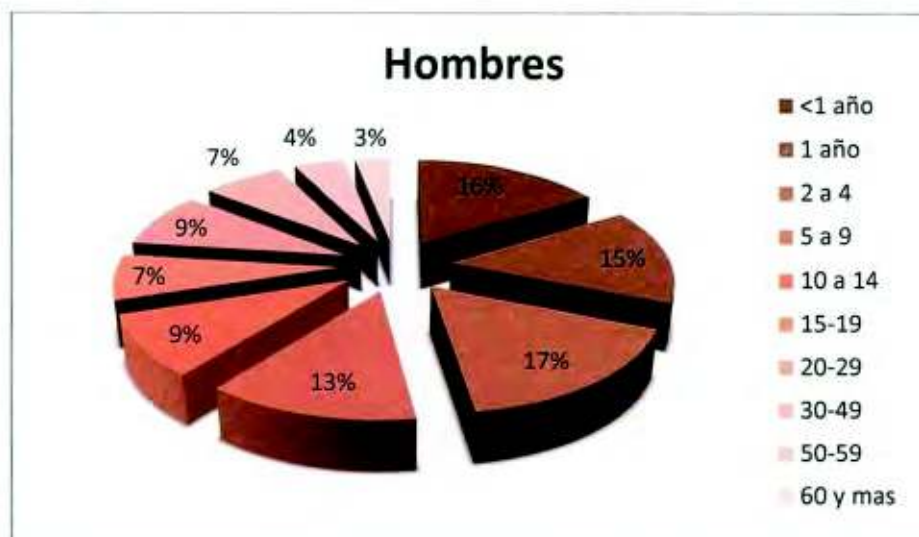


Fuente: Hojas diarias MPSS Valdez, junio 2009 - enero 2010.

Ahora tomamos el grupo de hombres por edad que más afluencia tiene en solicitar un servicio de salud, al igual que en el sexo femenino, los grupos de mayor afluencia con los menores y los adolescentes.

En la siguiente gráfica se muestra la prueba de ello, el total de hombres consultados fue de 171, a continuación encontramos que el grupo predominante de este género es el de 2 a 4 años de edad con un total de 278 pacientes correspondiente al 17%, continúan los siguientes grupos: los menores de 1 año con 16% con un total de 272 pacientes, en tercer lugar el grupo de 1 año de edad con 248 pacientes asistentes a consulta lo que los coloca en el 15%, con 215 pacientes y 13% el grupo de 5 a 9 años, y por último, el grupo de 10 a 14 años de edad con 158 pacientes y 9%.

Gráfica de Consultas Otorgadas al Sexo Masculino en la UER PMA durante Junio 2009 – Enero 2010



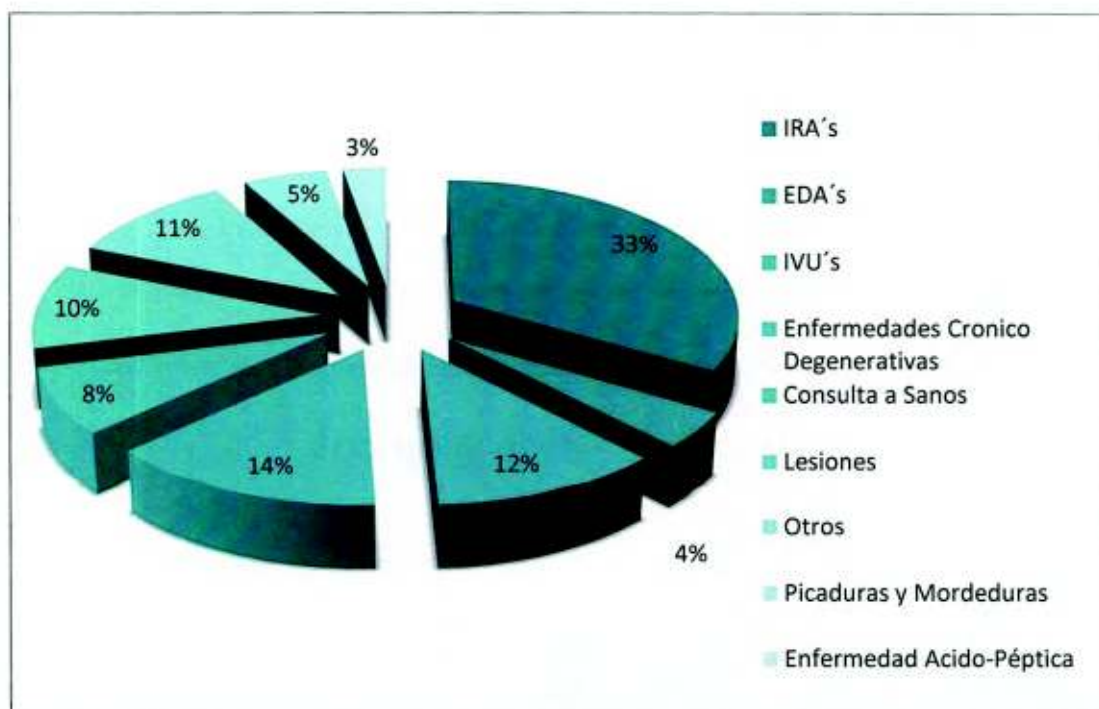
Fuente: Hojas diarias MPSS Dina Valdez, junio 2009 - enero 2010.

Entre los padecimientos más frecuentes que tuve en la consulta, del total de 2,506 consultas otorgadas, se dividen de la siguiente manera.

En primer lugar encontré IRA's con un total de 1,409 consultas, como se muestra en la gráfica ocupa el 33% de esta estadística, le continúa las enfermedades crónico-degenerativas con 588 consultas correspondiente al 14% de la gráfica, con 12% se encuentran las Infecciones de Vías Urinarias 487 pacientes, con un 11% se engloban los padecimientos clasificados como Otros, los cuales se refieren a padecimientos dermatológicos, alergias, micosis, tiñas, con 10% encontramos el grupo de lesiones que corresponde a 424 consultas entre ellas se encuentran pacientes con verdaderas urgencias como lo son heridos por arma blanca, fracturas expuestas y/o cerradas, luxaciones, heridas con necesidad de sutura, en orden decreciente 8% consulta a sanos con 329 consultas en ellas englobamos control de niño sano, control prenatal y revaloraciones post-tratamiento de diferentes padecimientos, el 5% de la gráfica corresponde a 225

pacientes atendidos por picaduras de animales como alacrán, abejas, y mordeduras de perro y/o víboras, el 4% de nuestra gráfica corresponde a las enfermedades diarreicas agudas con un total de 179 consultas en lo que a mi atención como medico respecta, ya que por parte de todo el equipo de trabajo del centro de salud, las cifras son mucho más altas, y por ultimo con un 3% la enfermedad acido péptica que corresponde a 115 consultas otorgadas. A continuación resumo dicho suceso en gráfica con porcentajes.

**Gráfica de Padecimientos Frecuentes en Consultas Otorgadas
en la UER PMA durante junio 2009 – Enero 2010**



Fuente: Hojas diarias MPSS Valdez, junio 2009 - enero 2010.

6.3.2 Mortalidad

Tabla de Diez Principales Causas de Mortalidad en el PMA

2009

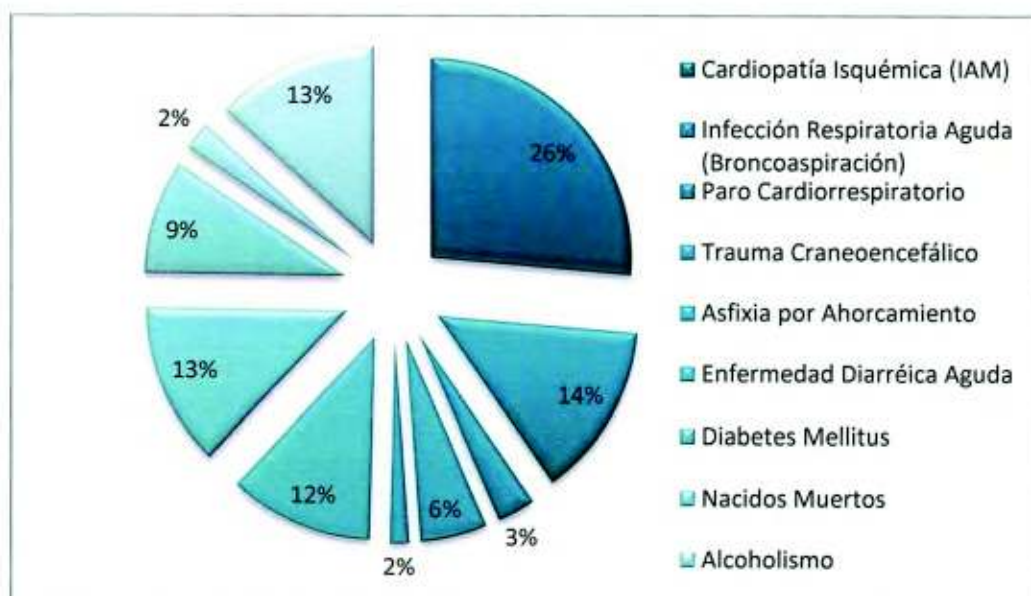
Causas de Mortalidad	Defunciones	Tasa*
Infección Respiratoria Aguda (Broncoaspiración)	22	0.580
Complicaciones por Diabetes Mellitus	25	0.548
Choque Hipovolémico	4	0.548
Enfermedad Diarréica Aguda	12	0.484
Nacidos Muertos	0	0
Traumatismo Craneoencefálico	10	0.225
Paro Cardiorrespiratorio	5	0.129
Alcoholismo	3	0.09
Asfixia por Ahorcamiento	0	0
Muerte por Rickettsiosis	4	0.155
Total	85	2.759

*Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: Registro Civil PMA y vigilancia epidemiológica UER PMA

Gráfica de Diez Principales Causas de Mortalidad en el PMA

Durante junio 2009 – Enero 2010



CAPITULO 7

METAS Y LOGROS DURANTE

JUNIO 2009 – ENERO 2010

UNIDAD DE ESTABILIZACION Y REFERENCIA POBLADO MIGUEL ALEMAN

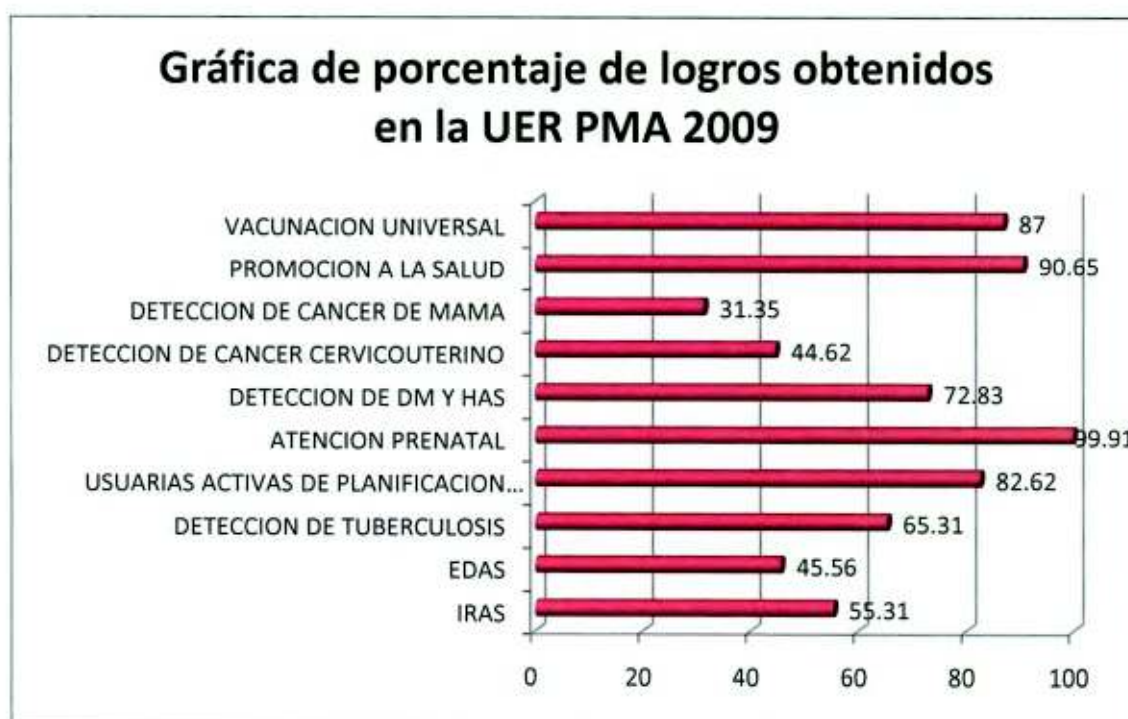
En este apartado se muestran las metas y los logros obtenidos durante el periodo antes ya mencionado en la unidad de salud, en la cual yo estuve realizando mi servicio social y colaborando como parte de las mismas, así como realizando detecciones especiales como las de tuberculosis, dengue, rickettsiosis, cólera y sífilis, entre otras. Así mismo, incluyo el número de detecciones realizadas personalmente y enviadas a laboratorio estatal para TBP ya que en esta unidad es una de las enfermedades trasmisibles más importantes es cuanto a prevalencia e incidencia, sin olvidar los casos de rickettsiosis, dengue clásico y lepra que se encuentran activos en la comunidad y en seguimiento.

Para esta parte me fue otorgado el número de metas y logros obtenidos hasta el mes de noviembre porque es lo que se ha capturado en el sistema, por lo tanto los datos y las graficas son en función de los mismos.

Durante mi pasantía de servicio social, de manera individual realicé un total de 23 baciloscopías con 3 positivos (13.04%) para TBP para la unidad de salud del poblado Miguel Alemán. Cabe mencionar que en la comunidad de Querobabi realicé aproximadamente 16 detecciones y el reporte culminó en ningún positivo para TB.

7.1 Tabla de metas para la UER PMA 2009

OBJETIVOS Y METAS	meta nov 2009	logro UER PMA	%
IRAS	4,920	2,721	55.31
EDAS	1,469	669	45.56
DETECCION DE TUBERCULOSIS	576	376	65.31
USUARIAS ACTIVAS DE PLANIFICACION FAMILIAR	558	461	82.62
ATENCION PRENATAL	1,109	1,108	99.91
DETECCION DE DM Y HAS	14,587	10,623	72.83
DETECCION DE CANCER CERVICOUTERINO	2,268	1,012	44.62
DETECCION DE CANCER DE MAMA	2,268	711	31.35
PROMOCION A LA SALUD	170,215	154,292	90.65
VACUNACION UNIVERSAL	49,599	16,814	87



Fuente: reporte para metas y logros por unidad de salud, Planeacion e innovación JS1

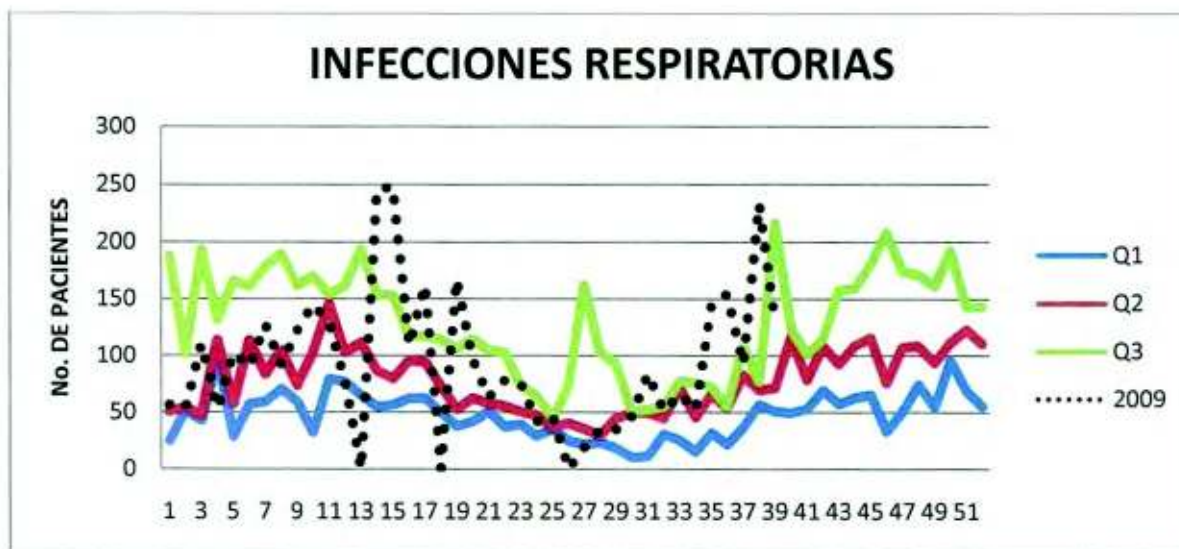
CAPITULO 8

CANALES ENDEMICOS

La finalidad de los canales endémicos consiste en poder identificar a tiempo si el número de casos notificados de algún padecimiento es el usual en cada semana del año en curso, comparándola con años anteriores, esto se realiza para aplicar medidas correspondientes para evitar brotes epidemiológicos cuando el número de casos resulta por arriba de lo esperado.

Para realizar dichos canales se utilizan los Cuartiles, estos se obtienen mediante los límites mayores y menores de la suma de los casos notificados de cierto padecimiento o enfermedad. Así que con estos cuartiles se toman tres parámetros que consisten en Q1, Mediana y Q3. El cuartil Q1 se obtiene de los valores menores de la tabla de cifras. El cuartil Q3 se obtiene de los valores máximos de la tabla de cifras. La mediana es el número de casos esperados. Por debajo de ésta y del primer cuartil se considera área de *Seguridad*, por arriba de ésta y el tercer cuartil se considera área de *Alarma*. Por debajo del primer cuartil área de *Éxito*, y por encima del tercer cuartil se considera *Epidemia*.

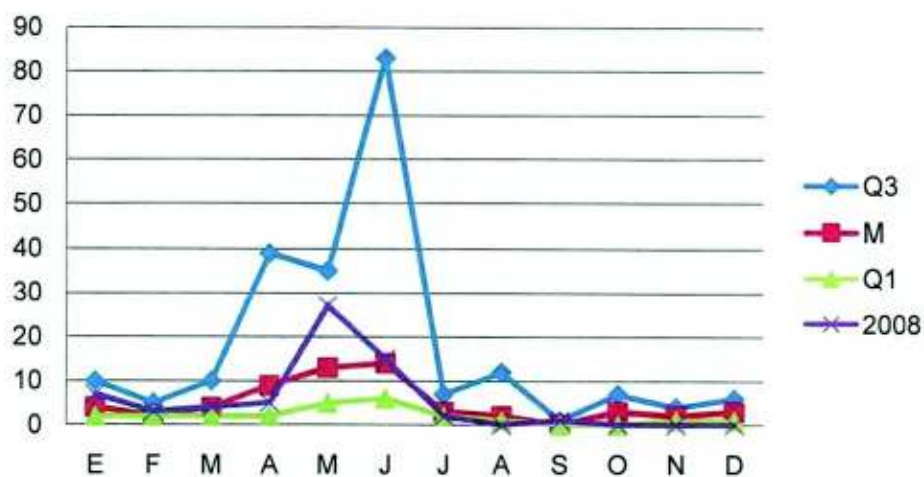
8.1 Canales Endémicos Transmisibles



Fuente: SIS anual desde el año 2004 – 2009.

Este canal endémico muestra un comportamiento diferente durante todo el año. Se mantiene en área de Alarma durante los meses de enero, mayo, julio, agosto, septiembre y octubre, porque permanece por arriba de la mediana, pero debajo de Q3. En los meses de febrero, abril, junio y noviembre se manifiesta en el área de Seguridad, y solo en el mes de marzo se manifiesta con éxito. Dadas las condiciones de este Canal se hace nuevamente referencia a la Promoción a la Salud, que aunque se realiza diaria y arduamente por personal de la UER PMA no es la suficiente para cubrir a la población en su totalidad, porque como se manifiesta de manera gráfica todo el año estuvo en estado de Alarma y en el mes de Octubre estuvimos a pocos casos de que se provocara una Epidemia. Por otra parte cabe recalcar que los seres más vulnerables son los niños menores de 5 años y los adultos mayores, quienes son presa fácil de las complicaciones de dichos padecimientos y en los que se debe enfatizar la prevención.

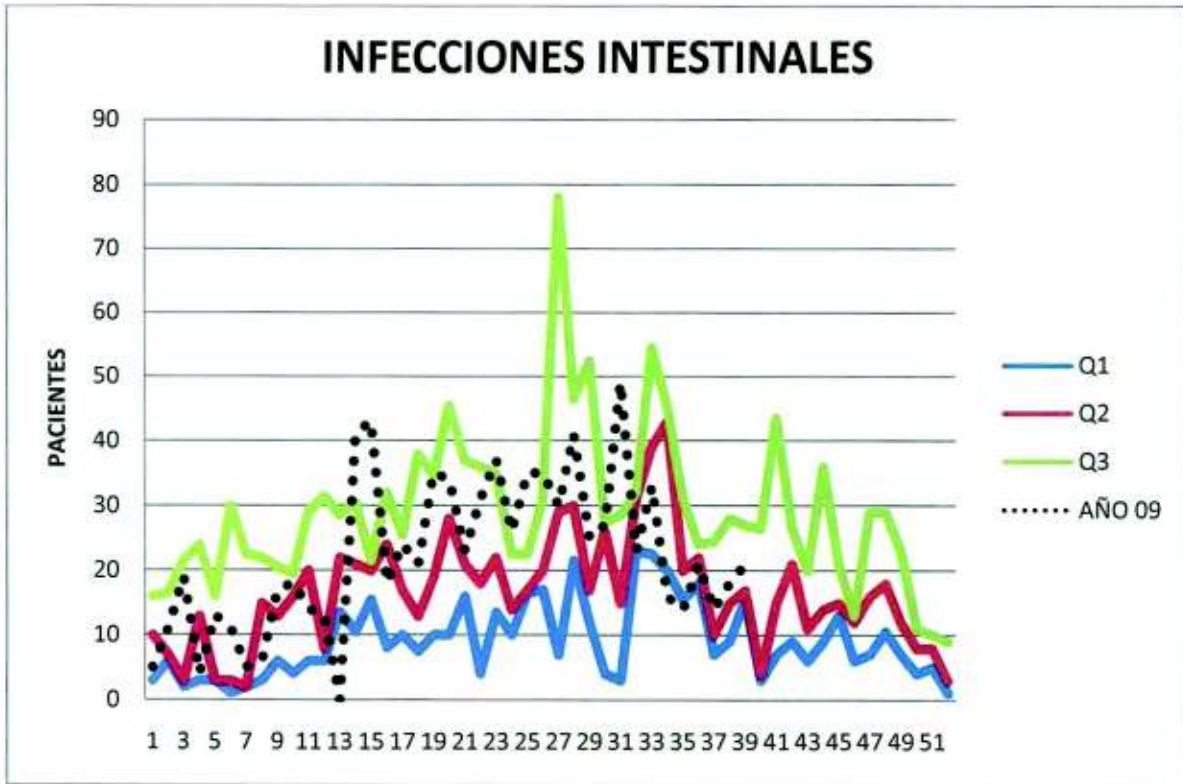
Canal Endémico Varicela



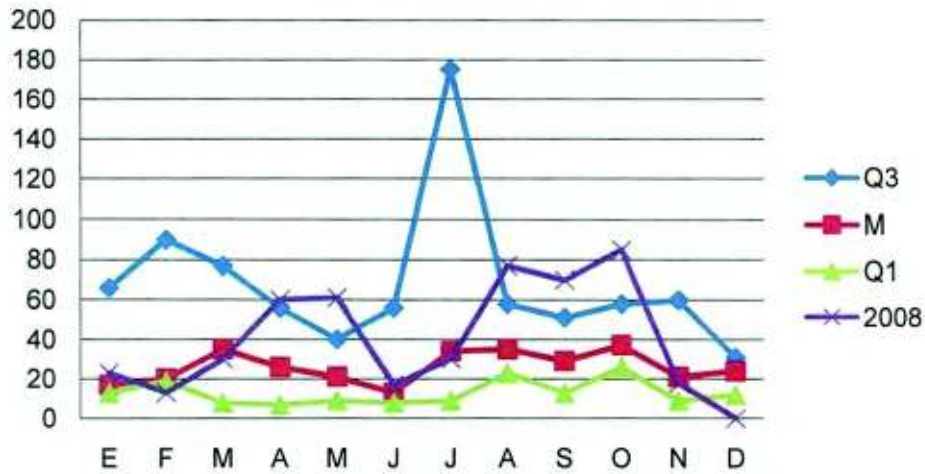
Fuente: SIS anual desde el año 2003 – 2008.

Con respecto al canal endémico de Varicela éste muestra un estado de Alarma durante los meses de enero, febrero, marzo, mayo y junio, durante el resto del año se mantuvo estable en área de seguridad y éxito. Aunque se podría presumir un subregistro de la enfermedad ya que la mayoría de los casos son los menores y en ocasiones son niños que acuden a la actividad de enseñanza diaria durante el periodo activo de la enfermedad, lo que nos pone a pensar sobre el total de casos de esta enfermedad.

CANAL ENDEMICO PARA EDA'S 2009

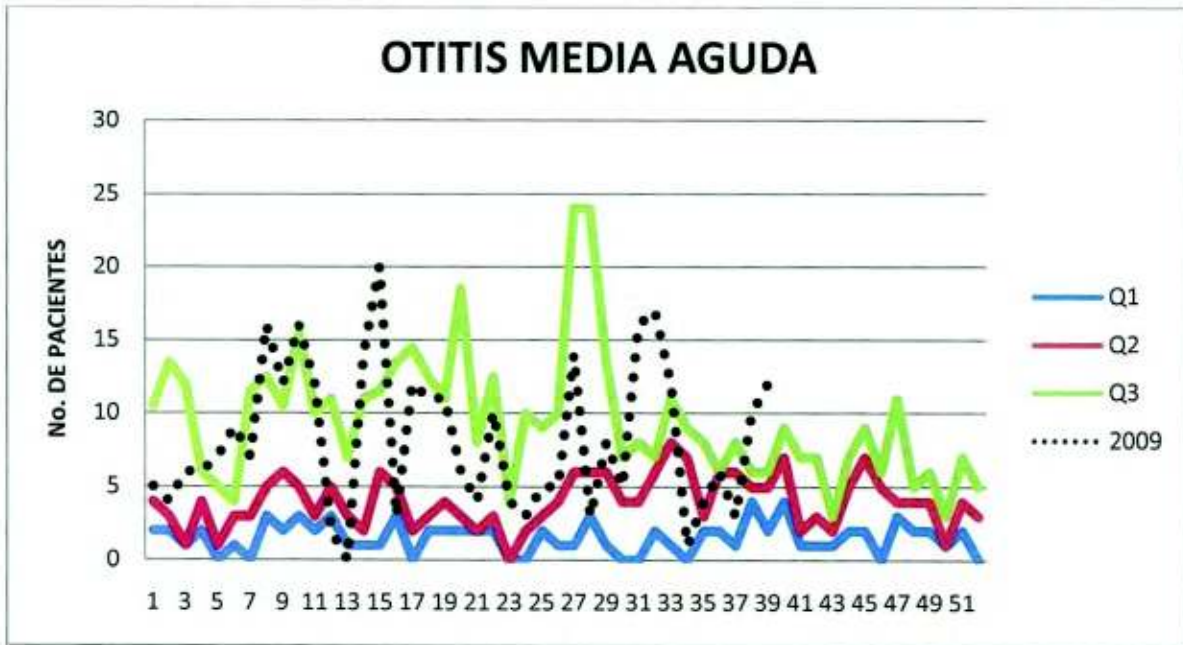


Canal Endémico IVU



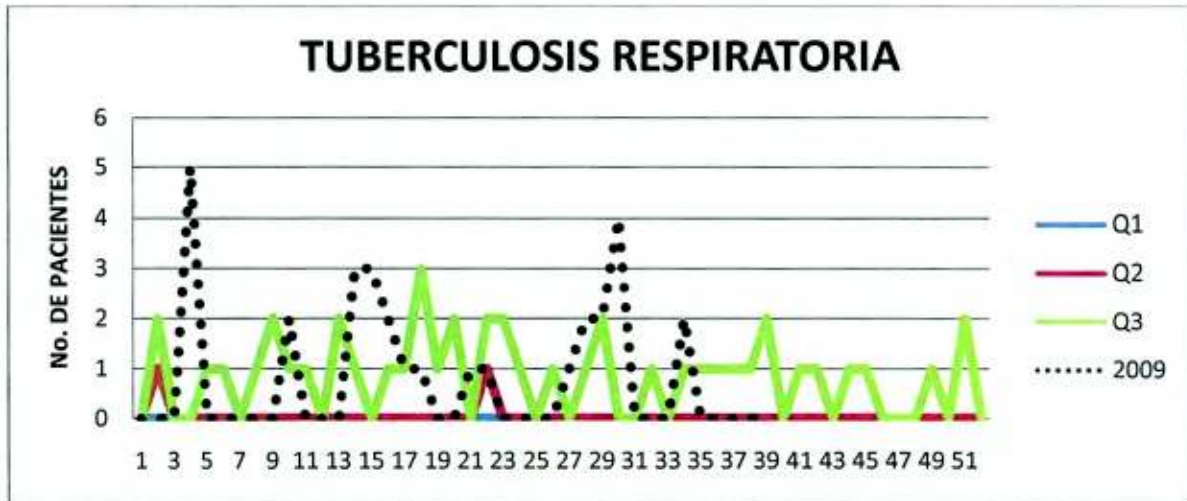
Fuente: SIS anual desde el año 2003 – 2008.

En lo que respecta a las Infecciones de Vías Urinarias es una causa muy frecuente de consulta médica y como podemos ver en esta gráfica se muestra que en los meses de abril, mayo, agosto, septiembre y octubre se mantuvo en una fuerte epidemia, esto lo podemos atribuir a que la mayoría de los consultantes son mujeres en edad reproductiva y trabajadoras de campo, que durante las horas de arduo trabajo disminuyen significativamente la ingesta de agua o de las que incluso se puede especular sobre la forma correcta de limpieza al acudir a los baños de los campos en forma rápida para continuar trabajando, así como al calor tan intenso al que los jornaleros se encuentran sometidos bajo el rayo del sol.



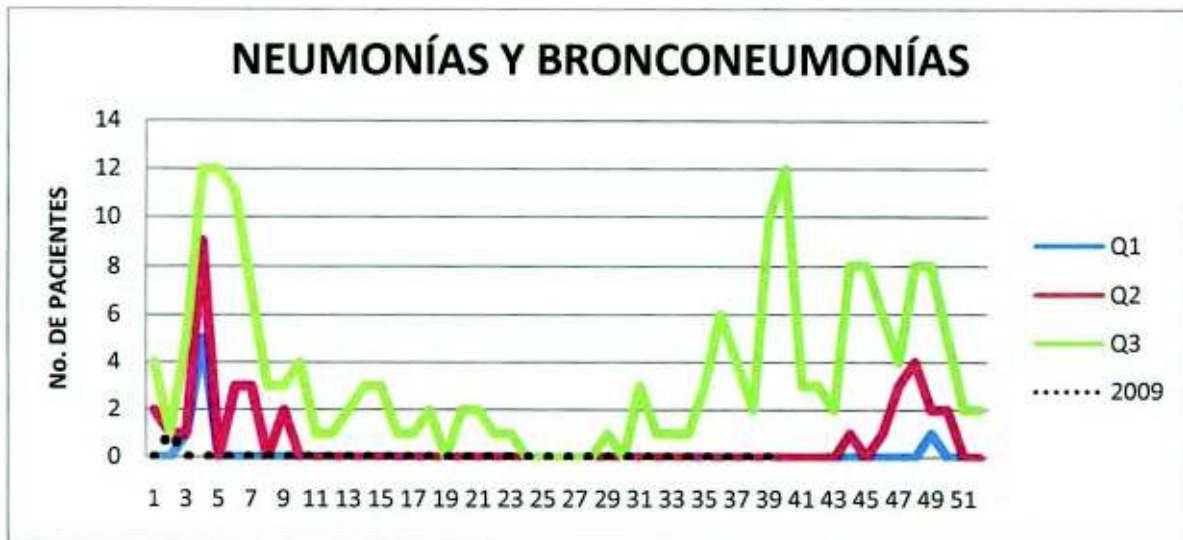
Fuente: SIS anual desde el año 2003 – 2008.

La otitis media aguda es un padecimiento importante ya que tiene complicaciones que van desde límites simples a extremosos y es una causa de consulta frecuente. Dicho canal muestra normalidad durante la mayoría del año, mostrándose en área de seguridad y éxito, solo cabe mencionar que en los meses de enero, marzo, septiembre y octubre estuvo en el área de Alarma por encontrarse por arriba de la mediana pero por debajo de Q3.



Fuente: SIS anual desde el año 2004 – 2009.

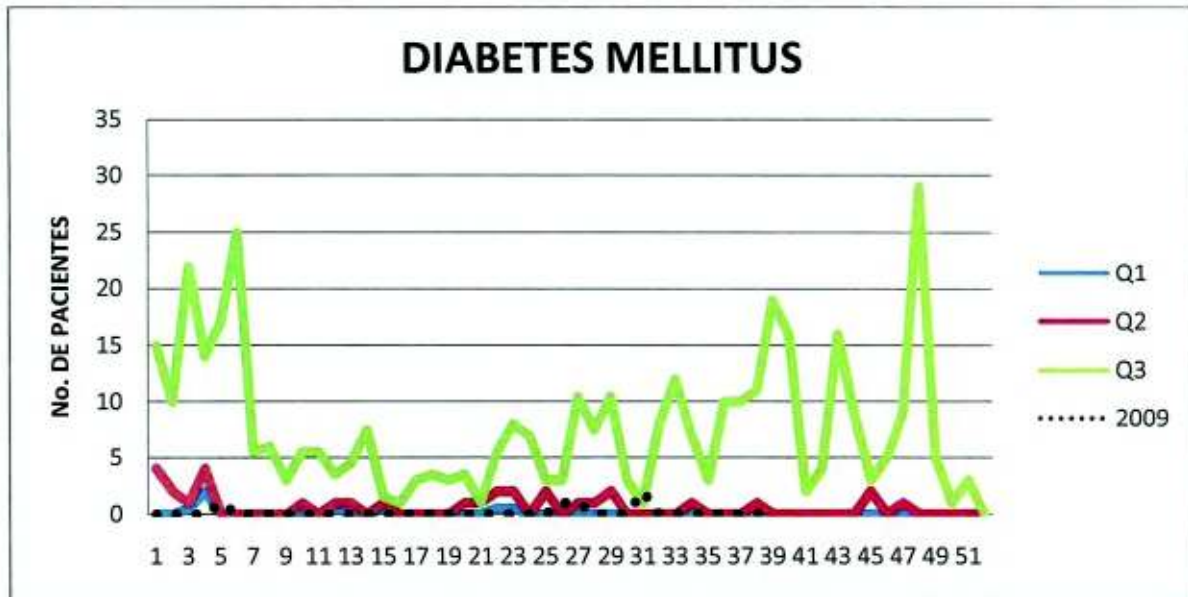
En lo que a Tuberculosis de refiere cabe comentar que durante el mes de septiembre se tiene registrado un brote epidémico con 4 casos ya que Q3 se registra con 2. En los meses de enero, julio y agosto se muestra con foco rojo en el estado de Alarma lo que nos corrobora que estos meses fueron un aviso del brote que surgiría en el mes de septiembre. Por otra parte se debe mencionar que el total de casos de tuberculosis son mínimas para la población tan extensa que se maneja en la UER PMA retomando que se tiene buen fomento en cuanto a la promoción a la salud sobre este padecimiento, evitando así la propagación de la misma de manera significativa.



Fuente: SIS anual desde el año 2004 – 2009.

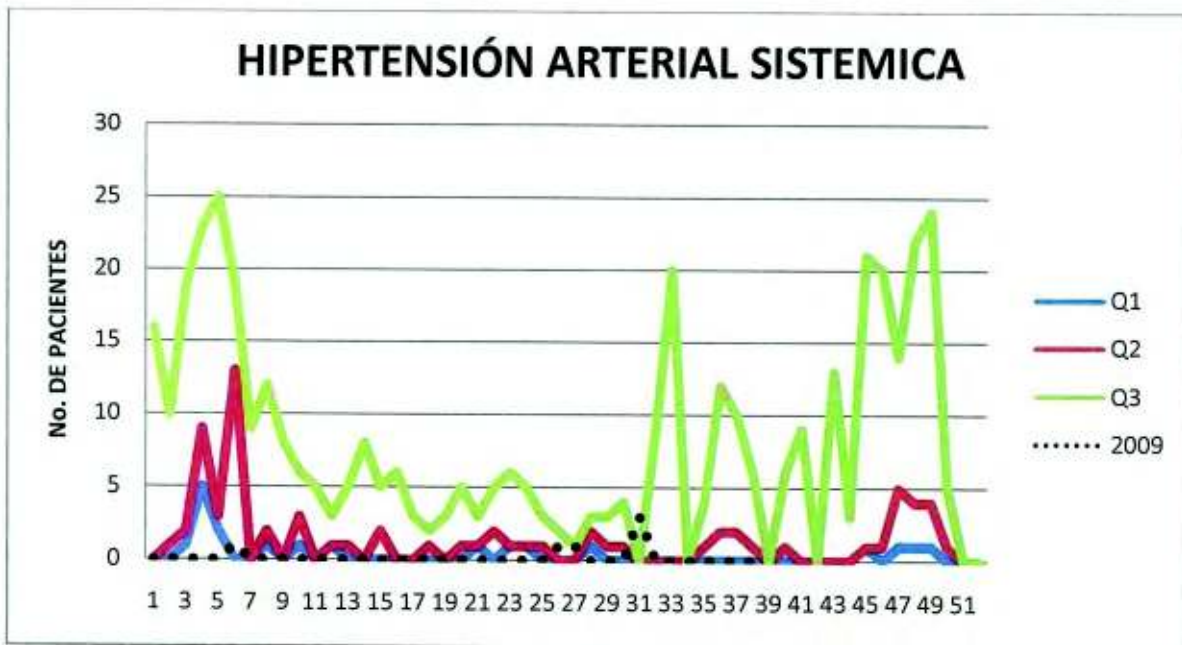
Sin duda alguna las neumonías y bronconeumonías radican en las complicaciones factibles de una simple infección respiratoria aguda. Como podemos notar durante la mayoría del año se comportó dicha enfermedad en la normalidad, pero sobre esto puede quedarnos la inmensa duda, ya que la temporada invernal es la más fuerte para estas complicaciones y podría existir un subregistro de las mismas, y hago alusión a esto ya que en el servicio de urgencias se revisan diariamente niños que han sido dados de alta de HIES o IMSS con estos diagnósticos y que acuden a revaloración post-tratamiento.

8.2 Canales Endémicos No Transmisibles



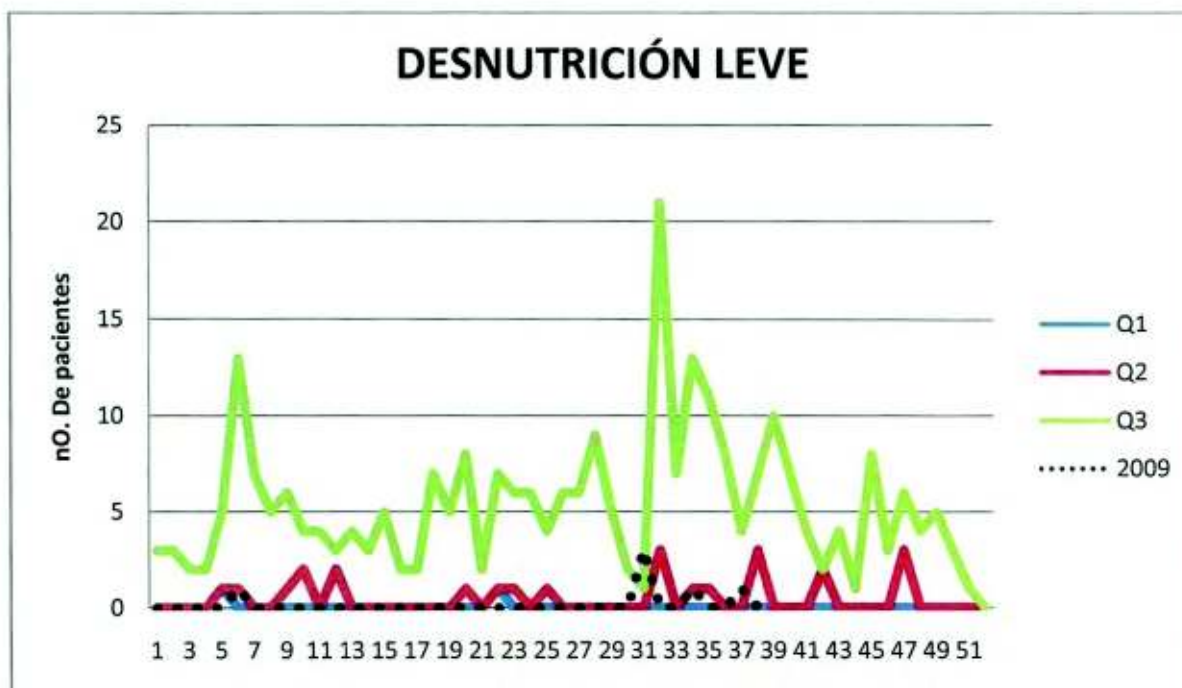
Fuente: SIS anual desde el año 2004 – 2009.

Respecto a Diabetes Mellitus podemos mencionar que no hay algún mes exacto donde tenga una incidencia marcada, debido a que ésta es una enfermedad crónico degenerativa en la cual la búsqueda intencionada de estos casos y/o pacientes es la que marcará una pauta sobre éstos.



Fuente: SIS anual desde el año 2004 – 2009.

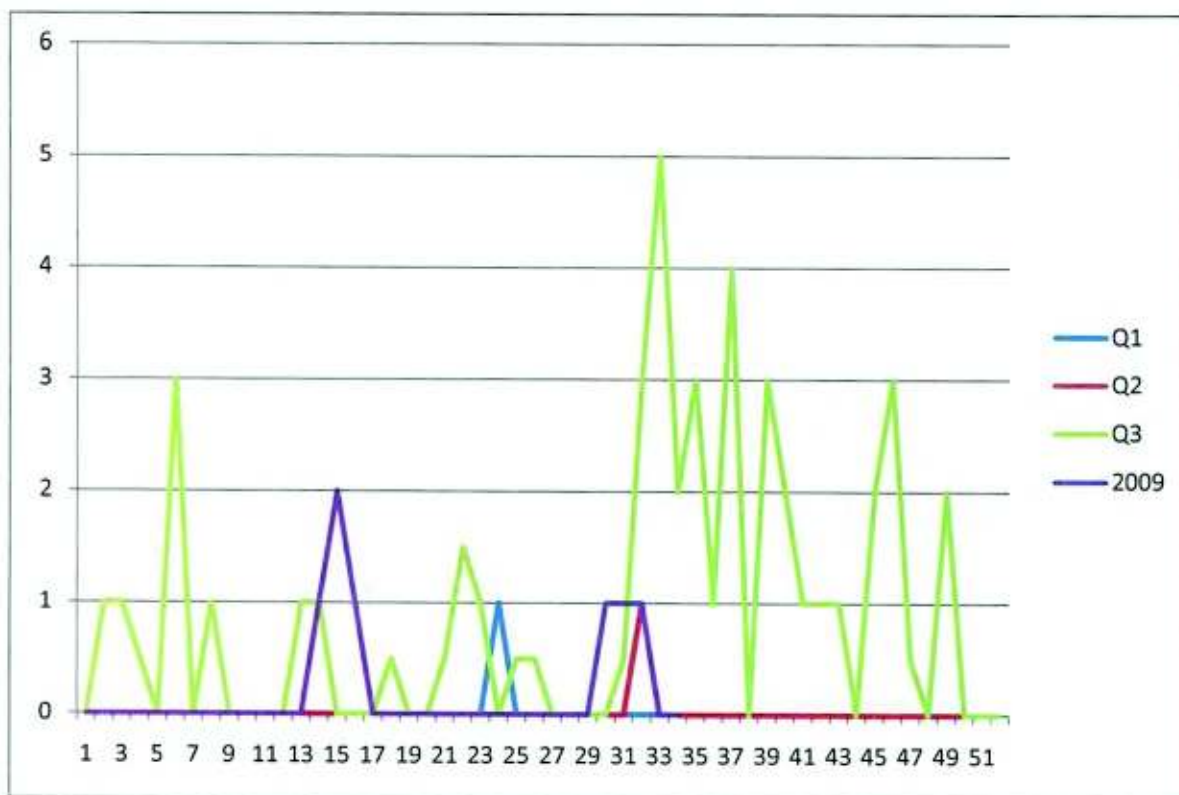
En lo que a Hipertensión Arterial se refiere es definitivo aclarar que esta enfermedad no se da por brotes, sino por detecciones o búsquedas intencionadas, incluso por hallazgo, situación en la cual hacemos énfasis en explicar al paciente sobre esta enfermedad al encontrar una cifra de su tensión arterial alterada y se le solicita acudir a nuestro centro a monitorización de la tensión arterial durante 3 a 7 días consecutivos para hacer un diagnóstico certero y darle seguimiento así como manejo al ser necesario.



Fuente: SIS anual desde el año 2004 – 2009.

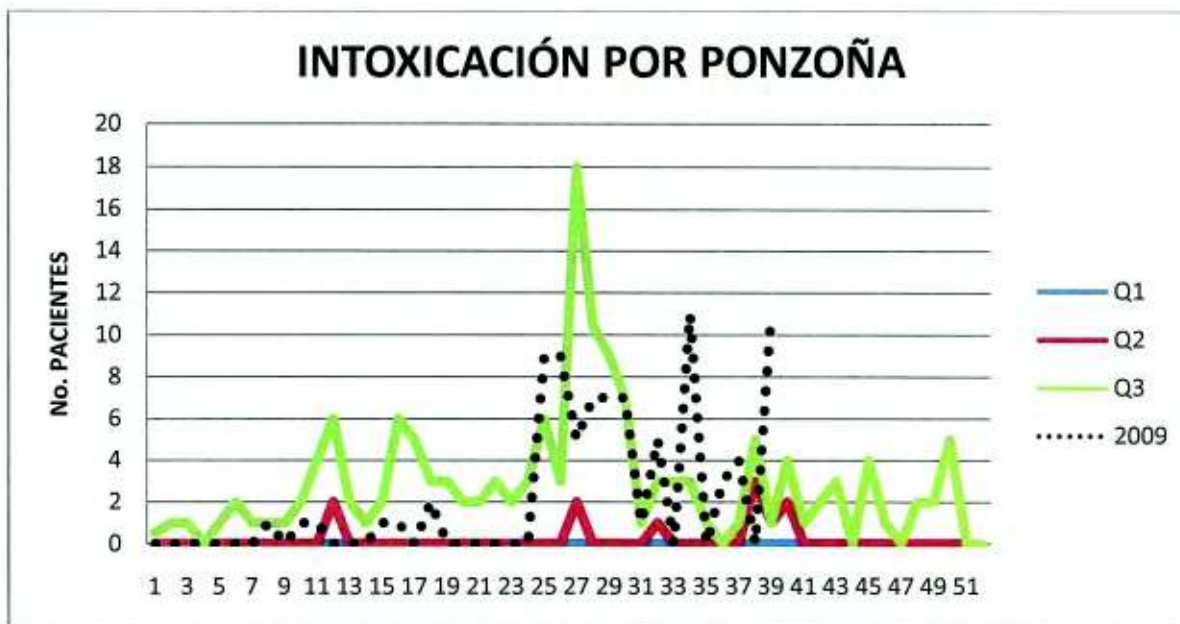
La desnutrición es un padecimiento importante de consulta en la UER PMA, es muy posible que exista un subregistro de esta ya que en la consulta externa hay muchos niños en control de desnutrición. La desnutrición en el poblado Miguel Alemán como pude darme cuenta no es exclusiva de personas con escasos recursos económicos, pero sí de la ignorancia y poca educación de las madres a sus hijos sobre la correcta alimentación, muchos de estos niños son hijos de madres adolescentes que malnutren a los infantes desde tempranas edades ya sea con ablactación temprana que termina en padecimientos diarreicos por intolerancia o con alimentos chatarra que los conllevan a algún grado de anemia.

CANAL ENDEMICO PARA DESNUTRICION MODERADA



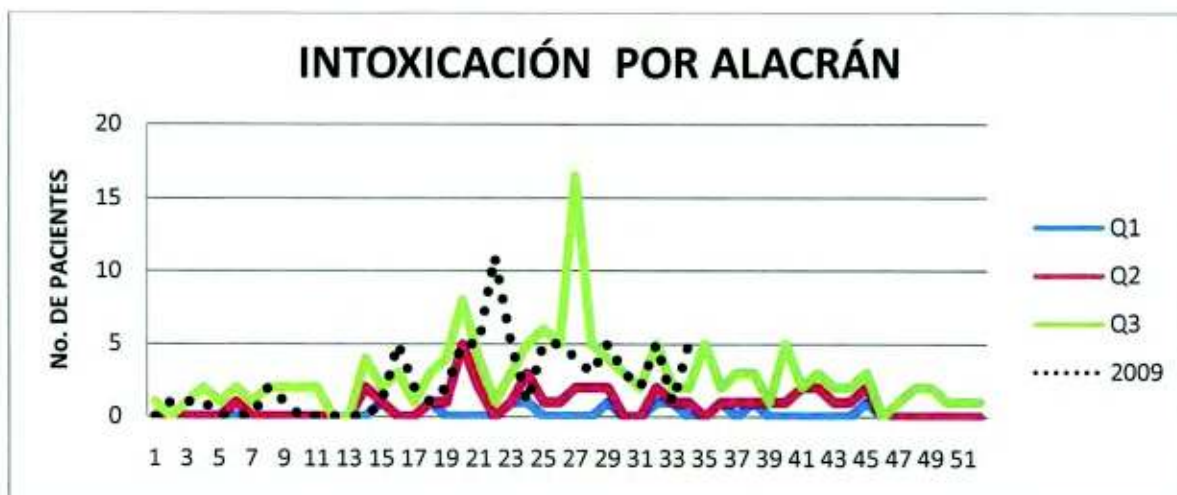
Fuente: SIS anual desde el año 2003 – 2008.

Como anteriormente se mencionó, la desnutrición es una importante causa de consulta en la UER PMA, sobre todo en niños menores de 5 años, volviendo a la misma causa de deficiencia en la educación alimentaria.



Fuente: SIS anual desde el año 2003 – 2008.

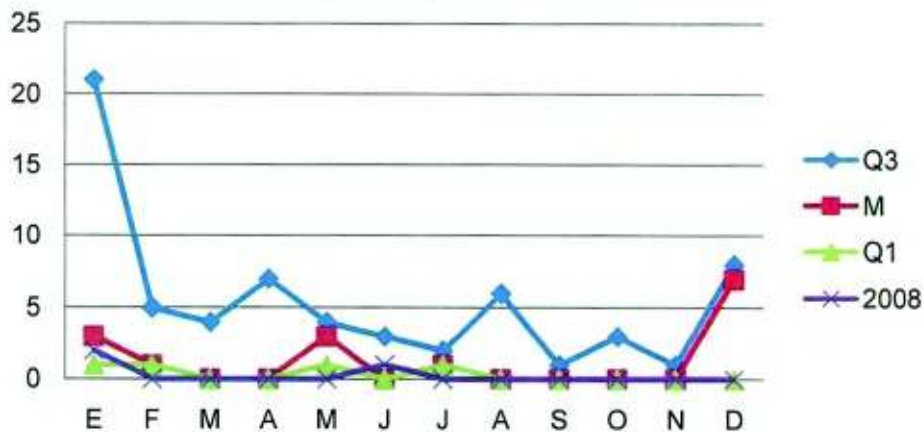
Las picaduras por animales como alacranes o ponzoñosos aumentan significativamente en la época de verano, debido a la proliferación de los mismos, estos constituyen una urgencia debido a las consecuencia que puede provocar el veneno de estos animales que va desde el edema e inflamación local hasta el broncoespasmo o shock, por lo que es importante la atención inmediata y exploración adecuada para identificar los más mínimos datos de agravamiento por la intoxicación.



Fuente: SIS anual desde el año 2003 – 2008.

Como ya se mencionó la incidencia de estos padecimientos incrementa con la llegada del verano. Como podemos ver en la gráfica de este canal en los meses de agosto y septiembre las picaduras por animales ponzoñosos se mantuvo a nivel del Q3.

Canal Endémico Intoxicación Aguda por Alcohol



Fuente: SIS anual desde el año 2003 – 2008.

Este apartado de Intoxicación Aguda por Alcohol es de la realidad vivida en la UER PMA, mas no la realidad vivida en el Poblado Miguel Alemán en sí, ya que es bien conocido que en este lugar los fines de semana se ingieren grandes cantidades de alcohol por la mayoría de la población sin inclinación exacta de sexo o edad, mismo que constituye en grave problema social y de salud.

CAPITULO 9

PROGRAMA DE TELEMEDICINA EN SONORA (TMS)

La telemedicina es la medicina practicada a distancia, la cual contiene diagnósticos, tratamientos, así como la retroalimentación de conocimientos médicos actuales. Significa la posibilidad de un tratamiento globalizador de todo el proceso de salud, como ya se menciono el diagnostico certero y tratamiento oportuno, gestión de datos clínicos, esto se obtiene solo utilizando redes de comunicación y sistemas de información, ofreciendo así un potencial inimaginable en la práctica médica.

Se considera como un recurso o mejor aún como una herramienta tecnológica que posibilita la optimización de los servicios de atención en salud, facilitando el acceso a zonas distantes para obtener esta atención con médicos especialistas, ahorrando así tiempo en salas y listas de espera y sobretodo el factor económico tan importante en las familias mexicanas.

Entre los casos de práctica de la telemedicina que hasta ahora se han conocido, podemos mencionar los siguientes:

- Diagnostico a distancia mediante comunicación via videollamada.
- Observación y diagnostico e interpretación de imágenes digitalizadas obtenidas mediante RM, Rx, enviadas a través de la red.
- Observación y diagnostico de fotografías relativas a afecciones cutáneas.



Antecedentes

El uso de las telecomunicaciones en el ejercicio de la medicina se ha implantado en países como Estados Unidos y México, recientemente en Sonora, donde las distancias de las grandes ciudades y la dispersión de los especialistas obliga a considerar la opción de la telemedicina.

Para los Servicios de Salud de Sonora cada día es más difícil contar con médicos especialistas en las zonas rurales del estado, debido a la tecnología y exámenes especializados que necesitan para destacar en diagnósticos y tratamientos de las diversas especialidades.

Telemedicina Sonora nace ante la necesidad de proporcionar atención de especialidad a la población que radica en las localidades más alejadas del estado para mejorar sus condiciones de salud, y la urgencia de optimizar los recursos tanto humanos como financieros mediante el uso de nuevas tecnologías de la información y las telecomunicaciones.

Objetivos de Telemedicina

Misión

Acercar los servicios médicos de alta especialidad al mayor número de usuarios de los servicios de salud en nuestro estado, reduciendo significativamente costos, tiempos de espera, elevando la calidad y oportunidad en la atención, ampliando la cobertura y al mismo tiempo promoviendo la prevención de enfermedades, investigación y enseñanza médica entre otros, garantizando con esto la equidad de oportunidades en materia de salud.

Objetivos Específicos

Brindar la atención médica y ser un medio de comunicación para la Salud Pública a través de:

- Asesoría en diagnóstico y tratamiento a distancia.
- Referencia de pacientes e interconsulta.
- Segunda opinión médica, monitoreo y orientación a pacientes.
- Apoyo en acciones de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
- Atención de urgencias sanitarias y desastres naturales.

Ser un instrumento que proporcione capacitación, difusión e información a través de:

- Proveer interconsultas y diagnósticos de especialidad a hospitales y Centros de Salud de las poblaciones rurales y sitios serranos del estado de Sonora, referencias a hospitales de segundo y tercer nivel de atención por medio de la telecomunicación de audio y video en línea.
- Ampliar la cobertura de servicios actuales brindando atención y calidad médica a población marginada en áreas rurales y/o distantes (acceso a especialistas).
- Ahorrar en recursos para hospitalización que se destinarían a pacientes que pueden ser tratados a distancia.
- Reducir los tiempos de espera para atención especializada.
- Disminuir la saturación de hospitales de tercer nivel al aumentar la capacidad resolutoria del segundo y primer niveles de atención.
- Difusión de información sobre acciones de Salud.
- Capacitación continua a distancia.
- Comunicación educativa e interaccional para el autocuidado de la Salud.
- Apoyo para el uso de nuevas tecnologías.

SERVICIOS QUE OFRECE EL PROGRAMA

Interconsulta a especialidad

Se realiza desde los hospitales rurales debido a que estas unidades no cuentan con especialistas para realizar ciertos diagnósticos e indicar los tratamientos adecuados para estos. Esta teleconsulta se realiza mediante la conexión del área rural con el Hospital General del Estado o con el Hospital Infantil del Estado de Sonora, mediante esta conexión interactúan el médico del área rural, paciente y el médico del hospital de telecomando, durante la teleconsulta el médico del área rural podrá utilizar diversas herramientas para ayudar al médico especialista a realizar diagnósticos certeros, que van desde el propio estetoscopio, hasta las herramientas especializadas con las que cuentan los equipos, como lo son la cámara general con lentes microscópicos, otoscopio hasta un electrocardiógrafo digital.

Servicios médicos de especialidad:

- Medicina Interna
- Traumatología y Ortopedia
- Pediatría
- Dermatología
- Psiquiatría
- Cirugía

Unidades de TMS

Unidades Comando

- Hospital General del Estado " Dr. Ernesto Ramos Bours "
- Hospital General de Ciudad Obregón
- Hospital Infantil del Estado de Sonora " Dra. Luisa María Godoy Olvera "



Hospital Infantil del Estado de Sonora



Hospital Infantil del Estado de Sonora

Unidades de Diagnóstico

- Centro de Salud Poblado Miguel Alemán







Beneficios

- Interconsultas y telediagnósticos de especialidad a hospitales y centros de salud del área rural.
- Consulta especializada a distancia.
- Acercamiento de servicios especializados a las zonas de difícil acceso.
- Ampliar la cobertura de salud actual brindando atención y calidad médica a población marginada.
- Reducción en el costo por traslado de pacientes.
- Reducir los tiempos de espera para la atención de especialidad.
- Educación médica continua a distancia a médicos generales, médicos residentes y médicos pasantes.

METAS ALCANZADAS A CORTO PLAZO

- **Referencias**

Con el uso de la Telemedicina se ha reducido el número de referencias hacia los hospitales urbanos disminuyendo de manera significativa.

- **Tiempos de Espera**

Con el uso de esta tecnología se han reducido los tiempos de espera de los pacientes para recibir una atención de especialidad, y la saturación de la demanda del servicio de especialidades en los hospitales urbanos, esto último derivado del menor número de traslados de las unidades rurales al área urbana.

- **Menores Costos**

Con lo anterior no solo se ha reducido el costo de traslado en lo que incurre la institución y el paciente, sino también se ha eliminado los costos como alimentación, asistencia y pérdida de salarios, inherentes al traslado del personal médico, paciente y familiares.

Logros Obtenidos

- Se han realizado teleconsultas y telediagnósticos de especialidad a hospitales y centros de salud de poblaciones rurales y zonas serranas del Estado de Sonora, con referencias a hospitales de segundo y tercer nivel de atención solo en caso de ser necesario.
- Se ha otorgado así una segunda opinión médica, monitoreo y orientación a pacientes.
- Se han dado interconsultas con diferentes especialidades, como dermatología, a las cuales no se tenían acceso en el área rural.
- Ahorro en recursos para hospitalización que se destinó a pacientes que son tratados a distancia.
- Se han reducido gastos al evitar traslados innecesarios de pacientes, familiares y/o médicos especialistas.
- Se ha reducido los tiempos de espera para atención especializada.
- Se ha disminuido la saturación de hospitales de tercer nivel, al aumentar la capacidad resolutive del segundo y primer nivel de atención.
- Se han enviado imágenes radiológicas, de ultrasonido y de alta resolución para ser revisadas por médicos especialistas.
- Se han realizado diagnósticos de retinopatía diabética.
- Se ha difundido información sobre acciones de salud.
- Se ha atendido de una forma integral a la población abierta de las áreas rurales.
- Se ha fomentado la educación a distancia, mediante la educación médica continua a médicos generales, médicos residentes y médicos pasantes durante las teleconsultas.

Productividad

Como anteriormente se mencionó la productividad de Telemedicina inició en el mes de abril del año 2008 con pediatría en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, días después se iniciaron los enlaces con el Hospital General del Estado de Sonora. A continuación se hace un énfasis comparativo entre estas dos instituciones en cuanto a su productividad.

La productividad hasta el mes de diciembre concluyó en 790 interconsultas. El mes de abril se registraron un total de 73 consultas, de las cuales 35 fueron al servicio de pediatría y las 38 restantes al hospital general en diferentes especialidades, de los cual se hablará después. En el mes de mayo del total de 90 teleconsultas, 40 teleconsultas fue al Hospital General y 50 de ellas se realizaron al Hospital Infantil, mayo fue el mes más productivo durante estos 10 meses de trabajo. El mes de junio tuvo productividad de 54 consultas, 14 en HIES y 43 en HGE, Julio tuvo un total de 62 consultas, con 16 en pediatría y 46 en el HGE. Agosto reportó 64 consultas, con 29 en pediatría y 35 en el HGE. El mes de septiembre se mantuvo con el total más bajo en productividad con 52 consultas repartidas en 12 al HIES y 40 al HGE

Octubre se comportó como el mes de mayor demanda en el servicio de Telemedicina reportando un total de 100 consultas repartidas en 50 pediátricas y 50 en adultos en el HGE. En el mes de noviembre encontramos ya un descenso significativo nuevamente, en el hospital general se atendieron 57 teleconsultas con 23 en pediatría y 34 para el HGE. En el mes de diciembre se tuvo un descenso en el cual podríamos indagar sobre el ausentismo de la población por las fechas a celebrar y la llegada de los frentes fríos al estado, las estadísticas nos arrojan los siguientes resultados: 38 teleconsultas en el hospital general y 23 en el hospital infantil.

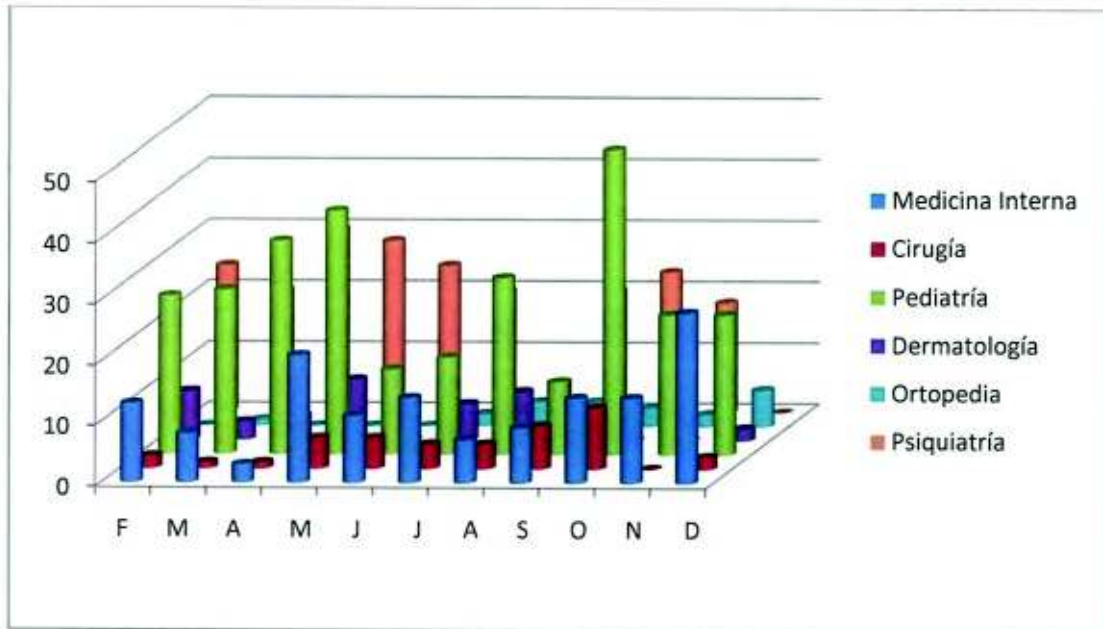
Diagnóstico de Salud 2009-2010

La productividad registrada por mes se simplifica a continuación en tabla y gráfica. La especialidad que mostró una mayor afluencia durante el 2008 fue Pediatría con el 51% de las 790 teleconsultas, este porcentaje corresponde a 399 consultas. Le continúa la especialidad de Medicina Interna con un total de 149 consultas que corresponde al 19%, con una discreta diferencia encontramos la especialidad de Psiquiatría con 18% y 139 teleconsultas en total, en menores proporciones de consulta, pero no de importancia, tenemos la especialidad de Cirugía con 54 teleconsultas (7%), Dermatología con un 3% correspondiente a 26 consultas, con 2% encontramos a la especialidad de Ortopedia que otorgó 18 teleconsultas, y en mucho menor proporción encontramos a Urología, Paidopsiquiatría y Otorrinolaringología con solo 5 pacientes entre estas.

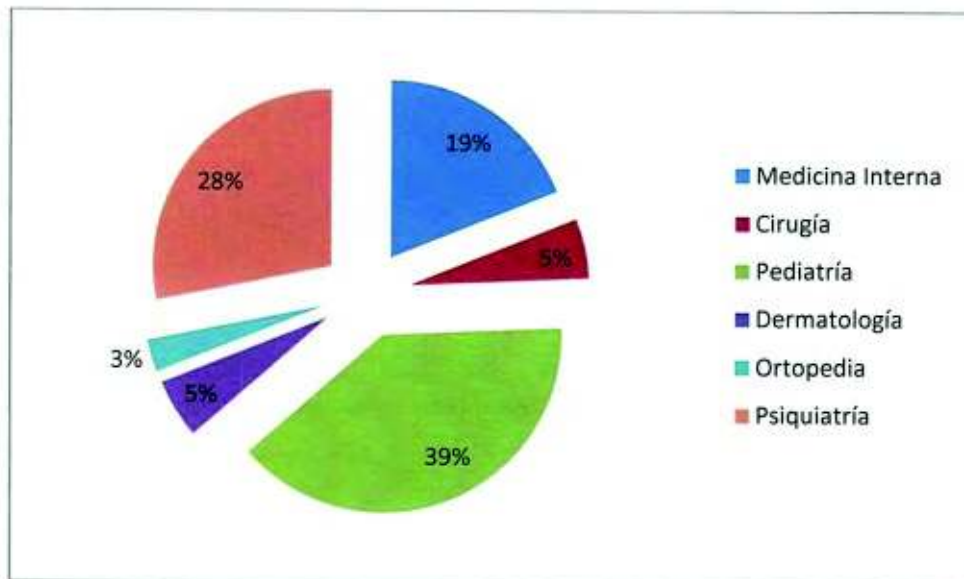
Especialidad	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Medicina Interna	13	8	3	21	11	14	7	9	14	14	28
Cirugía	2	1	1	5	5	4	4	7	10	0	2
Pediatría	26	27	35	40	14	16	29	12	50	23	23
Dermatología	8	3	4	10	0	6	8	0	0	0	2
Ortopedia	0	1	0	0	0	2	4	4	3	2	6
Psiquiatría	24	20	30	28	24	20	5	20	23	18	0
Urología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paidopsiquiatría	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otorrinolaringología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	82	60	73	104	54	62	64	52	90	57	61

Fuente: Registro de Consultas otorgadas por HIES y HGES durante Febrero 2009 – Diciembre 2009. agenda de citas MPSS y registro Dr. Ramirez (HGE)coordinaros TMS Hermosillo

GRAFICA DE PRODUCTIVIDAD DE TELEMEDICINA DURANTE EL 2009



PRODUCTIVIDAD TELEMEDICINA 2009



Fuente: Registro de Consultas otorgadas por HIES y HGES durante Febrero 2009 – Diciembre 2009. agenda de citas MPSS y registro Dr. Ramirez (HGE)coordinador TMS Hermosillo

CONCLUSIONES

No se ni por dónde empezar ... al principio de todo esto llegamos con una o tal actitud, misma que pensamos será la misma al término del año. Paciente tras paciente, día tras día, receta tras receta aprendemos más y de la manera que nunca pensamos, por nosotros mismos.

Al principio pensé que era muy fácil comprender al resto de la gente. Vivía una forma de felicidad que no se parecía mucho a lo que día con día yo iba observando en ese lugar. Me daban ganas de irme, de huir, de no hablar y de no saber nada de lo que mi profesión me estaba ofreciendo tan exquisitamente. Me enojaba con las infecciones de vías respiratorias altas que ya me parecía un disco que corría solo y del cual ya me sabía la canción de memoria. Síntomas, inspección general, signos y por lo tanto el diagnóstico final muchísimas veces, era el mismo. Pensaba que ellos se burlaban de mí, que ellos me observaban y que al final me juzgarían. Muchos días lloré por horas y horas en una habitación equipada con una cama y una televisión, ah, y un frío impresionantemente difícil de quitarme. Llanto que nadie externo a esto entendía, ni mis padres ni mis amigos. Me deprimía a cada momento.

Parte de mi personalidad la fui terminando de forjar en estos últimos dos años, los que me dediqué a ser parte de la comunidad médica y del gran e increíble sistema de salud público nacional. Así porque existen tantas deficiencias que ya ni las puedo mencionar, mismas que hacen actuar a esta comunidad a veces de la manera más cruel y fría, otras simplemente como los lleve el viento. Y digo porque vaya que he conocido personas así ! De las que me he sorprendido lo suficiente como para ir elaborando ciertas aseveraciones respecto al *modus vivendus* de cada quien. Pero bueno, me refiero a nosotros los médicos. Particularmente a veces estoy tan cansada de investigar mentalmente qué es lo que en verdad está causando esa o tal enfermedad en la persona frente a mí, pero observo y analizo tanto, que automáticamente voy descifrando el enigma. Y así es como funciona esto, ir encontrando el punto en donde dos extraños hacen de esta relación una amistad, en ocasiones por muchos años, y de confianza extrema.

Quise compartir estas líneas porque nunca he sido una persona callada, nunca he guardado sentimientos que no deba comunicar. Esta experiencia ha sido una de las dos mejores en toda mi vida, la primera el haber escogido como profesión la medicina, y no se ni cómo fue pero me encantó. Desde el primer día hasta hoy, que ya casi por terminada la última etapa para ser llamada médico general, es cuando me detuve por fin, a comunicar lo que me sucedía.

Tal vez el resto de la población no se relaciona mucho con estos párrafos, pero a mi me llena de orgullo y felicidad el poder expresarme así ante una vida llena de experiencias y conocimientos que tan rutinariamente los hacemos y poco a poco los engrandecemos.

El servicio social médico es un espacio virtual donde todos estamos inmersos, donde en un tiempo llamado trescientos sesenta y cinco años (a veces un poco más) debemos realizar un sinfín de actividades administrativas, sociales, comunitarias, extraoficiales y casi al final, personales. Nos enseñan a colaborar con proyectos o programas de salud que benefician a la comunidad rural pero algunos poco sabemos de la misma. Comunidades rurales siempre existirán, y siempre van a demandar una atención medica de calidad, pero no siempre contamos con la calidad material para estar al pié de la misma. Recuerdo una ocasión en la que me vi envuelta en la necesidad de manejar la ambulancia para transportar un paciente al hospital. Fue peligroso, sabia que yo no tenia seguridad médica si algo me pasaba, pero qué hacía? Lo único que se me ocurrió fue eso y todo salió bien y así continué hasta hoy.

Ser médico pasante de la Calle 12 no fue nada fácil, fue toda una aventura y de lo más agotadora, incansable e inexplicable en tan poco espacio escrito. Fue lo que esperaba para mí, para mi desempeño académico tal vez excedió los limites cualesquiera que sean ya que no estaba contemplado el hecho de participar en telemedicina, que fue donde encontré una verdad a todo esto, una razón más para seguir, así como un motivo para mi preparación a diario durante la estancia en la pasantía por urgencias. Mismo lugar donde anécdotas hay cientos hoy, tantas que quisiera resumirlas todas para esta columna escrita. Pero de lo que realmente quería escribir, era sobre mi actitud. La cual sé que no debe ser igual que al inicio de esta etapa ya por terminar y que así como es, me gusta. Así como interactúo y ayudo a los demás es como me gusta ser.

Conclusiones hay muchas, pero sin restar importancia a decir que nunca pensé haber obtenido tanto conocimiento basado en evidencia, además de la experiencia de haber sido parte de una comunidad que brindó atención indiscriminada y de calidad a otra de menor recurso, no de menor calidad humana, la población abierta del poblado Miguel Alemán.

Al final, creo que está de más mencionar que me emociona lo que se acerca, lo que viene y lo que me falta por hacer. Gracias a la gente, niños, mujeres y hombres de esta comunidad, por dejarme ser lo que ya entendí que siempre voy a ser.

Agradecimientos

De la manera mas sincera y humilde agradezco al personal de esta unidad centro de salud donde terminé mi servicio social, el cual no habría sido posible sin algunas gentes en especial.

A Cristo Rey Garcia Gonzalez, que fue mi mejor aliado en este lugar, compañero de trabajo en la tarde y mi chofer de turno vespertino en urgencias. Sin él mi estancia creo que en verdad, hubiera sido aburrida. Horas y horas de risas intensas y burlas mutuas hicieron que nos convirtiéramos en los mejores amigos. A su hermano Manuel Garcia Gonzalez alias " el meño " que se encarga de todo lo que respecta a arreglar, limpiar, traer, componer, y personalizar en este centro de salud, el hace todo. Su esposa Paty, enfermera de epidemiología y muy linda persona, siempre nos tratamos con respeto y fue muy amable conmigo, pero seria.

Amiga incondicional fue la doctora Cintly Arroyo, la conocí al llegar aquí e instalarme en telemedicina. Le agradezco s hospitalidad y sobre todo su amistad ante la vida misma. También le agradezco su amistad a la doctora Luz Esperanza Leyva, linda y amable persona, además de honesta. Porque trabajadores hay muchos pero ella es una de las personas que creo que mantiene a este centro de salud sin que a veces se caiga. No se rinde pero tampoco tiene límites ni fronteras para el cansancio y la impunidad.

Al doctor Hiram Valenzuela, que fue como mi padre según él al recibirme en esta unidad por allá de junio del 2009, le agradezco todo lo que aprendí de él y lo que me hizo ser probablemente no sería sin haberlo vivido en tiempo real, en lo que duró. Dalia la encargada de la farmacia de la tarde, en urgencias, por haberse convertido en una amiga fiel y de confianza, gracias por abrirme su vida personal y pedirme un consejo.

A todas las muchachas de intendencia que también me quieren y me aprecian mucho, les importaba cómo estaba de limpio o sucio mi cuarto o habitación, y hacían de mi estancia algo más hogareño al sacudir y limpiar de una manera amable y sin nada a cambio. Así como al personal de enfermería, ahí creo que no me quiero quedar corta con esto de agradecer, aprecio el tiempo que pasamos juntos durante casi nueve meses continuos de ver cientos y cientos de pacientes desfilando por la sala de urgencias y consulta general. Principalmente a Estela y a Humberto, porque siempre fueron como amigos y no como compañeros de trabajo, los estimo mucho. Me conocieron tanto que me piden volver a visitarlos. Todos en general, enfermeros y enfermeras, ah se me olvida mi otro súper equipo nocturno cuando me tocaba cubrir médicos del turno nocturno, en días alternados Herminia Badilla que junto con el doctor Isidro Rosas nos

pasábamos los momentos mas agradables y amenos durante las guardias de noche, y también la enfermera Yolanda que trabaja con el doctor Fernando Zaragoza, mismo que tiene un modo muy peculiar de hacer medicina y bueno, al fin y al cabo estamos para el bien de la población.

Mucho les agradezco a todos el tiempo que me dedicaron para hacerme sentir como si siguiera estando yo en el internado que hice en el ISSSTE, porque fue de lo más especial y trascendente, al igual que la pasantía en este lugar.

En fin, a todos los que trabajan aquí. Y sin olvidar a mi familia que siempre me veía llegar a la casa con una sonrisa a medias, es decir, no completa porque pues aún me faltaba tiempo para terminar este período, pero a medias porque vaya que me gustaba hacer el servicio en el poblado Miguel Alemán.

A mi mamá que incondicionalmente sigue demostrándome su amor y apoyo, aun sobre la distancia y las edades; a mi papá que siendo como es él, dio un cambio radical durante este tiempo que yo estuve en servicio, le agradezco su amor, y más que nada, su amor. Mi hermano y único, casi nunca lo vi y casi no convivimos mientras yo estaba fuera, pero de la misma manera le agradezco el estar ahí en mi corazón y mi mente.

A mis amigas Regina y Diana, ambas las mejores amigas por ser la que son, médicos y mujeres excelentes y preparadas, gracias por ser mis confidentes y acompañarme durante parte de mi transición durante mi cambio y llegada a esta comunidad, por apoyarme en las buenas y malas de la vida estudiantil y feminista.

Gracias a telemedicina por enseñarme demasiado en tan poco tiempo, a ser importante para mis pacientes que siempre esperaban ser vistos por el médico especialista que les conseguía para la consulta virtual por televisión.

Gracias a toda la gente.

Bibliografía

Estancia de Servicio Social Febrero 2009 – Enero 2010

Guía para la elaboración de Diagnóstico de Salud

Libros de Registro Civil PMA 2009

SIS Febrero 2009 – Enero 2010

Libro de nacimientos de la Unidad UER PMA

Hojas Diarias MPss Dina Valdez Grijalva

Telemedicina Sonora proporcionada por el Departamento de Infraestructura Tecnológica del Estado de Sonora, concentrado total durante febrero 2009 a enero 2010.

Buscador Google para Grupos Étnicos

Informe semanal epidemiológico *SUIVE*

Informes semanales de cloro

Reporte de baciloscopías para vigilancia epidemiológica. UER PMA

Incidencia de *Rickettsia* en Sonora. Dr en C. Gerardo Álvarez Hernández. Médico epidemiólogo

SERVICIOS DE SALUD DE SONORA

P.A. Arañicos

DR. FRANCISCO REYES DE ALBA
DIRECTOR GENERAL DE ENSEÑANZA Y CALIDAD
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA



DIRECCION GENERAL DE
ENSEÑANZA Y CALIDAD
HERNANDEZ, SONORA

P.A. Arañicos

DR. FRANCISCO RAMON JIMÉNEZ GAUNA
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA



DIRECCION GENERAL DE
ENSEÑANZA Y CALIDAD
HERNANDEZ, SONORA

mt

DRA. YOLANDA TINOCO SANCHEZ
COORDINADOR DE SERVICIO SOCIAL DE MEDICOS E INTERNOS DE PREGRADO
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA

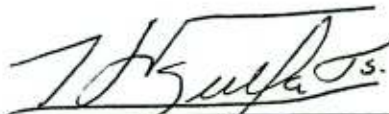
Diagnóstico de Salud 2009-2010



DR. JOSE AMADO GUEREÑA GARDEA
JEFE DE LA JURISDICCION SANITARIA No. 1
SERVICIOS DE SALUD DE SONORA



DRA. SANDRA X. IBAÑEZ SALAZAR
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CALIDAD
JURISDICCION SANITARIA No. 1



DR. HECTOR VALENZUELA TORRES
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE ESTABILIZACION Y REFERENCIA
DEL POBLADO MIGUEL ALEMAN