

**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL
ESTADO DE PUEBLA**

**DIVISION CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
GENERACION 1999-2000**

**PLAN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
PALMAR DE BRAVO**

**PRESENTAN PARA OPTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN
SALUD PUBLICA**

**Dra. FLOR ALICIA REYES MARMOLEJO
Q.F.B. FRANCISCA SOSA JURADO**

ASESORES

**M.S.P. ABEL CRUZ GARCIA
M.S.P. JUAN MANUEL TETITLA NUNIVE**

DICIEMBRE DEL 2000



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I. PRESENTACION	1
II. JUSTIFICACION	2
III. POLITICAS	3
IV. ESTRATEGIAS	4
IV.1. PROGRAMAS ESTRATEGICOS	4
IV.2. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE ENF. INFECTO CONTAGIOSAS	4
IV.3. ESTRATEGIAS PARA CONTROL DE ENF. CRONICAS	7
IV.4. ESTRATEGIAS PARA CONTROL DE LA SALUD REPRODUCTIVA	8
IV.5. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE ENF. PRODUCIDAS POR VECTOR	10
IV.6. ESTRATEGIAS PARA CONTROL DE LAS ZONOSIS	11
IV.7. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LAS ADICCIONES	13
V. DIAGNOSTICO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PALMAR DE BRAVO	15
VI. PROGRAMAS	42
VI.1. PROGRAMAS SUSTANTIVOS	42
VI.1.1. ATENCION A LA SALUD DEL NIÑO	42
VI.1.2. ATENCION A LA SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO	53
VI.1.3. SALUD REPRODUCTIVA	60
VI.1.4. ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTOR	67
VI.1.5. ZONOSIS	70
VI.1.6. MICOBACTERIOSIS (TUBERCULOSIS)	75
VI.1.7. COLERA	77
VI.1.8. ADICCIONES	79
VI.2. LINEAS ESTRATEGICAS	83
VI.2.1. PROMOCION DE LA SALUD	83

VI.3. MECANISMOS DE APOYO -----	85
VI.3.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA -----	85
VI.3.2. INFORMACION ESTADISTICA Y DESARROLLO INFORMATICO -----	86
VI.4. OTROS PROGRAMAS -----	87
VI.4.1. PROGRAMA EN CASO DE CONTINGENCIA AMBIENTAL -----	87
VI.4.2. PROGRAMA CONTRA LA VIOLENCIA DOMESTICA -----	88
VII. PLANEACION-----	91
VIII. ORGANIZACIÓN -----	91
IX. CONTROL Y EVALUACION -----	96
IX.1. TABLAS DE CONTROL Y EVALUACION POR PROGRAMA -----	97
X. PRESUPUESTO DEL PLAN DE SALUD POR PROGRAMA -----	108
XI. CONCLUSIONES -----	116
XII. BIBLIOGRAFIA -----	117

AGRADECIMIENTOS ACADEMICOS

AGRADECEMOS:

**Al Dr ABEL CRUZ GARCIA POR SU ASESORIA, EXPERIENCIA Y APOYO
QUE EN TODO MOMENTO NOS BRINDO**

AL Dr. JUAN MANUEL TETITLA MUNIVE POR SU ASESORIA Y APOYO

**A LOS CATEDRATICOS DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA POR SU
APOYO Y ENSEÑANZAS.**

**A NUESTROS COMPAÑEROS, ALUMNOS DE LA MAESTRIA EN SALUD
PUBLICA GENERACIÓN 1999 - 2000 POR SU AMISTAD BRINDADA.**

I.- PRESENTACION

El presente Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo, fue elaborado por los alumnos de la Maestría en Salud Pública de la U.P.A.E.P. con el propósito básico de elevar el nivel de salud de la población y el mejoramiento de la calidad de vida.

El Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo es el instrumento mediante el cual, se propone alcanzar los principales objetivos, y las metas que en cada programa se establecen, con el previo análisis de los problemas de salud que tienen impacto en la población basados en los indicadores Estatal, Nacional, dictaminados por OPS y OMS. Se presentan aquí las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades y se señalan sus alcances para el año 2001 y 2002, también se mencionan sus componentes, se describen los lineamientos programáticos en las áreas de fomento a la salud, participación comunitaria, cobertura, prevención y control de enfermedades y accidentes, por lo que se emiten las estrategias factibles en materia de salud, se indica además el impacto que se pretende lograr, de acuerdo a las posibilidades, recursos y alcances que el sector salud disponga.

El programa esta dividido en cuatro secciones fundamentales; la primera comprende las políticas en salud, la segunda a las estrategias, posteriormente se incluye una breve revisión del diagnóstico de salud del Municipio y se finaliza con la presentación de los programas, los cuales se dividen en programas sustantivos, líneas estratégicas, mecanismos de apoyo y otros programas.

El objetivo específico y las estrategias de cada programa son congruentes con la política de salud que se establecieron en el Plan Nacional de Desarrollo que incluye el Plan Nacional de Salud 1995-2000 así como las Normas Oficiales Mexicanas determinadas por la SSA. Buscando proporcionar equidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud que la población demanda.

II.- JUSTIFICACION

El Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo nace de la necesidad de documentar los lineamientos que a salud se refiere, basados en los resultados del diagnóstico de salud, que comprende los factores condicionantes, los daños a la salud registrados en morbilidad y mortalidad y los recursos del sector salud además de no existir ningún documento oficial que sea el instrumento para alcanzar los objetivos en salud que el municipio necesita. Su elaboración se apega al Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, el cual se inscribe dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. En atención a lo dispuesto por los artículos 4° y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9° de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 9°, 17, 22, 23, 27, 28, 29 y 32 de la Ley de Planeación, la Secretaría de Salud.

III.- POLÍTICAS DE SALUD

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 es el instrumento mediante el cual, el Gobierno de la República, se propone alcanzar los principales objetivos y políticas que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que son:

- 1.- Ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención.
- 2.- Incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población.
- 3 - Otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.

Los servicios de salud dividen a la población mexicana en cuatro segmentos. Los dos más grandes los conforman, por una parte, aquéllos que tienen acceso a los servicios de salud que otorgan las instituciones de seguridad social, y por la otra, los que son cubiertos por los servicios que ofrecen tanto la Secretaría de Salud como el Programa IMSS - Solidaridad. A los extremos de estos dos grandes segmentos se ubican otros dos de menor tamaño: el de los que acuden a los servicios privados de salud y el de quienes no tienen acceso a los servicios regulares de salud. Este último grupo, motivo fundamental de preocupación y objeto y lo constituyen aproximadamente 10 millones de personas.

Otro problema grave que la reforma pretende resolver, se refiere al centralismo con el que ha venido operando el sistema de salud. Ni la realidad epidemiológica ni los profundos cambios políticos que experimenta el país, dan viabilidad a una estructura centralista de tan grande magnitud. La descentralización del sistema es insoslayable, y constituye otra de las grandes vertientes del Programa. Por añadidura, la coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud ha sido insuficiente y la calidad de los mismos, si bien es heterogénea, tampoco satisface plenamente las expectativas de los usuarios. Por ello, se hace necesaria una mejor coordinación programática y funcional.

En suma: calidad insuficiente, duplicaciones, centralismo y cobertura limitada, constituyen los principales retos y la razón por la cual el Gobierno de la República, con base en un proceso de planeación democrática, decidió emprender una profunda reforma al Sistema de Salud. No solo para poder resolver en el corto plazo, los problemas señalados, sino para sentar las bases de una reorganización que, a mediano plazo, permita hacer un uso óptimo de la infraestructura disponible, uniformar programas, introducir incentivos y ejercer, con la mayor eficiencia posible, el gasto federal en materia de salud.

IV. ESTRATEGIAS DE SALUD

IV.1 PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

Para fortalecer y complementar los servicios de salud se tiene previsto un programa vigoroso de mejoramiento de la gestión administrativa en los estados y, en el contexto del federalismo, la participación decidida de los ayuntamientos: En primer lugar el programa de Municipio Saludable propiciará un mayor compromiso de estos con las tareas propias del saneamiento básico y con una orientación fundamentalmente preventiva y de promoción de la salud. Los comités de salud, constituyen la base social de la estrategia.

Ante la cobertura limitada de servicios se plantean dos grandes estrategias: en las zonas predominantemente urbanas, donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma económica y anticipada por los servicios de salud, la ampliación de la seguridad social a través de mecanismos que propicien la incorporación del creciente sector de la economía informal; en tanto que, en las zonas rurales dispersas y en las urbanas de más alta marginación: como respuesta a este problema en segundo lugar se propone la aplicación de un Paquete Básico de Servicios de Salud con acciones altamente costo - efectivas y que se significa, además, como una medida fundamental del Gobierno en su lucha contra la pobreza extrema.

Todos los programas específicos se orientan hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial y destacan decididamente lo preventivo sobre lo curativo: capacitación para la salud familiar, ejercicio físico para la salud, educación nutricional y salud escolar. Por otro lado, toman también en consideración las distintas etapas del ciclo vital: en salud infantil, resaltan el programa de enfermedades prevenibles por vacunación, así como los de prevención y control de enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias agudas. En salud reproductiva, sobresalen la planificación familiar, la disminución del riesgo preconcepcional, la detección y control oportuno del cáncer en la mujer y, particularmente, el programa de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual que incluye, por supuesto, al virus de la inmunodeficiencia humana.

En tercer lugar se formula que en relación a salud de las poblaciones adulta y anciana resaltan los programas de prevención y control de la tuberculosis, de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Las dos últimas destacan por su creciente contribución a las *principales causas de mortalidad en el país*.

Otras acciones, dirigidas a toda la población, incluyen la salud mental, la salud bucodental, la prevención de accidentes y adicciones y, en forma señalada, la salud ambiental. (2)

IV.2. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS

1.- Capacitar a la población sobre los padecimientos infecto-contagiosos,

2.-Lograr la participación comunitaria para el mejoramiento de las viviendas

*mejorar techos

*mejorar pisos

*mejorar las paredes

*construir más cuartos para erradicar el hacinamiento

*separar la cocina de los dormitorios

*separar los animales de las viviendas

*eliminación adecuada de las excretas ya sea por medio de la conexión al drenaje, construcción de fosa séptica, o letrina.

*eliminación adecuada de la basura (enterrarla)

3.- Fomentar los cambios de conducta en los hábitos higiénicos por medio de platicas de educación para la salud, con apoyos didácticos como rotafolios, franelografo, videos, lluvia de ideas, demostraciones y simulacros en todas las unidades de salud, y en las casas de salud con el apoyo de las auxiliares de casas de salud.

baño diario

*lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño

*recorte de uñas

*cepillarse los dientes

4.-Fomentar los cambios de hábitos alimenticios por medio de platicas de educación para la salud, con apoyos didácticos como rotafolios, franelografo, videos, lluvia de ideas, demostraciones y simulacros en todas las unidades de salud, y en las casas de salud con el apoyo de las auxiliares de salud.

*consumo de agua hervida

*eliminar los alimentos chatarra

*preparar los alimentos en forma higiénica

*cocinar en alto

*lavar las frutas y las verduras con agua y jabón

*lactancia materna exclusiva por 6 meses

*iniciar la ablactación a los 4 meses

5.-Difundir el paquete básico a toda la población abierta en forma gratuita dando por resultado una atención médica oportuna

6.- Difundir el uso del Vida Suero Oral cuando este indicado por medio de carteles, o con apoyo de los alumnos de secundaria y bachillerato al realizar periódicos murales. Y la promoción del mismo por el equipo comunitario como promotoras, asistentes de casas de salud y parteras.

7.- Fomentar la vacunación oportuna a todos los niños menores de cinco años, con apoyo de las autoridades Municipales, dictaminando en forma obligatoria la aplicación de estas, así mismo con la participación de las auxiliares de las casas de salud realizando visitas programadas a los hogares donde hay niños menores de 5 años, revisando las cartillas de vacunación y notificando a las unidades de salud si existe algún faltante, también se agregara la participación de las promotoras realizando visitas programadas a

las familias de su responsabilidad en el sector educativo también puede ser de gran ayuda cuando los niños acuden a cursas el preescolar se podrá solicitar la cartilla de vacunación como documento necesario para su ingreso.

8. Dar mayor promoción a la importancia a las Campañas Nacionales de Vacunación, en: escuelas de nivel básico, medio superior y técnicas, así como en los mercados y tianguis con la colaboración de maestros, alumnos y voluntarios, organizados por las autoridades del Municipio, esta promoción debe ser antes y durante el tiempo que se este efectuando la campaña de vacunación por el Sector Salud. La promoción se deberá realizar formando grupos de trabajo que visiten a las dependencias educativas, este grupo de personas podrá estar constituido por promotores y el sindico de salud, se podría elaborar pancartas, y carteles, además de utilizar el equipo de perifoneo.

9. El sindico de salud junto con la autoridad del presidente municipal deberá realizar una junta con todos los auxiliares municipales para dar información de los días en que se programaran las campañas de vacunación para otorgar todas las facilidades a los trabajadores del sector salud en el cumplimiento de su labor para alcanzar una cobertura total.

10. Fomentar la vacunación oportuna a todos los niños menores de cinco años, con apoyo de las autoridades Municipales, dictaminando en forma obligatoria la aplicación de estas, así mismo con la participación de las auxiliares de las casas de salud realizando visitas programadas a los hogares donde hay niños menores de 5 años, revisando las cartillas de vacunación y notificando a las unidades de salud si existe algún faltante. También se agregara la participación de las promotoras realizando visitas programadas a las familias de su responsabilidad. Por otra parte el sector educativo puede ser de gran ayuda cuando los niños acuden a cursas el preescolar se podrá solicitar la cartilla de vacunación como documento necesario para su ingreso y validar el cumplimiento de las aplicaciones que les correspondan de acuerdo a la edad.

11. Dar mayor promoción a la importancia a las Campañas Nacionales de Vacunación, en: escuelas de nivel básico, medio superior y técnicas, así como en los mercados y tianguis con la colaboración de maestros, alumnos y voluntarios, organizados por las autoridades del Municipio, esta promoción debe ser antes y durante el tiempo que se este efectuando la campaña de vacunación por el Sector Salud. La promoción se deberá realizar formando grupos de trabajo que visiten a las dependencias educativas, este grupo de personas podrá estar constituido por promotores y el sindico de salud, se podría elaborar pancartas, y carteles, además de utilizar el equipo de perifoneo.

12.-Participación de las autoridades municipales, principalmente del departamento de obras publicas, por medio de la gestión para proporcionar los servicios municipales como son: introducción del agua potable, drenaje, relleno sanitario y el funcionamiento de la planta de tratamiento de aguas residuales, al departamento de finanzas del Estado por medio del presupuesto asignado en el ramo 33.

13.-Elaborar los proyectos de los servicios municipales de acuerdo a las prioridades de salud, y entregarlos en forma oportuna.

14.-Continuar con la vigilancia epidemiológica

15.-Elaborar los canales endémicos de cada padecimiento para estar informados y alertas cuando ocurra un evento

16.- Canalizar oportunamente a I segundo nivel a todo paciente detectado con algún padecimiento infecto-contagioso que no sea posible su control en la unidad de salud.

17.- Sensibilizando a la población para que acepte y participe activamente con (trabajadores de la salud, padres de familia, maestros y grupos organizados de la comunidad) en acciones preventivas contra todas las enfermedades infecto-contagiosas.

IV.3. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS

1.- Capacitar a la población sobre los padecimientos crónico degenerativos

2.-Fomentar los cambios de hábitos alimenticios por medio de platicas de educación para la salud, con apoyos didácticos como rotafolios, franelógrafo, videos, pizarrón, y utilizando métodos y técnicas como: lluvia de ideas, demostraciones, simulacros, interrogatorio, lectura dirigida, casos, discusión, investigación y títeres, en todas las unidades de salud, y en las casas de salud con el apoyo de las auxiliares de salud y de las promotoras; deberá incluir los siguientes puntos:

*alimentación hipocalórica para pacientes diabéticos

*alimentación hiposódica para pacientes hipertensos

*alimentación con alto valor nutritivo (hipercalórica e hiperproteica) para pacientes desnutridos

*consumir alimentos propios de la comunidad con alto valor nutritivo y bajo costo

*eliminar los alimentos chatarra

*fomentar la elaboración de huertos familiares

*fomentar la construcción de granjas de pequeña especie

3.- Fomentar cambios de hábitos higiénicos y costumbres por medio de platicas de educación para la salud, con apoyos didácticos como rotafolios, franelógrafo, videos, lluvia de ideas, demostraciones y simulacros en todas las unidades de salud, y en las casas de salud con el apoyo de las auxiliares de salud; deberá incluir lo siguiente:

*baño diario

*recorte de uñas

*cepillarse los dientes

*incrementar la actividad física como la caminata en los pacientes diabéticos y en forma moderada en los pacientes hipertensos

*evitar y eliminarla obesidad

*eliminar el alcoholismo y el tabaquismo

4.- Formación de clubes de diabéticos y de hipertensos, para compartir experiencias, consejos y proporcionar educación para la salud en forma específica. Deberá ser muy

variada y dinámica la participación de estos grupos y que son personas en su mayoría adultos, y trabajadores por lo que se deberán adoptar horarios de acuerdo a su disposición, general material didáctico atractivo como son los carteles, películas, lluvia de ideas, demostraciones, técnica del cuchicheo estudio de casos, etc.

5.- Difundir por medio de carteles, o con apoyo de los alumnos de secundaria y bachillerato al realizar periódicos murales sobre las campañas de detección oportuna de las enfermedades crónicas y degenerativas así como las ferias de la salud, con el propósito de realizar en forma masiva las detecciones (a la población mayor de 25 años contra las enfermedades: diabetes mellitus, e hipertensión arterial; a los niños en edad infantil y preescolar: desnutrición; en los escolares: fiebre reumática; a las mujeres con vida sexual activa detección contra el cáncer de mama y contra el cáncer cervico-uterino, esta última por medio de la prueba del papanicolao.

6.-Difundir el paquete básico a toda la población abierta en forma gratuita dando por resultado una atención médica oportuna

7.- Canalizar oportunamente al segundo nivel a todo paciente detectado con algún padecimiento crónico y degenerativo que no sea posible su control en la unidad de salud

8.- Continuar con la vigilancia epidemiológica

9.- Elaborar los canales endémicos de cada padecimiento para estar informados y alertas cuando ocurra un evento.

IV.4. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LA SALUD REPRODUCTIVA

1.- Incrementar acciones de información, comunicación educativa y social, a través de diversos medios (pintado de bardas, carteles, folletos, platicas en las unidades de salud a todas las personas que acuden a solicitar consulta, y en forma conjunta con la secretaria de educación publico programar platicas de salud reproductiva a los adolescentes; además del apoyo que pueden otorgar las parteras al promover los métodos de planificación y otorgarlos bajo estricto control médico), con el propósito de para postergar el nacimiento del primer hijo, incrementar el espacio intergenésico y promover la terminación temprana de la reproducción.

2.- Incrementar y ampliar la cobertura de los programas de planificación familiar de los servicios institucionales de salud y asistencia social.

3.- Utilizar los recursos comunitarios de salud, particularmente de las promotoras de salud y parteras empíricas y auxiliares de casas de salud para promover la planificación familiar en visitas programadas a los hogares.

4.- Ampliar la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de planificación familiar para la población masculina a fin de aumentar su participación y responsabilidad directa y

activa por medio de los promotores y de los médicos tradicionales, los cuales tendrán que recibir una capacitación adecuada e información suficiente para lograr un impacto a la población masculina.

5.-Asegurar el suministro de material, equipo y medicamentos anticonceptivos en cantidad suficiente y oportuna por lo que el responsable de las unidades de salud deberá elaborar oportunamente y en forma suficiente la solicitud de estos elementos.

6.- Impulsar la distribución gratuita de preservativos para la población masculina a través de otros canales, por ejemplo en las tiendas conasupo. por medio de los médicos tradicionales, los cuales tendrán que ser supervisados periódicamente

7.-Intensificar las acciones de promoción educativa de planificación familiar y orientación sexual a la población en general, siendo el grupo blanco las mujeres y hombres en edad fértil con apoyos didácticos adecuados así como de técnicas diferentes; se podrá utilizar la demostración de todos los métodos que existen y la forma de su uso, también nos apoyaremos con los rotafolios, las películas, la participación del grupo con lluvia de ideas, y comentarios personales. Para poder tener una cobertura de esta información se deberá realizar estas actividades en forma conjunta con la auxiliar de salud programando grupos selectos dos o tres días a la semana.

8.- Otorgar el servicio de consejería por el personal de salud en planificación familiar en forma programada a los matrimonios de la comunidad, principalmente a los no usuarios.

9.- Promover la OTB y la vasectomía como un servicio que ofrece el segundo nivel de atención por medio de la referencia y contra referencia.

10.- Elaborar bases técnicas de programación y evaluación de las actividades de planificación familiar, aplicables al ámbito de cada una de las instituciones de salud y asistencia social por los responsables del programa.

11.- Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM 005-SSA2-1993. "De los servicios de Planificación Familiar"

12.- Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM 095-SSA1-1994. "Que establece las especificaciones sanitarias del dispositivo intrauterino T de cobre modelo 380A."

13.-Promover la atención del parto en forma gratuita, así como el control prenatal, colocando avisos, carteles, periódicos murales y folletos en los lugares donde las mujeres acuden frecuentemente. como en las tiendas, los molinos, y en las escuelas primarias.

14.-Ofrecer un control prenatal de calidad, por medio de la supervisión zonal a los médicos responsables de las unidades de salud en forma estricta y apegada a la normatividad.

15.- Ofrecer la atención del parto con calidad, respetando la idiosincrasia de la mujer, para que la atención sea oportuna será necesario que existan médicos las 24 hrs del día, de esta manera estamos asegurando la atención e incrementando las posibilidades de atención a las necesidades de la población.

16.- Integrar comités para la prevención de la mortalidad materna e infantil con el apoyo de la participación comunitaria.

17.-Aplicar modelos de capacitación y supervisión continua y permanente a los recursos humanos que brindan la atención materno-inantil, otorgando prioridad al perfeccionamiento del diagnóstico clínico, y atención del parto.

18.- Fomentar la lactancia materna y el alojamiento conjunto de madre e hijo a todas las mujeres embarazadas por medio de las platicas realizando demostraciones de la preparación de las mamas, así como las técnicas de amamantamiento, y los cuidados al recién nacido.

19.- Informar a la mujer embarazada en su primera consulta de los signos de alarma del embarazo, apoyados con material didáctico claro y preciso para una mejor apreciación como son los rotafolios o el uso del franelógrafo, y proporcionar a las mujeres que saben leer folletos informativos.

20.- Capturar a la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación con el apoyo de las promotoras de salud al visitar a los hogares para conocer su estado general de salud y las actividades de prevención que cotidianamente se deben realizar y de esta forma poder aplicar oportunamente el toxoide tetánico.

21.- Identificar oportunamente a la mujer con embarazo de alto riesgo en cada consulta prenatal de ser necesario enviarla al segundo nivel para valoración gineco-obstetra

22.- Integrar y capacitar a todas las parteras del Municipio al programa de parto limpio, creando un programa masivo, creativo y dinámico, apoyados con material didáctico, así como actividades prácticas, de ser posible acudir a los hospitales de segundo nivel para una adecuada capacitación.

23.- Fortalecer los mecanismos para la detección temprana y el manejo oportuno del hipotiroidismo congénito, así como otros defectos observados al nacimiento.

IV.5. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTOR

1.- Identificación y estratificación de las regiones, con base en criterios de riesgo epidemiológico, ecológicos y socioeconómicos; esta estrategia deberá realizarse con el personal de salud, con el apoyo de las autoridades municipales y las auxiliares de las

casas de salud y se plasmara en un mapa donde se registren las zonas de riesgo y alto riesgo, para dirigir las actividades de prevención.

2.- Promoción y capacitación sobre las acciones de cuidado, que la población puede realizar a escala individual y familiar, para disminuir el contacto con insectos vectores, se realizara platicas de promoción para la salud y deberá ser apoyadas con rotafolios, carteles, con demostraciones, y películas. Los temas que incluyen son:

*Identificación de los vectores

*Los padecimientos que producen así como los síntomas que se generan

*Las medidas preventivas: como baño diario, aseo de las camas, lavado de la ropa en forma periódica, utilizar pabellón; aplicación de agentes químicos no tóxicos en sus domicilios, mejorar la vivienda como son las paredes, los pisos y los techos; construir camas en alto con recursos propios de la comunidad así como el manejo adecuado de la basura, la limpieza de los patios evitando la proliferación excesiva de hierbas, el estancamiento de aguas tanto limpias como negras.

*Actividades de participación comunitaria dirigidas para controlar los hábitats de los insectos como son la remoción o destrucción de latas, botellas u otros diversos objetos, evitando, el almacenamiento de recipientes de tal manera que no contengan agua y tapar los depósitos de agua potable para excluir los mosquitos.

* Sensibilizando a la población para que acepte y participe activamente (trabajadores de la salud, padres de familia, maestros y grupos organizados de la comunidad) en acciones preventivas y de control contra la fauna nociva.

*Notificar oportunamente a las unidades de salud cuando se localice algunos insectos vectores o personas con síntomas probables de enfermedades transmitidas por vector.

3.- Eliminación de los parásitos, suministrando medicamentos a los casos, contactos y portadores, en forma permanente e intensiva.

4.-Reestructurar y consolidar los sistemas de vigilancia epidemiológica

5.- Promover brigadas periódicas que impliquen rastreos en las viviendas en busca de Triatomas y otros insectos o vectores; que sean realizadas por los pobladores en conjunto con los entomólogos de SSA.

6.-Promover, difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de la NOM-EM-001-SSA2-1999 "Para la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector"

IV.6. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LAS ZONOSIS

1.- Prooción y capacitación sobre las acciones de prevención, que la población puede realizar a escala individual y familiar, para disminuir el contacto con animales infectados, mediante platicas de promoción para la salud y deberá ser apoyadas con rotafolios,

carteles, con demostraciones, y películas, lectura dirigida, casos, discusión, investigación. Los temas que deben ser incluidos son:

*Zoonosis, agente causal, animal infectado, medios de transmisión, factores condicionantes, medidas preventivas y tratamientos.

2.- Dar información a los propietarios de ganado bovino, caprino y ovino de los beneficios que se obtendrán si participan en las campañas de erradicación y control de enfermedades que lleva acabo la SAGAR, por lo que las autoridades municipales y de salud deberán apoyar en la difusión y dándole importancia a estas actividades de alto impacto.

3.- Organizar una serie de capacitaciones a los propietarios de ganado bovino, caprino y ovino y autoridad sanitaria del Municipio para conocer la Normas Oficiales Mexicanas NOM-EM-011-ZOO-1-1994 y la NOM-008-ZOO-1994. Los cuales deberán ser impartidos por los médicos de las unidades de salud con apoyo del sindico de salud, utilizando material didáctico adecuado de acuerdo al nivel cultural de la población como son: carteles, películas, rotafolios y posibles demostraciones.

4.-El municipio deberá gestionar a las autoridades superiores para la construcción de un rastro municipal y evitar prácticas clandestina de sacrificio de ganado, e iniciar una supervisión estricta de las condiciones de salud del mismo.

5.- Promover, aplicar, difundir y vigilar la NOM-022-SSA2-1994 "Para la prevención y control de la Brucelosis en el hombre, en el primer nivel de atención."

6.- Promoción y capacitación sobre las acciones de prevención, que la población puede realizar a escala individual y familiar, para disminuir el contacto con animales infectados con (cisticercos), mediante platicas de promoción para la salud y deberá ser apoyadas con rotafolios, carteles, con demostraciones, y películas. Los temas que incluyen son:

*Zoonosis (cisticercosis), agente causal, animal infectado, medios de transmisión, factores condicionantes, medidas preventivas y tratamientos.

* Promover entre los criadores de cerdos de traspatio eviten defecar a ras de suelo en el sitio donde se cría a los cerdos, para así evitar el acceso del cerdo a las excretas humanas.

*Orientar a la población a no comprar ni consumir carne con huevos de cisticercos, conocido más comúnmente como tomatillo.

*Fomentar cambios de hábitos alimenticios como cocción domestica de la carne y vísceras de cerdo a altas temperaturas durante una hora, o hasta que aparezcan indicios de sangre.

7.- Que el Municipio de cumplimiento al párrafo 5.2.1 de la NOM-021-SSA2-1994 que dice evitar la presencia de cerdos en la vía pública y áreas comunes y mantenerlos en porquerizas cerradas.

8.- Promover, difundir, aplicar y vigilar la aplicación de la NOM-021-SSA2-1994. "Para la vigilancia, prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención".

9.- Dar mayor promoción a la importancia de las campañas de vacunación canina, en escuelas de nivel básico, medio superior y técnicas, así como en mercados y tianguis con la colaboración de maestros, alumnos y voluntarios, organizados por las autoridades del Municipio, esta promoción debe ser antes y durante el tiempo que se este efectuando la campaña de vacunación por la SSA. La promoción se deberá realizar formando grupos de trabajo que visiten a las dependencias educativas, este grupo de personas podrá estar constituido por promotores y el sindico de salud, además se realizaran visitas a todas las organizaciones comerciales ya mencionadas, se podría elaborar pancartas, y carteles, además de utilizar el equipo de perifoneo.

10.- El sindico de salud junto con la autoridad del presidente municipal deberá realizar una junta con todos los auxiliares municipales para dar información de los días en que se programaran las campañas, previamente se deberá realizar un censo canino para poder solicitar los insumos necesarios y suficientes; de esta manera se tendrá un control efectivo para el cumplimiento del 100% de cobertura

11.-Dar mayor promoción durante la campaña de vacunación de las medidas inmediatas a seguir ante la agresión de un perro o un gato, para acudir a los establecimientos de salud y recibir atención médica oportuna, según lo requieran y hacer énfasis en que la rabia es incurable y mortal.

12.-Promover, difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de la NOM-011-SSA2-1993 "Para la prevención y control de la rabia"

IV.7. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LAS ADICCIONES

1.- Fomentar la participación activa de las autoridades políticas, civiles y religiosas de la comunidad en la creación de grupos para la rehabilitación de alcohólicos.

2.- Orientar a la comunidad sobre los problemas que causa el alcoholismo, a fin de contribuir a su prevención dirigidas en forma prioritaria a la población masculina en edad productiva con apoyo de los promotores y el sindico de salud, creando un plan de trabajo de acuerdo a los horarios disponibles de ese grupo de personas utilizando material didáctico atractivo como películas, rotafolios, invitación a personas para dar testimonio de su rehabilitación, así como temas específicos de cirrosis y otras enfermedades causadas por el alcohol, tabaquismo y drogas, haciendo hincapié en el efecto negativo que produce en el hogar como son: la disminución del ingreso económico lo cual afecta en la distribución del mismo para cubrir las necesidades básicas de la familia, además de disminuir en su capacidad laboral.

3.- Brindar tratamiento médico y psicológico al enfermo alcohólico y orientar a su familia, a fin de apoyarlo en su tratamiento.

4.- Detectar a los enfermos alcohólicos con ayuda de sus familiares y promover su integración a los grupos de alcohólicos anónimos u otros grupos de asociaciones civiles y religiosas, al identificar a estas personas se deberá canalizar la información a un grupo de personas voluntarias, con capacidad de convencimiento y de buena conducta previamente organizado para tal finalidad; y ser el enlace del paciente alcohólico y el grupo de apoyo.

5.- Derivar oportunamente a los pacientes cirróticos a un segundo nivel de atención para integrar su diagnóstico e iniciar tratamiento de acuerdo a su evolución iniciar un registro y control para dar seguimiento.

6- Formas grupos recreativos, y deportivos.

7.- Fomentar en el ámbito escolar el desarrollo de las relaciones interpersonales más humanas, la motivación al trabajo, la autoestima, el éxito personal, la exaltación de liderazgo y el fomento de una escala de valores universales

8.- Resaltar los valores familiares, sociales éticos y nacionales que propicien una vida sana de tiempo libre de los educando.

9.- Que el Municipio participe en la estimulación para la participación la comunidad en actividades recreativas, culturales, deportivas, de capacitación y empleo.

V. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PALMAR DE BRAVO

DESCRIPCION

FACTORES CONDICIONANTES

Aspectos físicos y geográficos:

Localización geográfica (coordenadas geográficas): Paralelos 18° 45' 36" y 18° 55' 06" de latitud norte y meridianos 97° 22' 54" y 97° 40' 00" de longitud oeste.

Localización geográfica de la cabecera Municipal: Paralelo 18° 50' 05" latitud norte y meridiano 97° 32' 45" longitud oeste.

Altitud: 2,180 a 2,300 metros sobre el nivel del mar.

Extensión territorial: 341.88 Kilómetros cuadrados.

Límites municipales: Al norte y noreste Quecholac, al norte Chalchicomula de Sesna, al este Esperanza, al sur Cañada Morelos, al sureste Tlacotepec de Benito Juárez, al oeste Yihualtepec y tecamachalco

Clima: Semiseco templado y subhúmedo templado; con temperaturas de -3 °C, mínima, 12 – 18 °C media y la máxima mayor de 18 °C

Hidrografía: Carece de arroyos de importancia, recibe algunos de carácter intermitente.

Orografía: El Municipio pertenece a dos regiones morfológicas, la sierra de Soltepec y los llanos de San Andrés

Edafología: El Municipio presenta una gran diversidad edafológica, se pueden identificar cuando menos seis grupos de suelos que están dispuestos generalmente en grandes franjas que recorren al Municipio del noroeste al sureste; así el Municipio cuenta con los siguientes tipos de suelo en su extensión territorial: Feozem (H), Regosol (R), Litosol (L), Xerosol (X) y Cambisol (E)

Flora: Vegetación y uso de suelo en agricultura de temporal y de riego, matorral desértico rosetófilo principalmente matorral crascicaulo y bosque de táscate.

Fauna: la fauna autóctona se le encuentra en la zona poco pobladas y en la Sierra de Soltepec donde existen animales como la serpiente de cascabel, alacranes especies, entre otros zorillos, tlacuaches, tusas, zorras, conejo, comadrejas y en el mes de Febrero provenientes del norte migra una colonia de garzas.

DEMOGRAFIA

La densidad de población en el Municipio en 1995 fue de 92.4 habitantes por km cuadrado y en 1998 fue de 110.5 habitantes por Km cuadrado.

La tasa de crecimiento anual del Municipio de 1990 a 1995 fue de 2.85 y de 1995 a 1998 fue de 2.72, para este mismo año la del Estado de Puebla fue de 2.04 y la tasa de crecimiento promedio anual Nacional fue de 1.63

La tasa de natalidad en el Municipio en 1995 fue de 28.88 y para el año de 1998 la tasa de natalidad del Municipio fue de 28.99, para este mismo año la tasa de natalidad promedio del Estado de Puebla fue de 26.8 y la tasa de natalidad promedio Nacional fue de 23.9.

La tasa de fecundidad en el Municipio en 1995 fue de 130.6 y para el año de 1997 fue de 131.4, la del Estado de Puebla fue de 126.1 en el mismo año.

La esperanza de vida al nacer promedio en el Municipio y Estado de Puebla en 1997 fue de 75.56 años, para las mujeres fue de 72.00 y para los hombres fue de 68.44.

La razón de dependencia del Municipio en 1990 fue de 1.06 y para 1998 fue 0.90, para el estado de Puebla en el mismo año fue de 0.74 y el promedio Nacional fue de 0.64

El grado de marginación del Municipio en 1990 es ALTA y para el año de 1995 es también ALTA, debido a que el 46% de las localidades tienen grado de marginación ALTA, en el 19% es MEDIA y en el 35% es MUY BAJA.

SERVICIOS PUBLICOS

Agua potable

En el año de 1990 el Municipio contaba con 10 fuentes de abastecimiento, en 1995 se reportan 13 y en 1999 se reportan 26 con volumen de extracción de 12.43 metros cúbicos por día y de los cuales 18 estaban en función, 2 en rehabilitación y 6 en perforación. Es notorio el aumento de fuentes de abastecimiento de 1995 a 1998 y la preocupación de rehabilitar y dar mantenimiento a las ya existentes, así como, la perforación de nuevas fuentes.

Disponibilidad de fuentes de abastecimiento , sistema y cobertura de agua potable en las localidades del Municipio en el año de 1999 son de 21 localidades con más de 100 habitantes, sólo 3 de ellas no cuentan con fuentes de abastecimiento, 11 cuentan con sistema de agua potable. La cobertura de las 18 localidades con abastecimiento de agua potable va de 75.00% al 100%.

Rezago en servicios público en el rubro de agua potable en el Municipio de Palmar de Bravo con respecto al de la Región de Serdán, Estado de Puebla y Nacional desde el año de 1990 a 1998, sólo han existido diferencias no significativa con el Estado de Puebla y el promedio de rezago Nacional. (Cuadro 1)

Cuadro 1

Rezago en desarrollo urbano (agua potable) en el Municipio de Palmar de Bravo con respecto al rezago en la Región de Serdán, Estatal y Nacional en los años de 1990, 1995 y 1998

AÑO	1990	1995	1997
Rezago y promedio de viviendas que no disponen de agua potable	%	%	%
Rezago en el Municipio de Palmar de Bravo	28.11	17.80	21.15*
Rezago en la Región de Serdán	32.50	17.00	N.D
Promedio en el Estado de Puebla	39.00	20.50	20.30
Promedio Nacional	21.00	16.50	14.30

*Fuente. Elaborado por la Comisión del Agua y Saneamiento del Estado de Puebla. Encuesta a 21 localidades de más de 100 habitantes del Municipio de Palmar de Bravo ejercicio 1994 -1999

Fuente. Plan de Desarrollo Económico Lic. Manuel Barttle Díaz 1993-1999 basándose en INEGI XI Censo General de Población y Vivienda 1990

Fuente. Plan de Desarrollo General Lic. Melquiades Morales Flores 1999-2005 basándose en INEGI Censo de Población y Vivienda 1995

Fuente. Elaborado por la SSA y la OPS. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Indicadores Básicos 1997

Drenaje y alcantarillado

Las localidades del municipio que disponen de obras de drenaje son Cuacnopalan, Cuesta Blanca y en la cabecera municipal Palmar de Bravo, siendo la cobertura de éstas localidades del 0.00%, 80.00% y 100:00% repectivamente.

Cuadro 2

Rezago en servicios públicos en el rubro de drenaje en el Municipio de Palmar De Bravo con respecto al rezago en la Región de Serdán, el Promedio Estatal y Nacional en los años de 1990, 1995 y 1998.

AÑO	1990	1995	1999
Promedio de viviendas que no disponen de drenaje conectado a la red pública o a fosa séptica.	%	%	%
Rezago en el Municipio de Palmar de Bravo	87.45	84.63	71.35
Rezago en la Región de Serdán	71.00	67.00	N.D.
Promedio en el Estado de Puebla	52.00	42.20	40.00**
Promedio Nacional	36.00	33.00	25.10**

Fuente. Elaborado por la Comisión del Agua y Saneamiento del Estado de Puebla. Encuesta a 21 localidades de más de 100 habitantes del Municipio de Palmar de Bravo ejercicio 1994 -1999

Fuente. Plan de Desarrollo Económico Lic. Manuel Barttle Díaz 1993-1999 basándose en INEGI XI Censo General de Población y Vivienda 1990

Fuente. Plan de Desarrollo General Lic. Melquiades Morales Flores 1999-2005 basándose en INEGI Censo de Población y Vivienda 1995

**Fuente. Elaborado por la SSA y la OPS. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Indicadores Básicos 1997

Se observa un grave rezago desde el año de 1990 en el servicio público de drenaje conectado a la red pública o a fosa séptica para el Municipio de Palmar de Bravo, así que en 1999 fue del 71.35% de las viviendas no cuentan con estos servicios, para el Estado de Puebla fue del 40%.en 1997. (Cuadro 2)

Existe en el Municipio una planta de tratamiento de aguas residuales cuya capacidad instalada es de 11.10 litros / segundo y para dar tratamiento a un volumen de aguas residuales de 236,520 metros cúbicos/ año, pero que no esta en función.

La disponibilidad de energía eléctrica en las localidades del Municipio en 1999, sólo tres localidades de las 37 del Municipio no cuentan con energía eléctrica estas son: El Ameyal, Trinidad Arenal y Xaltepec.

El servicio público de manejo de desechos sólidos en las localidades del Municipio, sólo se le proporciona a la cabecera municipal y las demás localidades no cuentan con él.

Otros servicios públicos con los que cuenta el Municipio son: 2 mercados públicos, 4 conos de almacenamiento, 3 panteones y los servicios que no cuenta el Municipio en aproximadamente en un 90% no tienen alumbrado público y en un 90% las calles no tienen pavimento.

VIVIENDA

El promedio de habitantes por vivienda en 1990 fue de 5.59 y para el año de 1999 es de 5.34. El tipo de tenencia de las viviendas particulares en 1998 el 95.57% son de propiedad particular y el resto son de arrendamiento.

Cuadro 3
Viviendas particulares habitadas según material predominante en (pisos) en el Municipio de Palmar de Bravo en el Estado de Puebla en los años de 1990 y 1999.

AÑO	1990		1999	
	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%
Cemento o firme	3,017	63.78	3,837	58.38
Mosaico	104	2.19		
Tierra	1,594	33.68	2,737	41.62
No especificada	17	0.35		
Total de viviendas	4,732	100.00	6,574	100.00

Fuente: XI Censo General de población y Vivienda 1990 INEGI

Fuente: Encuesta realizada por la SSA del Estado de Puebla a 3,017 viviendas en Enero de 1999.

En el año de 1990 el 65.97% de las viviendas particulares tenían piso de firme o loza y el 34.13% tenían piso de tierra y para el año de 1999 el 58.38% de las viviendas

particulares del Municipio sus pisos están contruidos con materiales como loza o firme y en el 41.62% de las viviendas particulares el piso es de tierra. (Cuadro 3)

En el año de 1999 el 38.10% de las viviendas particulares del Municipio sus techos están contruidos con materiales sólidos y en el 61.89% de las viviendas los techos son de materiales ligeros (teja de asbesto, cartón o lamina, madera, paja y otros)

En el año de 1999 el 79.49% de las viviendas particulares del Municipio sus paredes están contruidos con materiales como block o ladrillos y en el 9.10% de las viviendas las paredes son adobe o piedra y en el 11.41% están contruidas de materiales ligeros (teja de asbesto, cartón o lamina, madera, paja y otros)

En el año de 1990 la eliminación de excretas en las viviendas particulares del Municipio era por medio de conectada a red pública 1.32%, conectadas a fosa séptica o letrina 4.70% y las eliminaban a ras de suelo en el 87.44% y para el año de 1999 en el Municipio la eliminación de excretas en el 18.05% de las viviendas particulares es por medio de drenaje conectado a la red pública en el 68.15% en fosa séptica o letrina y en el 13.8% a ras de suelo. (Cuadro 4)

Cuadro 4

Eliminación de excretas en las viviendas particulares del Municipio de Palmar de Bravo en el Estado de Puebla en los años de 1990,1995 y 1999.

AÑO	1990		1999	
	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%
Disponibilidad para la eliminación de excretas				
Conectadas a la red pública.	62	1.32	1,186	18.05
Conectada a fosa séptica o a letrina	222	4.70	4,480	*68.15
Con desagüe a un río	180	3.80		
Con drenaje a grietas o barrancas.	130	2.74		
Eliminan a ras de suelo	4,138	87.44	908	*13.8
Total de viviendas	4,732	100.00	6,574	100.00

Fuente: XI Censo General de población y Vivienda 1990 INEGI

*Fuente: Encuesta realizada por la SSA del Estado de Puebla a 3,017 vivindass en Enero de 1999.

En el año de 1990 el el 67.75% de las viviendas particulares tenían agua potable entubada y el 32.25% no disponia de este servicio y para el año de 1999 el 78.54% de las viviendas particulares disponen de agua potable entubada y el 21.46% de las viviendas particulares no disponen de agua potable entubada, por lo general se abastecen de llaves públicas. (Cuadro 5)

En el año de 1999 la cobertura de energía eléctrica en las viviendas particulares del Municipio fue del 94.5%.

Cuadro 5

Abastecimiento de agua potable en las viviendas particulares del Municipio de Palmar de Bravo en los años de 1995 y 1999.

AÑO	1990		1999	
	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%
Abastecimiento de agua potable entubada				
Llave dentro de la vivienda	998	21.09	5,163	78.54
Llave fuera de la vivienda pero dentro del terreno	2,208	46.66		
De llave pública o hidrante	165	3.49		
El abastecimiento no se Especifica	40	0.85		
Viviendas que no disponen de agua potable	1,321	27.91	1,411	21.46
Total de viviendas	4,732	100.00	6,574	100.00

Fuente: XI Censo General de Población y Vivienda 1990 INEGI

Fuente: Encuesta realizada por la SSA del Estado de Puebla a 3,017 viviendas en Enero de 1999

La disponibilidad del número de cuartos por vivienda en el año 1999 es el 14.47% disponen de un solo cuarto, el 39.29% disponen de dos cuartos, 37.66% disponen de tres cuartos y el 8.58% disponen de más de tres cuartos. (Cuadro 6)

Cuadro 6

Viviendas particulares por el número de cuartos que disponen en el Municipio de Palmar de Bravo en el Estado de Puebla en los años de 1995 y 1999.

AÑO	1995		1999	
	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%
Número de cuartos por vivienda				
Disponen de un solo cuarto	791	13.93	951	14.47
Disponen de dos cuartos	1,875	33.05	2,583	39.29
Disponen de tres cuartos o más	2,047	36.08	2,476	37.66
Disponen de cuatro cuartos o más	961	16.94	564	8.58
Total de viviendas	5,672	100.00	6,574	100.00

Fuente: Censo de Población y Vivienda 1995 INEGI

Fuente: Encuesta realizada por la SSA del Estado de Puebla a 4,419 habitantes en Enero de 1999.

En el año de 1999 las viviendas particulares que disponen de cocina dentro de alguno de los dormitorios es del 53.76% y el resto disponen de cocina separa de los dormitorios.

EDUCACIÓN

En el año de 1990 la población analfabeta fue del 33.03% y para el año de 1999 en el Municipio la población analfabetas es del 29.42%. (Cuadro 7)

Cuadro 7

Condición de analfabetismo en habitantes de 15 años y más del Municipio de Palmar de Bravo en los años de 1990, 1995 y 1999.

AÑO	1990		1999	
	Número de habitantes	%	Número de habitantes	%
Condición de analfabetismo				
Población de 15 años y más alfabetas	9,575	66.97	14,051	70.58
Población de 15 años y más analfabeta	4,723	33.03	5,858	29.42
Total de población de 15 años y más	14,298	100.00	19,909	100.00

Fuente: Elaborado por INEGI XI Censo General de Población y Vivienda 1990

Fuente: Elaborado por la SSA del Estado de Puebla, encuesta de 4,486 habitantes de 15 a 59 años en Enero de 1999.

El índice de analfabetismo en 1999 para el Municipio es de 29.42%, para el Estado de Puebla en el año de 1997 fue del 16.30% y el promedio de analfabetismo Nacional para el mismo año fue del 10.60%.

Cuadro 8

Grados de escolaridad en la población de 15 años y más del Municipio de Palmar de Bravo 1990 y 1999.

AÑOS	1990		1999	
	Número de habitantes	%	Número de habitantes	%
Grados de escolaridad en población de 15 años y más				
Analfabetas	4,627	33.64	5,857	29.42
Con instrucción primaria incompleta	4,813	35.00	4,848	24.35
Con instrucción primaria completa	2,392	17.39	5,822	29.25
Con instrucción pos primaria o secundaria incompleta	1,920	13.96	1,057	5.31
Con instrucción secundaria completa	N.D.	N.D.	1,785	8.97
Con otro tipo de estudios	N.D.	N.D.	540	2.72
Total de población de 15 años y más	13,752	100.00	19,909	100.00

Fuente: XI Censo General de Población y Vivienda 1990 INEGI

Fuente: Encuesta realizada por la SSA del Estado de Puebla a 4,419 habitantes de 12 a 59 años en Enero de 1999.

El grados de escolaridad en la población de 15 años y más en el Municipio de Palmar de Bravo en el año desde el año de 1990 a 1999 no ha variado mucho, así tenemos

63351

que en 1999 la población de 15 años y más que es de 19,909 (100.00%) de los cuales 5,857 (29.42%) son analfabetas, 4,848 (24.35%) cuentan con primaria incompleta, 5,822 (29.25%) cuentan con primaria completa, 1,057 (5.31%) cuentan con secundaria a incompleta, 1,785 (8.97%) cuentan con secundaria completa, 540 (2.72%) cuentan con otros estudios. (Cuadro 8)

Estos datos nos indican la alta deserción en la educación básica que consta de 9 años, ya que 11,742 (59.08%) de la población mayor de 15 años y más son analfabetas o bien tienen la instrucción primaria o secundaria incompletas.

La población de 6 a 14 años del Municipio que no sabe leer o escribir o bien abandona la enseñanza básica (primaria) en el año de 1998 fue el 28.53% de este grupo étnico.

En educación preescolar en 1998 el Municipio contaba con 20 escuelas, 39 aulas y 39 docentes de enseñanza preescolar; para la enseñanza primaria contaba con 25 escuelas, 154 aulas y 152 docentes de enseñanza primaria; para la educación secundaria se contaba con 7 escuelas, 32 aulas y 38 docentes de enseñanza secundaria y para la educación media superior contaba con 2 escuelas, 9 aulas y 15 docentes de enseñanza media superior.

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

Cuenta con vías de comunicación como caminos y carreteras, una carretera estatal procedente de Tecamachalco la cual cruza al Municipio pasando por la cabecera Municipal, a esta carretera se le une una carretera secundaria que va de Palmar de Bravo a Cañada Morelos, que recorre al oeste al Municipio. Una carretera federal de cuota la México -Veracruz su tramo Puebla Orizaba lo atraviesa por varios puntos, el resto del Municipio se encuentra comunicado por medio de caminos de terracería, caminos revestidos o bien por brechas.

El Municipio no cuenta con estación ferroviaria en ninguna de sus localidades, pero el ferrocarril que va de Puebla a Veracruz lo atraviesa por el oriente y tampoco cuenta con pistas de aterrizaje para naves pequeñas.

Los medios de comunicación con que cuenta el municipio son 254 líneas de teléfono, una estación de radio banda civil, señal de televisoras de cobertura Nacional, así como, señal de radiodifusoras de cobertura Estatal y Nacional y no cuenta con agencia de correos o de telégrafos.

Los medios de transporte con los que cuenta el Municipio son colectiva ruta Tecamachalco -Cuacnopala, Tecamachalco - San José Bellavista, Cuesta Blanca - Cañada Morelos y Cuesta Blanca- Esperanza; el servicio de autobuses AU que van de Puebla a Tehuacan vía Cuesta Blanca, el servicio de un carro de sitio, el servicio de una ambulancia. Al interior del Municipio la población se transporta o remolques tirados por caballos, mulas o burros o bien en bicicleta o a pie.

ECONOMIA

El sector económico más importante del Municipio es el agropecuario. Así que en 1998

el 59.66% de las tierras de labor son de propiedad privada y el 40.34% son de ejidos.

En el año de 1998 el 25.05% de las tierras de labor son de riego y el 74.75% de las tierras de labor son de temporal .

Desde 1990 a 1998 se cosechan de 18 a 23 productos agrícolas como maíz, trigo, frijol y avena forrajera en las tierras de temporal y se cosecha maíz, frijol, avena forrajera, elote, papa, tomate, jitomate, chile verde, zanahoria, calabacita, arvejón, col, lechuga, haba seca, flores alfalfa, cilantro, ejote y rabanillo en tierras con disponibilidad de riego

Se cría principalmente ganado caprino y porcino, pero también bovinos para la producción de leche, además se cuenta con colmenares y están establecidas en el Municipio granjas de pollos (producción en aumento)

Los productos pecuarios que produce el municipio son leche de bovinos y caprinos, huevo (producción en aumento) y miel

En el ramo forestal el Municipio cuenta con un vivero con una producción en 1998 de 562,908 renuevos de árboles frutales como durazno y manzano y árboles para reforestar como pinos, truenos, acacias y cedro blanco.

En el Sector industrial se tienen a la industria extractiva, existe un establecimiento que emplea cuatro personas, se desconoce el mineral de extracción y en la industria de transformación existen 69 establecimientos y 123 personas ocupadas.

Sector Comercio y Servicios

Con respecto al comercio se registran 334 establecimientos comerciales y 414 personas ocupadas y en servicios se registran 100 establecimientos y 122 personas ocupadas.

Laboral

En el Sector laboral en el Municipio de Palmar de Bravo en el año de 1999 la actividad a la que se dedican sus habitantes es el 81.88% son campesinos, el 3.96% son obreros, el 0.43% son ganaderos, el 1.50% son comerciantes, el 0.58 no especificado, el 11.62% son estudiantes, emigrantes, discapacitados y labores del hogar.

Cuadro 9

Nivel de salario que percibe la población económicamente activa del Municipio de Palmar de Bravo en el año de 1999.

Nivel de salario percibido 1999	% PEA que percibe
Bajo (menos de un salario mínimo)	56.43
Medio (menos de dos salarios mínimos)	41.07
Alto (más de dos salarios mínimos)	2.40
Total	100.00

Fuente: Encuesta realizada por la SSA del Estado de Puebla a 4,419 habitantes de 12 a 59 años en Enero de 1999.

El nivel de salario que percibe la población económicamente activa del Municipio de Palmar de Bravo en el año de 1999 es el siguiente: Salario bajo (menos de un salario

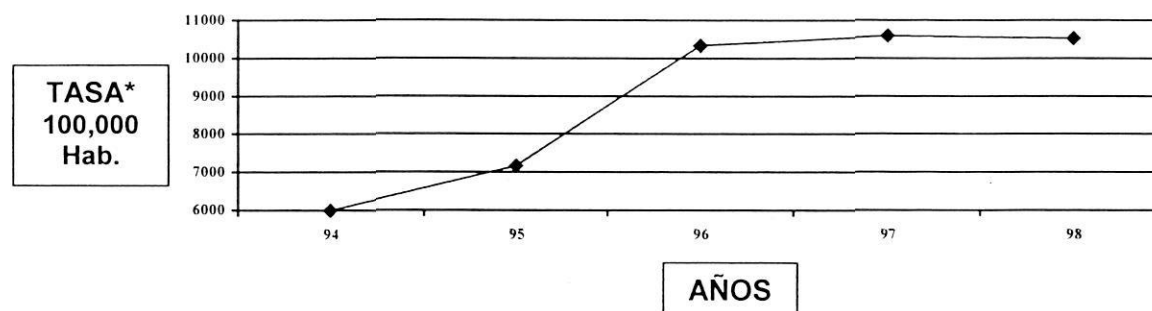
mínimo) 56.43%, salario medio (menos de dos salarios mínimos) 41.07%, salario alto más de dos salarios mínimos) 2.40%. (Cuadro 9)

DAÑOS A LA SALUD

MORBILIDAD:

Se describe la morbilidad general en los años DE 1994 A 1998, mostrando que las tres primeras causas de enfermedad persisten (IRA, EDA y amibiasis), las IRA ocupan el primer lugar durante los cinco años presentando una tendencia ascendente acentuada en 1996 cuando alcanza una tasa de 10,341.57 por 100,000 habitantes y de 10,532.13 por 100,000 habitantes en 1998. (Gráfica 1)

Gráfica 1
Comportamiento de las IRA en la morbilidad general de 1994 a 1998



En segundo lugar se localizan las infecciones intestinales su comportamiento es descendente inicia con una tasa de 2048 por 100, 000 habitantes en 1994 y de 1919.16 para 1998, se observa en tercer lugar la amibiasis con un incremento importante en tasas y en casos de 123 y de 374 para 1998, entre otros padecimientos de comportamiento irregular o no constante se tiene a otras helmintiasis, la angina streptococica, y la tricomoniasis urogenital.

Con relación a la morbilidad infantil encontramos dentro de las principales causas para 1998 a las infecciones respiratorias y las infecciones intestinales que representan el 77.3% y 15.9% respectivamente con un total de 604 casos, seguida de la amibiasis representando el 3.4% con 22 casos y una tasa de 19.0 por 1000 habitantes, llamando la atención la anencefalia con 2 casos y una tasa de 1.7 por 1,000 habitantes representando el .3% por último se observan las otitis medias agudas con la misma frecuencia que el anterior.

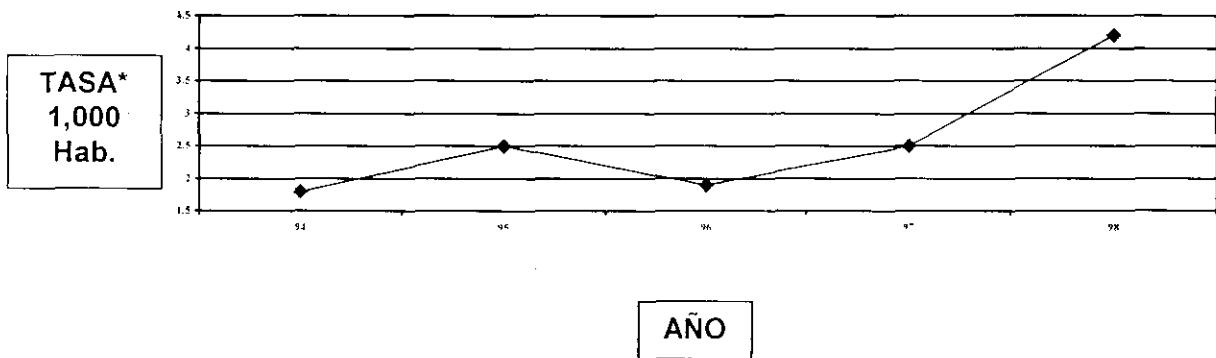
En la morbilidad preescolar encontramos como causas principales de enfermedad las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 219.8 por 1000 habitantes representando el 67.8% con 903 casos; las infecciones intestinales con 181 casos, una tasa de 44.6 por 1000 habitantes generando el 13.6%; seguida de enfermedades parasitarias como la amibiasis con 93 casos, una tasa de 22.64; ascariasis con 59

casos y una tasa de 14.36 por 1000 habitantes representa el 6.99% y 4.43% respectivamente.

En la Morbilidad escolar encontramos una situación similar a los dos grupos anteriores es decir infecciones respiratorias agudas y digestivas, así como parasitosis. La escabiasis es otro de los padecimientos más frecuentes en este grupo de edad con 8 casos y una tasa de .9 por 1000 habitantes, lo que nos habla de malos hábitos higiénicos de la población en general y de este grupo de edad específico.

Con relación a la morbilidad en edad productiva encontramos también a las infecciones respiratorias y digestivas en los primeros lugares con 1,423 casos y 255, representando el 64.7% y 11.6% respectivamente; así como las parasitosis (amibiasis y helmitiasis), pero se agregan a este grupo de edad enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión (Gráfica 2) y la diabetes mellitus, con 73 casos y 44 y una tasa de 4.2 y 2.5 respectivamente, sumandose las enfermedades de transmisión sexual como la tricomoniasis urogenital e infección gonococcica genitourinaria con 76 casos y una tasa de 4.4 por 1000 habitantes.

Gráfica 2
Comportamiento de las HTA en la morbilidad en población en edad productiva de 1994 a 1998



Finalmente la morbilidad en edad post-productiva encontramos en primer lugar como en todos los grupos de edad a las infecciones respiratorias agudas con 84 casos una tasa de 4560 por 100,000 habitantes representando el 57.1%; continuando con las infecciones intestinales e hipertensión arterial ambos con 17 casos y una tasa de 922 generando el 11.6%, por último la diabetes mellitus con 6 casos y una tasa de 325 por 1,000 habitantes con el 4.1% del total de causas de enfermedad por este grupo.

MORTALIDAD:

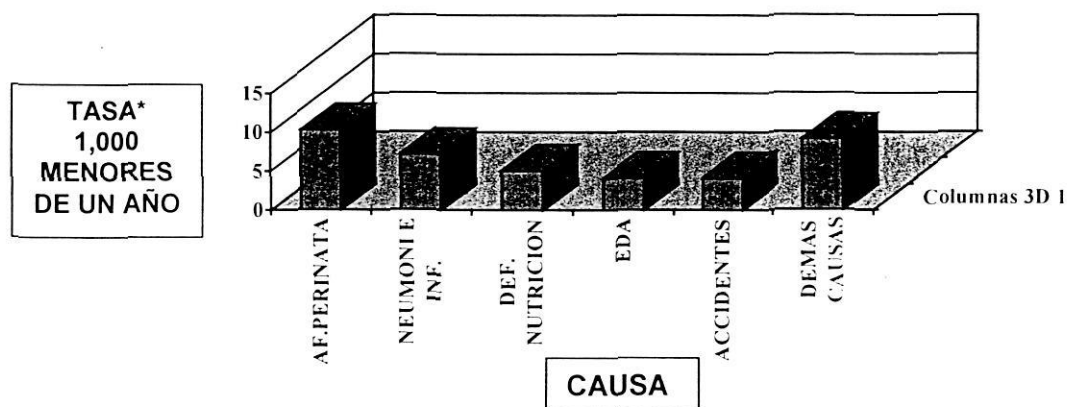
Con relación a la mortalidad general se observa en Municipio de Palmar de Bravo ha existido una reducción significativa de 60 defunciones en números absolutos, lo que representa un 26 % de reducción global. Cuantificado en tasa en 1994 ésta fue de

727.84 por 100, 000 habitantes y para 1998 fue de 477.91, es decir presenta una reducción del 34.3% con respecto a 1994.

La mortalidad general analizada en el periodo 94-98 en el Municipio de Palmar de bravo es la propia de todos los países en vías de desarrollo, presentando como primera causa las Neumonías e influenza, con una tasa máxima de 97.4 para el año 1996, seguida de las afecciones originadas en el periodo perinatal entre estas la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias con una total de 37 defunciones en 1994 y una tasa de 117.6 disminuyendo a 11 defunciones en 1998 con una tasa de 31.10, es decir la probabilidad de morir en 1994 fue de 3.7 veces más que en 1998. Observamos a las enfermedades crónicas y degenerativas que cada año van escalando en forma ascendente entre ellas la cirrosis, enfermedades del corazón y los tumores malignos; El municipio presenta también su transición epidemiológica pero traslapándose los 2 grandes grupos de enfermedades infecciosas y crónicas. Así mismo se observan las enfermedades emergentes en forma aislada como la tuberculosis.

Con respecto a la mortalidad infantil es un indicador prioritario para conocer el estado de salud de una comunidad, en los 5 años de estudio se observa un comportamiento irregular, registrándose 43 defunciones y tasa de 46.9 por 1,000 menores de un año en 1995 y para 1998 se presentaron 41 defunciones y una tasa de 42.1.

Gráfica 3
Principales causas de mortalidad infantil en 1998



En la Gráfica 3 se observa las principales causas de mortalidad infantil en el año de 1998, que en los años anteriores estudiados se observó el mismo comportamiento.

En el año de 1997 en el Estado de Puebla la tasa de mortalidad infantil por desnutrición era de 1.08 por lo que el riesgo de morir un niño menor de 1 año en Palmar de Bravo es casi de 9 veces más que en el Estado para el mismo año. Se observa un

incremento en tasa desde 1994 con 1.58 y para 1998 una tasa de 5.10 por 1,000 menores de un año. (Cuadro 10)

La desnutrición en el grupo infantil representa el 16.37% del total de las causas de mortalidad infantil en el año de 1997 y una tasa de 9.4 por 1,000 menores de un año. (Gráfica 4)

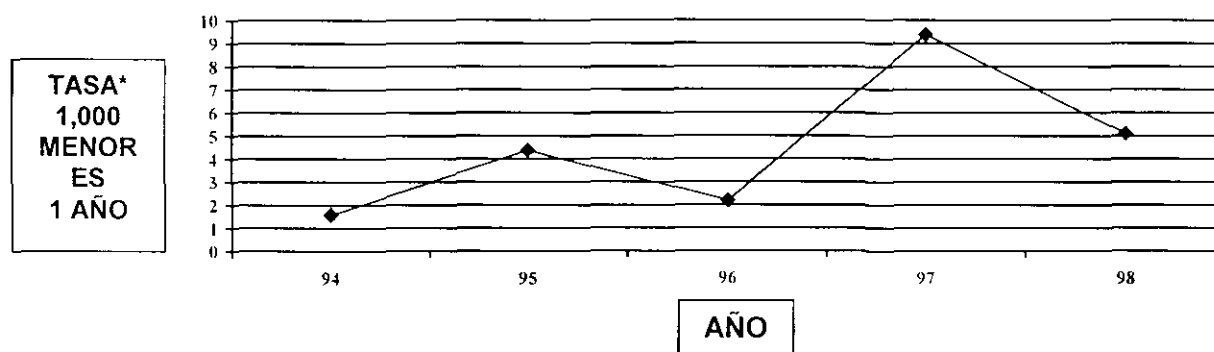
Cuadro 10
Comparación de las tasas de mortalidad infantil por desnutrición

Entidad	1994	1995	1996	1997	1998
Puebla	1.25	1.31	1.31	1.08	SD
P. de Bravo	1.58	4.40	2.20	9.40	5.10

Fuente: OPS, S.E.E.D. SSA. Tasa x 1,000 menores de un año

Con respecto a la mortalidad preescolar tienen un comportamiento irregular en los años de estudio y la primera causa de defunción como la neumonía y la influenza, aunque el problema de deficiencias de la nutrición se encuentra también presente en el grupo de preescolares y fue primera causa de defunción en este grupo en el año de 1996 ocupando el 33% del total de las causas.

Gráfica 4
Mortalidad infantil por desnutrición de 1994 a 1998



Con respecto a la mortalidad escolar en los años de estudio no presenta cambios importantes, las causas de defunción en este grupo no son comunes destacando las anemias, tumores malignos, lo que se observa que las enfermedades infectocontagiosas no impactaron en este grupo étnico, ya que sólo se registro una muerte por EDA en 1996.

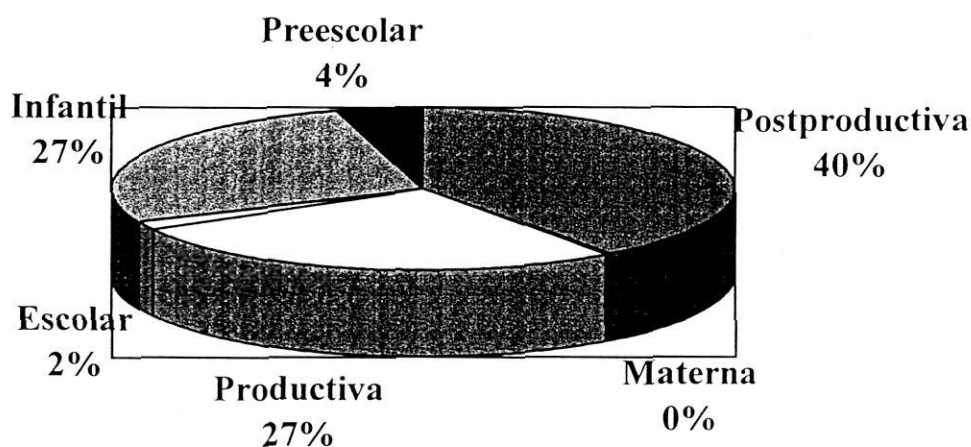
Con respecto a la mortalidad materna de acuerdo a la información obtenida por el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones se reporta sólo una defunción en 1995. Sin embargo en el análisis realizado a las actas de defunciones en el Registro Civil del Municipio se encontraron dos actas de muerte materna y estas ocurrieron en el año de 1997, por lo que probablemente exista un subregistro de mortalidad materna.

Con respecto a la mortalidad en edad productiva se observa una disminución gradual de la tasa de 1994 a 1998, por lo que se confirma el incremento de la esperanza de vida para este grupo. Las causas principales de defunción son las enfermedades crónico degenerativas y en primer lugar esta la cirrosis hepática, seguida de los accidentes, la diabetes mellitus que presenta un comportamiento ascendente, así como, los tumores malignos destacando los de cuello de uterino, entre otros la neumonía,, enfermedades del corazón, síndrome de dependencia del alcohol, EDA y septicemia.

Con respecto a la mortalidad en edad post-productiva se registro una disminución en la tasa en los dos últimos años, las causas más frecuentes son las crónico degenerativas entre ellas los tumores malignos, enfermedades del corazón, sin faltar las deficiencias de la nutrición y de las enfermedades infecciosas se encuentran en primer lugar a la neumonía e influenza.

En un análisis de mortalidad proporcional por grupos de edad específicos en el período de 1994 a 1998 se encontro que la mortalidad en edad postproductiva representaba el 38% del total, el grupo de edad productiva el 39.80%, el grupo de infantes represento el 27.3%, el grupo de preescolares represento el 4.42% y el grupo escolar represento el 1.51% del total de defunciones.

Grafica 5
Mortalidad proporcional por grupos de edad específicos



NUTRICION EN PREESCOLARES

La encuesta de nutrición en población de preescolares realizada en el Municipio de Palmar de Bravo en 1999, se emplearon los indicadores antropométricos peso, talla y

peso/talla y se obtuvieron los siguientes resultados.

La desnutrición crónica, (que se manifiesta en niños o niñas de baja talla en relación con su edad). Se observó que la prevalencia de esta forma de desnutrición en niñas fue de 10.5% y en niños fue de 28.3% lo cual significa que aproximadamente 1 de cada 10 niñas y 3 de cada 10 niños son cortos de estatura. La frecuencia de desnutrición aguda, (que se observa por un bajo peso para la talla) fue en niñas de 37.1% y en niños fue de 17.0%. esto es, 4 de cada 10 niñas y 2 de cada 10 niños padecen de delgadez nutricia. Con relación a la desnutrición grave en niñas fue de 0.5% y en niños fue de 0.0%. La desnutrición moderada en niñas fue de 15.2% y en niños fue de 8.5% y la desnutrición leve en niñas fue de 32.4% y en niños fue de 36.8%. Esto significa que 3 de cada 10 niñas y 4 de cada 10 niños están en riesgo de morir, en comparación con otros que no están desnutridos. (Cuadro11)

Cuadro 12

Tipo de nutrición por sexo en población preescolar en el Municipio de Palmar de Bravo en el Estado de Puebla en el año de 1999.

SEXO	FEMENINO	MASCULINO
Grado de nutrición	%	%
Desnutrición crónica	10.5	28.3
Desnutrición aguda	37.1	17.0
Desnutrición severa	0.9	0.0
Desnutrición leve	32.4	36.8
Desnutrición moderada	15.2	8.5

Fuente: Encuesta de nutrición en preescolares realizada por alumnos de la Maestría en Salud Pública en el Municipio de Palmar de Bravo en Octubre de 1999.

RECURSOS PARA LA SALUD

Los recursos físicos para la atención a la salud con los que cuenta este Municipio son 5 unidades de salud, 4 de la SSA y 1 del IMSS y se cuenta con 5 consultorio y 16 casas de salud las cuales están en función en 16 localidades de más de 100 habitantes; También se cuenta con 8 camas no censables, una para recién nacido sano, 4 salas de expulsión, 5 salas o áreas de hidratación oral, 4 unidades dentales, 3 equipos de rayos x dentales, 5 red frías y 3 radios de comunicación.

En el año de 1998 los recursos humanos para la atención en los centros de salud son: 7 médicos 2 del IMSS y 5 de la SSA. 7 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería, 5 odontólogos y 16 técnicos en salud. Con respecto a la atención de salud del sector privado dan servicio 7 médicos y 4 odontólogos y dentro de la medicina tradicional se cuenta con 6 médicos tradicionalistas y 9 parteras y sólo 2 de ellas han recibido capacitación.(Cuadros 12 y 13)

En el año de 1998 la clínica del IMSS contaba con 1,303 derechohabientes en el Municipio ya que da atención a derechohabientes de los Municipios de Quecholac, Cañada Morelos y Esperanza, se otorgaron 7,963 consultas generales y en las 4 clínicas de la SSA tuvieron una población usuaria de 10,416 y se otorgaron 18,117 consultas generales.

Los reportes de la Secretaria involucran al Municipio de Palmar de Bravo en 32 programas institucionales que se llevan a cabo en algunas veces en forma limitada, incluido el Programa del Paquete Básico de Servicios de Salud PABASS

Los programas prioritarios son supervisados por los equipos zonales de la jurisdicción, quienes informan en el ámbito estatal.

PRONOSTICO

La fase de pronóstico ayuda a tomar decisiones en la fase de programación y planificación para tomar medidas de intervención con el fin de modificar favorablemente el comportamiento o tendencia de algún indicador implicado en el proceso salud – enfermedad. Se selecciono el análisis de tendencias de algunos factores condicionantes y daños a la salud que tienen mayor asociación causal en el procesos salud – enfermedad de los pobladores del Municipio de Palmar de Bravo.

El pronóstico de indicadores de factores condicionantes los cuales deben ser modificados en lo posible, para mejorar la salud de los pobladores del Municipio de Palmar de Bravo se observan en el (Cuadro 14)

Cuadro 14

Pronóstico de los indicadores de factores condicionantes en el Municipio de Palmar de Bravo para el año 2003

INDICADORES	ANOS				
	1990	1995	1998	1999	2003
Tasa de crecimiento (%)	2.90	2.85	2.72		2.60
Tasa de natalidad por 1,000 habitantes		29.0	29.31		31.12
Tasa de fecundidad por 1,000 habitantes		127.4	131.06		132.17
Número de habitantes por vivienda	5.59	5.56		5.34	5.29
% de viviendas sin agua potable	27.91	17.80		21.25	24.43
% de viviendas conectadas a red pública de drenaje	1.32	2.27		18.05	35.67
% de viviendas conectadas a fosa séptica o letrina	4.70	12.65		68.15	100.00
% de viviendas que elimina excretas a ras de suelo	87.44	84.63		13.18	0.00
% de viviendas con piso de tierra	33.68			41.62	43.23
% de viviendas con cocina en algun dormitorio	41.87			53.76	55.67
Índice de analfabetismo	33.03	28.81		29.42	27.67

Fuente: Diagnóstico del Municipio de Palmar de Bravo 1999

Fuente: Análisis de tendencias a factores condicionantes del Municipio de Palmar de Bravo.

El pronóstico de daños a la salud tanto de morbilidad y mortalidad es el siguiente:

Se observa que con respecto a la morbilidad tienen diagnóstico favorables favorables las EDA en la edad preescolar y postproductiva y tienen pronóstico defavorable las IRA en edad infantil, preescolar, productiva y postproductiva; la amibiasis en edad escolar; la HTA en edad productiva y la DM en el mismo grupo étareo. (Cuadro 15)

Se observa que la mortalidad tiende a disminuir en forma general y en los grupos de preescolares, en edad productiva y más marcadamente en el grupo de edad postproductiva y no así en el grupo de infantil (desnutrición) y de escolares en los

Cuadro 12
Recursos físicos de los Servicios de Salud del Municipio de Palmar de Bravo 1999

UNIDADES MEDICAS	Institución a la que pertenece	Consultorio general	Consultorio odontológico	Camas No Censables	Cama recién nacido sano	Sala de expulsión	Sala o área de hidratación oral	Unidad dental	RX dental	Red fría	Radio comunicación
Palmar de Bravo	SSA	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1
Cuacnopalan	SSA	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuesta Blanca	SSA	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
San Miguel Xaltepec	SSA	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0
Unidad de medicina familiar	IMSS	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0
Total		5	4	8	1	4	5	4	3	5	3

Fuente: Secretaría de Salud Jurisdicción sanitaria 9 de Tepexi de Rodríguez SSA Puebla.

Cuadro 13
Recursos humanos de los Servicios de Salud del Municipio de Palmar de Bravo 1999

UNIDADES MEDICA	Institución a la que pertenece	PERSONAL DE CONTRATO					PERSONAL PASANTE		
		Médico	Odontólogo	Enfermera	Auxiliar de enfermera	Técnico en salud	Médico	Odontólogo	Enfermera
Palmar de Bravo	SSA	1	1	1	0	0	0	1	0
Cuacnopalan	SSA	1	0	0	0	0	0	1	2
Cuesta Blanca	SSA	2*	0	0	0	0	0	1	1
San Miguel Xaltepec	SSA	0	0	0	1	0	1	1	1
Unidad de medicina familiar	IMSS	2	0	1	0	0	0	0	1
Casas de salud	SSA	0	0	0	0	15	0	0	0
Total		6	1	2	1	15	1	4	5

Fuente: Secretaría de Salud Jurisdicción sanitaria 9 de Tepexi de Rodríguez SSA Puebla

Cuadro 15
Pronóstico de daños a la salud (morbilidad) en el Municipio de Palmar de Bravo
para el año 2003

INDICADOR MORBILIDAD	AÑO	
	1998	2003
General tasa por 100,000 habitantes	15,997	22,684
General en IRA tasa por 100,000 habitantes	10,532	16,415
General en EDA tasa por 100,000 habitantes	1,919	1,537
En edad Infantil tasa por 1,000 menores de un año	559	564
En edad infantil en IRA tasa por 1,000 menores de un año	433	602.9
En edad preescolar en IRA tasa por 1,000 menores de 1 a 4 año	324	510
En edad preescolar en EDA tasa por 1,000 menores de 1 a 4 año	44.06	27.23
En edad escolar tasa por 1,000 menores de 5 a 14 año	77.7	169.0
En edad escolar por amibiasis tasa por 1,000 menores de 5 a 14 año	11.0	21.4
En edad productiva tasa por 1,000 habitantes 15 a 65 años	127	196.4
En edad productiva en IRA tasa por 1,000 habitantes 15 a 65 años	82.2	142
En edad productiva en EDA tasa por 1,000 habitantes 15 a 65 años	14.7	17.64
En edad productiva en HTA tasa por 1,000 habitantes 15 a 65 años	4.2	5.94
En edad productiva DM tasa por 1,000 habitantes 15 a 65 años	2.5	3.28
En edad postproductiva tasa por 100,000 habitantes más de 65 años	7,980	10,537
En edad postproductiva en IRA tasa por 100,000 habitantes más de 65 años	4,860	7,902
En edad postproductiva en EDA tasa por 100,000 habitantes más de 65 año	922	0.0

Fuente: Dirección General Epidemiología SSA Jurisdicción sanitaria No. 9 Tepexi de Rodríguez, Puebla
Fuente: Análisis de tendencias a factores condicionantes del Municipio de Palmar de Bravo.

Cuadro 16
Pronóstico de daños a la salud (mortalidad) en el Municipio de Palmar de Bravo
para el año 2003

INDICADOR MORTALIDAD	AÑO	
	1998	2003
General tasa por 100,000 habitantes	477	264.87
Infantil tasa por 1,000 menores de un año	42.1	50.84
infantil por desnutrición tasa por 1,000 menores de un año	5.1	12.94
Preescolar tasa por 1,000 menores de 1 a 4 año	287.4	103.15
Preescolar por neumonía e influenza tasa por 1,000 menores de 1 a 4 año	95.8	7.24
Escolar tasa por 1,000 menores de 5 a 14 año	32.4	48.44
En edad productiva tasa por 1,000 habitantes 15 a 65 años	239	143.03
Edad productiva por diabetes mellitus tasa por 1,000 hab. 15 a 65 años	33.3	71.95
Edad postproductiva tasa por 100,000 habitantes más de 65 años	3,745	2,151
Edad postproductiva por tumores malignos tasa por 100,000 hab. más de 65 años	271.4	261.7

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones SSA Puebla
Fuente: Análisis de tendencias a factores condicionantes del Municipio de Palmar de Bravo.

cuales el pronóstico no es alentador, por lo que se tienen que prestar mayor atención a estos dos grupos étnicos (Cuadro 16)

ANÁLISIS COMPARATIVO

Al realizar un análisis comparativo con los factores condicionantes del Municipio con los del ámbito Nacional y con países como Brasil y Canadá. Se puede observar que para tener una mayor esperanza de vida al nacer y una mejor calidad de vida se requiere de un medio ambiente saneado, del control programado de la población, ausencia de analfabetismo, del abatimiento de la población en pobreza y mayor presupuesto en salud *per capita*. (Cuadro 17)

Cuadro 17

Análisis comparativo de factores condicionantes del Municipio de Palmar de Bravo con el Estado de Puebla, Nacional y países como Brasil y Canadá en el año de 1998

INDICADOR	P. BRAVO	ESTADO. PUEBLA	MEXICO*	BRASIL*	CANADA*
Tasa anual de crecimiento poblacional (%)	2.72	2.04	1.64	1.30	0.90
Tasa de natalidad por 1,000 habitantes	29.30	26.80	24.60	19.5	11.9
Razón de dependencia	0.90	0.74	0.64	0.53	0.47
% de población en acceso a agua potable en zona rural	78.8	N.D.	57.0	28.0	100.0
% de población con servicio de eliminación de excretas conectado a red pública o a fosa séptica en zona rural	38.6	60.0	30.0	43.0	99.0
Índice de analfabetismo	29.42	16.30	10.0	15.0	1.0
% de población en pobreza	74.1	74.1	38.8	27.2	10.2
Gasto en salud <i>per capita</i> US\$	40.60	40.60	160.0	280.0	1,899.00
Esperanza de vida al nacer	72	72	73.5	67.2	80

*Fuente: OPS, S.E.E.D

Se realizó una comparación con tasas estandarizadas por grupo de edad en los principales padecimientos las infecciones respiratorias agudas y en las enfermedades infecciosas intestina

Con respecto a la morbilidad los riesgos de padecer infección respiratoria en 1998 son seis veces mayores que en 1994, siendo el grupo de edad productiva el de mayor riesgo. (Cuadro 18 a y b)

Los riesgos de padecer enfermedad diarreica aguda en 1998 son menores a los riesgos que se tenían en 1994, siendo los grupos de edad de preescolares y en edad productiva en donde hay mayor impacto (Cuadro 19 a y b)

Cuadro 18**Tasa estandarizada por grupo de edad, por el método directo de las Infecciones Respiratorias Agudas****a) Datos de base**

Grupo de edad	Población A en 1994	No. de casos	Tasa	Población B en 1998	No. de casos	Tasa
Infantil	888	373	420.04	1,157	501	433.01
Preescolar	3,768	435	115.44	4,109	903	219.76
En edad productiva	13,153	550	4,181.5	17,294	1,423	8,28.28
En edad postproductiva	2,107	26	1,233.9	2,584	17	657.89
Total	19,916	1384	6,949.1	25,144	2,844	11,310.8

b) Calculo de las tasas de morbilidad estandarizadas (población de referencia = A+B)

Grupo de edad	Población de referencia	Tasa de 1994	Casos esperados de I.R.A. en 1994	Tasa de 1998	Casos esperados de I.R.A. en 1998
Infantil	2,045	4,20.04	8.58	433.61	8.86
Preescolar	7,877	115.44	9.09	219.76	17.31
En edad productiva	30,447	4,181.5	351.79	8,228.28	2505.26
En edad postproductiva	4,691	1,233.9	57.88	657.89	30.86
Total	45,060	948.43	427	5,686.42	2,562

Cuadro 19**Tasa estandarizada por grupo de edad, por el método directo de las Enfermedades Diarriacicas Agudas****a) Datos de base**

Grupo	Población en 1994	No. De Casos	Tasa	Población en 1998	No. de casos	Tasa
Infantil	888	153	172.29	1,157	103	89.0
Preescolar	3,768	3,768	48.03	4,109	4,109	44.0
En edad productiva	13,153	164	10.6	17,294	255	14.7
En edad postproductiva	2,107	26	20.17	2,584	17	9.23
Total	19,916	4,111	20,641.6	25,144	4,484	3.97

b) Calculo de las tasas de morbilidad estandarizadas

Grupo	Población de Referencia P94+P98	Tasa de 1994	Casos esperados de E.D.A en 1994	Tasa de 1998	Casos esperados de E.D.A en 1998
Infantil	2,045	172.29	3.52	89.02	1.82
Preescolar	7,877	48.03	37.84	44.04	3.46
En edad productiva	30,447	10.6	32.27	14.7	4.47
En edad postproductiva	4,691	20.17	0.94	9.23	0.43
Total	45,060	165.49	74.57	22.59	10.18

Con respecto a la mortalidad las tasas del Municipio se encuentran por arriba de la de las tasa promedio Nacional y de países como Brasil y Canadá en los grupo infantil y pre-escolar y escolar, destacando entre las principales causas de mortalidad la neumonía e influenza, las afecciones en el periodo perinatal y las deficiencias de la nutrición, reafirmando con esto el bajo impacto de los programas materno infantil, atención del parto institucional y nutrición (Cuadro 20)

Cuadro 20

Análisis comparativo de daños a la salud mortalidad infantil, preescolar y escolar del Municipio de Palmar de Bravo la tasa promedio Nacional y países como Brasil y Canadá en el año de 1998

INDICADOR	P. BRAVO	MEXICO *	BRASIL*	CANADA *
Tasa de mortalidad infantil	42.10	23.4	39.8	5.60
Tasa de mortalidad infantil por neumonía e influenza	11.12	2.64	1.51	0.70
Tasa de mortalidad infantil por EDA	4.1	1.35	2.44	0.26
Tasa de mortalidad infantil por desnutrición	5.10	1.08		
Tasa de mortalidad preescolar	3.66	1.19	1.11	0.30
Tasa de mortalidad preescolar por neumonía e influenza	95.8	18.6	7.7	0.88
Tasa de mortalidad preescolar por EDA	47.9	16.65	9.49	0.06
Tasa de mortalidad escolar	43.3	37.0	N.D.	N.D.

*Fuente: OPS, S.E.E.D

EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Evaluación de la disponibilidad

El Municipio cuenta con un médico por 4,912 habitantes, 23.35 enfermeras por 100,000 habitantes y 14.50 odontólogos por 100,000 habitantes, se comparó con los indicadores del Estado y Nacional y el Municipio esta en los dos primeros muy por abajo y en el número de odontólogos rebaza al indicador Nacional.

Evaluación de la accesibilidad y cobertura

El 2.3% de la población potencialmente usuaria no tiene acceso a las unidades de salud por falta de transporte, la accesibilidad económica y cultural son una limitante para acceder a los servicios de salud, ya que el 56.43% de la población potencialmente usuaria gana salario bajo y por la aceptación del concepto mágico – religioso sobre la causalidad de las enfermedades los acerca a consultar curanderos y parteras empíricas.

Evaluación de la utilización de los servicios

La cobertura de las 4 unidades es a población abierta en este Municipio corresponde a 33,087 Habitantes, pero en 1998 los usuarios fueron 10,416 por lo que se le dio atención al 31.48% de la población abierta existente en este Municipio y el indicador de la OPS es dar atención al 60% de la población potencialmente usuaria.

Evaluación del rendimiento

En el año de 1998 el indicador número de consultas/médico por año, para la SSA fue de 3,623 y para el IMSS fue de 3,981; el indicador número de consultas/médico día, para la SSA fue de 16.5 (92%) y para el IMSS fue de 18 (100%); el indicador número de consultas/ médico hora, para la SSA fue de 2.70 (91%) y para el IMSS fue de 3.0 (100%).

Evaluación de la efectividad

Su propósito es evaluar el impacto de los programas en función de la morbilidad y mortalidad presente en el Municipio de Palmar de Bravo donde fueron aplicado.

Programa de vacunación universal

En el año de 1999 la cobertura de vacunación universal de las cuatro unidades de salud de la SSA alcanzó un 93.5% de esquemas completos de la población infantil abierta que atiende y la de del IMSS régimen ordinario alcanzó un 97.41% de esquemas completos de su población infantil derechohabiente.

Programa de enfermedades diarreicas agudas (EDA)

A pesar de ser un programa que tiene varios años operando y de existir logros importantes como la disminución de la tasa de morbilidad general para este padecimiento en 1996 fue de 2532.22 y la de 1998 fue de 1919.16 por 100,000 habitantes. Sin embargo el grupo étnico más afectado en los últimos cinco años es el de los preescolares ya que la tasa de mortalidad por esta causa en 1994 fue de 91.00 y en 1998 de 42.8. por 100,000 menores de 1 a 4 años.

Programa de enfermedades respiratorias agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas en los años de 1994 a 1998 es la primera causa de morbilidad entre los pobladores del Municipio de Palmar de Bravo, en 1994 tuvo una tasa de 6,000.27 y en 1998 una tasa de 10,532.13 por 100,000 habitantes, se ha observado en estos años un alarmante incremento. Los grupos de población más afectados por las infecciones respiratorias agudas son los de infantil, preescolares y en edad productiva con tasa en 1998 de 433.5, de 219.8 y de 82.2 por 1,000 habitantes. Las complicaciones afecta principalmente a los menores de un año, la tasa de mortalidad en la población infantil por neumonía e influenza en 1994 fue de 11.12 y en 1998 fue de 7.2 por 1,000 menores de un año, dentro de las 10 principales causas de mortalidad infantil ocupa el 2do lugar. La tasa de mortalidad por neumonía e influenza en población de edad posproductiva en 1994 fue de 507.6 y en 1998 de 380.0 por 100,000 habitantes, dentro de las 10 causas de mortalidad ocupa el 5to lugar.

Programa de nutrición y control del niño sano

Han sido muy limitadas las estrategias que se deben aplicar ya que solamente se lleva control de los menores de 5 años que acuden a los jardines de niños de las escuelas particulares y públicas así como los menores de 5 años que son derechohabientes del IMSS y que solamente representan aproximadamente el 25% de la población de este grupo étnico.

La tasa de mortalidad infantil por deficiencia de la nutrición en 1994 la tasa fue de 1.58 y en 1998 fue de 5.1 por 1,000 menores de un año y ocupa dentro de las 10 principales causas de mortalidad el 4to lugar. La tasa de mortalidad preescolar por deficiencias de la nutrición en 1994 la tasa fue de 85.6 y en 1998 fue de 23.9 por 100,000 menores de 1 a 4 años y ocupa dentro de las 10 principales causas de mortalidad el 3er lugar. Por lo que este programa no ha tenido un impacto favorable entre los menores de 5 años . Además cabe mencionar que en el grupo en edad postproductiva la mortalidad por deficiencias de la nutrición ocupa el 3er lugar entre las 10 causas de mortalidad

Programa de atención a la mujer y atención del recién nacido.

Las afecciones originadas en el período perinatal son la principal causa de muerte entre la población menor de 1 año, en 1994 fueron el 35.8% de causas de muerte entre esta población y en 1998 fueron el 24.3%. La principal causa de que estos programas no funcione se debe al concepto mágico- religioso sobre las causalidad de las enfermedades y la existencia en el Municipio de 9 parteras empíricas y solamente 2 de ellas han aceptado recibir adiestramiento por parte del sector salud, además, de que 2,258 (29%) de las mujeres en edad fértil son analfabetas.

Programa de salud reproductiva

Este programa no ha tenido aceptación entre las mujeres en edad fértil que en el año de 1999 era de 7,783 (100%) y las mujeres en edad fértil que son usuarias del programa de salud reproductiva son 559 (7.18%). El indicador de la OPS es que deben ser usuarias de los programas de planificación familiar el 25% de las mujeres en edad fértil de una determinada comunidad.

Programa de enfermedades crónico – degenerativas

Programa de diabetes mellitus

El comportamiento de la tasa de morbilidad de diabetes mellitus en 5 años es el siguiente: En 1994 de 60.4; 1995 de 139.32; 1996 de 79.15; 1997 de 83.26; 1998 de 145.16 por 100,000 habitantes. Se observa un incremento gradual a través de los años, lo que implica que este programa debe tomar las estrategias para evitar las complicaciones que acarrea la diabetes mellitus mal controlada.

Programa de hipertensión arterial

El comportamiento de la tasa de morbilidad de hipertensión arterial en 5 años es el siguiente: En 1994 de 141.02; 1995 de 174.14; 1996 de 121.17; 1997 de 154.63 y 1998 de 261.70 por 100,000 habitantes. Se observa un importante incremento gradual a través de los años, lo que implica que este programa tome las estrategias para evitar las implicaciones que incluso causan invalidez parcial o permanente.

Programa en contra de las adicciones (alcoholismo)

Al realizar la priorización de los problemas de salud en (magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad) en el grupo de edad productiva, la cirrosis hepática y

enfermedades crónicas del hígado ocupa el primer lugar y los accidentes el segundo lugar, muchos de ellos pueden ser a causa del alcoholismo.

Este tipo de programa en contra de la adicción al alcohol debe extenderse para crear asociaciones civiles que fortalezcan a este programa y así sea responsabilidad de toda la sociedad de Palmar de Bravo.

Programa de CA de cuello y de útero

El comportamiento de la tasa de mortalidad por tumores en cuello uterino en 4 años es el siguiente: En 1994 de 11.2; 1996 de 42.0; 1997 de 34.7 y 1998 de 22.2 por 100,000 habitantes. Se observa un incremento por lo que es necesario reforzar el programa, convenciendo a mujeres en edad fértil mediante pláticas lo importante que es realizarse la prueba diagnóstica de Papanicolao.

Programa de Tuberculosis pulmonar

Solamente un caso de muerte por tuberculosis pulmonar y ocurrió en un preescola en el año de 1998.; entre las 20 causas de morbilidad en 4 años anteriores a 1998 no se reporta ningún caso para el Municipio de Palmar de Bravo. Por lo que se puede decir que al presentarse un caso puede haber más, por lo que quizás este programa se este descuidando.

Programa de enfermedades transmisión sexual

La tricomoniasis urogenital prevalece en el grupo de edad productiva ,en 1994 se registro una tsa de 2.6 por 1,000 habitante y para 1998 fue de 1.2. Con respecto a la candidiasis urogenital en este mismo grupo , en 1994 se registro una tasa de 1.9 y para 1998 fue de 1.3, se puede decir que estas tasas quizás no son reales pues por lo general no va a consulta la pareja de la mujer afectada.

Los programas de salud bucodental, vacunación en adultos, enfermedades transmitidas por vectores (paludismo, dengue, alacranismo, enfermedad de Chagas), zoonosis (rabia, brucella, teniasis/cisticercosis), lepra, colera y VIH/SIDA para evaluar estos programas se requiere de información sobre su impacto en la morbilidad y mortalidad de los pobladores del Municipio de Palmar de Bravo y esta información no existe.

La evaluación de la calidad de los servicios

Se considera la satisfacción del usuario, por ello se realizó una encuesta entre 387 usuarios del sector salud. Al 74% les es satisfactoria su consulta al médico, al 16.6% les es a veces satisfactoria su consulta al médico y sólo el 4.7% no les es satisfactoria su consulta al médico. Además el tiempo de espera antes de la consulta en el 80% es de menos de una hora y, sólo en el 20% de los usuarios el tiempo de espera antes de la consulta es de más de una hora.

PRIORIZACION

Observamos que la priorización los problemas de salud por el método de Hanlon modificado por Julio Frenk se observa que requieren atención inmediata son: La

neumonía e influenza, enfermedades infecciosas intestinales, deficiencias de la nutrición, accidentes y las infecciones respiratorias agudas entre otras se observan las anemias y la cirrosis y las enfermedades crónicas del hígado. (Cuadro 21)

Cuadro 21
Índice de priorización de los problemas de salud del Municipio de Palmar de Bravo
en los años de 1994 a 1998 (Método Hanlon modificado por Julio Frenk)

CAUSA	Magnitud	Trascendencia	Factibilidad	Vulnerabilidad	Índice Priorización	Lugar
Neumonía e influenza	5	3	4	4	16	1
Enfermedades inf. intestinales	2	3	5	4	14	2
Deficiencias de la nutrición	3	2	4	4	13	3
Accidentes	2	5	3	3	13	4
Infecciosas respiratorias agudas	1	3	5	4	13	5
Anemias	1	4	4	4	13	6
Cirrosis y enf. crónicas hígado	4	4	2	2	12	7
Afecciones del período perinatal	4	3	4	1	12	8
Homicidios y lesiones infringidas	1	5	2	3	11	9
Septisemia	1	4	2	4	11	10
Apendicitis	1	5	2	3	11	11
Enfermedades del corazón	3	2	3	2	10	12
Tumores malignos	3	3	3	1	10	13
Diabetes mellitus	2	3	3	2	10	14
Bronquitis y enfisema pulmonar	2	2	2	4	10	15
Tuberculosis pulmonar	1	3	4	2	10	16
Hepatitis virica	1	4	3	2	10	17
Trastornos debido al alcoholismo	1	5	2	1	9	18
Obesidad	1	5	2	1	9	19
Tétanos	1	5	2	1	9	20

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones Jurisdicción sanitaria No. 9 Tepexi de Rodríguez SSA, Puebla.

Lo que podemos observar es que por el método de Hanlon modificado por Julio Frenk en comparación con el método tradicional de las cinco primeras causas no hay diferencia llamando la atención la cirrosis hepática la cual se localizaba en el noveno lugar por el método tradicional ascendiendo al séptimo sitio, y los accidentes que se localizaban en el séptimo lugar por el método tradicional asciende al tercer lugar, y por último los homicidios y lesiones infringidas por el método tradicional ocupaba el decimoctavo lugar asciende al noveno lugar por el método modificado.

PROPUESTAS

Coordinación adecuada de las autoridades municipales y la Subsecretaría de Desarrollo Social de la Secretaría de Finanzas del Estado de Puebla, Comisión Nacional del Agua y Comisión Estatal de Agua y Saneamiento de Puebla para sacar adelante servicios públicos que son considerados como prioridad para el

Municipio de Palmar de Bravo por estas secretarías, como lo son obras de drenaje que carecen de proyectos.

Cuadro 22

Índice de priorización de los problemas de salud del Municipio de Palmar de Bravo en los años de 1994 a 1998 (Método de Hanlon)

CAUSA	Magnitud	Trascendencia	Factibilidad	Vulnerabilidad	Índice Priorización	Lugar
Neumonía, influenza	5	4	4	4	17	1
Enfermedades infecciosas intestinales	2	4	5	4	15	2
Infección respiratoria aguda	1	5	5	4	15	3
Afecciones en período perinatal	4	5	4	1	14	4
Deficiencias de la nutrición	3	3	4	4	14	5
Anemias	1	5	4	4	14	6
Accidentes	2	3	4	3	12	7
Tuberculosis pulmonar	1	5	4	2	12	8
Cirrosis y enfermedades crónicas Hígado	4	3	2	2	11	9
Bronquitis crónica y la no especificada	2	3	2	4	11	10
Septisemia	1	3	2	4	10	11
Apendicitis	1	4	2	3	10	12
Hepatitis vírica	1	4	3	2	10	13
Enfermedades del corazón	3	1	3	2	9	14
Tumores malignos	3	2	3	1	9	15
Diabetes mellitus	2	2	3	2	9	16
Anomalías congénitas	1	5	1	2	9	17
Homicidios y lesiones infringidas	1	3	2	3	9	18
Enfermedades cerebrovasculares	2	2	2	2	8	19
Epilepsia	1	5	1	1	8	20

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones Jurisdicción sanitaria No. 9 Tepexi de Rodríguez SSA, Puebla.

Promover la construcción de fosas sépticas en localidades de menos de 100 habitantes y que por ende son dispersas, con recursos del Municipio y de los ciudadanos según la NOM – 006 – CNA - 1997 Fosas sépticas prefabricadas – especificaciones y métodos de prueba.

Promover un lugar para la disposición final de la basura con recursos del Municipio y con la donación del terreno por parte de los ciudadanos, siendo administrado por el Municipio. En base a lo descrito por la NOM – 083 – ECOL –1996 la cual establece las condiciones que debe reunir los sitios destinados a la disposición final de residuos sólidos municipales.

Promover el buen funcionamiento de la planta de tratamiento de aguas residuales ya que en el Municipio además de la descarga de drenaje de las viviendas particulares, hay presencia de granjas porcinas y avícolas. Basándose en la NOM- 003 – ECOL- 1997, donde se estipulan los límites máximos permisibles de contaminantes para aguas residuales tratadas que se rehusen en servicios públicos. Si bien no son rehusadas su final es una barranca.

Promover dar disponibilidad de transporte (camionetas o camión) a 12 localidades que carecen de este servicio o bien es deficiente, para que les sea más accesibles las unidades de salud.

Promover entre los ciudadanos el mejoramiento de las viviendas particulares y su saneamiento básico con recursos de los propios ciudadanos; con énfasis en construir o modificar su vivienda tomando en cuenta que debe estar separados la cocina, y los cuartos donde se guarda a los animales de corra de los dormitorios de las personas. Manual de saneamiento, agua y vivienda. SSA Dirección de Ingeniería Sanitaria 1990.

Dar mayor promoción al Paquete Básico de Servicios de Salud entre la población abierta, para que les sea provechoso para mejorar su salud.

Por análisis de priorización en relación a la magnitud se tiene que la infecciones respiratorias agudas son el primer problema de salud del Municipio, por lo que se debe difundir, aplicar y supervisar la NOM -024 -SSA2 - 1994 entre el personal de salud y hacer corresponsables a los ciudadanos de que ellos tienen que tomar medidas preventivas para no enfermar y de poner mayor cuidado en los menores de 5 años.

Dar mayor difusión y aplicación del Vida Suero Oral como tratamiento preventivo de la deshidratación.

Difundir la atención del parto en las unidades de salud en forma gratuita, para generar una disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Capacitar a las parteras empíricas en la atención del parto e interrelacionar con ellas para la atención del mismo en las unidades de salud y casas de salud

Promover el programa de planificación familiar a los adolescentes y jóvenes. Además incrementar el porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de planificación familiar.

Cumplir con el programa de nutrición dando difusión, aplicación, cumplimiento y supervisión a la NOM - 008 - SSA2 - 1994.

Realizar estrategias para evitar pacientes remisos en: control del embarazo, control y desarrollo del niño sano (antropometría), diabéticos, hipertensos y pacientes con tuberculosis pulmonar

Incrementar el número de médicos, ya que para cumplir con el indicador de la OPS de dar servicio al 60% de los usuarios potenciales de la SSA (33,087) se requiere de 2 médicos más y por lo tanto de una unidad médica más para consolidar la atención de primer nivel. Ampliar el horario de servicios de salud a 24 horas para atender urgencias y esta sería en la unidad de salud que se encuentra en Cuacnopalan, ya que es la más comunicada hacia todo el Municipio.

.-VI PROGRAMAS

VI.1.Programas sustantivos

VI.1.1.-Atención a la Salud del Niño	
Vacunación	Universal.
Enfermedad	diarreica.
Infecciones	respiratorias
agudas.	Nutrición y Salud
Bucodental	

El programa de Atención a la Salud del Niño es una nueva estructura que inicio el 1° de Enero de 1998, con el propósito de mejorar los actuales niveles de salud del niño, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades que más frecuentemente los afectan y mejorando las condiciones nutricionales de las familias, para lograr un optimo control en el desarrollo físico y mental.(4)

Componentes

- Vacunación universal:
Acciones permanentes.
Fases intensivas.
- Enfermedad diarreica.
- Infecciones respiratorias agudas.
- Nutrición:
Vigilancia del crecimiento y desarrollo
Promoción de la lactancia materna
Deficiencia de micronutrientes
Capacitación y apoyo alimentario.
- Salud bucodental

Programa de Vacunación

Introducción

Dentro de los programas de salud que más han beneficiado a los niños de México destacan los de inmunización y en particular el de Vacunación Universal, a cargo del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), organismo que ha logrado coordinar con eficacia al Sistema Nacional de Salud, en tal forma que los objetivos y las metas que se establecieron se han alcanzado e inclusive superado. Con el propósito de mejorar los niveles actuales de salud y bienestar de los niños, dentro del Programa de Reforma del Sector Salud se establece ahora,

con carácter prioritario, el Programa de Atención a la Salud del Niño, que incluye además del de vacunación, los relacionados con los problemas que con mayor frecuencia afectan a este importante sector de la población en nuestro país. Con ello se espera elevar el impacto de programas hasta ahora no integrados, hacer más eficiente el uso de los recursos y mejorar la coordinación entre instituciones e intersectorial. Lo anterior, con base en la organización y la infraestructura del CONAVA. (5)

Justificación

En el municipio de Palmar de Bravo se observa una cobertura en el menor de 5 años del 93.5% de esquemas completos en el área de responsabilidad de la SSA y un 97.41% por IMSS régimen ordinario. De acuerdo a los datos estadísticos no se han presentado ninguna defunción por padecimientos prevenibles por vacunación en los últimos cinco años. El programa de vacunación evita la transmisión de enfermedades infecciosas las cuales afectan la salud de los niños y de manera importante causando secuelas que limitan su desarrollo y crecimiento físico y mental.

Objetivo general

Erradicar la transmisión de poliomielitis; eliminar la difteria, el tétanos neonatal y la tuberculosis en sus formas graves mediante la vacunación específica de todos los niños menores de 5 años.

Objetivo específico

*Alcanzar la cobertura de vacunación en el menor de 1 año (BCG y SABIN)

*Alcanzar la cobertura de la triple viral (al año de edad y a los 6 años o al ingresar a la primaria)

*Aplicar la vacuna pentavalente (DPT+HB+Hib), la cual confiere protección contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones por *Haemophilus influenzae*. Se aplica en 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses. y sus refuerzos a 2 y a los 4 años de DPT.

*Disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación en las poblaciones infantil y preescolar a través de la vacunación universal

*Mantener la vigilancia epidemiológica, a través del uso de criterios de alta sensibilidad, especificidad y en forma oportuna.

*Contribuir a la eliminación del sarampión

*Identificar e incorporar a todos los niños faltantes al censo nominal

*Evitar rezago de vacunación en los niños menores de 5 años en forma prioritaria y completar esquemas al resto de la población.

Metas

Completar el esquema básico de vacunación en los menores de cinco años de edad (5,888 menores de cinco años para el año 2001)

Completar los refuerzos en el grupo escolar (9,250)

Metas operativas

*Desarrollar actividades complementarias de vacunación: Aplicación de vacuna SABIN en recién nacidos, control epidemiológico de casos y Días Nacionales de Vacunación.

*Eliminar el sarampión y el tétanos neonatal.

*Eliminar la rubéola y la parotiditis.

*Eliminar en el 100% la tuberculosis meníngea y miliar, e infecciones por *H. influenzae*

*Aplicar la vacuna antipoliomielítica al 100 %de los niños menores de cinco años en las Semanas Nacionales de Salud.

*Deberá asegurarse la notificación semanal de más de 95% de la red de unidades de salud, así como mantener en 100% la vigilancia epidemiológica activa en las unidades prioritarias y en 90% en el resto de las unidades médicas que conforman la red.

*Garantizar al 100% el abasto y la distribución oportuna de los insumos y biológicos en el total de localidades.

*Cumplir al 100% con el correcto funcionamiento de la red fría en todas las unidades de salud y fuera de ellas.

Limites

Geográficos:

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

De 2001 a 2002

Universo:

Equivalente 5,888 menores de cinco años y escolar (9,250)

Estrategias

1. Dar mayor promoción a la importancia a las Campañas Nacionales de Vacunación, en: escuelas de nivel básico, medio superior y técnicas, así como en los mercados y tianguis con la colaboración de maestros, alumnos y voluntarios, organizados por las autoridades del Municipio, esta promoción debe ser antes y durante el tiempo que se este efectuando la campaña de vacunación por el Sector Salud. La promoción se deberá realizar formando grupos de trabajo que visiten a las dependencias educativas, este grupo de personas podrá estar constituido por promotores y el sindico de salud. Se podría elaborar pancartas, y carteles, además de utilizar el equipo de perifoneo.

2. Fomentar la vacunación oportuna a todos los niños menores de cinco años, con apoyo de las autoridades Municipales, dictaminando en forma obligatoria la aplicación de estas, así mismo con la participación de las auxiliares de las casas de salud realizando visitas programadas a los hogares donde hay niños menores de 5 años, revisando las cartillas de vacunación y notificando a las unidades de salud si existe algún faltante.
3. También se agregara la participación de las promotoras realizando visitas programadas a las familias de su responsabilidad. Por otra parte el sector educativo puede ser de gran ayuda cuando los niños acuden a cursas el preescolar se podrá solicitar la cartilla de vacunación como documento necesario para su ingreso y validar el cumplimiento de las aplicaciones que les correspondan de acuerdo a la edad.
4. Dar mayor promoción a la importancia a las Campañas Nacionales de Vacunación, en: escuelas de nivel básico, medio superior y técnicas, así como en los mercados y tianguis con la colaboración de maestros, alumnos y voluntarios, organizados por las autoridades del Municipio, esta promoción debe ser antes y durante el tiempo que se este efectuando la campaña de vacunación por el Sector Salud. La promoción se deberá realizar formando grupos de trabajo que visiten a las dependencias educativas, este grupo de personas podrá estar constituido por promotores y el sindico de salud, se podría elaborar pancartas, y carteles, además de utilizar el equipo de perifoneo.
5. Ampliar la cobertura de niños vacunados, mediante el fortalecimiento de la vacunación permanente y de las Semanas Nacionales de Salud, a través de la dotación oportuna y suficiente de los biológicos y demás insumos necesarios.
6. Garantizar el abasto y la distribución oportuna de los insumos en el total de localidades.
7. Asegurar el correcto funcionamiento de la red fría en todas las unidades de salud.
8. El estudio y seguimiento epidemiológico de los casos de enfermedades prevenibles por vacunación es una estrategia fundamental.
9. Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM-023-SSA2-1993. "Para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación"

Prevención y control de las enfermedades diarreicas

Introducción

Toda vez que la transmisión de las enfermedades diarreicas se da a través del agua y de alimentos contaminados, las actividades de prevención y control de estas patologías requieren el esfuerzo coordinado entre instituciones, organismos y la sociedad para mejorar las condiciones de saneamiento y de higiene individual y colectiva.

En México, para 1996 las enfermedades diarreicas ocuparon uno de los primeros lugares como causa de enfermedad en los menores de cinco años, y generan el 7.4% de la demanda

de consulta en los servicios de salud y el 10% de las hospitalizaciones en el servicio de pediatría.

El número de episodios diarreico por niño y por año, se redujo de 4.5 a 2.2, tal como lo han demostrado diversas encuestas de carácter nacional y regional. Lo anterior se ha debido fundamentalmente a acciones específicas de los servicios de salud así como a las de otros sectores, principalmente los de educación y saneamiento básico. Es necesario destacar que el fenómeno es mas grave en las áreas marginadas, urbanas y rurales.

Entre 1990 y 1997 se han evitado 55,043 defunciones por esta causa y para 1998 se espera reducir 10756 más. La tasa por 100 000 habitantes menores de 5 años disminuyo de 125.6 en 1990 a 33.32, en 1997 lo que significa una reducción de 73.5%, superior a la meta original de 50% que se implanto en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Es por eso que México se ha comprometido con una nueva meta para el año 2000, reducirla 80.7%. En 1997 se registraron 574 defunciones menos que en 1996. Si se conserva esa tendencia, la ambiciosa meta será alcanzada. (6)

Justificación

En el municipio de Palmar de Bravo, las enfermedades diarreicas se localizan entre las seis principales causas de mortalidad en el grupo de menores de cinco años en el año 1998 se registraron 4 defunciones en el grupo infantil y 2 en el preescolar con una tasa de 4.1 y 0.47 por 1000 habitantes. Sobre la base de la morbilidad se registra una tasa de 89.0 en el grupo infantil con 103 casos; en el grupo preescolar una tasa de 44.06 y 118 casos y en el grupo escolar una tasa de 15.8 y 146 casos. Por lo anterior descrito es necesario reforzar la vigilancia epidemiológica de esta patología, interviniendo oportunamente en el plano comunitario, además de mejorar en el área clínica ofreciendo el tratamiento ideal.

Objetivo general

Disminuir y prevenir la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas con énfasis en el grupo de edad de menores de cinco años.

Objetivo específico

- *Que la organización comunitaria sea capaz de indicar las medidas ante cualquier evento diarreico
- *Que el personal institucional sea capaz de otorgar el tratamiento oportuno y adecuado.
- *Que la madre sea capaz de evitar la deshidratación otorgando el Suero Vida Oral
- *Que la madre sea capaz de proveer agua y alimentos higiénicamente preparados
- *Incrementar la disposición adecuada de las excretas
- *Incrementar la disposición adecuada de la basura
- *Incrementar el control de la fauna nociva y transmisora
- *Incrementar los dormitorios en las viviendas

*Cloración adecuada de las fuentes de abastecimiento de agua

Metas

Disminución al 50% la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas registrada en 1998 (4 defunciones en menores de 5 años).

Disminuir al 30% la tasa de morbilidad por enfermedades diarreicas registrada en 1998 (42.0 x 1000 hab.) entre los menores de cinco años de edad

Disminuir al 20% la tasa de morbilidad por enfermedades diarreicas registrada en 1998 (15.8 x 1000 hab.) entre los escolares

Metas operativas

*Capacitar al 100% a la madre en el uso de la terapia de hidratación oral en el hogar, y en el reconocimiento de signos de alarma por deshidratación que, en determinado momento, hagan necesario el traslado oportuno del enfermo a la unidad de salud.

*Funcionalidad al 100% de las salas de Terapia de Hidratación Oral
Reforzar las acciones de promoción y difusión del uso oportuno del suero de hidratación oral a toda la población.

*Capacitar al 100% a la organización comunitaria en el uso de la terapia de hidratación oral en el hogar, y en el reconocimiento de signos de alarma por deshidratación que, en determinado momento, hagan necesario el traslado oportuno del enfermo a la unidad de salud.

*Capacitar al 100% de las madres de familia en la preparación del agua hervida o clorada.

*Capacitar 100 % los padres de familia que practican el fecalismo al ras del suelo en la construcción de letrinas

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar d Bravo

Tiempo

Del año 2001 al 2002

Universo

Representa a 5,888 menores de cinco años y 9,250 escolares

Estrategias

1. Capacitar a la madre en el uso de la terapia de hidratación oral en el hogar, y en el reconocimiento de signos de alarma por deshidratación que, en determinado momento, hagan necesario el traslado oportuno del enfermo a la unidad de salud.
2. Reforzar las acciones de promoción y difusión del uso oportuno del suero de hidratación oral.
3. La actualización de los conocimientos sobre estas patologías entre el personal de salud y los auxiliares comunitarios y la evaluación epidemiológica permanente de las diversas regiones
4. Capacitar a la organización comunitaria en el manejo del Suero Vida Oral, el reconocimiento de los signos de alarma y en determinado momento el traslado oportuno a la unidad de salud.
5. Capacitar a la población en general en el consumo de agua hervida o cloración, así como fomento de la conexión a la red de drenaje o construcción de letrinas
6. Fomentar el tratamiento adecuado a la basura
7. Difundir y aplicar el Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Diarreicas.

Prevención y control de las Infecciones respiratorias agudas

Introducción

A pesar de los avances que México ha logrado en la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas, son en la actualidad la causa mas frecuente de enfermedad en los niños y el principal motivo de consulta en los servicios de salud. Así mismo, constituyeron la segunda causa de muerte en los menores de cinco años en 1997 y fueron responsables de un 14% de las defunciones registradas en este grupo de edad. En la actualidad con las medidas preventivas y los recursos terapéuticos disponibles, pueden evitarse la mayor parte de estas defunciones.

La neumonía constituye la forma más grave, entre las infecciones respiratorias agudas y causa más de un 80% de los fallecimientos. (7)

Justificación

Con relación a la morbilidad las infecciones respiratorias se presentan en todos los grupos, pero por su magnitud y trascendencia en el Municipio de Palmar de Bravo es mayor en el grupo de menores de cinco años, con 501 casos en el grupo infantil y 903 casos en los preescolares y una tasa de 433.0 y 219.8 respectivamente para el año de 1998.

Sobre la base de los datos observados es necesario implementar acciones que consoliden este programa, elevando la productividad de las acciones, con énfasis en la capacitación de madres con hijos menores de cinco años.

Objetivo general

Disminuir la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas.

Objetivo específico

*Que la organización comunitaria sea capaz de identificar los signos de alarma de las infecciones respiratorias.

*Que el personal institucional sea capaz de otorgar el tratamiento adecuado de acuerdo a la norma

*Que la madre sea capaz de identificar los signos de alarma de las infecciones respiratorias.

Metas

*Reducir la tasa de morbilidad en un 30% en el grupo infantil, respecto de la tasa registrada en el año 1998 (433.0 x 1000 hab.)

*Reducir la tasa de morbilidad en un 30% en el grupo preescolar, respecto de la tasa registrada en el año 1998 (218.0 x 1000 hab.)

*Reducir la tasa de morbilidad en un 20% en el grupo escolar, respecto de la tasa registrada en el año 1998 (76.9 x 1000 hab.)

*Reducir la mortalidad en un 50% por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años, con relación a 1998 (11 defunciones)

Metas operativas

Capacitar al 100% de las madres con hijos menores de cinco años en la identificación temprana y manejo de las infecciones respiratorias agudas

Capacitar al 100% del equipo comunitario (promotoras, auxiliares de casas de salud, parteras, y médicos tradicionales) en la identificación temprana y manejo de las infecciones respiratorias agudas, así como el oportuno traslado a una unidad de salud.

Limites

Geográficos

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 2001 al 2002

Universo

Representa a 5,888 menores de cinco años y 9,250 escolares

Estrategias

1. Fomentar los cambios de conducta en los hábitos higiénicos por medio de platicas de educación para la salud, y capacitar a la madre en la identificación temprana de insuficiencia respiratoria aguda, para la atención oportuna del enfermo por parte del personal de salud, con apoyos didácticos como rotafolios, franelografo, videos, lluvia de ideas, demostraciones y simulacros en todas las unidades de salud, y en las casas de salud con el apoyo de las auxiliares de salud.
2. Capacitar al personal de salud en el manejo adecuado de los casos de infecciones respiratorias agudas.
3. Otorgar tratamiento adecuado a las infecciones respiratorias agudas.
4. Derivar oportunamente al segundo nivel a los pacientes con complicaciones.
5. Otorgar tratamiento de erradicación contra estreptococo cuando sea necesario
6. Promover el mejoramiento de la vivienda con el aprovechamiento de los recursos de la localidad, principalmente en construir más cuartos, mejorar los techos, mejorar los pisos y paredes, separar la cocina de los dormitorios, y ventilar las habitaciones, separar los animales de las viviendas
7. Elaborar el canal endémico de las infecciones respiratorias aguda y mantener la vigilancia epidemiológica
8. Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM-024-SSA2-1994."Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas"

Programa de nutrición

Introducción

La nutrición adecuada en cantidad y calidad es un elemento fundamental en la preservación de la salud. Aunque su importancia se manifiesta a lo largo de toda la vida, la población en edades infantil y escolar constituye un grupo particularmente vulnerable dado el impacto de los desequilibrios nutricionales sobre su desarrollo físico y mental. (8 y 9)

Justificación

Es de gran importancia mencionar que es un problema muy grave ya que origina causa de muertes, en el grupo infantil se registraron nueve defunciones con una tasa de 9.4 por 1000 habitantes en el año de 1997 para 1998 cinco defunciones y una tasa de 5.1 por 1000; Con relación a la morbilidad se estima, con base en la encuesta de nutrición realizada en 1999 por los alumnos de la maestría en Salud Pública, una prevalecia promedio del 46.8% de desnutrición en el grupo menor de cinco años estratificados en la siguiente manera desnutrición leve (34.0%) en la desnutrición moderada (12.3% y en la severa (0.5%).

. Por lo anterior descrito es necesario reforzar la vigilancia epidemiológica de esta patología, interviniendo oportunamente en el plano comunitario, además de mejorar en el área clínica generando un control estricto de este programa y ofreciendo el tratamiento en forma integral para romper el círculo de desnutrición, enfermedad desnutrición y muerte.

Objetivo general

Mejorar las condiciones nutricionales de los menores de cinco años para disminuir la morbilidad y la mortalidad por desnutrición por medio de la participación activa de la comunidad.

Objetivo específico

*Realizar un control adecuado de la morbilidad por desnutrición en las unidades de salud, creando y actualizando los tarjeteros de niños desnutridos.

*Que la madre sea capaz de ofrecer una lactancia materna exclusiva e iniciar la ablactación en forma adecuada y oportuna.

*Que las madres sean capaces de otorgar alimentos nutritivos y de bajo costo adquiridos en sus localidades.

*Producir hortalizas para auto consumo

*Reproducir especies menores para consumo de carne y derivados

Metas

Disminuir la morbilidad por desnutrición en un 60% de los casos.

Disminuir la mortalidad por desnutrición en un 80% con relación a 1998 (6 defunciones)

Metas operativas

*Capacitar al 100% de las madres en la identificación de los signos de desnutrición

*Capacitar 90% de las mujeres en edad fértil en la alimentación adecuada durante el embarazo

*Capacitar al 100% a las madres de familia en la elaboración de dietas con alto contenido nutritivo bajo costo y utilizando los recursos propios de la localidad.

*Capacitar al 80% de los padres de familia en la elaboración de huertos familiares y granjas de pequeña especie.

*Construir, equipar y dar funcionamiento dos Centros de Educación Nutricional en las Unidades de Salud.

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 2001-2003

Universo

Equivalente a 5,888 menores de cinco años

Estrategias

1. Difundir el programa de atención a la salud del niño en Nutrición como parte del paquete básico
2. Otorgar citas consecutivas a los niños de acuerdo a su edad para control de peso y talla
3. Fortalecer las acciones de orientación alimentaria y nutricional en el total de las unidades de salud del sector y la formación de los Centros de Educación Nutricional a todas las madres
4. Administración de vitamina A semestralmente a los niños de 6 meses a 4 años
5. Otorgar tratamientos antiparasitarios
6. Incrementar la cobertura de PROGRESA
7. Incrementar el abasto de insumos comestibles que ofrece el DIF Municipal
8. Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM-008-SSA2-1993. "Control de la nutrición, crecimiento desarrollo del niño y del adolescente"

Programa de Salud Bucal

Justificación

La alta incidencia de la caries dentales señala a esta patología como el problema de salud pública frecuente en la población de preescolares y escolares, por lo que es necesario implementar un programa en Salud Bucal. (10)

Objetivo general

Abatir la incidencia y prevaencia de las enfermedades bucodentales más comunes sobre todo en la población menor de 15 años y mujeres embarazadas.

Objetivo específico

Que los niños preescolares sean capaces de realizar la limpieza bucal 3 veces al día y en la forma adecuada.

Que la mujer embarazada sea capaz de acudir oportunamente al odontólogo para su atención preventiva.

Meta

*Reducción al 20 por ciento en la incidencia de caries dental y periodontopatías en la población preescolar y escolar.

*Otorgar atención dental a la mujer embarazada en un 70% en el primer trimestre de gestación

*Incrementar la cobertura al 20% a los grupos de alto riesgo como son los menores de 15 años, las mujeres en edad reproductiva y la población anciana.

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 2001-2003

Universo

Equivalente a 5,888 menores de cinco años y mujeres embarazadas.

Estrategias

1. Ampliar la cobertura de atención dental
2. Realizar campañas de eliminación de caries, aplicación de flúor en población cautiva
3. Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM 013-SSA2-1994. "Para la prevención y control de enfermedades bucales"

<u>VI.1.2.- Atención a la Salud del Adulto y del Anciano</u>

<u>Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cirrosis hepática.</u>
--

Adicionalmente, la rápida transformación de la estructura por edad de la población, resultado de los cambios recientes en los niveles de fecundidad, se ha traducido en el envejecimiento de la población. Esto significa, que en el mediano y largo plazo, la mayor parte de las patologías a las cuales el Sector Salud habrá de atender serán de tipo no transmisible.

Los cambios en los perfiles epidemiológico y demográfico provocarían un incremento en los costos de atención, toda vez que patologías más costosas demandarían la mayor parte de los servicios.

Desde el punto de vista poblacional México ha registrado en este siglo cambios sustanciales en su estructura y dinámica que lo han hecho avanzar hacia una transición demográfica.

Este proceso se inició en la década de los años cuarenta, cuando quedaron sentadas las bases del desarrollo económico y el proceso de industrialización acelerada.

Se observa un incremento de la esperanza de vida, que de 40 años en 1940 se elevó hasta 71 años para 1990 y a 72.6 en 1994.

Íntimamente ligado al proceso de la transición demográfica se encuentra el cambio en la situación epidemiológica del país (transición epidemiológica). Entre 1940 y 1994 se han registrado transformaciones importantes en la estructura de la morbilidad y mortalidad que sitúan al país en un rango intermedio entre las naciones con niveles extremos de desarrollo. Tales cambios son a la vez producto y consecuencia del desarrollo y sus tendencias apuntan hacia la necesidad de replantear las estrategias para mejorar la situación de salud de la población.

El creciente número de personas portadoras de enfermedades crónicas, secuelas y discapacidades, predominantemente en la edad avanzada, coexistiendo con una incidencia todavía elevada de personas con padecimientos infecciosos y parasitarios son un reto para realizar programas que atiendan las necesidades de la población y generar un cambio de estilo de vida a corto y mediano plazo. (11)

Componentes

- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial.
- Cirrosis hepática.

Programa de detección y control de la diabetes mellitus

Introducción

La diabetes mellitus, particularmente la no insulino dependiente, es un problema de salud pública debido a su alta letalidad y el incremento constante de su incidencia. Su control requiere la modificación de hábitos en la población.

Este programa trata de detectar sistemática y oportunamente los casos de diabetes mellitus en la población mayor de 25 años, estableciendo el manejo adecuado, limitando el daño a órganos y tejidos, disminuyendo la frecuencia de complicaciones, reduciendo la discapacidad y las muertes prematuras, así como acciones de promoción y educación para la salud, tendientes a identificar y controlar los factores de riesgo. (11)

Justificación

Se estima que en México el 8.2% de la población de 20-69 años padecen diabetes mellitus y el 68.7% de ellos no tiene conocimiento de su padecimiento (Encuesta Nacional de Enfermedades crónicas no transmisibles).

En el Municipio de Palmar de Bravo la diabetes mellitus se localiza en el 5° lugar de la mortalidad general para el año de 1998 con una tasa de 28.27 por 100,000 habitantes, siendo el grupo más afectado en edad productiva. Basándose en la morbilidad el comportamiento es

en ascenso, en 1994 se registraron 15 casos una tasa de 1.0; Para 1998 fueron 44 casos una tasa de 2.5 en el grupo de edad productiva. En el grupo de edad post-productiva se registraron 3 casos en 1994 con una tasa de 1.78; Para 1998 se presentaron 6 casos y una tasa de 3.25 por 1000 habitantes en ambos grupos.

Objetivo general

Proteger la salud, prevenir la diabetes mellitus y elevar la calidad de vida de la población adulta y de los ancianos.

Objetivo específico

*Revertir la tendencia ascendente de la mortalidad por diabetes mellitus

*Detectar oportunamente la diabetes mellitus entre la población en riesgo mayor de 25 años

*Incorporar a la totalidad de los pacientes diabéticos al programa de control para vigilancia de los niveles de glicemia, la prescripción de tratamientos adecuados y la limitación del daño.

*Que la población sea capaz de identificar los factores de riesgo y que propicie la adopción de conductas saludables que influyan positivamente en la prevención de este padecimiento.

Meta

Disminuir la mortalidad en un 30% con relación a 1988 (10 defunciones)

Metas operativas

Disminuir las faltas a las consultas subsecuentes en un 90%

Mantener en forma oportuna y suficiente los hipoglucemiantes necesarios

Mantener en forma oportuna y suficiente los materiales para el control de la glicemia.

Disminuir el riesgo de complicaciones

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 2001-2003

Universo

Población mayor de 25 años que es de 12973

Estrategias

1. Utilizar los métodos más sensibles y específicos para la detección temprana de la diabetes mellitus
2. Otorgar material e insumos necesarios para la detección oportuna y control de los pacientes diabéticos en forma sistemática
3. Desarrollar campañas educativas dirigidas a la comunidad, con el propósito de informar sobre los factores de riesgo de la diabetes mellitus, a través de trípticos, carteles y medios de comunicación locales y masiva
4. Realizar campañas o ferias de la salud para la detección oportuna de la diabetes en la población mayor de 25 años
5. Capacitar al equipo de salud en la aplicación y desarrollo de los métodos para la detección, manejo y tratamiento integral de los pacientes.
6. Otorgar citas programadas y subsecuentes así como medicamentos del cuadro básico para el control de la hiperglucemia.
7. Promover una alimentación saludable entre la población mayor de 19 años, a través de la elaboración de materiales educativos sobre la calidad y cantidad de los nutrientes, a fin de prevenir la enfermedad.
8. Difundir entre la población el conocimiento de los beneficios a la salud, que produce la realización de la actividad física, en la prevención y control de la diabetes mellitus
9. Promover la formación de clubes de diabéticos
10. Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de la NOM-015-SSA2-1994. "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus"

Estrategias de investigación

1. Desarrollar un modelo que identifique a la población en riesgo (prediabéticos: personas con antecedentes heredo familiar positivos al padecimiento, obesos, sedentarios, mujeres con tratamiento anticonceptivo oral por periodos largos) y lograr la modificación de su estilo de vida.

Programa para la detección y control de la hipertensión arterial

Introducción

La hipertensión arterial esencial o primaria es un padecimiento crónico de alta prevalencia, que ocasiona un gran número de muertes e incapacidades en nuestro país, por ser también un importante factor de riesgo de enfermedades arteroesclerosas.(12)

En México, la prevalencia de hipertensión arterial encontrada, en la "Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas" es de 24.6 en población de 20 a 69 años de edad, permite calcular que existen alrededor de 8,000,000 de hipertensos en nuestro país, de los cuales más del 60% lo desconoce, así mismo la notificación de casos, nuevos por las instituciones médicas

del sector público ha pasado de 71,674 a 263,531 durante el periodo de 1983 a 1991. La hipertensión arterial es una patología sobre registrada como causa básica de muerte. Sin embargo, la tasa de mortalidad por este padecimiento se ha incrementado de 4.8 a 8.2 por 100.000 habitantes en el periodo 1982-1992. En ese año se registraron 7,158 defunciones por esta enfermedad, de las cuales más del 85% correspondieron a personas de 55 años y más y con mayor frecuencia en mujeres.

Las acciones más importantes en la prevención de la hipertensión arterial se basan en la promoción de la salud para abatir los factores de riesgo coronario. Así mismo, el control de este padecimiento a través de la detección oportuna y sistemática de los casos, el tratamiento adecuado, el registro, notificación y seguimiento de los enfermos, repercute favorablemente en mejorar la calidad y esperanza de vida del paciente al disminuir la mortalidad por esta causa y la ocasionada por sus complicaciones cerebrales y cardíacas.

Justificación

El efecto que causa la hipertensión arterial es el resultado de las defunciones por complicaciones cerebrovasculares y cardíacas, las cuales se van incrementando al paso de los años fenómeno denominado transición demográfica y epidemiológica. En el Municipio de Palmar de Bravo las complicaciones de esta patología ocupan entre el 9° y 10° lugar de la mortalidad general en los años de 1997 y 1998. Es necesario aclarar que no se registra la hipertensión arterial como causa directa de mortalidad, y se evalúa con base a sus complicaciones; A diferencia de la morbilidad se registraron 73 nuevos casos con una tasa de 4.2 en el grupo de edad productiva; En el grupo post-productivo se presentaron 17 casos con una tasa de 9.22 por 1000 habitantes en ambos grupos para 1998.

Objetivo general

Proteger la salud, prevenir la hipertensión arterial así como sus complicaciones y elevar la calidad de vida de la población adulta y de los ancianos.

Objetivos específicos

*Revertir la tendencia ascendente de la mortalidad por enfermedad hipertensiva y sus complicaciones

*Incorporar a la totalidad de los pacientes hipertensos al programa de control así como ofrecer la prescripción de tratamientos adecuados y limitar el daño.

*Fortalecer la detección oportuna, entre la población mayor de 25 años

Metas

*Disminuir la mortalidad por enfermedad cardiovascular en un 30% con relación a 1998, (6 defunciones)

*Disminuir la mortalidad por enfermedad cerebrovascular en un 30% con relación a 1998, (5 defunciones).

Metas operativas

*Disminuir las faltas a las consultas subsecuentes en un 70%

*Mantener en forma oportuna y suficiente los medicamentos antihipertensivos necesarios

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 2001-2003

Universo

Población mayor de 25 años que es de 12973

Estrategias

1. Otorgar instrumentación necesaria para la detección oportuna y control de los pacientes hipertensos en forma sistemática
2. Desarrollar campañas educativas dirigidas a la comunidad, con el propósito de informar sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial, a través de trípticos, carteles y medios de comunicación locales y masiva.
3. Realizar campañas o ferias de la salud para la detección oportuna de la hipertensión arterial en la población mayor de 25 años
- 4., Capacitar al equipo de salud en la aplicación y desarrollo de los métodos para la detección, manejo y tratamiento integral de los pacientes.
5. Otorgar citas programadas y subsecuentes así como medicamentos del cuadro básico para el control de la hipertensión arterial.
6. Promover una alimentación saludable entre la población mayor de 25 años, a través de la elaboración de materiales educativos sobre la calidad y cantidad de los nutrientes, a fin de disminuir los riesgos.
7. Difundir entre la población el conocimiento de los beneficios a la salud, que produce la realización de la actividad física, en la prevención y control de la hipertensión arterial
8. Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de la guía Prevención y control de la hipertensión arterial esencial en la atención primaria a la salud.

Estrategias de investigación

1. Desarrollar un modelo que identifique a la población en riesgo (personas con antecedentes heredo familiar positivos al padecimiento, obesos, con hiperlipidemias, tabaquismo, alcoholismo, estrés consumo mayor de 5grs de sal al día, sedentarismo, con antecedentes de diabetes; Para lograr la modificación de su estilo de vida.

Programa para la detección y control de la cirrosis hepática

Introducción

La cirrosis es el resultado final de las lesión hepatocélular que conduce tanto a fibrosis como a regeneración nodular en toda la extensión del hígado. Es una enfermedad grave e irreversible, más del 60% de los casos se relaciona con el alcoholismo, por lo que es necesario implementar programas y actividades enfocados en prevenir el alcoholismo. (4)

Justificación

La cirrosis y las enfermedades crónicas del hígado se encuentran dentro de los primeros siete lugares con relación a la mortalidad general y escalando hasta el segundo lugar en el mismo grupo en el año de 1998, causando 17 defunciones con una tasa de 48.07 por 100000 habitantes representando el 10.06% del total de las causas, siendo el grupo más afectado el de edad productiva, por lo anteriormente señalado se requiere incrementar acciones de promoción y difusión para su prevención y control.

Objetivo general

Proteger la salud, prevenir la cirrosis hepática así como sus complicaciones y elevar la calidad de vida de la población adulta y de los ancianos.

Objetivo específico

Disminuir la mortalidad por cirrosis hepática

Identificar a la población de alto riesgo para otorgarles información específico con el propósito de generar cambios de conducta.

Informar a la comunidad en general del padecimiento así como de las complicaciones

Meta

Disminuir la mortalidad por cirrosis hepática en un 30% con respecto a 1998 (17 defunciones)

Metas operativas.

Gestionar para la formación de un grupo de Alcohólicos Anónimos

Dar tratamiento médico al total de los pacientes de ser necesario derivarlo oportunamente al segundo nivel.

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 2001-2003

Universo

Población mayor de 25 años que es de 12973

Estrategias de acción

1. Informar a toda la población en general del padecimiento y sus complicaciones haciendo énfasis en el factor de riesgo "alcoholismo"
2. Promover la realización de acciones de detección a los grupos más susceptibles e iniciar tratamientos oportunos, así como implementar un registro de control.
3. Fomentar la organización de grupos de "Alcohólicos Anónimos" y generar una interrelación con este y otros grupos sociales que tienen el mismo objetivo.
4. Fomentar la realización de actividades que fomenten la salud como grupos deportivos o recreativos.

Estrategias de investigación

1. Iniciar una línea de investigación en la búsqueda de posibles causas etiológicas de la cirrosis, (viral).

VI.1.3.-Salud reproductiva

Planificación Familiar, Salud Perinatal y Salud de la Mujer

Desde esta perspectiva, los servicios de salud reproductiva se amplían para incluir, además de planificación familiar y atención materno-infantil, aspectos tales como las enfermedades de transmisión sexual, los cánceres cervico uterino y mamario y el riesgo preconcepcional.(4,13 y 14)

Componentes

- Planificación familiar.
- Salud perinatal:
Salud reproductiva perinatal.
Prevención de defectos congénitos.
- Salud de la mujer:
Cáncer cervico - uterino.
Cáncer mamario.
Mortalidad materna.

Planificación familiar

Introducción

Este programa está orientado a proporcionar los medios necesarios para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número

y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a la dignidad de las parejas, para que disfruten de una vida sexual, reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos.

El programa dirige sus acciones prioritarias a la población en edad fértil, dentro de un esquema que proporciona y motiva la participación activa del varón que se complementa con actividades específicas de orientación y educación sexual para adolescentes.

Justificación

El Municipio de Palmar de Bravo cuenta con una población de 35,870 habitantes para el año 2000, una tasa de natalidad de 30.5 por 1000 nacidos vivos registrados y una tasa de fecundidad de 131.69 en mujeres de edad fértil.

Objetivo general

Brindar información y servicios de salud reproductiva a la población en edad reproductiva para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Objetivos específico

Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas, a fin de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el desarrollo socioeconómico y el crecimiento demográfico, coadyuvando al mejoramiento de las condiciones de salud de la población materno infantil

Meta

Reducir la tasa de fecundidad a 131.69 a 110.0 en mujeres de edad fértil.

Metas operativas

Elevar la prevalecia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil del 7.18% al 10.18%

Incrementar la participación del hombre en la aceptación del método definitivo "vasectomía" del 0% al 0.05%

Incrementar la aceptación de OTB en la mujer con paridad satisfecha en un 80%

Limites

Geográficos

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 200 al 2002

Universo

15,630 habitantes en edad fértil

Estrategias

- 1.- Incrementar acciones de información, comunicación educativa y social, a través de diversos medios (pintado de bardas, carteles, folletos, platicas en las unidades de salud a todas las personas que acuden a solicitar consulta, y en forma conjunta con la secretaria de educación publico programar platicas de salud reproductiva a los adolescentes; además del apoyo que pueden otorgar las parteras al promover los métodos de planificación y otorgarlos bajo estricto control médico), con el propósito de para postergar el nacimiento del primer hijo, incrementar el espacio intergenésico y promover la terminación temprana de la reproducción.
- 2.- Incrementar y ampliar la cobertura de los programas de planificación familiar de los servicios institucionales de salud y asistencia social.
- 3.- Utilizar los recursos comunitarios de salud, particularmente de las promotoras de salud y parteras empíricas y auxiliares de casas de salud para promover la planificación familiar en visitas programadas a los hogares.
- 4.- Ampliar la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de planificación familiar para la población masculina a fin de aumentar su participación y responsabilidad directa y activa por medio de los promotores y de los médicos tradicionales, los cuales tendrán que recibir una capacitación adecuada e información suficiente para lograr un impacto a la población masculina.
- 5.-Asegurar el suministro de material, equipo y medicamentos anticonceptivos en cantidad suficiente y oportuna por lo que el responsable de las unidades de salud deberá elaborar oportunamente y en forma suficiente la solicitud de estos elementos.
- 6.- Impulsar la distribución gratuita de preservativos para la población masculina a través de otros canales, por ejemplo en las tiendas conasupo. por medio de los médicos tradicionales, los cuales tendrán que ser supervisados periódicamente
- 7.-Intensificar las acciones de promoción educativa de planificación familiar y orientación sexual a la población en general, siendo el grupo blanco las mujeres y hombres en edad fértil con apoyos didácticos adecuados así como de técnicas diferentes; se podrá utilizar la demostración de todos los métodos que existen y la forma de su uso, también nos apoyaremos con los rotafolios, las películas, la participación del grupo con lluvia de ideas, y comentarios personales. Para poder tener una cobertura de esta información se deberá realizar estas actividades en forma conjunta con la auxiliar de salud programando grupos selectos dos o tres días a la semana.
- 8.- Otorgar el servicio de consejería por el personal de salud en planificación familiar en forma programada a los matrimonios de la comunidad, principalmente a los no usuarios.
- 9.- Promover la OTB y la vasectomía como un servicio que ofrece el segundo nivel de atención por medio de la referencia y contra referencia.

10.- Elaborar bases técnicas de programación y evaluación de las actividades de planificación familiar, aplicables al ámbito de cada una de las instituciones de salud y asistencia social por los responsables del programa.

11.- Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM 005-SSA2-1993. "De los servicios de Planificación Familiar"

12.- Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM 095-SSA1-1994. "Que establece las especificaciones sanitarias del dispositivo intrauterino T de cobre modelo 380A."

Salud perinatal: Salud reproductiva perinatal. y Prevención de defectos congénitos.

Introducción

Se orienta fundamentalmente a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a proteger la salud física y mental de los menores. El programa trata al binomio madre - hijo de una forma integral, garantizando el derecho de las mujeres a información y servicios de calidad en salud perinatal incluyendo el fomento de la nutrición materna, control prenatal con énfasis en los embarazos de alto riesgo así como la prevención de defectos congénitos. (4 Y 15)

Justificación

La importancia de este programa se constata al observar que el 25% de la población general se localiza en este grupo y de considerar que las tasas de mortalidad materno-infantil son elevadas, asociadas fundamentalmente a padecimientos prevenibles. Los registros indican que la primera causa de mortalidad infantil son las afecciones originadas en el periodo perinatal como la hipoxia y las asfixia, con 19 defunciones en 1997 y 10 en 1998 y una tasa de 19.9 y 10.3 respectivamente seguida de la neumonía e influenza, deficiencias de la nutrición, llamando la atención las anomalías congénitas presentes en los 5 años del estudio estadístico, por otra parte aunque en la mortalidad materna estadísticamente no se observa tasas alarmantes con relación a la media Nacional en los tres últimos años, pero esto no justifica el de no continuar con los esfuerzos, siendo la meta cero muertes maternas.

Objetivo general

Proporcionar servicios de salud a la mujer embarazada, durante el parto y el puerperio así como al infante.

Objetivo específico

Promover y proteger la salud de la población materno - infantil previniendo riesgos y daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como propiciar el sano crecimiento y desarrollo del infante.

Intensificar la prestación de servicios de calidad en atención prenatal, del parto y del recién nacido, para detectar oportunamente las complicaciones obstétricas y los padecimientos

asociados al embarazo y su secuencia, con la finalidad de indicar la atención específica y disminuir la mortalidad materna y perinatal.

Contribuir a la eliminación de casos de tétanos neonatal

Fortalecer los mecanismos para la detección temprana y el manejo oportuno de hipotiroidismo congénito, así como de otros defectos observados en el nacimiento.

Metas

Mantener la tasa de mortalidad materna en cero con relación a los 3 últimos años registrados

Reducir la tasa de mortalidad perinatal en un 30% respecto a los registros del año de 1998 (12 defunciones)

Metas operativas

Incrementar el índice de 6 consultas prenatales de calidad

Canalizar al 100% a las mujeres de embarazo de alto riesgo para valoración en un segundo nivel

Aplicar el toxoide tetánico o completar esquemas al 100% de las mujeres embarazadas.

Incrementar la atención del parto en las unidades de salud en un 40% en base a 1998

Capacitar al 100% de las parteras del Municipio e incorporarlas al plan de trabajo de las unidades de salud

Capacitar al 100% a la organización comunitaria en detección temprana del embarazo así como signos de alto riesgo y la forma de canalizarlos a la unidad de salud

Capacitación en educación "materno infantil" al 95% de las mujeres embarazadas

Capacitar al 100% a las mujeres en edad fértil en lactancia materna

Limites

Geográficos:

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

De 2001 a 2002

Universo:

Equivala a 7855 mujeres en edad fértil y embarazadas

Estrategia

1. Promover la atención del parto en forma gratuita, así como el control prenatal, colocando avisos, carteles, periódicos murales y folletos en los lugares donde las mujeres acuden frecuentemente. como son las tiendas, los molinos, y en las escuelas primarias.

2. Ofrecer un control prenatal de calidad, por medio de la supervisión zonal a los médicos responsables de las unidades de salud en forma estricta y apegada a la normatividad.

3. Ofrecer la atención del parto con calidad, respetando la idiosincrasia de la mujer, para que la atención sea oportuna será necesario que existan médicos las 24 hrs del día, de esta manera estamos asegurando la atención e incrementando las posibilidades de atención a las necesidades de la población.

4. Integrar comités para la prevención de la mortalidad materna e infantil con el apoyo de la participación comunitaria.

5. Aplicar modelos de capacitación y supervisión continua y permanente a los recursos humanos que brindan la atención materno-infantil, otorgando prioridad al perfeccionamiento del diagnóstico clínico, y atención del parto

6. Fomentar la lactancia materna y el alojamiento conjunto de madre e hijo a todas las mujeres embarazadas por medio de las pláticas realizando demostraciones de la preparación de las mamas, así como las técnicas de amamantamiento, y los cuidados al recién nacido.

7. Informar a la mujer embarazada en su primera consulta de los signos de alarma del embarazo, apoyados con material didáctico claro y preciso para una mejor apreciación como son los rotafolios o el uso del franelógrafo, y proporcionar a las mujeres que saben leer folletos informativos.

8. Capturar a la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación con el apoyo de las promotoras de salud al visitar a los hogares para conocer su estado general de salud y las actividades de prevención que cotidianamente se deben realizar y de esta forma poder aplicar oportunamente el toxoide tetánico.

9. Identificar oportunamente a la mujer con embarazo de alto riesgo en cada consulta prenatal de ser necesario enviarla al segundo nivel para valoración gineco-obstetra

10. Integrar y capacitar a todas las parteras del Municipio al programa de parto limpio, creando un programa masivo, creativo y dinámico, apoyados con material didáctico, así como actividades prácticas, de ser posible acudir a los hospitales de segundo nivel para una adecuada capacitación.

11. Fortalecer los mecanismos para la detección temprana y el manejo oportuno del hipotiroidismo congénito, así como otros defectos observados al nacimiento.

12. Incrementar la atención oportuna y de calidad del aborto incompleto y de sus complicaciones, mediante acciones terapéuticas apropiadas y complementadas con orientación y consejería de anticoncepción post aborto.

13.-Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM 007-SSA2-1993."Atención a la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido"

Salud de la mujer: cáncer cervicouterino. y cáncer mamario.

Introducción

Es un programa específico de la mujer en edad fértil, con vida sexual activa, y en edad post - productiva, cuyo propósito es detectar oportunamente el cáncer cervicouterino y mamario para disminuir la mortalidad en la mujer. (4 Y 15)

Justificación

Con relación a la mortalidad por cáncer cervico-uterino, en 1998 y en el grupo de edad productiva se registraron 4 defunciones, con una tasa de 22.2 por 100,000 habitantes. De acuerdo con cifras oficiales en México mueren 12 mujeres al día por cáncer cervico-uterino motivo suficiente para implementar este programa. Es muy probable que no se genere información por esta causa debido a que las pacientes no acuden a la prueba de papanicolao en forma regular.

Objetivo específico

Incrementar la detección oportuna del cáncer cervico-uterino y mamario, disminuyendo su impacto en la morbilidad femenina.

Meta

Disminuir la mortalidad por cáncer cervico - uterino y mamario

Metas operativas

Informar al 90% de las mujeres de la prevención del cáncer cervico - uterino y de mama

Obtener como mínimo un frotis de Papanicolao en el 30% de las mujer con antecedentes de vida sexual activa, en edad productiva y post - productiva.

Capacitación al 90% de las mujeres mayores de 25 años en el auto examen de mamas

Capacitar al 100% de los prestadores del servicio de salud en la toma de muestras cervicales

Suministrar el material y equipos suficientes, en forma oportuna y en condiciones adecuadas para la toma de muestras.

Realizar el estudio citológico al total de las muestras.

Entregar resultados de la citología en un tiempo no mayor de 3 meses.

Limites

Geográficos

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

De 2001 al 2003

Universo

Involucra a 6100 mujeres

Estrategias

1. Crear el diseño de una estrategia educativa que difunda conocimientos sobre prevención y autocuidado de estas patologías a través de estas acciones se incrementará la detección de lesiones iniciales y cánceres en etapas tempranas.
2. Reforzar las acciones de prevención y diagnóstico oportuno de displacias de útero y mama
3. Instrumentar acciones y mecanismos de capacitación a prestadores de servicios de salud reproductiva, para la prevención, diagnóstico temprano, referencia de casos y control del carcinoma cervico-uterino y de mama.
4. Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM 014-SSA2-1994. "Para la prevención y control del cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria"

VI.1.4.- Enfermedades Transmitidas por Vectores

**Enfermedades de Chagas,
Leshmaniosis, y Alacranismo**

Introducción

Las enfermedades transmitidas por vector constituyen un problema de salud pública en algunas regiones del país. Los esfuerzos sostenidos a lo largo del tiempo han sido exitosos en la reducción de algunas de estas patologías, particularmente en el caso del paludismo. Sin embargo, en algunas como el dengue o la oncocercosis los resultados han sido menos alentadores. Lo anterior enfatiza la necesidad de revisar las estrategias y procedimientos empleados a fin de adecuarlos a las necesidades derivadas de cada enfermedad en diversas áreas geográficas. (4 Y 16)

En el municipio de Palmar de Bravo de acuerdo al análisis estadístico de morbilidad y mortalidad no se reporta ningún caso o defunción, ni antecedentes de ser área endémica de estos padecimientos, en forma específica "Paludismo, Dengue, Enfermedad de Chagas, Leishmaniosis, Oncocercosis y Rickettsiosis"

Meta

Mantener la vigilancia epidemiológica al 100%

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

2000 – 2001

Universo

35,870 habitantes

Estrategias de acción

1. Informar en forma oportuna a la jurisdicción sobre los nuevos casos de enfermedades transmitidas por vector de acuerdo a la normatividad.
2. Mantener la vigilancia epidemiológica por posibles casos importados
3. Mantener una cadena de información con las unidades de salud cercanas que posiblemente cursen con algún caso de estas patologías.
4. Capacitar a la población en realizar acciones de saneamiento básico, cuidado, en el ámbito individual, familiar y colectivo, para disminuir el contacto con insectos vectores, como mejorar la vivienda (paredes, techos, pisos) el uso de pabellón, remoción y destrucción de latas, botellas u otros objetos, mantener con tapadera los depósitos de agua, separar los animales peridomesticos fuera de la vivienda. Así como el aseo personal, lavado y cambio de ropa frecuente, así como la ropa cama.

Estrategias de investigación

1. Iniciar una línea de investigación de la presencia de estos vectores en el Municipio.
2. Promover la presencia de brigadas que impliquen rastreo en las viviendas en busca de triatomas las cuales deberán ser realizadas por los pobladores en conjunto con los entomólogos de SSA.

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

2000 – 2001

Universo

35,870 habitantes

Programa de prevención del Alacranismo

Introducción

Alacranismo, es el problema de salud Pública originada por la picadura de alacrán. Éste problema afecta a todos los habitantes de la República Mexicana, sobre todo aquellos que habitan los estados considerados de alto riesgo: Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Sinaloa y Zacatecas.

Se considera que, en general, en la República hay aproximadamente quinientos mil pacientes picados por alacrán al año. La morbilidad de personas picaduras por alacrán tiende a aumentar. (4 Y 17)

En México existe una amplia distribución de alacranes venenosos pertenecientes a la familia *Buthidae*, del género *Centruroides*.

De los pacientes, los más afectados son los que se encuentran entre los 6 a 25 años de edad, siendo el 62% de la población total de los pacientes atacados por este arácnido, pero el grupo de más alto riesgo de muerte, son los menores de 6 años de edad, así como los pacientes mayores de 60 años.

No se debe dejar que evolucione la intoxicación, pues entre más severa sea ésta, la posibilidad de complicaciones y de muerte son mayores. (4 Y 17)

Justificación

En el Municipio de Palmar de Bravo la tasa de morbilidad por intoxicación por ponzoña de animales fue en 1994 de 40.29, en 1996 de 45.66, en 1997 de 83.26 por 100,000 hab; por lo general ocurre en personas en edad posproductiva. En el año de 1998 en la jurisdicción sanitaria 9, donde esta incluido el Municipio de Palmar de Bravo se presentaron 823 casos.

Objetivo general

Reducir la tasa de morbilidad por picadura de alacrán

Objetivo específico

Disminuir la letalidad por intoxicación por ponzoña de alacranes

Metas

*Reducir la morbilidad en 50% (2 casos en 1998); y abatir al 100% la letalidad. (no hay registros de defunciones por esta causa).

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del año 2000 al 2001

Universo

35,870 habitantes

Estrategias

1. Identificación y estratificación de las regiones, con base en criterios de riesgo epidemiológico, ecológicos y socioeconómicos.
2. Promoción y capacitación sobre acciones de autocuidado, que la población pueda realizar en el ámbito individual y familiar, para disminuir el contacto con los alacranes.
3. Promoción de mejoramiento de la vivienda y del saneamiento básico entre la población para disminuir el contacto intradomiciliario con los alacranes
4. Atención oportuna, adecuada y suficiente de los casos de intoxicación por picaduras de alacrán en las unidades de salud.
5. Disminución de las poblaciones de alacranes, mediante la aplicación de agentes químicos.
6. Promover, difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de la NOM-EM-001-SSA2-1999 “Para la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector”

VI.1.5.- Zoonosis
<u>Rabia, Brucelosis,</u> <u>Teniosis/Cistecercosis</u>

Introducción

Las enfermedades zoonóticas tienen como reservorios naturales a los animales, sean silvestres o domésticos y como huésped accidental al hombre, en los que la morbilidad y mortalidad se reflejan con mayor impacto en los grupos vulnerables como los niños y trabajadores que manipulan animales.

La relación que existe entre el hombre y los animales, enmarca el desarrollo socioeconómico característicos de cada país utilizándolos para compañía, obtención de alimentos, vestido o como instrumento de trabajo; estableciéndose un contacto propicio para la diseminación de algunas enfermedades, lo que establece la estrecha relación que existe entre la salud y la salud animal.

El conocimiento de la medicina veterinaria, sus recursos y pericias son así esenciales para la salud y el bienestar de los humanos y son un componente integral para la salud pública.
(4, 18, 19 20Y 21)

Componentes

- Brucelosis.
- Teniosis-cisticercosis
- Rabia

Programa de prevención y detección de la Brucelosis

Introducción

La brucelosis conocida también como fiebre de Malta, fiebre ondulante o fiebre del Mediterráneo es una zoonosis directa producida por bacteria intracelular del género *Brucella*, cuyas especies patógenas para los animales son *B. Melitensis*, *B. abortus*, *B. suis* y *B. canis*, que afectan preferentemente a cabras, vacas, cerdos y perros: *B. melitiensis* es la más común de las *Brucelas* en el humano siendo poco frecuente la *B. canis*; no se han comprobado casos humanos por las especies *B. ovis* y *B. neotomae*.

La brucelosis se transmite por la ingesta de leche y lacteos contaminados no pasterizados, por desechos animales como tejidos o excreciones de animales enfermos, por inhalación del polvo de corrales o mataderos donde estos se encuentran o bien manipular carne y vísceras de animales infectados.

Justificación

El Municipio de Palmar de Bravo en el año de 1998 cuenta con una población ganadera de 10,548 bovinos, 16,586 porcinos, 5,802 ovinos y 16,586 caprinos; con producción de carne en canal y productos pecuarios como leche de bovinos y caprinos.

La población en edad productiva principalmente los más jóvenes trabajan en granjas porcinas y avícolas, así como en ranchos particulares donde se cría ganado bovino, ovino y principalmente caprinos, actividades ocupacionales de alto riesgo para adquirir brucelosis.

Se realizó una investigación en el departamento de zoonosis de la Jurisdicción # 9 a la que pertenece Palmar de Bravo, sobre la identificación de ganado (ovino, porcino, y caprino) portador de brucela, siendo el resultado negativo en el periodo comprendido de 1994-1998.

Basándose en la morbilidad y mortalidad no se tienen reportes de brucelosis humana de 1994-1998.

Objetivo general

Prevenir la brucelosis en población susceptible

Meta

Mantener la vigilancia epidemiológica

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

2000 - 2001

Universo

Consumidores de leche bronca, y trabajadores en contacto con vísceras de animales infectados, realizando esta actividad en forma clandestina.

Estrategias

1.- Promoción y capacitación sobre las acciones de prevención, que la población puede realizar a escala individual y familiar, para disminuir el contacto con animales infectados con (brucela), mediante pláticas de promoción para la salud y deberá ser apoyadas con rotafolios, carteles, con demostraciones, y películas. Los temas que incluyen son:

*Zoonosis (brucelosis), agente causal, animal infectado, medios de transmisión, factores condicionantes, medidas preventivas y tratamientos.

2.- Dar información a los propietarios de ganado bovino, caprino y ovino de los beneficios que se obtendrán si participan en las campañas de erradicación control de enfermedades que lleva a cabo la SAGAR, por lo que las autoridades municipales y de salud deberán apoyar en la difusión y dándole importancia a estas actividades de alto impacto.

3.-Que el municipio gestione para el desarrollo de un rastro municipal y haya un control más estricto del sacrificio de ganado.

4. Promover, aplicar, difundir y vigilar la NOM-022-SSA2-1994 Para la prevención y control de la Brucelosis en el hombre, en el primer nivel de atención.

Programa de prevención de la Teniasis/cisticercosis

Introducción

La taeniosis es una parasitosis del ser humano, producida por la forma adulta de *Taenia*; *T. solium* se adquiere por la ingestión de carne de cerdo con cisticercos, insuficientemente cocida o cruda y la *T. Saginata* por la ingestión de carne de res con cisticercos a sus comensales.

La cisticercosis humana es una enfermedad parasitaria causada por la presencia de larva de *Taenia solium* en los tejidos y órganos, y se adquiere por la ingestión de huevos de *Taenia solium* excretados en las heces de los portadores a través del consumo de alimentos contaminados o por la convivencia con una persona portadora de *T. solium*, con malos hábitos higiénicos, que prepara los alimentos, contaminándolos y causando la cisticercosis a sus comensales.

La cisticercosis porcina es una enfermedad parasitaria que contrae el cerdo por la ingestión de los huevos de *T. solium* contenidos en materia fecal humana. (22)

La magnitud del problema es mayor en los cerdos criados rústicamente o en traspatio, que en los porcinos provenientes de los sistemas de producción tecnificada.

Justificación

En el Municipio de Palmar de Bravo en el año de 1998 se contaba con 16,586 cabezas de ganado porcino, de las granjas porcícolas y de criaderos de traspatio.

En este Municipio las personas prefieren y consumen la carne de cerdo más que cualquier otro tipo de carne y guisan con manteca de cerdo.

Además personas en edad productiva trabajan en granjas porcícolas y las familias cuidan y crían cerdos en los traspatios.

En el Municipio en una encuesta realizada se encontró que el 13.2% de las personas practican el fecalismo a ras de suelo, siendo esto un factor de riesgo si el cerdo consume heces fecales humanas que pudieran estar contaminadas con huevos de *T. solium*.

No se tienen reportes de casos de cisticercosis de 1994–1998 como causa de morbilidad en el Municipio. Pero si se observan los factores de riesgo.

Objetivo general

Prevenir la cisticercosis en población susceptible

Meta

Mantener la vigilancia epidemiológica

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

2000 – 2001

Universo

El 13.2% de la población que practica el fecalismo al ras del suelo y además cuentan con cría de cerdos en el traspatio.

Población afecta al consumo de carne de cerdo sin control sanitario (35,870 hab.)

Estrategias

1. Promoción y capacitación sobre las acciones de prevención, que la población puede realizar a escala individual y familiar, para disminuir el contacto con animales infectados con (cisticercos), mediante platicas de promoción para la salud y deberá ser apoyadas con rotafolios, carteles, con demostraciones, y películas. Los temas que incluyen son:

*Zoonosis (cisticercosis), agente causal, animal infectado, medios de transmisión, factores condicionantes, medidas preventivas y tratamientos.

* Promover entre los criadores de cerdos de traspatio eviten defecar a ras de suelo en el sitio donde se cría a los cerdos, para así evitar el acceso del cerdo a las excretas humanas.

*Orientar a la población a no comprar ni consumir carne con huevos de cisticercos, conocido más comúnmente como tomatillo.

*Fomentar cambios de hábitos alimenticios como cocción domestica de la carne y vísceras de cerdo a altas temperaturas durante una hora, o hasta que aparezcan indicios de sangre.

2. Que el Municipio de cumplimiento al párrafo 5.2.1 de la NOM-021-SSA2-1994 que dice evitar la presencia de cerdos en la vía pública y áreas comunes y mantenerlos en porquerizas cerradas.

3.-Que el municipio gestione para el desarrollo de un rastro municipal y haya un control estricto del sacrificio de ganado.

4. Promover, difundir, aplicar y vigilar la aplicación de la NOM-021-SSA2-1994. "Para la vigilancia, prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis."

Programa de prevención de la Rabia

Introducción

La rabia es una zoonosis de los mamíferos causada por un *Rhabdovirus* (virus de la rabia), que se trasmite al hombre por la saliva de animales infectados, a partir de una mordedura, rasguño o de una lamedura sobre mucosas o piel.

La rabia se presenta en dos modalidades "urbana" cuyo reservorios es el perro y "rural" en la cual los reservorios son mamíferos silvestres, especialmente los quirópteros (murciélagos hematólogos).

La rabia es una enfermedad mortal, se requiere que toda persona agredida o en contacto con animales sospechosos de estar enfermo, previa valoración médica inmediata de la exposición, reciba, en su caso, el tratamiento antirrábico específico, el cual podrá ser interrumpido cuando la situación clínica, el diagnóstico por laboratorio y el estudio epidemiológico así lo determine.

Justificación

Los perros conviven con las personas del medio rural acompañándolos, resguardando a los animales de corral y siendo su protección en las faenas del campo.

En el Estado de Puebla y más en el medio rural existe una tasa elevada de agresiones por perros (879 agresiones en 38 Municipios de la Jurisdicción 9 donde esta incluido el Municipio de Palmar de Bravo), las agresiones de perros a personas supera cada año lo esperado y esto implica dar atención a la herida causada, valorar la aplicación de antibióticos y toxoide tetánico y dar tratamiento antirrábico. La tasa de nuevos casos que completan tratamiento en la jurisdicción sanitaria 9 es de 51.4 por 100,000 habitantes.

Existen antecedentes de perros positivos a rabia en el Municipio los últimos en el año de 1997.

Objetivo general

Informar a la población sobre los riesgos que implica el no vacunar a sus perros y gatos, ya que la rabia es incurable y mortal.

Objetivo específico

Concientizar a los dueños de perros y gatos sobre la vacunación contra la rabia.

Informar a la población sobre las medidas a realizar en caso de ser agredido por un perro.

Metas

Lograr que el 100% de los perros sean vacunados durante las campañas de vacunación de la SSA.

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

2000 – 2001

Universo

35,870 personas, y 5978 perros

Estrategias

1. Dar mayor promoción a la importancia de las campañas de vacunación canina, en escuelas de nivel básico, medio superior y técnicas, así como en mercados y tianguis con la colaboración de maestros, alumnos y voluntarios, organizados por las autoridades del Municipio, esta promoción debe ser antes y durante el tiempo que se este efectuando la campaña de vacunación por la SSA. La promoción se deberá realizar formando grupos de trabajo que visiten a las dependencias educativas, este grupo de personas podrá estar constituido por promotores y el sindico de salud, además se realizaran visitas a todas las organizaciones comerciales ya mencionadas, se podría elaborar pancartas, y carteles, además del equipo de perifoneo.

El sindico de salud junto con la autoridad del presidente municipal deberá realizar una junta con todos los auxiliares municipales para dar información de los días en que se programaran las campañas, previamente se deberá realizar un censo canino para poder solicitar los insumos necesarios y suficientes; de esta manera se tendrá un control efectivo para el cumplimiento del 100% de cobertura.

2. Dar mayor promoción durante la campaña de vacunación de las medidas inmediatas a seguir ante la agresión de un perro o un gato, para acudir a los establecimientos de salud y recibir atención médica oportuna, según lo requieran y hacer énfasis en que la rabia es incurable y mortal.

3. Promover, difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de la NOM-011-SSA2-1993 "Para la prevención y control de la rabia"

VI.1.6.- Micobacteriosis

Tuberculosis.

Programa de prevención y control de la Tuberculosis pulmonar

Introducción

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa que ocasiona el mayor número de muertes por un sólo germen en el país. A la magnitud de esta patología se añade, en términos de salud pública el sinergismo que presenta con el VIH.

Es una enfermedad por mycobacterias que es importante como causa mayor de incapacidad y muerte.

Las lesiones pulmonares incipientes por lo general se curan y no dejan alteraciones residuales, excepto calcificación ocasional de los ganglios linfáticos pulmonares o traqueobronquiales. Del 90 al 95% de las personas infectadas inicialmente entran a esta fase de latencia, a partir de la cual existe el peligro permanente de reactivación, el 50% de las personas con infección por VIH avanzada, la infección inicial puede evolucionar de manera directa hasta culminar en tuberculosis pulmonar, miliar, meníngea o de localización extrapulmonar. (23)

Justificación

En Palmar de Bravo se registra una defunción por TBP en 1996 en el grupo preescolar, sin embargo no hay reportes estadísticos de control en la morbilidad en el periodo 94-98. Por lo que es necesario realizar una búsqueda intencional de casos.

Objetivo general

Cortar las fuentes de infección, para abatir la mortalidad causada por la tuberculosis.

Objetivo específico

Propiciar la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de la tuberculosis.

Meta

Reducir al 100% la mortalidad por tuberculosis, (1 defunción en 1996)

Metas operativas

Búsqueda intencionada de tosedores crónicos con apoyo del total del equipo comunitario (auxiliares de casas de salud, promotoras, parteras etc.)

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 2001-2003

Universo

Tosedor crónico y mayor de 15 años (188)

Estrategias

1. Reforzar las actividades de capacitación al personal de salud y a la población, en lo referente a la prevención de la tuberculosis.

2. Intensificar las acciones de pesquisa, en mayores de 15 años, para detectar casos nuevos de TB, en sintomáticos respiratorios (tos y expectoración).
3. Aplicar el tratamiento, hasta su término, a todos los casos diagnosticados de tuberculosis, mediante el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) vigilados por personal de salud en la unidad que más convenga al enfermo, independientemente de su pertenencia a algún servicio de salud.
4. Capacitar y actualizar al personal del primer nivel de atención, a fin de mantener o mejorar su habilidad de diagnóstico.
5. Vigilar el adecuado, oportuno y suficiente abasto de insumos para los componentes del Programa.
6. Mantener la vigilancia epidemiológica a través del Sistema Único de Información Epidemiológica
7. Realizar la confirmación de tuberculosis del caso probable por medio de baciloscopia, cultivo, o estudio histopatológico.
8. Difundir aplicar y vigilar el cumplimiento de las NOM 006-SSA2-1993. "Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud"

VI.1.7.- Cólera

Vigilancia epidemiológica,
Saneamiento básico,
Capacitación

Componentes

- Vigilancia epidemiológica.
- Saneamiento básico.
- Capacitación.

Introducción

El cólera es una enfermedad infecciosa causada por el *Vibrio cholerae* 01, que se trasmite al hombre por la ingesta de agua y alimentos contaminados por el microorganismo.

La enfermedad se presenta en personas de cualquier edad y se caracteriza por diarrea abundante y vómito puede llegar a la deshidratación, la cual puede evolucionar hasta el choque hipovolémico y causar la muerte.

Esta enfermedad ha causado grandes epidemias en el mundo desde tiempos remotos, la séptima pandemia inicio en Indonesia y se ha diseminado a todo el mundo. En México el primer caso de la séptima pandemia se presento en la localidad de San Miguel Totolmaloya, en el Estado de México, a partir de ese momento se disperso por casi todo el territorio nacional (24)

El cólera es una enfermedad controlable y prevenible mediante acciones conjuntas de los sectores públicos, sociales y privado. Ofreciendo información educativa al respecto en función de una vigilancia epidemiológica eficaz, el diagnóstico y la atención médica oportuna y adecuada vigilancia del saneamiento ambiental y el fomento para la salud.

El 2 de julio-1991, se presenta el primer brote en el Estado de Puebla, correspondiendo este a la localidad de Santiago Miahuatlán, de la Jurisdicción de Tehuacán, Pue.

A partir de esa fecha, se han registrado casos en todos los años subsiguientes, con variaciones extremas.

En los años de 91 - 92 el número de casos reportados fue muy similar (947 Y 940), sin embargo en 1993 se presenta la mayor epidemia hasta el momento conocida, con 2958 casos.

De 1994 en adelante se observa un decremento en los años pares y un incremento en los años nones. El total de casos acumulados en estos 8 años es de 6203. En el presente año, no han ocurrido casos.

En cuanto a las defunciones, el número más elevado de ellas se registró en 1993 con 22; pero la mayor letalidad se observa en 1994, con una tasa de 3.17 por 100 casos. La tasa de mortalidad se ha mantenido por debajo de 1 X 100,000 habitantes.

Justificación

En la Jurisdicción Sanitaria N°9 en el año de 1997 se registraron 5 casos por cólera no pertenecieron al Municipio de Palmar de Bravo, pero existen los factores de riesgo para la producción de algún brote.

Objetivo general

Mantener el cólera bajo control epidemiológico

Objetivo específico

Lograr la participación comunitaria y de las autoridades locales en la prevención y control del cólera.

Meta

Mantener la vigilancia epidemiológica

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 2001-2003

Universo

35870 habitantes y 9 fuentes de abastecimiento

Estrategias

1. Determinar áreas prioritarias de trabajo, con base en el comportamiento epidemiológico de periodos anteriores y en localidades cercanas, así como áreas con carencia de servicios públicos.
2. Monitoreo al 100% de las fuentes de abasteciendo de agua
3. Incrementar las determinaciones de cloro residual, ph, y vibrió cholerae en el agua para uso y consumo humano, así como el monitoreo de alimentos que se ofrecen en la calle o establecimientos comerciales y en aguas negras, para la identificación oportuna del agente causal, con apoyo de la Jurisdicción sanitaria.
4. Contar, con un programa de capacitación continua para la población, sobre las medidas preventivas, el cuadro clínico y la actitud ante un cuadro diarreico.
5. Realizar simulacros en la comunidad con la participación del personal de salud, promotores, auxiliares y médicos tradicionales en el cual se asignen tareas específicas a realizar en caso de un posible brote.
6. Capacitar a las madres de familia en la elaboración higiénica de los alimentos así como al personal que manipula alimentos en la calle o negocios establecidos, apoyas en forma didáctica con carteles, películas, rotafolios, y demostraciones.
7. Difundir y vigilar el cumplimiento de la NOM-016-SSA2-1994. "Para la prevención y control del cólera"

VI.1.8.-Adicciones

Alcoholismo y abuso en el
consumo de bebidas alcohólicas,
Tabaquismo.

Introducción

Pese a no ser un fenómeno nuevo, los efectos negativos del uso y abuso de drogas sobre el individuo y la sociedad se han manifestado con mayor intensidad recientemente. Desde hace tiempo se establecieron programas contra el alcoholismo en el país. No obstante, su impacto ha sido menor del esperado. Al problema del alcoholismo se ha sumado en los últimos años

ha sido menor del esperado. Al problema del alcoholismo se ha sumado en los últimos años el consumo creciente de tabaco y el uso de otras drogas. Lo anterior se hace patente al identificar entre las diez primeras causas de mortalidad general las asociadas al tabaquismo y al abuso en el consumo de alcohol. (25)

Además de los efectos sobre la salud de quienes las ingieren, el consumo de drogas ilícitas repercute sobre la seguridad pública al incrementar los índices de criminalidad.

Las diversas acciones que conforman este programa buscan incorporar la percepción de la comunidad sobre las manifestaciones de estas adicciones, intentando conformar una estrategia de coordinación entre las instituciones y las propias comunidades. (25)

Componentes

- Alcoholismo
- Tabaquismo.

Programa de prevención del alcoholismo y abuso en el uso de bebidas alcohólicas

Introducción

Alcoholismo se define cuando el consumo de alcohol es fuerte se produce tolerancia, es decir, el organismo requiere mayor dosis de alcohol para obtener las mismas sensaciones. Esta necesidad que se va generando hacia el incremento de la cantidad bebida facilita la adicción o alcoholismo y, cuando éste se presenta, existen grandes dificultades por detener el consumo, cuando se empieza a beber. Al suspender la utilización del alcohol se desarrollan síntomas como náuseas, temblores y ansiedad hasta el extremo del *delirium tremens*.

El alcohólico pierde el interés por lo que le rodea, lo que puede ocasionar la pérdida de su empleo y familia.

Las consecuencias en la comunidad por consumo de bebidas alcohólicas, ya se ha reiterado o no, provoca serios problemas a la comunidad, pues se vincula estrechamente con diversos problemas de salud pública, así como de un alto porcentaje de muertes ocurridas en accidentes automovilísticos, en el trabajo o en el hogar, la violencia intrafamiliar, riñas callejeras y el ausentismo laboral. Todo esto se refleja en un costo económico considerable proveniente del uso excesivo de los servicios de salud, las lesiones, la falta de productividad entre otros aspectos.

Justificación

Por un análisis de priorización que consiste en ordenar los daños a la salud (mortalidad) identificados en un diagnóstico de acuerdo a la importancia que estos tengan para la Salud Pública de la población en estudio.

En el grupo de edad productiva en el Municipio de Palmar de Bravo de 1994 a 1998, se observa en los primeros lugares a la cirrosis, enfermedades crónicas del hígado y accidentes cuya causa se debe a la alta adicción al alcoholismo en este grupo de edad.

Objetivo general

Reducir los índices de uso y abuso del alcohol, detectar y brindar atención oportuna a los adictos, así como abatir los problemas de salud pública relacionada con el consumo del alcohol como, la cirrosis hepática, violencia, y accidentes.

Metas

Reducir el consumo de bebidas alcohólicas.

Limites

Geográfico:

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

2000 – 2001

Universo

18,211 habitantes en edad productiva

Estrategias

1. Integrar como factor fundamental a las autoridades municipales en la autorización limitada de permisos para venta de bebidas alcohólicas, y prohibir estrictamente la venta a menores de edad, así como implementar un horario limitado para la atención al cliente.
2. Orientar a la comunidad sobre los problemas que causa el alcoholismo, a fin de contribuir a su prevención dirigidas en forma prioritaria a la población masculina en edad productiva con apoyo de los promotores y el sindico de salud, creando un plan de trabajo de acuerdo a los horarios disponibles de ese grupo de personas utilizando material didáctico atractivo como películas, rotafolios, invitación a personas para dar testimonio de su rehabilitación, así como temas específicos de cirrosis y otras enfermedades causadas por el alcohol, tabaquismo y drogas, haciendo hincapié en el efecto negativo que produce en el hogar como son: la disminución del ingreso económico lo cual afecta en la distribución del mismo para cubrir las necesidades básicas de la familia, además de disminuir en su capacidad laboral.
3. Detectar a los enfermos alcohólicos con ayuda de sus familiares y promover su integración a los grupos de alcohólicos anónimos u otros grupos de asociaciones civiles y religiosas, al identificar a estas personas se deberá canalizar la información a un grupo de personas voluntarias, con capacidad de convencimiento y de buena conducta previamente organizado para tal finalidad; y ser el enlace del paciente alcohólico y el grupo de apoyo.
4. Derivar oportunamente a un segundo nivel de atención para integrar su diagnóstico e iniciar tratamiento de acuerdo a su evolución iniciar un registro y control para dar seguimiento.

5. Brindar tratamiento médico y psicológico al enfermo alcohólico y orientar a su familia, a fin de apoyarlo en su tratamiento.

6. Fomentar la participación activa de las autoridades políticas, civiles y religiosas de la comunidad en la creación de grupos para la rehabilitación de alcohólicos.

Estrategias de investigación

1. Conocer cuantos expendidos de bebidas alcohólicas existen en el municipio, autorizadas y clandestinas, así como la cantidad de producto que se distribuye en forma semanal.

2. Realizar una investigación del promedio de personas que consumen bebidas alcohólicas, utilizando una muestra considerable, que involucre varias localidades del municipio de Palmar y de esta manera poder estimar el uso y abuso del consumo de alcohol.

Programa de prevención contra el Tabaquismo

Introducción

En México el 25% de la población de 12 a 65 años son fumadores y el 75% se inician en el tabaquismo antes de los 18 años. La imitación y la curiosidad son los dos principales motivos asociados al inicio del tabaquismo y la estrategia de mercado que la industria tabacalera emplea. Los niños de primaria son muy susceptibles a que se les pueda modificar su conducta hacia el tabaco, si son abordados en forma temprana y apropiada.

El tabaquismo ha sido considerado como problema de salud pública ya que se encuentra asociado como factor de riesgo para múltiples enfermedades crónico-degenerativas tales como hipertensión arterial, enfermedades cardio y cerebrovasculares, enfisema pulmonar así como cáncer pulmonar, de labio, boca, faríngeo, vejiga, riñón y páncreas, cáncer cervicouterino y de mama.

Justificación

El Municipio de Palmar de Bravo tiene una población de 4,069 habitantes de 10 a 19 años esta población es la más vulnerable de ser persuadida por la estrategia de mercadotecnia de la industria tabacalera, además de ser imitadores y por curiosidad iniciarse en el hábito de fumar.

Objetivos

Informar apropiadamente a los niños, padres de familia y maestros sobre los riesgos que para la salud repercute el fumar

Meta

Informar sobre los riesgos a la salud en el 100% de los niños de sexto año de primaria, secundarias y bachillerato. 4,069 alumnos

Limites

Geográfico

Tiempo

2000 – 2001

Universo

4,069 habitantes de 10 a 19 años

Estrategias

Impartir platicas informativas apropiadas en población escolar (10–12 años) en base al resultado de la investigación anterior.

Impartir platicas informativas apropiadas sobre las estrategias comerciales de la industria tabacalera que propician el mal habito de fumar, a la población escolar (10–12 años) hasta los de bachillerato.

Impartir platicas informativas sobre el tabaquismo a los padres de familia y maestros.

VI.2. Líneas Estratégicas**VI.2.1.-Promoción de la Salud**

Salud familiar.

Introducción

La educación para la salud se fundamenta en la creación de hábitos, costumbres y valores del individuo, promueve la formación de una conciencia en los habitantes sobre la importancia de su salud y forma de preservarla a través de su participación individual, familiar y social.

El escaso desarrollo o ausencia de mecanismos orientados a promover la participación social para preservar y mejorar la calidad de la vida y las condiciones del medio ambiente, dificulta el logro de los programas de salud; más todavía, se considera que un elevado volumen de la demanda de atención está representado por las patologías asociadas a las malas condiciones de saneamiento y de higiene personal que puedan ser abatidas en la medida en que la propia población las identifique y las corrija. (4)

Componentes

- Salud familiar.

Objetivo general

Participar en el desarrollo de los programas sustantivos, a través del impulso hacia un adecuado estado de salud a escala individual y familiar.

Objetivo específico

Lograr la participación activa y consciente de los individuos, en beneficio de su salud, la de su familia y la de su comunidad, fundada en el desarrollo de valores, conocimiento, actitudes, hábitos y conductas que la favorecen.

Metas

Cumplir al 95% la promoción para la salud en cada programa (equivalente a 201 platicas de fomento a la salud dentro de cada unidad de salud generando 1005 platicas) no incluye las platicas de fomento a la salud que realiza las auxiliares, promotores, y médicos tradicionales la cual equivale a 1,526 platicas por 16 auxiliares de casas de salud.

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

Del 2001-2003

Universo

35,870 habitantes

Estrategia

1. Diseñar y desarrollar acciones educativas en todas las materias de salud individual y familiar, otorgando prioridad a las siguientes: nutrición, manejo de las enfermedades respiratorias, manejo de las enfermedades diarreicas, control prenatal, planificación familiar. Reforzando las técnicas de educación y el material didáctico creando nuevas formas en la participación de la comunidad.

2. Capacitar al 100% de los servidores de salud en educación para la salud.

3. Todas las unidades de salud deberán promover la educación para la salud cuando el usuario se encuentre en la sala de espera. (201 platicas de educación para la salud incluye las platicas de los programas específicos, generando un total de 1005 platicas además de las 1526 impartidas por las 16 auxiliares de salud).

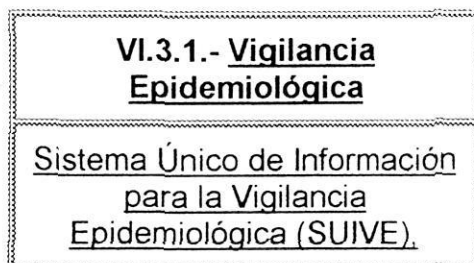
4. En todas las unidades de salud se otorgara educación para la salud dirigida a grupos específicos.

5. El médico deberá promover la educación para la salud dirigida al padecimiento que origino la consulta.

6. Reforzar la acción comunitaria, mediante la penetración en el núcleo familiar para desarrollar conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes personales entre la población, en torno a la salud.

7. Capacitar permanentemente a las autoridades municipales y a líderes de la comunidad, para contribuir a elevar el nivel de salud de la población.

VI.3 Mecanismos de apoyo



Introducción

Todo Sistema de Vigilancia Epidemiológica, por la propia naturaleza de sus objetivos, debe ser capaz de difundir oportunamente sus resultados proporcionando al resto del sistema de salud herramientas útiles para la toma de decisiones a fin de brindar información en salud, oportuna y adecuada, para la toma de decisiones en los programas de prevención y control en los ámbitos nacional, estatal y local.

Componentes

- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).
- Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica.

Objetivo general

Contar con información epidemiológica, en forma oportuna y adecuada, para el conocimiento permanente y dinámico del estado de salud de la población, así como de los factores que la condicionan.

Estrategias

1. Actualizar, asesorar, operar y consolidar el SUIVE.
2. Apoyar la capacitación y el adiestramiento en servicio del personal de salud, para establecer una integral, oportuna y eficaz vigilancia epidemiológica.
3. Evaluar el impacto de los programas sustantivos en la reducción de los factores de riesgo y en la mejoría de los niveles de salud de la población, con la finalidad de retroalimentarlos, para mejorar las medidas de intervención.
4. Sistematizar, difundir y vigilar el cumplimiento de la normatividad institucional en la materia.

5. Realizar y actualizar encuestas de salud, que permitan ampliar el panorama epidemiológico nacional y estatal, para una adecuada toma de decisiones.

6. Disponer de manuales de operación únicos para todas las instituciones del sector utilizados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

7. Establecer mecanismos de flujo y retroalimentación de la información entre los diferentes niveles e instituciones del sector salud.

Impacto

El desarrollo de este mecanismo de apoyo nos permite identificar indicadores directos de impacto, y se analiza cuáles serían los mejores indicadores de resultados.

VI .3.2.- Información Estadística y Desarrollo Informático

Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), .

Introducción

Desde su creación las instituciones públicas de salud han desarrollado sistemas de información de salud. Con el tiempo estos sistemas han confluído cada vez más hacia la homologación en sus contenidos y definiciones, aunque subsisten aún ciertas diferencias. En general, los sistemas de información de las principales instituciones de salud se organizan en forma modular.

El sistema de información y evaluación apoyan en la toma de decisiones en el nivel local y se mantiene al mismo tiempo un cuerpo común de indicadores nacionales, capaces de medir en forma oportuna y confiable el desempeño de los servicios y las condiciones de salud de la población. (4)

Componentes

- Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

Objetivo general

Consolidar el Sistema de Información del Sector Salud, asegurando mantener un nivel aceptable de cobertura institucional, de oportunidad y confiabilidad,

Estrategias

1. Asegurar la confiabilidad de la información, mediante una supervisión periódica del sistema de información.

2, Identificar los requerimientos de información que permitan conocer los problemas de salud del Municipio.

VI.4 OTROS PROGRAMAS

VI.4.1. Programa en caso de contingencia ambiental

Introducción

Durante los últimos años, el Municipio de Palmar de Bravo al igual que varias regiones del estado de Puebla han sido afectadas por sismos lo cual ha causado daños irreparables en las construcciones que ya datan de varios años, aunado a la concentración cada vez mayor de gente estos fenómenos tienden a volverse más destructivos.

La respuesta de la comunidad ha estado fundamentalmente orientada hacia las medidas de rescate, se ha llegado ya a la conclusión de que las consecuencias reales y potenciales de estos acontecimientos de la naturaleza, que traen consigo desastres, están adquiriendo mayor atención a las actividades de planeación y prevención.

La información y la educación a la población es necesaria para alertarla con respecto a los peligros naturales que existen en el lugar donde reside y de los desastres que se pueden presentar a corto, y largo plazo, para así lograr una mayor conciencia entre las comunidades y fomentar acciones orientadas a prevenir.

Justificación

El Municipio de Palmar de Bravo por un estudio del Sistema de Protección Civil del Estado de Puebla se considera que los fenómenos naturales que pueden afectarlo son: sequías, granizadas, heladas, sismos y sería afectadas en caso de actividad volcánica del Xitlaltepetl (Pico de Orizaba) en este caso las localidades de San Antonio Soledad, San José García, San Francisco Piletas, Guadalupe Piletas y Encrucijada Primera y Segunda sección quedan dentro del área 2 (anaranjada) donde en caso de actividad en esta área el riesgo sería que llegarían flujos piroclásticos (lava) que viajan a alta velocidad, solo en minutos debido a la pendiente que tiene el volcán y por la presencia de barrancas que se originan desde el cráter y llegan hasta el área naranja, también llegarían flujos de lodo, caída de ceniza y pómez que puede variar de 1 mm a menos de 2 (ligera cobertura de polvo fino) en erupciones pequeñas y hasta un metro de espesor en erupciones muy grandes.

En el área 3 (amarilla) queda incluido el resto del Municipio en caso de actividad volcánica podría ser afectada por el mismo tipo de flujos que las anteriores, pero sería menos afectada por la caída de arena volcánica y pómez que sería de varios centímetros sólo en el caso de erupciones muy grandes. (26)

Objetivo.

Informar a la población los fenómenos naturales que pueden afectar su salud y que hacer en caso de contingencia ambiental

Objetivos específicos

Informar a la población de los fenómenos naturales que pueden afectarlos en su salud en casos de sequías, granizadas, heladas.

Informar a la población de los fenómenos naturales que pueden afectarlos en su salud en casos de sismos.

Informar a la población de los fenómenos naturales que pueden desencadenarse en casos de actividad volcánica del Xitlaltepelt (Pico de Orizaba).

Metas

Informar al 70% de la población sobre los fenómenos naturales que los pueden afectar en forma general.

Estrategia

1. Solicitar asesoría al Sistema de Protección Civil para que sean impartidas pláticas sobre los fenómenos naturales que a corto o mediano plazo pueden afectar a los habitantes del Municipio de Palmar de Bravo.

2. Impartir pláticas en las escuelas desde preescolar a bachillerato sobre los fenómenos naturales que afectan en forma particular a el Municipio de Palmar de Bravo. (54 escuelas y 108 pláticas de información.

3. Creación de albergues bien acondicionados en Cuacnopalan en caso de granizadas y heladas para albergar temporalmente a pobladores afectados en sus viviendas.

4. Creación de albergues bien acondicionados en San Miguel Xaltepec en caso de actividad del volcán Xitlaltepelt (Pico de Orizaba)

VI .4.2. Programa contra la violencia doméstica.

Introducción

La organización de las Naciones Unidas define la violencia contra la mujer como "Cualquier acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; incluyendo las amenazas de dicho o actos, coerción y/o privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurren ya sea en la vida pública o privada" La mayoría de los actos son cometidos por un hombre que la víctima conoce, generalmente la pareja, por lo que también se utilizan los términos de violencia doméstica o conyugal

Se estima que tanto en países industrializados como en países en desarrollo, las mujeres entre 15 a 44 años pierden uno de cada cinco años de vida saludable, debido a violaciones y violencia doméstica

Los actos de violencia pueden clasificarse en cuatro categorías:

Se habla de violencia física cuando una mujer se encuentra en una situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física.

La violencia psicológica/emocional incluye agresiones que ofenden, humillan, asustan, y en general atenta contra la salud mental de la víctima.

La violencia sexual incluye cualquier tipo de práctica sexual involuntaria.

La violencia económica consiste en controlar a la víctima a través del manejo del dinero, las propiedades, y en general todos los bienes de la familia.(27).

Justificación

En el Municipio de Palmar de bravo existen 7,855 mujeres de 15 a 49 años y no existen registros para corroborar el abuso y darle un seguimiento adecuado a la paciente detectada como víctima de violencia doméstica.

En 1996 se reporta una tasa de mortalidad de 6.06 por homicidios y lesiones infringidas intencionalmente por otra persona, en 1997 fue de 5.8 y en 1998 fue de 2.82.

Objetivos

Informar al personal de salud como detectar a pacientes víctimas de violencia doméstica y como orientar a estas pacientes hacia su recuperación física y psicológica.

Objetivos específicos

Evaluar en forma adecuada el nivel de riesgo de las víctimas de violencia doméstica.

Canalizar adecuadamente a centros de apoyo a las víctimas de violencia doméstica.

Dar registro para dar seguimiento adecuado a la paciente de violencia doméstica.

Limites

Geográfico

Municipio de Palmar de Bravo

Tiempo

2000 – 2001

Universo

7,855 habitantes mujeres de 15 a 49 años

Estrategias

Detectar a pacientes víctimas de la violencia familiar

Inspeccione con atención a lesiones físicas que no tienen una explicación congruente; heridas en distintas etapas de cicatrización; pacientes con propensión a los accidentes. *(Tenga en cuenta que muchos síntomas psicosomáticos pueden ser producto de una situación de violencia prolongada como: colitis, gastritis, migrañas, dermatitis, etc.)*

Valore manifestaciones que podrían catalogarse como problema de salud mental (ansiedad, ataques de pánico, desórdenes del sueño y la alimentación, depresión, ideas suicidas, etc.)

Ponga especial atención a trastornos durante el embarazo (dolor pélvico crónico, infecciones vaginales recurrentes).

Haga preguntas específicas sobre la causa del padecimiento y lleve a cabo la entrevista en un lugar privado, asegurándole a su paciente confidencialidad absoluta.

Evaluación del nivel de riesgo

Cuando haya detectado a una víctima de violencia, siempre evalúe el riesgo que ésta corre al regresar con su agresor. Asimismo, esté alerta a las manifestaciones que indiquen que la paciente necesita ayuda inmediata de un psicólogo.

Elaboración de un plan de emergencia

Aún cuando piense que la víctima no corre riesgo inmediato, es importante que la ayude a desarrollar un plan de emergencia por si llegara a necesitarlo. Este deberá incluir: tener identificado a un familiar o vecino de confianza que le puede ayudar en una emergencia, mantener una bolsa con ropa, un poco de dinero, documentos oficiales y teléfonos importantes.

Canalización

Identifique los centros de apoyo a víctimas de violencia intrafamiliar para poder ofrecer diferentes opciones a su paciente. También explíquelo que aún si no se desea denunciar a su pareja, es conveniente que levante un acta ante el Ministerio Público. Esto no provocará que se tomen represalias contra el agresor, sin embargo la firma de un médico legista podrá serle de utilidad si algún día desea emprender una acción legal.

Registro

La historia clínica es un documento valioso para corroborar el abuso y darle un seguimiento adecuado a la paciente. Por ello, recomendamos que anote la causa junto con la descripción del padecimiento en el expediente de la paciente.

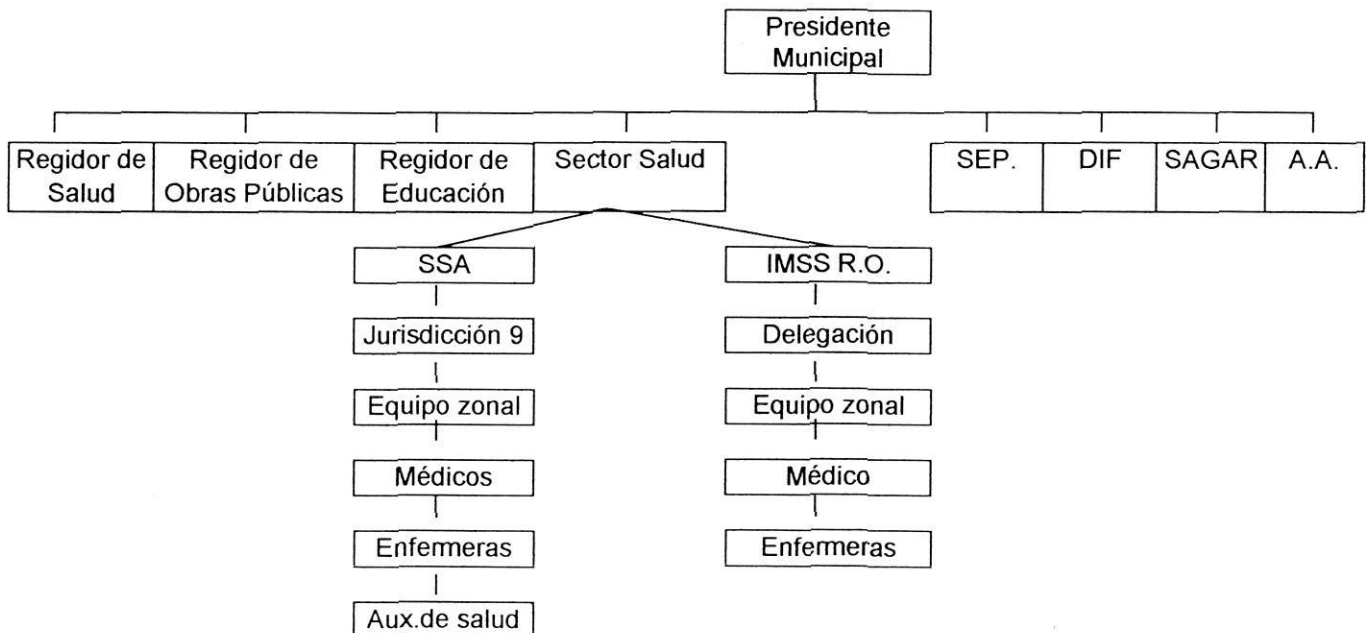
VII. PLANEACION

La planeación del "Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo ha sido realizado sobre la base de las necesidades observadas y con apoyo de la priorización utilizando el método de Hawnlon; se han establecido objetivos, y metas así como el universo, y los mecanismos de acción basándose en estrategias factibles que involucran la participación del Sector Salud, autoridades Municipales, Comunidad, Secretaria de Educación Pública, SAGAR, etc..

Cronológicamente se proyecta cada programa para un año iniciando en el mes de Enero que coincide con el ejercicio administrativo del Municipio.

VIII. ORGANIZACION

La organización es parte del proceso administrativo que nos permite organizar la distribución de las actividades y el personal responsable; En la organización se encuentra como representante de la máxima autoridad al Presidente Municipal de Palmar de Bravo, incluyendo al síndico en salud, al síndico de educación, al síndico de obras públicas; el Sector Salud representado por 2 grandes instituciones: SSA e IMSS régimen ordinario, entre otras instituciones esta la SEP la cual influye en la promoción de la salud, DIF, SAGAR, A.A. Con la finalidad de establecer y reconocer las interrelaciones con las distintas dependencias para finalmente cumplir los objetivos y metas del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo.



	Cambios de hábitos higienicodietético	Paciente hipertenso Familia
Programa	Actividad	Responsable
*Cirrosis hepática	Promoción en educación para la salud	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos M. tradicionales
	Detecciones	Enfermeras, Médicos Familia
	Control médico	Médico
	Recursos	Jurisdicción 9, IMSS
	Cambios de hábitos higienicodietético	Paciente cirrótico Familia
	Apoyo moral y psicológico	Alcohólicos Anónimos
Salud reproductiva	Promoción en educación para la salud	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos Parteras
*Planificación familiar	Control	Médico Enfermera Partera
	Recursos	Jurisdicción 9, IMSS
*Salud perinatal	Promoción en educación para la salud	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos Parteras
	Control prenatal	Médico
	Atención del parto	Médico Enfermera
	Atención del puerperio	Médico Enfermera
	Atención del recién nacido	Médico Enfermera
	Recursos	Jurisdicción 9, IMSS
	Vigilancia para la prevención de la mortalidad materno-infantil	Comité para la prevención de la mortalidad materno-infantil
*Salud de la mujer (Prevención del cáncer mamario y c.u.)	Promoción en educación para la salud	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos Parteras
	Detecciones de cáncer mamario	Mujeres + 25 años Enfermeras, Médicos
	Detecciones de cáncer cervicouterino	Enfermeras, Médicos
	Recursos	Jurisdicción 9, IMSS

Programa	Actividad	Responsable
Enfermedades transmitidas por vector	Promoción en educación para la salud	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos
	Mantener la vigilancia epidemiológica	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos
Zoonosis	Promoción en educación para la salud	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos SAGAR
	Mantener la vigilancia epidemiológica	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos Maestros
	Control médico	Médico
	*Rabia vigilancia del agresor	Paciente Promotor Auxiliar de salud
	Recursos	Jurisdicción 9, IMSS
Tuberculosis	Promoción en educación para la salud	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos
	Mantener la vigilancia epidemiológica	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos Maestros
	Control médico	Médico
	Supervisión de tratamiento	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos
	Recursos	Jurisdicción 9, IMSS
Cólera	Promoción en educación para la salud	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos
	Mantener la vigilancia epidemiológica	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos Maestros
	Control médico	Médico
	Recursos	Jurisdicción 9, IMSS
	Monitoreo de las fuentes de abastecimiento	Síndico de salud Auxiliar de salud Promotores

Programa	Actividad	Responsable
Adicciones	Promoción en educación para la salud	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos Maestros Sindico de salud DIF A.A.
Información estadística	Informacion Oportuna del comportamiento epidemiológico	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos
Contingencia ambiental	Información sobre riesgo ambiental	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos Sindico de salud Protección civil
Contra la violencia domestica	Detectar pacientes víctimas de la violencia	Auxiliares de s. Enfermeras, Médicos Sindico de salud Juez de paz

IX. CONTROL Y EVALUACION

El plan de salud del Municipio de Palmar de Bravo deberá cumplir con un control y evaluación para medir en forma mensual todos los programas y corregir el desempeño de cada actividad, con el fin de que se cumplan los objetivos.

Para realizar el control integral de los programas y cada una de sus acciones es necesario realizar las siguientes etapas:

- a) Generación de la información que se origina del comportamiento de enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo, enfermedades infecciosas del aparato respiratorio, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades transmitidas por vector, zoonosis, otras enfermedades exantemática, otras enfermedades transmisibles, otras enfermedades no transmisibles, así como la mortalidad, el documento oficial es el EPI-98, SISPA además existen otros registros como el censo de vacunación, tarjeteros de pacientes en control mensual y otras actividades como las platicas de educación para la salud, así mismo es requisito mantener la información de los 5 años anteriores para realizar las comparaciones;
- b) La segunda etapa consiste en realizar la supervisión la cual se apoyara en los equipos zonales de supervisión o grupos multidisciplinarios.
- c) Por último la evaluación la cual debe contar con las siguientes características: apego a la normatividad, uso de insumos, desarrollo de acciones y alcance de metas para cada uno de los programas.

Componentes

- Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).
- Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones
- Subcomponente Control y Supervisión por Programa

Control y Evaluación del programa Vacunación

ACTIVIDADES	PROGRAMADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Campañas de vacunación	3					
Dosis de Sabin en campañas	17,664					
Dosis de Sabin en menores de 1 año	3587					
Pentavalente	3729					
DPT 2 años, 4 años	2055					
BCG . R.N.	896					
Triple viral 1 año y 6 años	2212					
Toxoide tetanico m{as de 12 años	1048					
Vigilancia epidemiológica	100%					
Abasto de Insumos	100%					
Funcionamiento de la red fría	100%					
Promoción de las campañas						
- Escuelas Preescolares	19					
- Escuelas Primarias	25					
Propaganda	10 Carteles 5 Mantas 9 Bardas P.					
Platicas de educación para la salud vacunación	460					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Prevención de EDA"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Centros de hidratación funcionando	5					
Madres capacitadas	4,601					
Cursos de capacitación al personal de salud	1					
Personal de salud a capacitar	31					
Cursos de capacitación a la org. comunitaria	3					
Personal comunitario capacitado	74					
Monitoreo mensual de fuentes de abast.	108					
Cloración de fuentes de abastecimiento	108					
Construcción de letrinas	635					
Atención de casos	-1 año 74 Preesc. 57 Escolar 138 Adultos 338					
Mortalidad en el -5 años	2 Defunciones					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Prevención de IRA"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADAS	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Madres capacitadas	4,601					
Cursos de capacitación al personal de salud	1					
Personal de salud a capacitar	31					
Cursos de capacitación a la org. comunitaria	3					
Personal comunitario capacitado	74					
Construcción de cuartos	817					
Separación de cocina	657					
Construcción de ventanas	657					
Atención de casos	-1año 351 Preesc. 934 Escolar 773 Adultos 1976					
Mortalidad en el -5 años	4 Defunciones					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Nutrición"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Madres capacitadas	4,601					
Capacitación a mujeres embarazadas	832					
Tarjeteros de control	5 (1) por UMS					
% de consulta mensual a desnutridos	98%					
Casos esperados	Enero 2464 Dic. 988					
Mortalidad en – 5 años	2 Defunciones					
Construcción de huertos familiares	1,232					
Construcción de granjas familiares	616					
Funcionamiento de Centros de Nutrición	5					
Apoyo alimentario por el DIF Municipal	1,232 familias					
% de abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa " Diabetes Mellitus"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de educación para la salud	240					
Ferias de la salud	3					
Detecciones a mayores de 25años	6,486					
Casos nuevos esperados	81					
Casos en control	Enero:210 Diciem.298					
Consultas subsecuentes	2,553					
Clubes de diabéticos	10					
Mortalidad	7 defunciones					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Hipertensión Arterial"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de educación para la salud	240					
Ferias de la salud	3					
Detecciones a mayores de 25años	6,486					
Casos nuevos esperados	131					
Casos en control	Enero:350 Diciem.481					
Consultas subsecuentes	4032					
Clubes de Hipertensos	10					
Mortalidad	8 defunciones					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Cirrosis"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de educación para la salud	198					
Ferias de la salud	3					
Detecciones a mayores de 25 años	1297					
Casos nuevos esperados	51					
Casos en control	Enero 3 Diciembre 54					
Consultas subsecuentes	108					
Mortalidad	12 Defunciones					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Planificación Familiar"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de educación para la salud	240					
Usuarías activas	Enero 559 Diciembre 726					
Consultas 1° y subsecuentes	8917					
Cursos de capacitación al personal de salud	2					
Personal a capacitar	21					
Cursos de capacitación a parteras	2					
Parteras a capacitar	9					
Tasa general de fecundidad	Enero 131.6 Dic. 110.0					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Maternoinfantil"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADAS	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de educación para la salud	290					
Embarazadas	896					
Consultas 1° y subsecuentes	5376					
Cursos de capacitación al personal de salud	1					
Personal a capacitar	31					
Cursos de capacitación a parteras	2					
Parteras a capacitar	9					
Partos con atención institucional UMS	234					
Partos con atención de parteras	89					
Vacunación contra tétanos neonatal	896					
Mortalidad materna	0					
Mortalidad perinatal	9 Defunciones					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Prevención del Cáncer Cervicouterino"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADA	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de promoción para la salud	240					
Muestras de citología	1830					
Cursos de capacitación al personal de salud	2					
Personas a capacitar	31					
Mortalidad	1					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Prevención del Cáncer de Mama"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de promoción para la salud	240					
Detecciones deCAMA	2440					
Cursos de capacitación al personal de salud	2					
Personas a capacitar	31					
Mortalidad	0					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Prevención de Enfermedades Transmisibles Por Vector"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de promoción para la salud	25					
Mejoramiento de la vivienda "paredes"	130					
Mejoramiento de la vivienda "techos"	130					
Mejoramiento de la vivienda "pisos"	130					
Vigilancia epidemiológica	100%					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Prevención de la Rabia"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de promoción para la salud	180					
Campañas de vacunación canina antirrábica	1					
Total de perros	5978					
Dosis antirrábicas canina	6300					
Curso de capacitación al personal de salud	1					
Personas a capacitar	31					
Atención a personas agredidas	23					
Casos de rabia animal	0					
Casos de rabia humana	0					
Vigilancia epidemiológica	100%					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Tuberculosis Pulmonar"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de promoción para la salud	42					
Cursos de capacitación al personal de salud	1					
Personas a capacitar	31					
Búsqueda de tosedores crónicos	188					
% de baciloscopias a casos probables	100%					
Nuevos casos esperados	9					
% de tratamientos estrictamente supervisado	100%					
Mortalidad	0					
Vigilancia epidemiológica	100%					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Prevención del Cólera"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de promoción para la salud	24					
Cursos de capacitación al personal de salud	1					
Personas a capacitar	31					
Monitoreo de fuentes de abastecimiento	9 c-mes					
Cloración de las fuentes de abastecimiento	9 c-mes					
Casos esperados	0					
Vigilancia epidemiológica	100%					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de promoción para la salud	102					
Cursos de capacitación al personal de salud	1					
Personas a capacitar	31					
Nuevos casos esperados	78					
Vigilancia epidemiológica	100%					
% de Abastecimiento de material e insumos	100%					

Control y Evaluación del programa "Educación para la salud"

ACTIVIDADES	PROGRAMADO O ESPERADO	REALIZADO	% ALCANZADO	OBSERVACIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Platicas de promoción para la salud por Enfermeras y médicos	1,005					
Platicas de promoción para la salud por Auxiliares de casa de salud (16)	1,526					
% de Abastecimiento de material	100%					

X. Se describe una estimación del Presupuesto del Plan de Salud, por Programa:

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
Programa Vacunación.

Grupo etario	Vacuna	Cantidad de dosis	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Costo total de vacuna
- 5 años	Sabin cam.	17,664	Fco. 20 dosis	904 Fco.	\$ 13.00	\$ 11,752.00
2,4,6 meses	Sabin	3587	Fco. 20 dosis	207 Fco	13.00	2,691.00
2,4,6 meses	Pentavalente	3587	Fco. unidosis	3587 Fco	1.00	3,587.00
2 y 4 años	DPT	2055	Fco. 10 dosis	215 Fco	11.60	2,494.00
R.N	BCG	896	Fco. 20 dosis	50 Fco	1.00	50.00
1 y 6 año	Triple viral	2212	Fco. unidosis	2212 Fco	17.70	39,152.00
Adultos	TD	2048	Fco. 10 dosis	260 Fco	9.00	2,340.00
						\$62,066.00

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
Programa Prevención de EDAS

Grupo etario	Consultas	Costo de consulta	Total costo de consulta	Medicamentos	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Total costo de medicamentos
Infantil	74	\$ 22.00	\$ 1,628.00	Vida Suero Oral	Sobre	370	\$ 0.50	\$ 185.00
				Acetaminofen	Solución g.	8	3.60	28.80
				Ampicilina o TMS.	Suspensión	12	9.00	108.00
Preescolar	57	22.00	1,252.00	Vida Suero Oral	Sobre	285	\$ 0.50	142.50
				Acetaminofen	Solución	22	3.60	79.20
				Ampicilina o TMS.	Suspensión	22	9.00	198.00
Escolar	138	22.00	3,036.00	Vida Suero Oral	Sobre	690	\$ 0.50	345.00
				Acetaminofen	Tabletas	69	4.00	276.00
				Ampicilina o TMS.	Suspensión	138	9.00	1,242.00
				Ampicilina o TMS.	Tabletas	69	15.00	1,035.00
Adultos	338	22.00	7,436.00	Vida Suero Oral	Sobre	1690	.50	845.00
				Acetaminofen	Tabletas	169	4.00	676.00
				Ampicilina o TMS.	Tabletas	169	9.00	1,521.00
			13,352					6681.50
				\$ 20,033.54				

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
Programa Prevención de IRAS

Grupo etario	Consultas	Costo de consulta	Total costo de consulta	Medicamentos	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Total costo de medicamentos
Infantil	351	\$ 22.00	\$ 7,722.00	Acetaminofen	Solución g.	351	\$ 3.60	\$ 1,263.00
				Ampicilina o TMS.	Suspensión	71	9.00	639.00
				Ambroxol	Suspensión	35	10.00	350.00
				Salbutamol	Solución	4	8.00	32.00
Preescolar	934	22.00	20,548.00	Acetaminofen	Solución	93	3.60	3,362.40
				Ambroxol	Suspensión	747	10.00	7,470.00
				Salbutamol	Solución	45	8.00	360.00
				Dextrometorfano	Solución	747	4.20	3,137.40
				Procainica 400000	Ampulas l.	744	3.60	2,678.40
				Benzatinica 600000	Ampula l	94	5.40	507.40
Escolar	773	22.00	17,006.00	Acetaminofen	Solución	154	\$ 3.60	554.40
				Acetaminofen	Tabletas	619	3.00	1,857.00
				Ambroxol	Suspensión	463	12.00	5,565.00
				Salbutamol	Solución	4	8.00	32.00
				Dextrometorfano	Solución	310	4.20	1,302.00
				Procainica 800000	Ampulas l.	1236	4.20	5,194.00
				Benzatinica 1,200,000	Ampula l	154	6.00	927.00
				Adultos	1976	22.00	43,472.00	Acetaminofen
				Benzonatato	Perlas	494	12.00	5,928.00
				Ambroxol	Comprimidos	494	12.00	5,928.00
				Procainica 800000	Ampulas l.	1185	4.20	4,977.00
				Benzatinica 1,200,000	Ampula l	154	6.00	924.00
			88,748.00					48,962.00
								137,710.00

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
Programa de Nutrición

Grupo etario	Consultas	Costo de consulta	Total costo de consulta	Medicamentos	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Total costo de medicamentos
Infantil y Preescolar	2464	\$ 22.00	\$ 54,208.00	Fumarato ferroso	Suspensión	1479	\$ 9.00	\$ 13,311.00
				Vitamina ACD	Suspensión g.	492	9.00	4,428.00
				Albendazol	Suspensión	2464	3.00	7,392.00
			54,208.00					25,131
				\$ 79,339.00				

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
Programa Diabetes Mellitus

Grupo etario	Consultas	Costo de consulta	Total costo de consulta	Medicamentos	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Total costo de medicamentos
Adultos	2,553	\$ 22.00	56,166.00	Glibenclamida	Tabletas	3,829	\$ 6.00	\$ 22,974.00
				\$ 79,140.00				

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
Programa de Hipertensión Arterial

Grupo etario	Consultas	Costo de consulta	Total costo de consulta	Medicamentos	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Total costo de medicamentos
Adultos	4032	\$ 22.00	\$ 88,704.00	A. metildopa	Tabletas	2419	\$ 12.00	\$ 29,028.00
				Captopril	Tabletas	1995	21.00	41,903.00
				Nifedipina	Capsulas	907	9.00	8,163.00
			88,704.00					79,094.00
\$ 167,798.00								

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
Planificación familiar

Grupo etario	Consultas	Costo de consulta	Total costo de consulta	Medicamentos	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Total costo de medicamentos
Grupo en	2436	\$ 22.00	86,130.00	H. orales	Tabletas	2436	\$ 9.00	21,924.00
Edad fértil	1044			H. inyectables	Ampulas	1044	7.00	7,308.00
	290			DIU	T de cobre 380	290	27.70	8,033.00
	145		86,130.00	OTB		0		37,265.00
\$ 123,399.5								

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
Programa Maternoinfantil

Grupo etario	Consultas	Costo de consulta	Total costo de consulta	Medicamentos	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Total costo de medicamentos
Embarazadas	5,376	\$ 22.00	\$ 118,272.00	Acido folico	Pastillas	896	\$ 9.00	\$ 8,064.00
				Fumarato ferroso	Pastillas	896	\$ 9.00	\$ 8,064.00
			\$ 118,272.00					\$ 16,128.00
				\$ 134,400.00				

1

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
Contra la amibiasis

Grupo etario	Consultas	Costo de consulta	Total costo de consulta	Medicamentos	Presentación	Cantidad	Precio unitario	Total costo de medicamentos
Infantil	33	\$ 22.00	\$14,256.00	Metronidazol	Suspensión	33	\$ 9.00	\$297.00
Preescolar	155			Metronidazol	Suspensión	310	9.00	2790.00
Escolar	162			Metronidazol	Suspensión	324	9.00	2916.00
Adultos	298			Metronidazol	Tabletas	298	6.00	1788.00
			14,256.00					7,791.00
				\$ 22,044.00				

1

Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo
 Incluye el total de las patologías que no se encuentran dentro de los programas específicos.

Grupo etario	Consultas	Costo de consulta	Total costo de consulta	Medicamentos	Presentación	Total costo de medicamentos
Infantil	11,231	\$ 22.00	\$247,082.00	Varios	Varios	\$179,696.00
Preescolar						
Escolar						
Adultos						
				\$247,082.00		
			\$ 426,778.00			

Total del Presupuesto del Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo

Prevención de EDAS	\$20,033.50
Prevención de IRAS	\$137,710.00
Vacunación	\$62,066.00
Nutrición	\$79,339.00
Control de Diabetes M.	\$79,140.00
Control de Hipertensión A.	\$167,798.00
Planificación Familiar	\$123,395.00
Materno infantil	\$134,400.00
Ambiasis	\$22,047.00
Otras patologías en general	\$247,082.00
Auxiliares de casas de salud	\$48,000.00
Personal de enfermería	\$150,000.00
Material de curación	\$122,000.00
Material de oficina	\$5,000.00
Material de limpieza	\$3,800.00
	\$1,401,810.50

XI. CONCLUSIÓN

El Plan de Salud del Municipio de Palmar de Bravo es el instrumento que pretende dar propuestas y estrategias para alcanzar los objetivos, y las metas que en cada programa se establecen, con un previo análisis de los factores condicionantes, daños a la salud (morbilidad y mortalidad), priorización, recursos para la salud, pronóstico y evaluación de los servicios de salud, los cuales tienen un determinado grado de impacto en la salud de los pobladores del Municipio de Palmar de Bravo.

En este análisis quedo establecido que los escasos servicios públicos (drenaje y eliminación de desechos sólidos), el hacinamiento en las viviendas, cocina dentro de uno de los dormitorios, paredes y techos de material de construcción ligeros, piso de tierra, convivencia muy cercana con animales domésticos, son factores de riesgo para adquirir enfermedades infecciosas, las transmitidas por vectores y zoonosis; causando impacto en todos los grupos etáreos por ejemplo las infecciones respiratorias agudas y sus complicaciones neumonía e influenza, en segundo lugar las enfermedades infecciosas intestinales y en tercer lugar las deficiencias de la nutrición, la primera y la tercera causa, originan daño principalmente a la población infantil, preescolar y en edad post productiva.

También se observa la presencia de padecimientos crónico degenerativos principalmente cirrosis hepática y enfermedades crónicas del hígado en población económicamente activa, así como, también se observan en este grupo los accidentes.

La cobertura de los servicios de salud de primer nivel cae dentro de los parámetros de la OPS pero falta la consolidación de este primer nivel y de servicios estratégicos de segundo nivel. Existe una alta participación de médicos tradicionalistas y parteras sin capacitación institucional, así como un alto grado de analfabetismo y falta de organizaciones civiles que se preocupen por participar como voluntarios en los programas del Sector Salud y de que estas organizaciones civiles tengan la iniciativa y voluntad para crear otras alternativas.

Por lo que este plan dentro de sus objetivos y estrategias se encuentra labores de información, participación y de concientización a la población de que se tienen que organizar como sociedad para prevenir en lo posible factores de riesgo que afecten su salud, así como participar en actividades de gestión ante las autoridades para el mejoramiento de la infraestructura en servicios públicos y de salud.

XII BIBLIOGRAFIA

1. Zedillo Ponce de León E. SSA Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000. Diario Oficial de la Federación, Marzo 1996.
2. Zedillo Ponce de León E. México Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000. Poder Ejecutivo Federal. Marzo de 1996.
3. Reyes Marmolejo FA; Sosa Jurado F; Pérez Toriz O. Diagnóstico de Salud del Municipio de Palmar de Bravo en el año de 1999. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Agosto del 2000 (Sin publicar).
4. Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades www.ssa.gob.mx.
5. NOM 023 SSA2 1994 Para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación
6. Manual de procedimientos Técnicos Enfermedades diarreicas SSA. Programa de Atención del Niño "Diarreas
7. NOM 024 SSA2 1994 Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.
8. Manual de Procedimientos Técnicos. Programa de Atención en la Salud del Niño "Nutrición" 1994.
9. NOM 008 SSA2 1993 Para la valoración de la nutrición y vigilancia del crecimiento del niño y del adolescente.
10. NOM 013 SSA2 1994 Para la prevención y control de enfermedades bucodentales.
11. NOM 015 SSA1 1994 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.
12. Manual de procedimientos para la prevención, y control de la hipertensión arterial en la atención primaria a la salud.
13. NOM 005 SSA 1993 De los servicios de Planificación familiar.
14. NOM 095 SSA1 1994 Que establece las especificaciones sanitarias del dispositivo intrauterino T de cobre modelo 380^a.
15. NOM 007 SSA2 1994 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

- 16 .NOM EM 001 SSA2 1999 Para la vigilancia Prevención y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.
- 17 Memorias del Simposium Envenenamiento causado por picadura de alacrán y serpientes, Puebla, Pue. Octubre 1995.
- 18 NOM 011 SSA2 1993 Para la prevención y control de la rabia
- 19 NOM 022 SSA2 1994 Para la prevención y control de la Brucelosis
- 20 NOM 009 ZOO 1 1994 Proceso sanitario de la carne.
- 21 NOM 008 ZOO 1994 Especificaciones zoosanitarias para la construcción y equipamiento de establecimientos para el sacrificio de animales y los dedicados a la industrialización de productos cárnicos.
- 22 NOM 021 SSA2 1994 Para la vigilancia, prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
- 23 NOM 006 SSA2 1993 Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.
- 24 NOM 016 SSA2 1994 Para la prevención, tratamiento y control de Cólera.
- 25 PROY NOM 028 SSA2 1999 Proyecto de Norma para la prevención, tratamiento y control de las adicciones www.ssa.gob.mx
- 26 Acebo Zarate JV. Mapa de localización geográfica de zonas de riesgo en caso de actividad volcánica del Xitlaltepetl (Pico de Orizaba). Sistema Estatal de Protección Civil
- 27 Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población A.C. (IMIFAP) Apartado postal 41-595 México D.F.