



Universidad Autónoma Metropolitana

División:

Ciencias Biológicas de la Salud

Reporte del Servicio Social Febrero 2018 Enero 2019

Arroyo Granizo- Hospital San Carlos

MPSS: Osvaldo Guzmán Villalvazo

Asesor Interno: Joel Heredia Cuevas

Matricula: 2123055749

Contenido

INTRODUCCIÓN:	4
Capítulo primero ... “Otro país.”	6
Introducción	6
El “aterrizaje”	7
Anécdotas del servicio	10
Otra manera de ver las cosas	14
Síndromes de filiación cultural	15
El adiós	16
El hospital San Carlos	17
Dentro de la institución	20
Sistema de salud autónomo Zapatista	20
Un Hospital de monjas	23
<i>En retrospectiva</i>	24
Capítulo segundo... “Los números de la salud”	28
Introducción	28
¿Qué es salud?	28
¿Qué son los factores determinantes de la salud? ¿Por qué son importantes?	28
¿Qué son los objetivos del desarrollo del Milenio?	30
¿Qué es un derecho humano?	32
¿Qué es derecho a la salud?	32
Acorde a la OMS:	33
Acorde de a la constitución mexicana	33
¿Qué es pobreza?	34
¿Qué es pobreza extrema?	34
Diagnóstico comunitario Arroyo Granizo y Altamirano:	35
Generalidades sobre la pobreza en México	35
Chiapas en General:	35
Indicadores sociales	37
Indicadores Económicos Región XII Selva Lacandona	50
Indicadores políticos	54
Indicadores culturales	55
Conclusiones	58
TERCERA SECCIÓN “El recuento de los daños”	59

Introducción.....	59
Política de salud	59
Breve historia del Sistema de salud mexicano	59
Políticas públicas de salud en México.....	61
Del PROGRESA al Oportunidades, Seguro Popular Y PROSPERA	63
¿Qué sucederá?	67
Seguimiento de programas.....	69
Programa de la mujer embarazada, control prenatal.	70
Detección oportuna de víctimas de violencia.....	74
Detección oportuna de Cáncer cervicouterino	75
Vigilancia de crecimiento y desarrollo.....	77
Vigilancia de personas con enfermedad crónico degenerativas	80
Vigilancia de personas con sobrepeso y obesidad	82
Detección de pacientes con tuberculosis.....	84
Otras personas con patologías que ameriten seguimiento.	85
Principales causas de morbilidad Arroyo Granizo febrero 2018-julio 2018	86
10 principales causas de incidencia de enfermedad en general en Arroyo Granizo durante el periodo febrero 2018- junio 2018.	87
Principales causas de morbilidad transmisible.....	88
Principales causas de morbilidad no transmisible.....	89
Incidencia de las tres principales causas de morbilidad por grupo de edad	91
Hospital San Carlos	96
Principales causas de morbilidad por Grupos de edad	102
¿Que representan estos datos?.....	106
Conclusiones.....	107
Conclusiones finales.....	109
Bibliografía	111

INTRODUCCIÓN:

El servicio social es una etapa dentro de la formación médica en México. Tiene diversas maneras de cursarse dentro de la Universidad Autónoma Metropolitana. La manera “tradicional” en la que el pasante es enviado a clínicas de primer nivel de atención a dar la consulta correspondiente a este nivel de atención, el servicio en investigación, el servicio social dentro de la universidad y los proyectos de desarrollo humano. Este reporte del servicio social está escrito en el contexto de esta última opción. Las plazas en las que se desarrollará son la Clínica Municipal Autónoma Lorenzo Espinoza en Arroyo Granizo y el Hospital San Carlos en Altamirano. Más adelante se explicarán las características de estas plazas.

Dentro de los requisitos para la liberación del servicio social, y “concluir” la etapa de formación médica se solicita un reporte del servicio social el cual es equivalente a una tesis. El objetivo de este reporte del servicio social es narrar el proceso de adaptación al servicio social, realizar el diagnóstico comunitario de las dos localidades donde se realizó el servicio, así como reportar el perfil de morbilidad de las mismas. En este caso dicho trabajo será dividido en 3 grandes capítulos los cuales son en orden de aparición dentro del documento: capítulo 1 otro país, capítulo 2 “los números de la salud”, capítulo 3 “El recuento de los daños” dentro del primero se analizará de manera personal, comunitaria e institucional el proceso de salud dentro de la localidad donde se realiza el servicio social; abordando el proceso de adaptación dentro de los lugares donde se realizan y los retos que se presentan al realizar las actividades del día a día, se mencionarán dificultades personales que pueden llevar al fracaso el servicio social, y el cómo fueron superadas (de haber sido superadas), se describirá como se lleva a cabo la relación médico paciente, y como se expresa el proceso de salud-enfermedad en la comunidad, llevando a un mejor entendimiento del proceso salud enfermedad en áreas rurales donde la cosmovisión (como se podrá leer) tiene diferencias respecto a la cultura occidental. Se describirá de manera general la organización dentro de las organizaciones donde se realiza el servicio social, así como nuestro papel en ellas, obligaciones y programas que manejan. Este capítulo culmina con una evaluación de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que se percibieron en las instituciones en las que se realizó el servicio social, recordemos que el objetivo de dicha evaluación es saber la percepción que se tiene por parte del trabajador sobre el lugar donde desempeña su labor, y sirven para crear estrategias futuras.

Dentro del capítulo 2 se planteará la situación geográfica, social cultural y epidemiológica de la región donde se estuvo trabajando, agregando los marcadores sociales, económicos y culturales relevantes para este trabajo, todo esto siendo analizado dentro del marco de derecho a la salud y así dar a conocer, el diagnóstico comunitario de salud. se tocará el tema sobre la interculturalidad y la relevancia de esta dentro de los servicios de salud.

En el capítulo tercero mencionará como surgen las políticas de salud nacionales implantadas dentro de la región, lo cual nos ayudará a entender la relevancia de los programas de salud que operan a nivel institución en la plaza correspondiente, se comentará brevemente como nacen los programas y planes de salud en México, y en qué consisten y como se implementan los programas de atención, así como los datos obtenidos en nuestra estancia para así tener una vista darle coherencia o no dentro del espacio en el que se aplican, finalmente se hará un reporte de los resultados obtenidos. Dando así un perfil de morbilidad. Todo esto concluirá con un resumen sobre el servicio social en el que al fin se tendrá el “recuento” de los daños después de un año de trabajar con este tema tan complicado que es la medicina de primer contacto.

Capítulo primero ... “Otro país.”

Introducción

“Referirse a la experiencia y a la reflexión nos introduce, en principio, quiérase o no, en el ámbito filosófico: la disputa entre el empirismo y el racionalismo o la controversia entre el materialismo y el idealismo, que, si bien no pretendo resolver aquí, sí ameritan ser consideradas. Así, los problemas filosóficos que parecieran distantes para un observador externo se refieren a aspectos que influyen decisivamente en nuestra forma de pensar y percibir el mundo y a nosotros mismos en cualquier circunstancia. Al referirme a cierta cualidad de la experiencia (lo vital), resulta necesario distinguir dentro de los innumerables y diversos momentos de la existencia, aquellos donde las vivencias son intensas, “cargadas” de significado afectivo; a ese conjunto de vivencias lo designo como experiencia vital. Más específicamente, la experiencia vital está constituida por el conjunto de vínculos cuyo significado afectivo es intenso. En consideración de lo anterior, puede afirmarse que la cualidad más distintiva de la vida en general es la intrincada red de vínculos (relaciones) que cada organismo despliega para configurar su entorno, que a su vez son el resultado de sus interacciones con el medio. Cada ser humano por su singularidad interactúa con el medio de manera peculiar y entabla vínculos que le son privativos. Como se trata de interacciones, existe una influencia recíproca entre el sujeto y el medio, es decir, el sujeto se constituye en tal por las interacciones y los vínculos, y el medio se modifica por la presencia del sujeto. Deriva de lo dicho, que la experiencia vital, producto de nuestras interacciones con el sí mismo y con el mundo, es una constelación única y cambiante de vínculos (con significado afectivo “fuerte”, que dan forma y actualizan: nuestros amores y desamores, inclinaciones y aversiones, apetencias y rechazos, bienestar y malestar, satisfacciones y frustraciones, confianzas y desconfianzas, gustos y disgustos, intereses, inquietudes, preocupaciones, aspiraciones, expectativas...” (Velázquez, 2008).

Con esto solo quiero decir 2 cosas : que la experiencia del servicio social puede ser totalmente diferente (ya sea una experiencia “buena” o “mala”) dependiendo de las interacciones ,vínculos y expectativas presentes antes y durante el servicio social, dando así una experiencia de aprendizaje y en general de vida totalmente única e irrepetible para cada uno de nosotros, los pasantes, y que al ser un medio completamente diferente al cual nos desenvolvimos en nuestras etapas de formación pasadas, simple y sencillamente estamos destinados a enfrentarnos a algo que desconocíamos en su totalidad. Sin más preámbulo nos dispondremos a hablar sobre el proceso que es el servicio social y a hablar sobre la percepción de esta experiencia vital tanto en lo personal, como en lo comunitario y en lo institucional, dando como producto final del capítulo una evaluación bajo el sistema fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

El “aterrizaje”

En mi caso soy una persona proveniente de un hogar católico de clase media, donde todos los días se trabaja, se pueden gastar en algunos lujos, pero más que nada se vive al día. Producto de este hogar son las ideas de que el esfuerzo te puede llevar lejos, y de que todos somos iguales. Elegí como “ultima” etapa de formación estar en una zona indígena en un proyecto que se supone me permitiría trabajar con lo que aun creo es el único modelo sostenible de salud pública: la salud comunitaria. Aclararé que no es la única razón, pero puede que si la más noble de ellas, entre las otras razones también quería probarme a mi mismo como médico, y la verdad conocer este mitificado movimiento que es el zapatismo (realmente la curiosidad fue parte importante).

En casa no se ve con tan buenos ojos el hecho que decidí hacer el servicio social en Chiapas... realmente había un conflicto respecto a ello y sobre todo porque no iba a cursar el servicio social de manera “tradicional”, si no que yo le estaba apostando a ir y ver esta “nueva” manera de ver la salud ahí con los zapatistas. Surgió la preocupación tanto de mis padres y mía sobre la comunicación, y sobre estar en un lugar marginado donde realmente “no tendría nada”. Estar lejos de casa yo creo que hace bien... en algún momento todos debemos de volar del nido y empezar a hacer nuestra vida, el servicio social es nuestra primera vista al mundo de esta manera “solo”, y nos da el vistazo de un año a lo que es ejercer la medicina de primer contacto. Que dista mucho de esa sencillez que se plantea en las clases de medicina de la facultad.

En la UAM la mayor parte de mis compañeros y amigos no ven como una oportunidad el hecho de venir a Chiapas, de hecho, se ve a veces como una especie de castigo o de tontería, o el lugar feo que está reservado para aquellos que decidieron no esforzarse durante sus estudios. Esto se lo he atribuido a que se romantiza tal vez de manera errónea lo que debe ser el médico. El médico se nos enseña que va de corbata, bien aliñado, habla de usted, es el que sabe y el paciente no, es quien tiene el mando, se nos ha enseñan toda la Vida lo que podemos realizar el segundo nivel de atención, donde al paciente más allá de firmar los consentimientos informados se le otorga un rol más como de objeto, totalmente pasivo, que solo debe de estar ahí mientras “lo curan”. A parte de eso al médico si bien no se nos enseña, se fomenta la creencia que de no ser el subespecialista que cobrará cinco mil pesos por voltear a ver al paciente, no lograste ser útil como médico y fracasaste; y si usted piensa algo fuera de eso usted seguramente es un “loco”, un “chairo”, o segurito es porque sabe que no puede ingresar a la residencia. Esto último resulta realmente increíble porque México no vive, ni siquiera en la ciudad de México, el contexto de todas estas series, revistas, fotografías y artículos que retratan al médico de esta manera. Realmente es una cuestión muy irreal suponer que el médico debe ser así y más en el contexto que vivimos donde se requieren si muchos especialistas, pero también **buenos** médicos de primer contacto.

Puede que por esta situación que acabo de describir, (a mi parecer) resulte difícil adaptarse al servicio social. Pero a esta dificultad para adaptarnos quiero agregar una nota: el médico

de primer contacto si debe de adaptarse a algunas cuestiones del servicio social, pero está dentro de su deber no adaptarse a algunas otras, y tratar de corregir en la medida de lo posible prácticas nocivas para la salud de sus pacientes que se ejercen a nivel personal e institucional, así como el médico pasante no debe de entrar en cuestiones corruptas y prácticas en general violen los principios éticos de la práctica médica para adaptarse al servicio social

Bueno... al mal tiempo buen paso, daremos inicio a lo que fue el aterrizaje. El primer día en Arroyo Granizo pues fue una sorpresa ver en físico la clínica. La verdad yo no había podido ver muchas fotos de ella (realmente ninguna), así que mi imaginación me llevó a muchas partes y yo imaginaba una clínica de madera, lámina de zinc, una letrina como baño. A mi sorpresa pues si bien si era de madera y con lámina de zinc, había un wc, había un refrigerador, y tenía una parrilla eléctrica y una hornilla de gas, así como una farmacia de bastantes medicamentos.

Llegué a la conclusión que era una clínica diferente de la clínica en San Jerónimo Tuliha que había visto previamente ese día. Eran diferentes en tamaño, material del que estaban construidas, equipo disponible (San Jerónimo Tuliha más grande y con diferente disponibilidad de equipo) y localización, la clínica de Arroyo Granizo estaba en el corazón de la comunidad. La otra cosa que me sorprendió fue que, a diferencia de mis compañeros, ese día no pude conocer a las autoridades zapatistas del pueblo, conforme los días, los conocería.

La verdad al pasar por el camino y ver las comunidades a su paso uno piensa que acabo de hacer porque hice esto, y te da cuenta que, evidentemente te encuentras muy lejos de casa, pero con el tiempo no resulta tan malo. La ahora expasante me acompañaba y me inició la entrega de la clínica y habló conmigo sobre cómo funciona la clínica. El aseo nunca se tuvo un acuerdo de cómo realizarlo o cuándo, la cuestión de las tortillas que las dan las familias zapatistas del pueblo, pero ya no lo hacían desde hace tiempo, me comentaron que los promotores podrían ayudarme de ser necesario con la traducción (fue muy socorrida su ayuda para entender a las personas).

La clínica se divide en varias secciones, existen los 2 cuartos de los promotores de salud más adelante hablaremos de ellos) en la parte frontal, así como un cuarto destinado a los pasantes, un cuarto destinado a la farmacia, y dos habitaciones comunicadas en las cuales se destina el consultorio médico con una cama para hospitalizar pacientes, y una unidad dental separada por medios muros del resto del consultorio. En la parte posterior se encuentra un pequeño huerto el cual será de unos 6 metros por 8 metros, el cual tiene un árbol de aguacate muy pequeño como para dar frutos todavía, una palmera de papaya, chayotes, calabaza, y pequeños jitomates; al momento de mi llegada el huerto pese a estar verde se aprecia con cierto desaliño, varias de las ramas de lo que descubrí es como luce la planta del chayote cuelgan y dan hasta los cuartos de médicos, a un costado se encuentra la cocina cuenta con una hornilla eléctrica, refrigerador que no ha sido limpiado en un buen tiempo, un fogón, sillas de tronco, y una banca.



Clínica municipal autónoma Lorenzo Espinoza en Arroyo Granizo.



Parte central de la clínica, a la izquierda ventana con rostro de Ernesto Guevara que corresponde al consultorio dental, se continúa apreciando mural el cual es alusivo a la defensa de los zapatistas contra las compañías tras nacionales

Materiales con los que se cuentan son: una caja de urgencias obstétricas, autoclave, equipos de sutura, estuche de diagnóstico (otoscopio, oftalmoscopio), esfigmomanómetro, estetoscopio, papelería diversa, una farmacia (manejada por los promotores).

La mecánica de la clínica es con promotores los cuales rotan cada 10 días. Al estar trabajando ahí veo que hay promotores de diferente nivel, los de menor nivel tienden a ser cuidadosos, cautelosos, los de tercer nivel son "osados" usualmente rayando en la irresponsabilidad.

En retrospectiva la clínica es muy diferente a las de los pasantes que hacen su servicio en la secretaría de salud, sin embargo, en Chiapas, todos nos topamos con situaciones semejantes a lo largo del año. Todo tiene sus pros y sus contras, mientras su centro de salud

es de materiales perdurables en la secretaría de salud, al menos tengo una mayor gama de fármacos para tratar padecimientos, aunque claro, estos vienen con responsabilidades más amplias en algunos aspectos. La cuestión del traductor en ambos espacios era alguien que originalmente no estaba designado inicialmente a ser traductor, pero por diversas cuestiones estaba ayudándonos con traducción, en mi caso el promotor, en el caso de los pasantes de “SS” alguna enfermera o algún pasante de técnico en enfermería o la licenciatura, o los COCS (Consejero, comunitario en salud, van englobados dentro de los técnicos en atención primaria a la salud o TAPS).

Otra situación que vino a mi mente: de una u otra manera si hemos dado consulta a lo largo de la carrera, pero nunca había sido en esta modalidad. La modalidad de ser tu quien tiene la responsabilidad total de los errores y aciertos. Previamente pues siempre había alguien con quien acudir en caso de no saber qué hacer o en caso de dudar, pero ahora eres tu cara a cara con el paciente, quien no habla el mismo idioma que tú. Y tal cual como en la universidad se aplicó esta cualidad del “uamero” que creo que todos los adscritos recuerdan... el uamero “se la rifa” y saca el trabajo de alguna u otra manera. Así que ni modo fue momento de hacer otra vez lo que se hizo toda la carrera y trabajar a marchas forzadas e intentar sacar el trabajo y tapar esas faltas de conocimiento estudiando e ingeniarse ideas sobre cómo lidiar con la barrera del idioma.

Anécdotas del servicio

Mi primer “asalto” con la vida real no estaba lejos de llegar, al día siguiente de mi arribo tengo mi primera consulta. Quiero aclarar que tras el servicio social uno entiende que es una mentira aquello que te dicen los libros de semiología médica y técnica exploratoria sobre cómo actuar, que hacer y cómo lograr una interacción armoniosa con el paciente.

Llega una señora de unos 40 años entra a la consulta y el promotor sale del consultorio. Intento interrogar a la señora para saber que sucede, pero oh sorpresa... no habla nada de español, al darme cuenta voy a solicitar el apoyo del promotor. La señora repite *cux hol*, *pisil cux*, y promotor reingresa y me ayuda, traduce las preguntas que hago, pero la señora realmente solo responde esas frases junto con *majna* y *halix*, traducido todo esto a dolor de cabeza, me duele todo, no se (o “saber”) y mucho tiempo. la paciente sería descrita por la literatura médica como poco cooperadora y pues parece que no esperaba que fuera explorada, así como que toda pregunta realizada pese a ser de sí o no solo es respondida con las frases anteriormente mencionadas.

A fin de cuentas, logro entender que probablemente se trata de cefalea primaria, probablemente tensional, y pues se le menciona a la paciente que si desea hablar de algo lo puede hacer, pero ella solo quiere una medicina(*pox*) para el dolor (*scuxul*) que le quite todos esos males. El dolor no puede ser medido y solo puede ser “objetivado” por el paciente, por lo que, si este refiere como síntoma dolor, sin algún dato de alarma o sin algún signo, pues recibirá tratamiento para aquello que lo aqueja, así que tratamiento para el dolor termina siendo lo único para lo que lleva tratamiento.

Uno se sienta a veces a pensar que hubiera hecho mejor con tal o cual paciente de vez en cuando... durante el servicio sucederá muchas veces, actualmente hasta me da risa lo que hice, era irreal la opción de platicar del problema puesto a que no entiendo absolutamente

nada de lo que me dice así que creo que no se analizó bien por mi parte la situación en ese momento.

La historia no termina ahí. La paciente hace una petición que me resulta en ese momento divertida, me pide vitamina para el dolor, le comento al promotor que le diga que la vitamina no quita el dolor sin importar si es en suero o si es inyectada, tras traducir esto le digo en tono firme que no recibirá vitamina como tratamiento para el dolor (no en esas palabras); Es muy interesante el cambio de actitud tras mi última declaración puesto que la señora deja la cara de dolor y solo se tornó un poco molesta, y adquiere una actitud hacia mí en la que tiene esa cara que todo medico identifica en un paciente que no creyó absolutamente nada de lo que dijimos y que toda palabra que decimos (o se le traduce en este caso) solo está siendo ignorada. Acto seguido se dirige a la farmacia con la receta que emití y escucho unas palabras muy interesantes en conjunto: malek y el nombre del AINE (analgésico no esteroideo) que le mande a la señora, y tras mucho platicar la señora y el promotor, esta entra a la farmacia y 2 horas después sale feliz aparentemente y con una torunda en su pliegue del brazo.

Al momento de que sucede esto solo supuse lo que cualquier persona supondría, la señora solo platica con el promotor. Después comprendería bien que sucedió en esa escena. Será el primer paciente de muchos con los cuales sucederá la misma historia.

En fin, el primer paciente yo diría que, si bien fue un fracaso, la atención brindada da mucho campo para aprender de errores. Verán ahí fue la primera vez que comprendí que a veces el paciente puede tener la solución en sus manos pero que las creencias propias de la región realmente la harán tomar la decisión que no va ni a curarla y que solo servirá para tapar el sol con un dedo. Aquí en la selva de Chiapas la medicina se ve como algo mágico, y el paciente siempre preguntará si para su mal de meses o década no hay una solución definitiva de preferencia introducida al cuerpo vía intramuscular o intravenosa que les cure sus males, más allá de eso no les interesa, mucho menos la educación para la salud o en el caso de los padecimientos psiquiátricos la terapia más importante... hablar. Pero esta situación no es algo que apareció de un día a otro, solo es el recuento de los daños de cientos de años de ejercer la medicina sin intentar educar al paciente y enviando el mensaje de que con una medicina cualquier mal se va.

El detalle de esto es que al parecer no es muy bien tomado por algunos pacientes el ser honesto y decir: señor /señora, esta enfermedad no se va a curar con una medicina, yo le puedo dar toda la medicina de este mundo, pero jamás se quitará la enfermedad si no quitamos lo que la está causando.

Si no encuentran la inyección que los “cure” conmigo, irán a otro lugar donde les digan que eso los va a curar a sabiendas o no de que eso es totalmente mentira, y es así como el paciente pasa muchos días y usa mucho dinero que trabajo le cuesta obtener para tener soluciones muy parciales para sus padecimientos (o realmente no obtienen nada). Esa es la historia día a día de este lugar.

Algunos pocos pacientes y médicos se escucharán los unos a los otros, pero aquí realmente me tocó aprender que muchas veces no serás escuchado. El proceso de la relación médico

paciente debe ser un dialogo en el cual ambos deben de hablar, pero ambos deben de escucharse. El paciente más que querer escuchar al médico o la razón del porque le pasa su enfermedad y como evitarla solo quiere que se resuelva de manera inmediata su enfermedad, más allá de eso no le interesa.

Desde nuestra formación se nos enseña a ser quien tiene el mando, a ser quien hace las preguntas, y ser quien da la respuesta final. Lo que si no nos enseñan es a escuchar realmente al paciente y usualmente se aborrece a que el paciente presente un pensamiento ajeno al biologicista (lo cual si tiene algunas ventajas debo admitir). Tal vez la señora tiene el concepto de que la cefalea tensional se cura con sueros vitaminados. Idea que se reproduce entre la población en México y que tuvo su origen en placebos que se le daba a un paciente con cefalea, a un paciente que no fue escuchado, a un paciente al que solo se le tomó como un conjunto de signos y síntomas y al no encontrar alteraciones en lo biológico se omitió la esfera de lo espiritual o el psique(y se pasó por alto la posibilidad de padecimiento psiquiátrico) y se les dio un placebo, mismo que ha llegado al punto de ser una "cura" "mágica y parcial para todo en el país. Aquí se ve solo una parte de los daños que ha dejado a la larga una medicina centrada únicamente en el aspecto biomédico, y orientado a la ganancia de dinero y deja ver la mala formación académica, y ética que tienen los médicos que recaen en dichos actos, así como todo aquel que pese a estar al tanto de lo falas que resulta "curar" con sueros vitaminados aun así lo siguen reproduciendo en su práctica.

Los rasgos culturales propios de cada persona afectan la relación entre los médicos y sus pacientes desde los dos extremos de lo que Laín Entralgo ha llamado la cuasidada: los médicos perciben el problema del paciente desde su perspectiva fundada en la ciencia, pero teñida de su propia vivencia, experiencia e incluso prejuicios. Con los pacientes ocurre lo mismo, interpretan su problema de salud en función de sus propias actitudes, valores, conocimientos y experiencia. Los médicos deben estar preparados para comprender que una misma serie de fenómenos clínicos son interpretados de maneras diferentes por ellos y sus pacientes; y que dichas diferencias pueden variar entre lo sutil y de detalle hasta tener visiones antagónicas.

Durante el servicio social y de manera dura aprendí que debo retirarme y a que mi orgullo como "el médico que soy" que me impulsa a no rendirme y a siempre insistir en lo que considero la mejor opción para el paciente puede resultar un tanto nocivo para la relación médico paciente. A veces uno solo debe dejar ir a todo aquel que no desee nuestra opción para su tratamiento.

Ahora, contaremos otra historia. lactante mayor cuyo padecimiento actual era diarrea de un día de evolución de características acuosa , color amarillenta, sin moco , sin sangre y con olor agrio, fue atendido por el promotor de salud de mayor nivel y coordinador de zona, quien lejos de darle vida suero oral a lo que era una gastroenteritis probablemente de origen viral, le dio loperamida, con lo cual remitió la diarrea, sin embargo el lactante dejó de evacuar por 3 días, por lo que el padre decidió llevarlo con un curandero, quien dio el diagnóstico de empacho, y prosiguió a sobar el abdomen del pequeño para después aplicar

hierbas calientes en su abdomen con lo cual aseguró que se le quitaría... el resultado no fue el esperado, el lactante sufrió quemaduras en el abdomen, por lo que es indicado por el curandero a ir al hospital rural de la zona (a los 2 días del evento), y es atendido por otro compañero pasante en ese hospital quien diagnostica la constipación, y la quemadura de segundo grado profunda en 15% de la piel. La historia termina en inicio de antibiótico, hidratación y referencia al hospital de palenque como urgencia. Quiero agregar que la medicación otorgada por el promotor había sido causa de una disputa días previos, cuando me molesté de insistir demasiado porque no otorgaran loperamida a los menores de 6 años por diarrea.

Como se mencionó en la introducción la experiencia vital depende mucho de los lazos previamente hechos y la interacción del sujeto con el medio. Esto mismo sucede con la interpretación de las enfermedades por un individuo o más bien por una población. Su percepción de las enfermedades y el cómo se curan o “atienden dependen de su posición relativa en una sociedad global y van a estar fuertemente determinadas por experiencia individual previa y por su sistema cultural. En las comunidades existen varios actores los cuales dan forma a estas maneras de expresión de las enfermedades, los enfermos y sus curas: la del médico, la del paciente, la del curandero y equivalente, y quisiera agregar de manera personal la de la de los charlatanes (ya saben, como los que hacen las resonancias magnéticas “Cuánticas” con 2 tubos enrollados con alambre de cobre, y semejantes que pasaban por las comunidades, o las gotas para subir de peso, bajar de peso, para la hipoglucemia, la diabetes, presión alta y baja todo en uno). De una u otra manera todos estos actores emiten información sobre que es la enfermedad y que debe hacerse al presentarse y en conjunto dan forma al cómo se interpreta la enfermedad.

He aquí la gran diferencia y por qué a veces no podemos comprender por qué el paciente no confía en nosotros el médico, la autoproclamada “mejor” opción. Si el paciente no está siendo atendido o si las explicaciones no se dan dentro de su sistema de creencias o con palabras que él pueda entender, este lógicamente va a desconfiar de ellas. Hay un pero en esta situación, ya que muchas veces el hecho de que se haga todo dentro de su sistema de creencias puede resultar muy perjudicial a la salud y retrasar la atención de padecimientos potencialmente mortales evidenciado en los trastornos psiquiátricos acorde a las Guías de práctica clínica que tratan padecimientos psiquiátricos), no olvidemos que la medicina basada en evidencia es por algo como su nombre lo dice basado en evidencia, se han hecho pruebas de sus efectos, y si bien al centrarse la medicina “occidental” en lo “curativo” y no en lo preventivo ha logrado alcanzar su lugar basado en efectividad documentada para diversas enfermedades.

Aunque debemos tomar en cuenta que la elección de quien atiende la enfermedad propia también va a tomar en cuenta otros factores más allá de la evidencia científica; el trato que se da al momento de interactuar con el paciente (si es bueno o malo, o simplemente digno), la disponibilidad del servicio, disponibilidad de insumos y personal especializado y no especializado, así como preparación del personal de salud, experiencias previas esto al hablar de un centro de salud o un hospital donde, también si no se puede garantizar la calidad de atención al llegar a centros de salud y hospitales y la distancia de los centros de atención hace muy difícil que se desee ir de primera instancia a estos lugares.

En la experiencia personal, y al lidiar con personal de hospitales rurales, segundo y tercer nivel en Chiapas, puedo decir, que en muchos lugares no se garantizaba la calidad de atención, la estancia de personal, insumos, y en ocasiones no existía el trato digno y puedo entender por qué muchas veces se prefiere no acudir en Chiapas a estos centros de atención. En lo personal y de manera nada más anecdótica, debo de admitir que tenía un pequeño fondo destinado a problemas urgentes de salud durante el servicio, el cual estaba destinado para ser trasladado a Tabasco y no ser atendido en el hospital general de Palenque, Ocosingo, o en el HBC de Santo Domingo, y estoy seguro que comparto con los habitantes de la región algunas de las razones, como las deficiencias ya mencionadas, para decidir no ser atendido en estos lugares.

Otra manera de ver las cosas

“Entre los productos de la cultura humana, la cosmovisión ocupa un lugar especial, ya que es el modelo que sirve a las personas y los pueblos a los que pertenecen para explicarse hechos tan trascendentes con nuestro lugar en la naturaleza, la relación con el resto de la humanidad, nuestro origen, destino y otros”. (Casabianca)

“La cosmovisión es un producto del pensamiento individual socializado y comprende distintas formas para explicar la realidad, incluyendo las científicas, las simbólicas o las religiosas. En el campo de la salud, la cosmovisión es utilizada por las personas y los pueblos para comprender la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y los procedimientos para recuperar el bienestar. Cuando una persona se enferma, echa mano de su cosmovisión para entender y explicarse su problema y encontrar la manera de solucionarlo”. (Casabianca)

“La cosmovisión como una dinámica plenamente significativa se encuentra en la vida cotidiana, doméstica, en los rituales de la casa, en las ceremonias de curación, en las ofrendas a los muertos, así como vinculado con el ritmo de las actividades en torno a la milpa”. (Casabianca)

“Para los pueblos indígenas el cuerpo humano constituye el modelo para la comprensión del universo, para la descripción de la realidad, como eje taxonómico y para la expresión de las complejidades sociales. Como contraparte, aquellos procesos generales que definen el universo, en el tiempo y el espacio también tienen como referente central al cuerpo humano”. (Casabianca)

“En la medicina no oficializada tanto la concepción del cuerpo como de la enfermedad es permeada por el pensamiento simbólico en donde las fuerzas de la naturaleza son animadas por “espíritus” que son los agentes que generan las enfermedades; tales fuerzas no son concebidas abstractamente, sino como seres reales. El cuerpo humano puede ser invadido, poseído por tales espíritus y de esta manera rompen el equilibrio con la naturaleza, enfermándolo. Así, la enfermedad es el propio espíritu que invade al sujeto”. (Casabianca).

“Un centro anímico puede definirse como la parte del organismo humano en la que se supone existe una concentración de fuerzas anímicas, desustancias vitales, y en la que se

generan impulsos básicos de discreción de los procesos que dan vida y movimiento al organismo y permiten la realización de las funciones psíquicas”. (Casabianca)

“Es importante señalar que estos centros son altamente significativos por conjugar aspectos tanto de tipo anatómico como psicológico y sensorial, donde se definen varios principios generales relativos a la concepción del cuerpo; de ellos destacan los llamados “centros mayores”, donde se sitúan las actividades anímicas, fundamentales; los “centros menores” que reúnen fuerza vital y son muy vulnerables a las fuerzas exteriores; y el centro de la dignidad, el ombligo, vínculo con el exterior.” (Casabianca)

“El personal de salud maneja una visión de la enfermedad cuyo eje es la dimensión biológica, se concibe al enfermo como un conjunto de aparatos y sistemas, aunque en el discurso se habla de los aspectos sociales como factores de riesgo, en la práctica se pierde de vista lo histórico- social, se elimina su dimensión cultural y la de su entorno comunitario” (Arganis).

“Al eliminar su dimensión cultural y la del entorno comunitario se termina por excluir a los pacientes que no tengan esas mismas expresiones dentro de su cultura y hace que el médico no solo tienda a tener una mala relación médico paciente si no a que la población no desee ser usuaria de los servicios de salud que proveemos los médicos”. (Arganis)

“Frente a esta concepción biologicista de la enfermedad, los pacientes y curanderos indígenas manejan representaciones y prácticas con hondas raíces prehispánicas, conservan una cosmovisión compartida del proceso salud-enfermedad fincada en saberes y creencias mesoamericanas, una forma de ver el mundo y entenderlo, que les permite construir una serie de explicaciones sobre los padecimientos donde los factores socioculturales juegan un papel fundamental”. (Arganis).

Con el pasar del tiempo ambos conocimientos sufren una fusión en la población, la cual resulta diferente dependiendo de los grupos sociales y se empieza a hacer uso de algunas cosas provenientes del enfoque biologicista, y se usan algunas otras del saber popular. A decir verdad y a apreciación personal esto da como resultado un entendimiento parcial e incorrecto del enfoque biologicista y da entrada a una mala interpretación de cómo debe tratarse por la medicina biomédica el padecimiento. La mezcla de ambos saberes tiene como resultado los síndromes de filiación cultural.

Síndromes de filiación cultural

“Se trata de enfermedades que son percibidas y vividas como tales por millones de personas, no sólo entre los grupos indígenas sino en la propia población urbana y suburbana; se consideran culturalmente delimitados porque aunque las denominaciones sobre estas enfermedades varían de acuerdo al grupo étnico, existen elementos de identidad cultural común que ponen de manifiesto una cosmovisión donde los procesos de salud-enfermedad están íntimamente relacionados con otros aspectos de la vida social”. (Arganis)

En la remembranza del caso clínico anterior pudimos notar varias cosas. Una de ellas es que la mala comprensión del conocimiento biomédico, y la falta de conocimiento o falta de interés en adquirirlo, termina dando una mala atención puesto a que ni es resolutoria y en su defecto pone en riesgo al paciente. Otra cosa que pudimos notar es que el padre del paciente al no ver una resolución de la patología que aquejaba a su hijo decide acudir a un medio “tradicional” de resolución de enfermedades, quien realmente hizo lo que creyó correcto basado en el conocimiento, experiencias previas y observación que ha tenido a lo largo de los años, sin embargo su falta de análisis sobre su tratamiento definitivo y las posibles repercusiones que este podría tener en el paciente, llevo a otra urgencia la cual ponía de manera más inmediata en riesgo la vida del paciente.

Aquí la cuestión que es común de ambos aspectos es que por falta de conocimiento por parte de ambos se tomaron decisiones nocivas para la salud del paciente. El que nada sabe nada teme. Y disculpen la expresión, pero la experiencia de 6 meses en Arroyo Granizo solo me demostró que al utilizar las herramientas (fármacos) de la medicina biologicista con la falta de conocimiento sobre ellos, el cuerpo y sobre lo que utilizamos para curarlo solo puede terminar en situaciones de este tipo.

No niego que para algunos padecimientos la medicina tradicional pueda ser utilizada, así como tampoco niego que el integrar a la formación médica, el conocimiento de los síndromes de filiación cultural y el entendimiento de la cosmovisión de los pueblos originarios hará que la medicina sea una medicina más incluyente; porque seamos realistas, hay cuestiones que serán incurables si solo se toma en cuenta en enfoque biologicista. Pero hay momentos en que inevitablemente la biomedicina terminara siendo superior en cuestiones curativas y preventivas (como en algunas enfermedades infectocontagiosas). Sin embargo, no hay que dejar de lado que el enfoque biomédico elimina completamente las cuestiones culturales y espirituales y que estas realmente si son atendidas por la medicina tradicional (curanderos, brujos etc.). Lo ideal no sería tener una pugna entre estos dos enfoques si no asimilarlos en un solo enfoque que incluyera las creencias y costumbres de los pacientes para así poder dar un servicio incluyente, de calidad y con dignidad para cualquier persona.

El adiós

Mi salida de la clínica de Arroyo Granizo se dio por varias situaciones. Anteriormente expliqué, que uno como pasante debe adaptarse a mucho, pero no a cuestiones que atenten contra los principios básicos de la ética en práctica médica (Autonomía, no beneficencia, justicia y no maleficencia).

En la primera historia se aclara que sería la primera de muchas pacientes que sufriría lo mismo, un engaño; en la clínica algunos promotores aplicaban sueros vitaminados como “curas” y “control” para diabetes, cefaleas, distensión abdominal, a sabiendas que esto no

era correcto, que no curaba, que no le hacía nada, o desconociendo totalmente los efectos que podría tener el suero más el cóctel de medicamentos que a veces les ponían.

La otra historia narra el cómo los promotores insistían en otorgar medicación innecesaria y potencialmente perjudicial pese a que el beneficio de administrar estos era mínimo a comparación de los riesgos, y recomendaban estos tratamientos en vez del tratamiento real. El ejemplo de esto es que, en la diarrea de origen infeccioso, el tratamiento antibiótico no se aconseja en primera instancia dado a que favorece a la persistencia de la misma y no tiene efecto que disminuya la duración de la enfermedad o la severidad de esta, la loperamida está contraindicada por que puede causar íleo muy comúnmente en menores de 6 años, el tratamiento es la rehidratación (Consejo de Salubridad General, 2019). si se desea mayor bibliografía sobre esto acudir a la guía de práctica clínica de México con este número del catálogo maestro: SSA-156-08.

Escenarios semejantes, pero con diferentes patologías sucedieron en muchas ocasiones y con diferentes complicaciones, mi remedio intentó ser la enseñanza, sin embargo, es imposible enseñar a quien no desea aprender, esto generó dificultades continuas. Y fue así como transcurrieron 6 meses.

El motivo por el cual salí de esa clínica tiene sustento más allá de las carencias materiales que este lugar posee, las cuales me enseñaron a valorar muchas cosas y aprender a resolver muchos padecimientos con ingenio y pocos insumos. Soy todavía una persona a quien no le resulta difícil adaptarse al medio donde se encuentra, sin embargo, dadas las circunstancias en las que me vi envuelto, me di cuenta que me era imposible permanecer en este medio, donde a fin de cuentas no se terminó buscando el bien para la comunidad o para el paciente. Resulta imposible convivir con personas que exigen respeto, pero no lo otorgan, y resulta imposible trabajar con personas que no están dispuestas a trabajar en equipo, quizá, pienso yo, que ellos aún están en ese proceso de adaptación, y es razonable, sin embargo, había cosas que iban más allá de mí. Solo me queda decir que pese a lo sucedido aprendí mucho, reforcé mi determinación a no actuar con malicia ni lucrar con los pacientes, a seguir siendo ético con mi labor de médico y alejarme de aquello que va en contra de todo esto. Al final solo queda agradecer a aquellos pocos pacientes que confiaron en mí y la satisfacción de que la razón por la cual me retiré jamás fue por mi mal actuar como médico, la satisfacción de cada uno de esos pacientes a los cuales di atención y que fueron tratados y aconsejados para su bienestar, con respeto y profesionalismo.

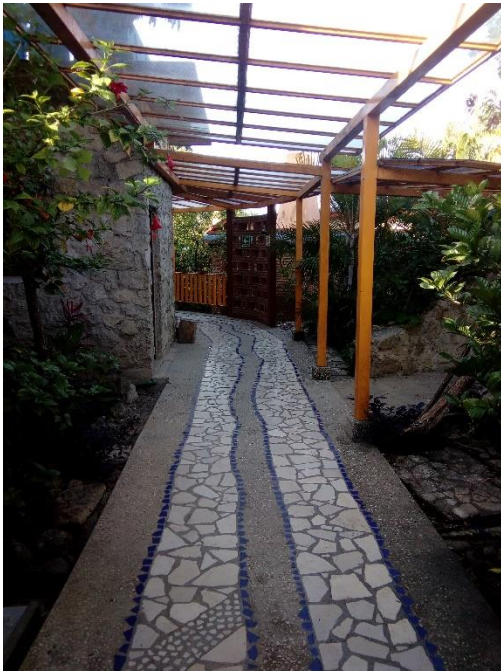
El hospital San Carlos

La adaptación a los otros 6 meses fue muy sencilla, y debo admitir que la experiencia fue bastante grata. Estaba en una cabecera municipal con todos los servicios que tenía previamente al estar en la ciudad de México, así como un personal que habla bien español y en general en el pueblo puedo conseguir cualquier cosa, poseo uno de los cuartos dentro de la casa de médicos la cual está destinada a ser el hogar de los pasantes y voluntarios que estén ahí.

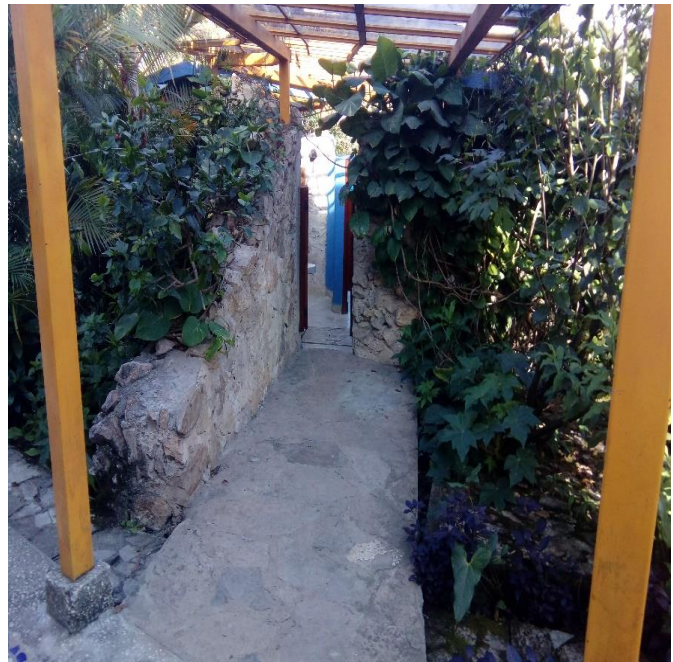
Adaptarse a un medio hospitalario es realmente fácil dado a que provenimos de una formación que se da en ese medio. Tengo un auxiliar de enfermería que habla tzeltal y que me traduce el interrogatorio y me ayuda con las indicaciones a dar al paciente.

La verdad es difícil describir la sensación al entrar a este hospital. Yo llegué en una época muy ajetreada puesto que tenían varios medios de información realizando un reportaje del lugar así que había mucha gente que usualmente no está ahí. Pero entrando visualicé una estructura magnífica y totalmente diferente al resto de los hospitales que he rotado o visto, el hospital tiene jardines tiene estanques, árboles frutales, es colorido y no un color lúgubre gris, blanco, azul o verde clásico de las instituciones de salud pública, en la entrada un portero y enfermeras que si bien tienen mucho trabajo no tienen la cara habitual de la enfermera harta que te recibe y toma signos vitales.

La verdad describir más el hospital no haría justicia, así que será visto en fotografía el hospital, no por algo se dice que una imagen vale más que mil palabras.



Pasillo que da a quirófano



baños para personal y familiares.



Entrada Hospital San Carlos



Consultorio "La Guadalupe"

El reto al llegar aquí es un poco más en lo académico y recordar esos valores de laboratorio y rangos que siempre se anda deslizando de la memoria. Y poder lidiar con el paciente referido y no solo mandar las referencias.

El mayor reto ya lo tuve, me enfrenté como médico de primer contacto en el lugar de los hechos, en las comunidades, ya sé lo que es tener a alguien de frente que no habla tu idioma, ya sé que es esperar 5 minutos de platica para que el traductor solo diga no le duele tal o cual cosa, ya se mañas y ya estoy familiarizado con los tiempos de traslado, medios y recursos que hay en las comunidades. Debo de admitir que pese a ser un poco amarga la experiencia en comunidad, esta, ha rendido frutos.

A este hospital es usual que lleguen pacientes graves, dados de alta "voluntaria" de hospitales de gobierno, gente de lugares cercanos buscando atención de primer contacto, gente sin esperanzas, y sobre todo y es lo que marca a todo aquel que acude a ese hospital pese a la distancia el costo del traslado o cualquier otra penuria, al llegar aquí los pacientes vienen buscando un trato digno, entendiendo que este sea libre de discriminación o prejuicios, donde se les informe de manera adecuada qué tienen, en donde realmente sean tratados como personas y no como ganado. Es sorprendente notar en la consulta que los pacientes no llegan por otra cosa aquí, llegan por el buen trato, y por qué aquí si se les dice la verdad de su enfermedad.

Al interactuar con los pacientes me doy cuenta de que estos han sido "toreados" por "médicos" privados que solo buscaron lucrar y no ofrecer alivio, por médicos del sector público que al llegar un paciente en vez de ofrecer atención ofrecieron un trato agresivo, por promotores que a veces solo buscaban interés económico, o que a veces no supieron admitir que no sabían que tenía el paciente y solo medicaron sin razón. Todo esto llega aquí

al San Carlos con la esperanza de que será diferente. Pese a que todo suene tan bello, hay que ser realistas y decir que, así como hay cosas buenas, también hay vicios, pero lo que encuentro de diferencia aquí es que al menos los vicios que denigran la calidad de atención o la interacción entre el equipo de trabajo si hay interés de que se resuelvan al contrario de mi experiencia en comunidad.

Desearía no agregar más a lo comunitario y como se expresa dentro del hospital. Los pacientes aquí hablan Tzeltal Tojolabal, Tzotzil, Chol, Mame, Tzoque, o español, comparten muchas partes de su cosmovisión y entendimiento sobre el proceso salud y enfermedad, esto lo entiendo ahora y ahora sé que realmente son cuestiones que no solo son del medio rural si no que son parte de nuestra cultura en América latina. Es por eso mismo que quise agregar a esta primera sección el título de “en otro país”, porque si bien las cuestiones del idioma y algunas cuestiones culturales son diferentes, aun compartimos muchos rasgos culturales. El otro país se refiere más a la falta de conocimiento que tenemos de este medio rural en comunidades indígenas dado a que jamás salimos del medio de confort en el que fuimos criados y al llegar a un lugar como Chiapas todo nos parece nuevo, desconocido, nos parece otro país.

Dentro de la institución

En cuanto a lo institucional debo de referirme a dos lugares puesto a que fueron 2 lugares donde terminé realizando el servicio social: Clínica Municipal Autónoma Lorenzo Espinoza perteneciente a lo que sería el Sistema de Salud Autónomo Zapatista, y El Hospital San Carlos que es manejado por una orden religiosa de las hermanas que son miembros de la orden Hijas de la caridad de San Vicente de Paul. Así que describiré brevemente en qué consisten ambos.

Sistema de salud autónomo Zapatista

“El Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) es un Grupo Revolucionario con sede en Chiapas, uno de los estados más pobres de México. Aunque el EZLN en su mayoría está formado por indígenas y campesinos, se autodefinen como parte de un movimiento anticapitalista amplio. Los zapatistas se oponen al neoliberalismo. Este grupo toma su nombre del revolucionario mexicano Emiliano Zapata, y se ven a sí mismos como *“los herederos de quinientos años de resistencia indígena contra el imperialismo”* (Daguerre feliza, 2015)

“El EZLN se considera distinto a otros grupos revolucionarios. Excepto por el levantamiento, en las primeras dos semanas de 1994, no han utilizado armas o bombas y han permanecido principalmente en Chiapas. Rechazan utilizar los canales establecidos de participación en México para presentar sus peticiones y llegar a soluciones, incluyendo presentarse a las elecciones o apoyar partidos políticos. Afirman que estos canales *“no han sido de utilidad para los indígenas y para los demás durante demasiado tiempo (quinientos años)”*, de ahí el lema zapatista ¡ya basta!” (Daguerre feliza, 2015)

“Uno de los principales motivos del alzamiento Zapatista en 1994 fueron las desventajas y dramáticas condiciones de salud de la gran mayoría de las comunidades indígenas y

campesinas de Chiapas, bastaba revisar las estadísticas oficiales para darse cuenta de que los indicadores que miden la salud de una población (como la desnutrición, las muertes evitables con vacunas o las producidas por enfermedades infecciosas) reflejaban condiciones exageradamente desfavorables, sobre todo en comparación con el Estado de mayor desarrollo socioeconómico, entre ellos, Baja California, Nueva León y el Distrito Federal. Ante este panorama, el EZLN promulga la búsqueda de un “Sistema de Salud autónomo” con una visión comunitaria y local, enfrentándose en lo cotidiano a la reproducción de patrones de conducta como una contribución en la reapropiación del proceso salud-enfermedad, orientadas no solo a la exigencia sino también a la construcción, la conservación e inclusive la mejoría de sus condiciones de vida”. (Daguerre feliza, 2015)

“En este sentido existe una fuerte confluencia de ideas con las de la Medicina Social, entendida cómo un pensamiento contrahegemónico desarrollado dentro de la medicina tradicional, cuyos pilares fundamentales refieren a la salud entendida como un derecho humano y social el cual debe ser garantizado por el Estado en forma universal. Si bien el EZLN plantea la “autonomía” en salud, esta quiere decir “autónoma” respecto a una práctica de salud tradicional y hegemónica del gobierno Mexicano, para lo cual la organización se plantea la búsqueda de la salud como un “derecho inalienable” ante la cual el “buen gobierno” (referido al gobierno comunitario zapatista) debe responder como un “nuevo Estado” que garantice el acceso y la atención primaria de salud con participación comunitaria activa de todos y todas”. (Daguerre feliza, 2015)

“La comunidad Zapatista entiende a la salud como “el bienestar del pueblo y del individuo, que contengan la capacidad y motivación para todo tipo de actividad, sea social o política” y complementa; “salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres (...) es poder luchar por una patria nueva, donde los pobres y particularmente los indígenas se puedan determinar de manera autónoma”. La salud se caracteriza como “un derecho de todas y todos. Se concibe también como un proyecto que debe estar en manos del pueblo, quien debe ser parte activa en la definición de las políticas, la planeación, la ejecución y la evaluación”. (Daguerre feliza, 2015)

“Esta definición de salud es una definición amplia la cual no entiende a la misma como la ausencia de enfermedad ni se reduce a una condición biológica, sino la expresa como un derecho de todas las personas y como un proceso social y político que se inicia desde el momento en que se planifica hasta que se lleva a cabo la ejecución y evaluación, incorporando a hombres y mujeres dentro del proceso activo y no como meros sujetos pasivos”. (Daguerre feliza, 2015)

“La estructura del SSAZ cuenta con tres niveles: 1) Los Caracoles 2) Los municipios o consejos autónomos 3) Comunidades y comités de salud locales. Los Caracoles son cinco (5) y fueron constituidos el 2003, se desarrollan a nivel territorial dando cobertura a municipios y regiones autónomas. Estos caracoles responden (o representan) a la “Junta de Buen Gobierno”, la cual es nombrada desde los municipios o consejos autónomos. Dentro de esta Junta existe una comisión y representación de salud que define lineamientos de apoyo y coordinación de los municipios autónomos buscando un desarrollo equitativo”. (Daguerre feliza, 2015)

“Dentro de los municipios o consejos autónomos existe la comisión de salud que está conformada por promotores de salud y representantes del comité de salud local (Comité de las distintas comunidades del municipio, representadas a su vez como un Caracol)” (Daguerre feliza, 2015)

“Las comunidades y comités de salud locales son la base fundamental del sistema de SSAZ y está integrado por todos los trabajadores y trabajadoras de salud (promotores de la salud, vacunadores, promotoras de salud reproductiva y personas de la comunidad). Debe haber un o una representante por comunidad que participa en el programa de salud”. (Daguerre feliza, 2015)

“Cada uno de estos niveles tiene sus representantes (Caracol – Junta de Buen gobierno, Municipio o consejo autónomo, Comunidad y comité de salud) y su organización es desde abajo hacia arriba, o sea, desde la comunidad al municipio, de ahí al Caracol, y de ahí hacia abajo. La consigna es “mandar obedeciendo””. (Daguerre feliza, 2015)

“En cada municipio existen casas de salud comunitarias construidas por las mismas comunidades y atendidas por el personal de salud de dicha comunidad que han sido capacitados para cumplir ese rol. Aquí es importante recalcar la participación de la comunidad, la cual se visibiliza a través del nombramiento, tanto de los promotores de salud como de los representantes de los comités de salud locales. Esta forma de entender la práctica en salud es revisada por la medicina social como una práctica importante ya que entiende que de esta manera se logra hacer partícipe a los sujetos de los procesos de salud-enfermedad considerándolos activos y activas dentro del mismo y entendiendo la necesidad de generar un empoderamiento a nivel local dado el contexto particular que cada comunidad puede necesitar. A esto se incorporan actores externos de la sociedad civil más amplia como ONG nacionales e internacionales, universidades, grupos religiosos, etcétera; participando tanto en el acompañamiento como en aporte metodológico respecto a la creación e implementación de cursos, capacitaciones a los promotores de salud de las comunidades, o bien aportes del tipo de atención preventiva y promoción de salud, atención médica especializada y operativos de salud por zona. Esta integración es considerada por la medicina social como esencial a la hora de planificar una intervención en salud, no aislando la experiencia, sino que potenciándola a partir de lo que puedan aportar otras organizaciones y movimientos sociales con la intención de un diálogo que logre generar una superación en las prácticas”. (Daguerre feliza, 2015)

“Desde la práctica y considerando los enunciados anteriores la salud caracteriza de la siguiente manera:

- Toda la población tiene el derecho de la atención, independientemente de si pertenecen al movimiento zapatista o no, de la religión que profesen y de su participación en algún partido político.
- Se debe atender a las personas con dignidad, con respeto a su cultura y creencias, hablando su lengua.

- No se debe regañar a los pacientes, se les debe informar y hacer recomendaciones sobre su salud.
- No se debe obligar a ninguna persona a planificar o participar a fuerza en algún programa de salud. La participación debe ser voluntaria.
- La atención es gratuita, sin embargo considerando que no se tiene una fuente de ingresos permanente para subsidiar los medicamentos, estos tienen un costo con el objetivo de renovar la reserva de medicamentos.” (Cuevas, 2007)

“Algunas diferencias importantes se dejan ver con relación al Sistema Nacional de Salud:

- La participación en los programas no es voluntaria, es condicionada a cambio de recibir otros apoyos económicos para educación y salud.
- Las principales quejas de la población sobre los servicios de salud gubernamentales son: el mal trato a pacientes, la falta de materiales y medicamentos, la ausencia constante de personal médico, el excesivo tiempo de espera.
- La atención no es gratuita, se paga una cuota de recuperación. Recientemente, en el 2001, se incorporó el seguro popular, en el cual se debe pagar anualmente y que de hecho es una forma nueva de exclusión”. (Cuevas, 2007)

En papel todo suena muy bien, y muy lógico. Sin embargo, a la hora de ser aplicada creo que la realidad todavía dista demasiado de lo que intentan realizar. Aún hay mucho trabajo que puede realizarse para poder lograr su meta que a fin de cuentas es ser autónomos ser libres en los aspectos que la humanidad abarca.

Dentro de la clínica autónoma mi trabajo como pasante es más bien el acompañamiento durante el desarrollo del sistema de salud autónomo zapatista. Y a lo largo de este acompañamiento debo dar consultas, atender urgencias, derivarlas, y de poder realizarlo, hacer acompañamiento de los pacientes derivados de manera urgente. También debo de realizar el trabajo estadístico habitual de cualquier consulta médica, y hacer al menos 2 campañas de somatometría, desparasitación e higiene a lo largo del año. Los programas por trabajar en la consulta son básicamente: enfermedades crónicas abarcando DM2, HTAS, Obesidad, control del niño sano, control prenatal, detección oportuna de cáncer cervicouterino. No hablaré más al respecto de estos programas dado a que se retomara y se profundizaran

El promotor de salud me auxilia en labores de traducción y maneja la farmacia, cualquier medicamento que necesite él lo obtiene de ahí y me lo otorga. también entre sus funciones esta la limpieza de la clínica, así como entre los dos (pasante promotor) nos auxiliamos para la comida. Entre las funciones que compartimos ambos es aprender uno del otro. Más allá de esto en caso de tener algún problema debo de ir a quejarme con las autoridades que son parte del comité de salud

Un Hospital de monjas

El Hospital San Carlos tiene su ubicación a la entrada de la selva del Estado de Chiapas, en la cabecera municipal del municipio homónimo Altamirano. Es un Hospital sin fines

lucrativos que atiende principalmente a la población indígena de bajos recursos económicos de la región

El hospital fue fundado en el año 1969 por la Misión Dominicana con el Obispo de San Cristóbal de Las Casas, don Samuel Ruiz García, ante la falta de atención de salud en la región. En 1976 se traspasó el cargo del hospital a las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, quienes continúan hasta el día de hoy con la gestión del hospital.

El enfoque del Hospital San Carlos es brindar una atención médica humanista de salud, sin discriminación, con respeto y entendimiento de las culturas en la región. El hospital lucha para dar servicio de calidad, con costo económico accesible para los pacientes. Entre las maneras que existen de pago está el trueque.

En cuanto a organización pues la directora del hospital es una de las hermanas de la orden religiosa antes mencionada. El resto de las hermanas realizan alguna función en el hospital, asisten en el área de hospitalización, biblioteca, consulta, caja, cuestiones administrativas, organización y limpieza de la casa de médicos. Otro personal que se encuentra aquí son las auxiliares en enfermería que son la mayor parte del personal que realiza funciones de enfermera, una que otra técnica/técnico en enfermería, y 1 sola licenciada en enfermería. Hay laboratoristas y hay servicio de laboratorio con más de lo que un pasante podría pedir como auxiliar diagnóstico. También se cuenta con servicio de rayos x, y se cuentan con electrocardiogramas.

Mis labores dentro del hospital son sencillas, yo estoy programado de lunes a viernes para dar consulta ya sea en el turno matutino o turno vespertino, tendré una guardia semanal la cual entre semana iniciará a las 2 pm y termina a las 8 am del día siguiente. Durante la guardia soy responsable de la consulta que llegue y de todos los pacientes hospitalizados. Al estar en el equipo de fin de semana se me asigna una guardia ya sea viernes, sábado y domingo, y se debe asistir a dar consulta todos los días del fin de semana en un horario mixto. Como cualquier consulta se lleva hoja estadística. Programas dentro del hospital realmente solo existen 2 el de tuberculosis y el de nutrición, nuestra interacción con estos programas al ser pasantes está más bien limitada a la pesquisa de pacientes (el diagnóstico de niños con desnutrición, y el diagnóstico de pacientes con tuberculosis) también entre las labores que usualmente se le dan al pasante es asistir a los médicos extranjeros durante las campañas múltiples que hay en el hospital, hay 2-3 campañas de dermatología anuales, las campañas de solidaridad Vasca, y la quirúrgica de otro grupo de cirujanos españoles. En estas campañas se asiste durante la consulta, en los procedimientos, con el pase de visita a los pacientes, y con dudas sobre medicación disponible en el hospital, y en general informar sobre condiciones reales de los pacientes para que puedan ser tomadas a consideración (factores sociales, económicos que pueden hacer que el paciente este en condición vulnerable).

En retrospectiva

Todo lugar tiene lo bueno lo malo y sus oportunidades y amenazas, y los sitios donde realizamos el servicio social no son diferentes. Es por eso por lo que se realizará una breve evaluación

La evaluación se realizará bajo un sistema DAFO. En el que se analizaran las debilidades amenazas, fortalezas y oportunidades, presentadas en una tabla que será desarrollada.

Evaluación DAFO	
DEBILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Personal: impaciente, no quedarse callado, temperamento • Clínica Autónoma: equipo de trabajo falto de habilidades o conocimiento clave para desempeño de sus actividades, falta de medios para mejorar preparación de personal, falta información estadística de su población • Hospital San Carlos: auxiliares de enfermería faltos de habilidades o conocimientos clave, abuso de medios electrónicos durante la consulta como auxiliares. 	AMENAZAS <ul style="list-style-type: none"> • Personal: temperamento, impaciente. • Clínica Autónoma: falta de resolución de problemas quirúrgicos y o problemas más complicados de la consulta, falta de medios diagnósticos más especializados (TAC, RM, ECG etc), ausencia de estadísticas que permitan analizar los problemas de salud de su población para poder lidiar con ellos. • Hospital San Carlos:, médicos dentro de san Carlos comprenden muy parcialmente cómo funciona la vida en comunidad.
FORTALEZAS <ul style="list-style-type: none"> • Personal: adecuado desarrollo de competencias necesarias para ejercer medicina basada en evidencia • Clínica Autónoma: interacción con la naturaleza, más incluyentes con la población indígena, mayor contacto con la población, entendimiento de la cosmovisión • Hospital San Carlos: contactos y medios para dar más resolución y seguimiento a los pacientes. 	OPORTUNIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Personal: integración de habilidades y conocimientos previamente adquiridos y desarrollo de nuevas habilidades para comunicarse con el paciente • Clínica Autónoma: permite trabajar un poco sobre educación para la salud, área clínica desafiante al conocimiento • Hospital san Carlos: permite mayor crecimiento en lo académico que otras opciones dentro del servicio social.

En cuanto a debilidades puse las 2 propias de mí que generaron más problemas durante el servicio social. El ser impaciente es una de las cosas que me marcó, a veces uno cree que puede cambiar cosas para bien de manera rápida pero no toma en cuenta que a veces son procesos que tardarán décadas en poder cambiar. Esta impaciencia llevó en momentos a frustración muy grande durante el servicio social. La cuestión de no quedarme callado, resulta una debilidad en un lugar donde visibilizar las cosas malas al parecer resulta malo y generan fricción con el equipo de trabajo, con los pacientes y con las autoridades. Es por eso mismo que lidiar con estas situaciones que mencioné durante mi narración de salida

fueron una amenaza a que terminara mi servicio social en Chiapas, y que de hecho fueron tan insoportables para mí que terminaron con mi estadía en la Clínica autónoma. En cuanto a fortalezas son más que nada las que me enseñó mi universidad y la preparación en cuanto a competencias biomédicas que me serían útiles en la vida profesional, aunque cabe mencionar que este enfoque enseñado de lo biomédico vio las deficiencias obvias por no tomar en cuenta al paciente como alguien que es un ser espiritual y social.

Las debilidades que noté en la clínica autónoma son debilidades que de no corregirse serán una amenaza para futuro para la organización EZLN y para el SSAZ, la falta de adquisición de algunas competencias de los promotores, van de la mano con la manera en que se capacitan, aunque se entiende que inicialmente no es la intención que se comporten y actúen como médicos, la realidad es que el conocimiento médico les ayuda en gran medida a desempeñar su papel; Creando así un sistema incluyente dentro de la cosmovisión de la región, pero con falta de las competencias técnicas y de conocimiento necesarias para brindar atención de calidad. La falta de información estadística, es uno de los muchos factores que impiden que se desarrolle el principio bioético de justicia; el principio de justicia puede desdoblarse en dos: un principio formal (tratar igual a los iguales) y un principio material (determinar las características relevantes para la distribución de los recursos sanitarios: necesidades personales, mérito, capacidad económica, esfuerzo personal, etc.), quiero aclarar que aquí la parte que resulta difícil de cumplir es la segunda de este principio, si se desconocen las características relevantes para la distribución de recursos y personal para la salud, se va a tender a inequidad en su distribución, y se debe de reconocer que el hecho de poseer estos datos estadísticos no implica que se excluya la posibilidad de tener una distribución desigual de estos recursos materiales (esto se entenderá mucho mejor en la segunda parte al ver las estadísticas comparativas).

En cuanto a las fortalezas pues es que viven de manera más armoniosa con la naturaleza que les rodea, y que han logrado consolidarse como un sistema incluyente para su población que si toma en cuenta la cosmovisión propia de la gente que habita en la región. Al tomar en cuenta la cosmovisión de los habitantes de una región resulta más sencillo que la gente pueda sentirse identificados con ellos y pueda permitir que se dé la mayor oportunidad de las clínicas autónomas: la educación para la salud, ya sea si aprovechen la oportunidad o no dentro de la clínica o más bien fuera de ella.

El hospital San Carlos tiene unas debilidades que resultan evidentes solo al trabajar dentro de dicha institución y observar el día a día. Como mencioné antes, la mayor parte del personal de enfermería son auxiliares en enfermería y muchas veces carecen de los conocimientos y habilidades mínimos para realizar una labor con calidad, va desde falta de conocimiento para toma adecuada de signos vitales, a cuidados específicos de algunos tipos de sondaje, o cuestiones de higiene y posición de los pacientes, así como de los tipos de aislamiento, esto por dar algunos ejemplos, y esto va para la parte médica también incluyéndome, dado a que hay cuestiones que por mí misma formación no puedo realizar de la manera más adecuada, por ejemplo toma de líquido cefalorraquídeo (usual por los casos de meningitis, mismas tomas que siempre me negué a realizar dado a que carezco del conocimiento adecuado y la pericia para realizarlas, recordemos, *primun non nocere*); el hospital más que ser un segundo nivel de atención, resulta ser más bien un nivel 1.5, pero

se llegan a atender cuestiones que a veces requerirían un tercer nivel, como médico a veces no puedes dar una atención adecuada, pero gracias a que si hay accesibilidad a medios para actualizarse y si se hace uso de ellos por parte del personal médico se puede evitar siempre dar una atención mala por falta de conocimiento, sin embargo es usual que uno se vea rebasado, sobre todo como pasante.

Sin embargo, también menciono una debilidad que podría ser el mayor azote a mi parecer de este hospital: el uso y abuso de medios electrónicos como auxiliares en la consulta médica. En específico me refiero al Up To Date, la cual, es una herramienta, que usada de manera objetiva es una gran ayuda como referencia del qué hacer con algunos pacientes. Aquí esta aplicación ha sido usada hasta el punto de ignorar al paciente, los hallazgos clínicos y de laboratorio y solo hacer lo que esta aplicación diga de manera ciega y sin juicio y sin prestar atención a la fisiopatología o historia natural de la enfermedad. A veces pareciera que con esta herramienta se pretende ignorar la inversión de dar actualizaciones y cursos a su personal médico y que sea remplazada esta capacitación por una receta de cocina que siempre esté a la mano. Esta situación va de la mano con una de las amenazas que listé para el hospital, que es la falta de conocimiento del entorno social que tiene el paciente. El utilizar ciegamente esta aplicación termina en que se ignore toda la cuestión social y cultural que rodea al paciente lo cual atenta contra la visión del hospital la cual cito: “Somos un Hospital Rural interculturado sostenible, asumido por la comunidad, que es el referente en la atención a la población originaria con personal profesionalizado y sensibilizado”. Se pierde la sensibilización y la interculturalidad al invisibilizar todo el contexto del paciente abusando de esta aplicación.

En cuanto a las fortalezas pues están dadas por su mayor cantidad de insumos y auxiliares diagnósticos con los que cuentas, así como que al contar con trabajo social tienen un contacto real con otras asociaciones y hospitales para buscar facilitar la interacción del paciente con medios gubernamentales de salud. También debo de mencionar la excelente disposición del personal de enfermería, que pese a verse rebasados muchas veces en conocimientos u habilidades están al pie del cañón intentando mejorar esa situación. Esto ha hecho que citando a muchos pacientes se tenga la idea de que “en el San Carlos si te ayudan”, aunque muchas veces solo es hacer el trabajo bien e informar al paciente y familiares de manera veraz y oportuna de sus opciones. La mayor oportunidad aquí es el desarrollo académico dado sobre todo por las múltiples campañas e interacción con médicos voluntarios que hacen que se tenga una experiencia de aprendizaje en el servicio social.

Capítulo segundo... “Los números de la salud”

Introducción

En este capítulo se establecerá que se entiende por derecho a la salud Tanto en México como de manera internacional. A su vez también se tratará qué son los determinantes sociales, creando un marco teórico en el cual nos basaremos para analizarlos datos estadísticos de la región donde se realizó el servicio social. Con estos mismos datos se realizará el diagnóstico comunitario un breve análisis acerca del derecho de salud en la región Selva Lacandona de Chiapas.

¿Qué es salud?

Es importante delimitar qué se entiende por salud para posteriormente decir qué es el derecho a la salud.

“ La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” la cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (Organización Mundial de la Salud, 1946)

Esta definición como se expresa abarca a la salud más allá de la realidad mutuamente excluyente de si estas enfermo no tienes salud, o que si no hay enfermedad tienes salud. Esta definición expresa a la salud como un estado de bienestar total tomando en cuenta el ser humano como un ser biopsicosocial y no solo como un ente que responde a lo biológico.

Posteriormente en 1978 en la declaración de Alma-Ata, se reconoce a la salud como un derecho humano, el cual para verse concretado y sea realmente igual para todos requiere de la intervención de otros sectores sociales y económicos y no solo del sector dedicado específicamente para la salud, dado que la salud expresado en su totalidad como la definición citada requiere una igualdad de oportunidades de desarrollo, haciendo que “la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población , especialmente entre los países en desarrollo y los países desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países” (Organización Mundial de la Salud, 1978).

¿Qué son los factores determinantes de la salud? ¿Por qué son importantes?

En 1976 México se anexa al “pacto internacional de los de derecho económicos, sociales y culturales” este pacto es importante como antecedente de los factores determinantes para la salud por que en este se toma en cuenta a la salud como algo no solamente dependiente del personal de salud si no de las condiciones que puede propiciar un Estado. Me resultan relevantes 3 artículos, sobre todo en el contexto en el cual se realizó el servicio social:

ARTÍCULO I

1. Todos los pueblos tienen el derecho de libre determinación. En virtud de este derecho establecen libremente su condición política y proveen, asimismo, a su desarrollo económico, social y cultural.

2. Para el logro de sus fines, todos los pueblos pueden disponer libremente de sus riquezas y recursos naturales, sin perjuicio de las obligaciones que derivan de la cooperación económica internacional basada en el principio de beneficio recíproco, así como del derecho internacional. En ningún caso podría privarse a un pueblo de sus propios medios de subsistencia.

3. Los Estados Partes en el presente Pacto incluso los que tienen la responsabilidad de administrar territorios no autónomos y territorios en fideicomiso, promoverán el ejercicio del derecho de libre determinación, y respetarán este derecho de conformidad con las disposiciones de la Carta de las Naciones Unidas.

ARTÍCULO 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (Colegio de Mexico, 1976)

ARTÍCULO 14

Todo Estado Parte en el presente Pacto que, en el momento de hacerse parte en él, aún no haya podido instituir en su territorio metropolitano o en otros territorios sometidos a su jurisdicción la obligatoriedad y la gratuidad de la enseñanza primaria, se compromete a elaborar y adoptar, dentro de un plazo de dos años, un plan detallado de acción para la aplicación progresiva, dentro de un número razonable de años fijado en el plan, del principio de la enseñanza obligatoria y gratuita para todos

Estos artículo resultan relevantes porque en ellos se habla de la no discriminación, la libertad de determinarse como deseen los pueblos en pro de su salud, y que estos no pueden ser privados de medios de subsistencia ni obligados a participar en algún tipo de rol

económico que condicione su desarrollo de manera buena o mal de ellos no desearlo, así como También se reconoce el derecho de todos a alcanzar el máximo nivel de bienestar físico y mental y que el Estado debe de hacer uso de sus facultades para garantizar este hecho. Y por último el artículo 14 no revela un plazo para quizá una de las partes más relevantes de este pacto: el derecho a la educación y el cómo un Estado debe de planificar y ejecutar un plan que permita la educación primaria gratuita a todos dentro de un plazo de tiempo que el mismo Estado considere razonable. Será de vital importancia tener en cuenta estos artículos mientras se hace un análisis del diagnóstico de comunidad.

El Pacto de derechos económicos, sociales y culturales en pocas palabras señala que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones mediante las cuales una persona puede llevar una vida digna y sana y extiende el derecho a la salud a los factores determinantes básicos de la salud que en conjunto permiten el desarrollo del estado de salud. Pero estos objetivos como lo dispone en el artículo 14 no son dejados al aire y algunos tienen metas de tiempo.

Las condiciones que se plantea y que el país que firmó ese pacto se comprometen a mejorar son conocidos como determinantes sociales de la salud y acorde a la OMS: “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”. (OMS, 2019). En pocas palabras las determinantes sociales de la salud son la situación social económica política y cultural en que vive un individuo en una sociedad que de una u otra manera limitan o promueven su desarrollo y capacidad de tener una salud plena dependiendo de si estos son favorables o no.

¿Qué son los objetivos del desarrollo del Milenio?

Al llegar el nuevo milenio la comunidad internacional (México estando como país representado en ella) llegan a un acuerdo donde se proclaman los “objetivos de desarrollo del milenio”. Estos si bien no abarcan todas las cuestiones de salud que atañen a las personas vulnerables en cuanto a su estado de salud por la carencia de determinantes sociales de la salud que sean favorables, sirven como indicadores y guía de los desafíos más básicos que se deben de enfrentar para poder garantizar una mayor equidad en cuanto a la salud refiere. Para todos ellos se fijan metas para un plazo de tiempo determinado (2015).

El eje de acción de estos objetivos, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los ODM, dimanantes de esa Declaración, tienen metas

e indicadores específicos. Y resulta relevantes mencionarlos porque basados en estos objetivos se han realizado políticas de salud a nivel internacional y nacional.

En el siguiente cuadro se presentan los objetivos y metas de cada uno de estos.

La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio	
Metas de salud	Indicadores sanitarios
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	
Meta 1	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día
Meta 2	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre
	4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	
Meta 3	Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	
Meta 4	Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	
Meta 5	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años
	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
Meta 6	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

(Organización Mundial de la Salud, 2005)

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades		
Meta 7	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años 19. Uso de preservativos como porcentaje de la tasa de uso de anticonceptivos
Meta 8	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	20. Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años 21. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al paludismo 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo 23. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente		
Meta 9	Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos
Meta 10	Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable y saneamiento	30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales
Meta 11	Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	31. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores servicios de saneamiento, en zonas urbanas y rurales

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo		
Meta 12	Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio	
Meta 13	Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados	
Meta 14	Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo	
Meta 15	Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo	
Meta 16	En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un	

(Organización Mundial de la Salud, 2005)

¿Qué es un derecho humano?

Acorde a la ONU Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Dentro de la carta de derechos humanos firmada en 1948 no se considera de manera directa el derecho a la salud como derecho humano, donde se habla que el humano tiene derecho a tener un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios.

¿Qué es derecho a la salud?

La salud se ve relacionada con el ejercicio de los derechos humanos y libertades, y depende del cumplimiento y ejercicio de ellos para lograrse completamente. Se entiende entonces el derecho a la salud como “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y este derecho se extiende a los factores socioeconómicos, derechos humanos y libertades que son determinantes para lograrlo.

Acorde a la OMS:

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

El derecho a la salud abarca libertades y derechos.

- Entre las **libertades** se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas, tratamientos y experimentos médicos no consensuados).
- Los **derechos** incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Acorde de a la constitución mexicana

“En nuestro país el derecho a la salud fue consagrado por primera vez en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el 3 de febrero de 1983, cuando el DOF publicó la reforma al art. 4º constitucional. El texto del artículo quedó como sigue:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”” (Olivia López Arellano, 2015)

“El 10 de junio de 2011 la Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicanos reformó una serie de artículos a fin de fortalecer el estatus jurídico de los tratados internacionales de derechos humanos en México, dotándolos de rango constitucional y estableciendo, entre otras cosas, que las normas internacionales relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y los propios tratados (Saltalamacchia, 2014). Estas quedaron de la siguiente manera”:

“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los

derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014)” (Olivia López Arellano, 2015)

“De esta manera, a partir de 2011 los derechos humanos están garantizados en México por la Constitución Política, los tratados internacionales y los tribunales internacionales con competencia regional (que en el caso de México es la Corte Interamericana de Derechos Humanos). Antes de la publicación del decreto de reforma el Estado Mexicano circunscribía sus responsabilidades al otorgamiento de garantías individuales, limitándose a garantizar la disponibilidad de instrumentos procesales de tutela de derechos, pero sin reconocer los derechos humanos como tal. Con la reforma, los contenidos del derecho a la salud y los procedimientos a través de los cuales se puede garantizar su cumplimiento pasan a ser los mismos que los establecidos en los tratados internacionales firmados por México y examinados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Para que estas aspiraciones se cumplan es necesario que todas las políticas en la materia adecuen su diseño a este nuevo paradigma.” (Olivia López Arellano, 2015)

Con estas modificaciones se entiende de ahora en adelante de la misma manera el derecho a la salud en México que por la OMS, con apartados y especificaciones correspondientes para la protección a la salud que implica la disponibilidad, calidad, asequibilidad de los servicios, así como la protección de grupos vulnerables.

Todo este texto nos es útil porque con ello determinaremos junto con las estadísticas el diagnóstico comunitario de la región donde se hizo el servicio social.

¿Qué es pobreza?

Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando presenta al menos una carencia social y no tiene un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades. (CONEVAL, 2016).

¿Qué es pobreza extrema?

Una persona se encuentra en situación de pobreza extrema cuando presenta tres o más carencias sociales y no tiene un ingreso suficiente para adquirir una canasta alimentaria (CONEVAL, 2016).

El significado de estos dos términos es muy importante tenerlos en cuenta para el resto de la lectura.

Diagnóstico comunitario Arroyo Granizo y Altamirano:

La finalidad de realizar un diagnóstico de comunidad es poder contextualizar el marco teórico antes escrito, y determinar la situación de los municipios donde se realizó el servicio respecto a si se puede ejercer el derecho a la salud o no. Esto se realizará mediante el análisis factorial de los indicadores de la salud. Se realizará este diagnóstico de Arroyo Granizo municipio Ocosingo y de Altamirano municipio Altamirano, ambas municipalidades pertenecen al estado de Chiapas.

Generalidades sobre la pobreza en México

México tiene para 2015 **119,938,473** Número de personas (INEGI, 2015). El porcentaje de la población en situación de pobreza en 2016 (43.6%) lo cual resulta menor a su anterior medición en el 2014 que fue de 46.2% respectivamente. Lo que hace que el número de personas en situación de pobreza en 2016 sea de 53.4 El porcentaje de la población en situación de pobreza extrema en 2016 es de 7.6% y fue menor que en 2014 con 9.5% respectivamente. Con lo que el número de personas en situación de pobreza extrema en 2016 es de 9.4 millones. (CONEVAL, 2016) Chiapas figura entre las 5 entidades que aumento su porcentaje de población en pobreza tomando como intervalo de tiempo del año 2014 al año 2016 la pobreza aumentó 0.9% para el año 2016 dejando al estado de Chiapas con 77.1 % de su población en pobreza. (CONEVAL, 2016). Dentro de las conclusiones de diversos informes de la Coneval se advierte que hay grupos de población cuyo ejercicio de derechos se encuentra sistemáticamente comprometido. La población indígena enfrenta brechas en todos los casos en que se compara con población no indígena; lo mismo pasa con otros grupos sociales como las mujeres, la población joven y las personas con alguna discapacidad, quienes encuentran mayores obstáculos para acceder a los mismos beneficios que sus contrapartes (CONEVAL, 2016); y esta es la descripción de la población con la que se trabajó durante el servicio social.

Chiapas en General:

Chiapas se localiza al sureste de México; colinda al norte con el estado de Tabasco, al oeste con Veracruz y Oaxaca, al sur con el Océano Pacífico y al este con la República de Guatemala. Cuenta con 122 municipios distribuidos en 15 regiones. Tiene aparte 7 regiones fisiográficas. En Chiapas existen los pueblos Tseltal, Tsotsil, Ch'ol, Tojol-ab'al, Zoque, Chuj, Kanjobal, Mam, Jalteco, Mochó, Cakchiquel y Lacandon o Maya Caribe; con lo que Chiapas tiene dentro de sí 12 de los 62 pueblos indígenas reconocidos oficialmente por México. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2019). Regiones, regiones fisiográficas se verán en los mapas presentados a continuación

La Región XII Selva Lacandona está conformada por los Municipios de Altamirano y Ocosingo. Su territorio ocupa 10,375.73 km² que representan el 14.14% de la superficie estatal. La extensión territorial urbana en la región, representa apenas el 0.47% del territorio regional lo que significan 48.77 km², en cambio, se estima que la superficie rural

es del 99.53% del territorio regional, lo que equivale a 10,375.73km². Por lo anterior, se considera que la región es altamente rural (Gobierno del estado de Chiapas, 2012)

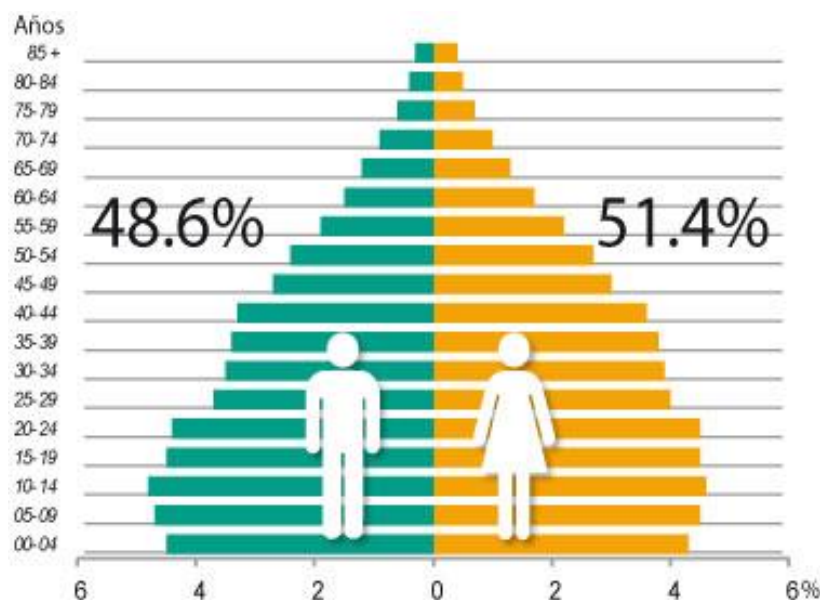
Arroyo Granizo es un ejido perteneciente al municipio de Ocosingo, mientras que Altamirano es la cabecera municipal del municipio Homónimo. Arroyo Granizo y Altamirano se encuentran ambos dentro de la Región XII Que corresponde a la Selva Lacandona. Para el acceso a Arroyo Granizo se hace a través de la carretera única estatal, la cual conecta con la urbe más cercana que es Palenque que esta comunicada por la carretera estatal mencionada y que los sitúa a una distancia de 113 km, Existen taxis dentro del ejido y forman parte de la ruta transportes públicos con los que se cuentan para llegar a Arroyo Granizo desde Palenque, el tiempo de traslado es de 3:30 horas aproximadamente. Existe una ruta de transporte colectivo que tiene cerca de 10 corridas diarias, la cabecera municipal “Ocosingo” se encuentra a 161 km de Arroyo Granizo y existe una ruta de transporte público localizada en el ejido vecino Santo Domingo que lleva de manera directa, la travesía dura 8 horas aproximadamente. Si bien esta área no cuenta con cobertura por alguna compañía que brinde servicio de telefonía, si existe cobertura de televisión satelital e internet satelital. Existen casetas telefónicas pertenecientes a pobladores de la localidad, en cuanto a medios de comunicación masivos de radio nacional: La Voz de la Selva y “Radio La Selva” XHSDM FM Santo Domingo.

Mientras tanto Altamirano es una cabecera Municipal la cual cuenta con varias vías de ingreso, a través de las carreteras estatales que atraviesan Oxchuc, o a través del municipio de Chanal, así como también se puede ingresar a través de Ocosingo por la carretera estatal Ocosingo Comitán, a través de la carretera estatal que comunica con Cuxulja que conecta con la carretera Palenque San Cristóbal de las Casas en su tramo de Ocosingo san Cristóbal de las Casas. Existe cobertura por parte de compañías de telefonía en Altamirano, así como servicio de datos móviles 4g, internet alámbrico e inalámbrico, múltiples servicios de televisión de paga, así como señal de tv libre, y múltiples emisoras de radio.

Indicadores sociales

Demografía

La población total en México durante el 2015 es de 119,938,473 habitantes (véase distribución por grupo etario y sexo en las siguientes gráficas), de los cuales 5,217,908 viven en el Estado de Chiapas (INEGI, 2015). En el caso de los municipios de la Región VII Selva Lacandona Altamirano y Ocosingo, tiene una población de 32, 872 personas y 218, 893 personas respectivamente (INEGI, 2015).

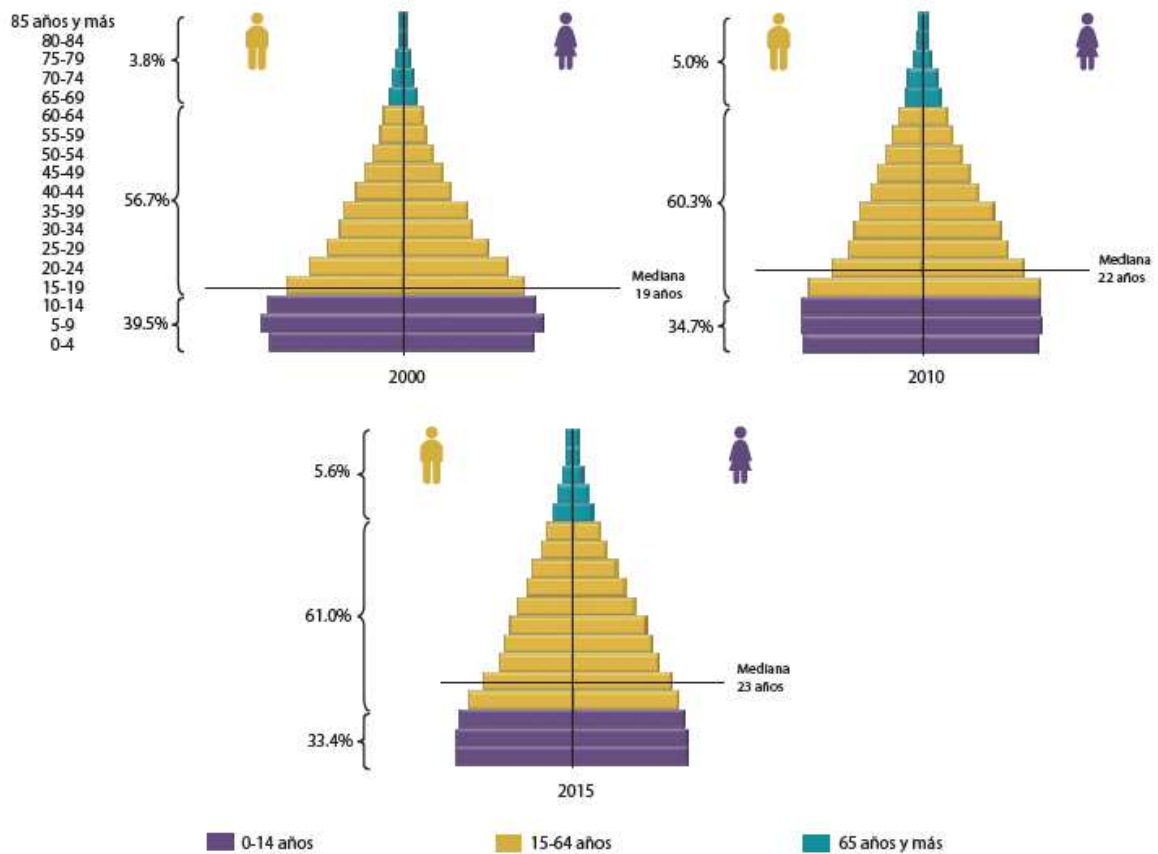


Del total de personas en México 48.4 % son hombres, y 51.6% son mujeres lo que nos da una razón de 94 hombres por cada 100 mujeres respectivamente, Como se puede observar, **en la pirámide poblacional** de 2015 es más ancha en el centro y se reduce en la base, esto significa que la proporción de niños ha disminuido y se ha incrementado la de adultos. 65% de la

población se encuentra entre los 18 años y 65 años, teniendo así una edad mediana de 27 años (INEGI, 2015).

Mientras tanto del total de la población que habita en Chiapas del total de la población de 48.6% de hombres y 51.6% de mujeres, lo cual concuerda con la distribución por sexo de la media nacional. Sin embargo, presenta una distribución por grupo etario muy diferente a la media nacional y situando al Estado con la media edad mediana de 23 años, se puede observar en la pirámide poblacional como tiene las bases anchas, situando a Chiapas en el lugar número 1 del estado con la población más joven. Y contrario a la pirámide poblacional de México, la pirámide poblacional de Chiapas se mantiene sin cambios significativos en su morfológicas tras 15 años (INEGI, 2015).

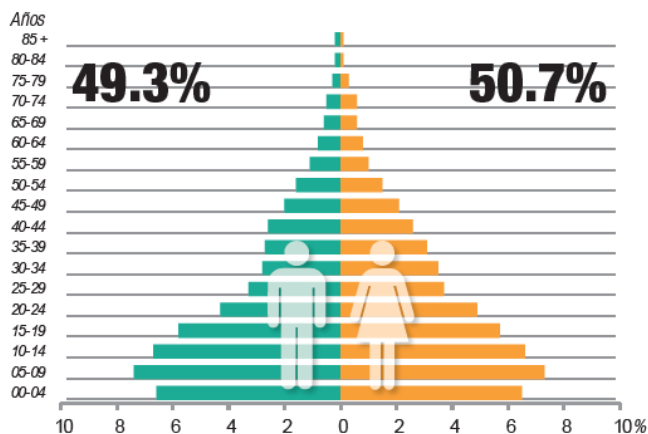
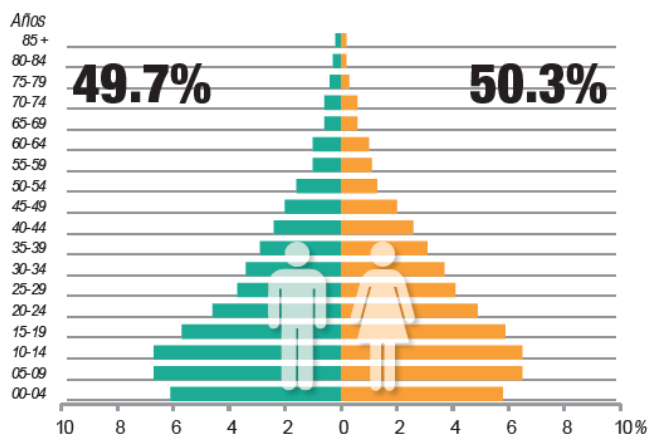
Estructura de la población, 2000, 2010 y 2015



Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010; Encuesta Intercensal 2015.

Progresión de las pirámides poblacionales de Chiapas desde 2000-2015

En la región de la selva lacandona, del total de la población del municipio de Altamirano, 49.7% son hombres y 51.3% son mujeres, y al observarse la distribución de la pirámide poblacional se observa que es más semejante a la distribución por grupo etario de población del resto del estado. La edad mediana del municipio corresponde a los 20 años. En el caso del municipio de Ocosingo, 49.3% de la población son hombres, y 51.7% son mujeres, la pirámide poblacional se distribuye de manera semejante al patrón de distribución visto en Chiapas y Altamirano (INEGI, 2015)



Izquierda pirámide poblacional del Municipio de Altamirano 2015 MÉXICO 2015, Derecha Pirámide poblacional del municipio de Ocosingo 2015(Fuente (INEGI, 2015))

Al comparar las pirámides poblacionales se puede notar que las del estado de Chiapas y las de los municipios de Altamirano y Ocosingo tienen morfología semejante, las 3 con bases anchas, sin embargo, se nota mayor amplitud en los grupos etarios de la base en los municipios que en estado de Chiapas. Cabe remarcar que el porcentaje de distribución por género es muy similar siendo esto una tendencia nacional.

En cuanto a la población De la comunidad Arroyo Granizo se desconoce la distribución por grupo etario, sin embargo si se cuenta con el total de población que es de 1357 personas en 2010 (SEDESOL, 2010), respecto a la cabecera municipal Altamirano se tiene el dato que en 2010 su población era de 9200 persona (SEDESOL, 2010).

Natalidad:

El promedio de hijos nacidos vivos en el estado de Chiapas ha estado disminuyendo junto con el promedio de muertos. Para 2015 el promedio de hijos nacidos vivos en mujeres de 15-45 años es de 2.0 cifra que concuerda con el censo pasado (2010), y representa una disminución del .4% con respecto al año 2000, en el caso del Municipio de Altamirano es ligeramente mayor con 2.3% y en el caso del municipio de Ocosingo es de 2.5%. De acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, la Tasa de Natalidad en la Región es 51.46, muy por arriba del 36.52 que se tiene a nivel estatal (Tasa de natalidad por cada 1000 habitantes). Se pueden comparar en la siguiente tabla los datos, se puede apreciar que es sumamente mayor la tasa de natalidad del municipio de Ocosingo con respecto a la tasa de natalidad de Altamirano y de Chiapas.

Localidad	Tasa de natalidad
Altamirano	47.25
Ocosingo	55.67
Región XII Selva Lacandona	51.46
Chiapas	36.52

Tasa de natalidad por cada 1000 habitantes fuente (Gobierno del estado de Chiapas, 2012)

Mortalidad:

En México Durante el 2015, se registraron 655 mil 688 defunciones, de las cuales 363 mil 732 fueron de varones y 291 mil 637 de mujeres*, esto significa que del total de las defunciones registradas 55% corresponden a hombres y 44% a mujeres, En el estado de Chiapas durante 2016 se presentaron 26, 691 defunciones. Las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, siguen siendo las principales causas de muerte en adultos. En cuanto a la mortalidad de 1-4 años las principales causas fueron accidentes, **malformaciones del sistema cardiovascular, y tumores malignos** , y de 4-15 años se mantuvieron estas causas con el cambio que en tercer lugar están las malformaciones del sistema cardiovascular, y las tumoraciones malignas en segundo lugar (INEGI , 2016), En el caso de Chiapas se tiene que durante 2016 hubo un total de 26,641 muertes, de estas las causas más comunes de mortalidad fueron en orden descendente : **enfermedades del corazón, diabetes mellitus, y tumores malignos**. (INEGI , 2016). De estas, las defunciones en Altamirano fueron 233 de las cuales 169 fueron hombre y 64 mujeres (INEGI , 2016), En el caso de Arroyo Granizo solo se tuvo una muerte en la localidad durante los 7 primeros meses del 2018 (tiempo en que se estuvo en la comunidad), la causa fue hemorragia.

Morbilidad:

En México durante el año 2017 las 5 principales causas de morbilidad sin tomar en cuenta su grupo etario (en orden descendente) fueron : **Infecciones de vías respiratorias con, Infecciones intestinales, Infección de vías urinarias , Úlceras, gastritis y duodenitis, Conjuntivitis** (SECRETARIA DE SALUD, 2017). En el caso de **Chiapas tuvo como causas principales de morbilidad las misma 5 enfermedades** (SECRETARÍA DE SALUD , 2017). En la siguiente tabla compararemos las 10 primeras causas de morbilidad de México y de Chiapas, Así como su incidencia:

Número	México	Incidencia Nacional	Chiapas	Incidencia Chiapas
1	Infecciones de Vías respiratorias	26,366,261	Infecciones de Vías respiratorias	624,533
2	Infecciones intestinales	5,771,681	Infecciones intestinales	218,771
3	Infección de vías urinarias	4,474,599	Infección de vías urinarias	150,892
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,520,938	Úlceras, gastritis y duodenitis	54,697
5	Conjuntivitis	1,426,631	Conjuntivitis	30,551
6	Gingivitis y enfermedad periodontal	1,170,693	Otitis media aguda	28,096
7	Otitis media aguda	849,332	Gingivitis y enfermedad periodontal	25,914
8	Obesidad	691,492	Vulvovaginitis	23,046
9	Vulvovaginitis	636,286	Amebiasis intestinal	22,711
10	Hipertensión arterial	493,882	Otras salmonelosis	22,282

Tabla principales causas de morbilidad en México y Chiapas, creación propia, fuente de datos (SECRETARIA DE SALUD, 2017)

Como se puede observar en ambas se ven un predominio de infecciones en las causas de morbilidad más comunes, llama la atención que en ambas es muy alta la incidencia de infecciones intestinales las cuales su alta incidencia están asociadas usualmente a una inadecuada disponibilidad de servicios sanitarios, pavimentación, agua , así como de educación para la salud y prevención para evitar la contaminación fecal oral, esto es más marcado en Chiapas que entre sus 10 causas de morbilidad 3 son por microorganismos que

se asocian a las malas condiciones mencionadas. También es remarcable que la gingivitis ocupa un estrato muy alto en ambas listas siendo que es prevenible con un buen cepillado, imagino que esto puede ir asociado a las deficiencias de servicios de saneamiento, agua, y de educación para la salud y prevención en el primer nivel de atención, y también va asociado a que para realizar el cepillado se requieren los medios económicos para conseguir la pasta de dientes y el cepillo de manera constante. La otra gran diferencia es que se puede apreciar que la obesidad y la hipertensión arterial están listadas a nivel nacional y que en Chiapas no, esto se ve asociado a los hábitos dietéticos y disponibilidad de alimentos, así como cuestiones culturales de alimentación. En general estas listas de morbilidad son cercanas a lo que se mencionará en la parte 3 de este reporte al detallar el perfil de morbilidad de Arroyo Granizo. Sin embargo, algo que no concuerda es que la mayor parte de la población que se vio en la localidad mujer mayor de 30 años, presentaba obesidad y o hipertensión arterial sistémica.

Migración:

Siempre que se toma el tema de migración hay que tomar en cuenta que la migración un fenómeno presente en todas las culturas, en todos los países y que existe desde el inicio de la humanidad. Este fenómeno está asociado a la búsqueda de mejores condiciones de vida, de empleo, de seguridad etc.

En el 2005, salieron de Chiapas 105 mil 858 personas para radicar en otra entidad. Los principales lugares de destino de emigración interna fueron Quintana Roo, Baja California, Tabasco. En 2010, llegaron en total 50 mil 571 personas a vivir a Chiapas, procedentes del resto de las entidades del país, sus lugares de principales procedencias fueron: Distrito Federal, Tabasco, Baja California. En cuanto emigración internacional, Al 2010, de cada 100 migrantes internacionales del estado de Chiapas, 94 se fueron a Estados Unidos. El dato a nivel nacional es de 89 de cada 100. Sin embargo pese a este número “Chiapas es de las entidades del país con menor porcentaje de emigrantes a Estados Unidos de América (INEGI, 2005)), en cuanto a los principales destinos de migración, estos se refrendaron en el registro Intercensal del 2010 (Velásco, 2014)

Educación:

En México, los habitantes de 15 años y más tienen 9.1 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más de la secundaria concluida (INEGI, 2015). Sin embargo, el caso de Chiapas es el caso del estado con menor grado de escolaridad en promedio con 7.2. En cuanto a analfabetismo en México De acuerdo con la Encuesta Intercesal 2015, 4 de cada 100 hombres y 6 de cada 100 mujeres de 15 años y más **no** saben leer ni escribir. En 2015, para los hombres y las mujeres de 15 a 29 años, esta tasa es de 1.3 y 1.2%, respectivamente lo que sugiere que la población joven es prácticamente alfabeto, Sin embargo, conforme aumenta la edad, la tasa de analfabetismo se incrementa y es mayor entre las mujeres, lo que da cuenta de la marginación en que vivían proporciones significativas de la población femenina a las que se negaba el derecho a educarse. La diferencia entre hombres y mujeres

en la generación más vieja que corresponde al grupo de 75 años y más es de 8.3 puntos porcentuales (INEGI, 2015).

En Chiapas, 15 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir. En 2015, para los hombres y las mujeres jóvenes de 15 a 29 años, esta tasa es de 3.9 y 5.8% respectivamente. Sin embargo, al igual que sucede a nivel nacional conforme aumenta la edad, la tasa se incrementa y es mayor entre las mujeres, se ve este fenómeno de manera más amplificadas en la población de Chiapas. La diferencia entre sexos, en el grupo de edad de 75 años y más, es de 15.1 puntos porcentuales en desventaja de las mujeres; mientras que en los jóvenes la distancia es de casi dos puntos, también en contra de las mujeres (INEGI, 2015).

La difícil situación económica de las familias ha sido un factor que incide en el rezago educativo, propiciando la inasistencia escolar. Las familias, al no contar con la suficiencia de recursos se encuentran imposibilitados para sufragar gastos para la compra de útiles escolares y uniformes, siendo en muchos casos necesario que niños y niñas se sumen al mercado laboral o bien a las labores del campo para contribuir con los ingresos de la familia. El índice de analfabetismo en la región es de 28.2, muy por debajo del resultado estatal que es de 17.8. En general, el grado promedio alcanzado en la Región es de 5.18, por género es 5.84 para los hombres y 4.54 para mujeres (Gobierno del estado de Chiapas, 2012). En cuanto a la infraestructura para educación presente en la región se tiene en la siguiente tabla:

Tabla: 29 Infraestructura Educativa

Municipio	Preescolar	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Nivel Superior
Altamirano	56	71	11	5	0
Ocosingo	334	442	91	49	2
Región XII. Selva Lacandona	390	513	102	54	2

Fuente: INEGI Censo de Población y Vivienda 2010.

Con esta infraestructura, se atienden a un total de alumnos en Primaria de 44,101 habitantes; 14,757 en nivel secundaria y 6,738 en nivel bachillerato. No se cuenta con la información para los niveles preescolar y nivel superior (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).

Dentro de la comunidad de Arroyo Granizo existe una primaria y una secundaria, así como un preescolar. Existe un colegio de **bachilleres** el cual está en el ejido vecino Santo Domingo (a 15 minutos si se va a pie). También existe, no en archivos oficiales, otra institución educativa, la perteneciente al EZLN. Esta escuela tiene una matrícula de 73 niños los cuales tienen diversas edades, aquí los grupos se hacen dependiendo de las capacidades del alumno dividiéndolos en 3 etapas. Se les otorgan clases de su idioma en este caso el **Tzeltal**, también de **español**, y sobre **agricultura**. Sin embargo solo cuenta con 2 promotores para dar clases a los 3 niveles, El enfoque de esta escuela es utilizar la enseñanza para las situaciones con las que ellos van a encontrarse como la **agricultura**, en comparación del

sistema habitual que se basa en gran parte en la adquisición de conocimiento más a manera de enciclopedia, también al ser realistas sobre el ritmo de vida que se lleva dentro de las comunidades solo se dan 3 días de clases a la semana, es triste comentar para la entrega de este documento llevará más de 1 año de no estar en función al igual que la mayor parte de las escuelas pertenecientes al municipio autónomo Ricardo Flores Magón que también son parte del EZLN.

Vivienda y Servicios públicos EN México:

El Artículo 4° de la Constitución establece el derecho de toda familia a disponer de una vivienda digna y decorosa; sin embargo, ni en este ordenamiento ni en la Ley de Vivienda se especifican las características mínimas que debe tener ésta.

Los criterios formulados por la Comisión Nacional de Vivienda (CONAVI) para el indicador de calidad y espacios de la vivienda incluyen dos subdimensiones: el material de construcción de la vivienda y sus espacios. De acuerdo con estos criterios, se considera como población en situación de carencia por calidad y espacios de la vivienda a las personas que residan en viviendas que presenten, al menos, una de las siguientes características:

1. El material de los pisos de la vivienda es de tierra.
2. El material del techo de la vivienda es de lámina de cartón o desechos.
3. El material de los muros de la vivienda es de embarro o bajareque; de carrizo, bambú o palma; de lámina de cartón, metálica o asbesto; o material de desecho.
4. La razón de personas por cuarto (hacinamiento) es mayor que 2.5.

(CONEVAL , 2019)

Los resultados de la Encuesta Intercensal permiten estimar en 31.9 millones el total de viviendas particulares habitadas del país. En términos absolutos, su número aumentó casi 15.8 millones en el último cuarto de siglo (INEGI, 2015). En México, durante los últimos tres lustros, el promedio de ocupantes por vivienda muestra un descenso gradual, lo cual implica que de 4.4 ocupantes en 2000, pasa a 3.7 en 2015 (INEGI, 2015).

En el país, durante 2015, según el tamaño de localidad pueden identificarse importantes contrastes en el porcentaje de viviendas particulares habitadas con piso de tierra. En localidades con menos de 2 500 habitantes, 9.5% de las viviendas tienen piso de tierra. Por el contrario, a medida que las localidades tienen más población, la proporción disminuye, hasta llegar a solo 1.1% en localidades de 100 000 y más habitantes (INEGI, 2015).

Un servicio esencial para la población lo constituye el abastecimiento de agua potable de la red pública. En México, entre 2000 y 2015 el porcentaje de viviendas particulares habitadas que cuentan con este servicio pasó de 88.8 a 95.5% (INEGI, 2015).

En el 2000, la proporción de viviendas en que se usa leña o carbón para preparar alimentos era de 17.2%, sin embargo, durante los siguientes quince años tuvo un importante descenso de 2.4 puntos porcentuales. La proporción de viviendas particulares habitadas donde se usa leña o carbón alcanza un significativo 48.8% en las localidades con menos de 2 500 habitantes y disminuye de forma acelerada a medida que aumenta la cantidad de habitantes, hasta solo 1.2% en las de 100 000 y más habitantes (INEGI, 2015).

De 2000 a 2015 en cerca de 80% de las viviendas particulares habitadas del país, la basura se desecha bajo la modalidad de recolección a domicilio y su proporción se incrementó en el periodo de referencia (INEGI, 2015).

Chiapas: Vivienda y servicios públicos:

La encuesta Intercensal permite estimar en poco más de 1.2 millones el total de viviendas particulares habitadas de la entidad. Se estima que, en 2015, los municipios con el mayor número de viviendas particulares habitadas son: Tuxtla Gutiérrez (160 210), Tapachula (92 528), San Cristóbal de las Casas (51 377) y Ocosingo (42 341), los cuales concentran 346 456, que representan 28% del total de las viviendas de la entidad. Estas diferencias reflejan las características del crecimiento demográfico en cada municipio en los años recientes y en gran medida están asociadas a la migración. En Chiapas, durante los últimos tres lustros, el promedio de ocupantes por vivienda muestra un descenso gradual, lo cual implica que de 4.9 ocupantes en 2000 pasa a 4.2 en 2015 (INEGI, 2015).

Durante los últimos quince años, el porcentaje de viviendas con piso de tierra descendió 27 puntos porcentuales dejando en 10.6% la cantidad de viviendas con piso de tierra en el estado para 2015. En localidades con menos de 2 500 habitantes, 17.3% de las viviendas tienen piso de tierra. Por el contrario, a medida que las localidades tienen más población, la proporción disminuye, hasta llegar a 3% en localidades de 100 000 y más habitantes (INEGI, 2015).

En Chiapas, entre 2000 y 2015 el porcentaje de viviendas particulares habitadas que cuentan con agua intubada pasó de 74.4% a 89.1%. En Chiapas 88.6% de las viviendas particulares habitadas disponen de drenaje. Sin embargo, a nivel municipal existen algunas diferencias importantes (INEGI, 2015).

En el 2000, la proporción de viviendas en que se usa leña o carbón para preparar alimentos era de 53.4%, sin embargo, durante los siguientes quince años tuvo un leve descenso de 2.4 puntos porcentuales. La proporción de viviendas particulares habitadas donde se usa leña o carbón alcanza un notable 84.7% en las localidades con menos de 2 500 habitantes y disminuye de forma acelerada a medida que aumenta la cantidad de habitantes, hasta 5.1% en las de 100 000 y más (INEGI, 2015).

En 2015 en 57.7% de las viviendas particulares habitadas del estado, la basura se desecha bajo la modalidad de recolección a domicilio (INEGI, 2015).

Selva lacandona vivienda y servicios públicos:

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, la Región XII Selva Lacandona cuenta con 1,268 localidades y una población total de 228,742 habitantes que se distribuyen de la siguiente manera: 940 localidades son menores de 100 habitantes, que representan el 74.13% del total regional y en conjunto concentran una población de 24,858 habitantes, cantidad que es el 10.86% de la población total de la región; 242 localidades se ubican en el rango de 100 a 499 habitantes, este número de localidades porcentualmente significan el 19.08% del total regional de localidades, mismas que tienen una población de 55,033 habitantes, que a su vez representan el 24.06% de la población total de la región; en seguida se puede observar que 80 localidades se encuentran en el rango de 500 a 2499 (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).

Resulta importante mencionar esta información puesto que se debe de entender que cuando hablemos en lo general de la región XII Selva lacandona estaremos hablando en su mayor parte de poblados que tienen menos de 100 personas habitándolos. Esto significa que como se habrá leído en los **párrafos** anteriores donde dimos a entender que las poblaciones rurales (<2500 habitantes) tienden a tener peores condiciones y **menor** acceso a los servicios de saneamiento básico, materiales perdurables para vivienda etc.

Los dos municipios Ocosingo y Altamirano que conforman la región Selva Lacandona presentan un grado de marginación considerado Muy Alto (Gobierno del estado de Chiapas, 2012). En la región Selva Lacandona, el 83% de la población presenta carencias por concepto de servicios básicos en la vivienda, mientras que un 35% presenta carencia por calidad y espacios de la vivienda (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).

De las 38,625 viviendas contabilizadas en la región, 29,697 cuentan con piso de cemento o firme lo que representa el 76.89%. Los pisos de madera, mosaico u otro recubrimiento se contabilizan en 1,600 representando el 4.14%. Las viviendas con piso de tierra son 7,162 representando el 18.54%. En cuanto a los servicios básicos, los resultados reflejan que de las 38,625 viviendas 3,241 (86.06%) cuentan con agua; 23,886 (61.84%) con drenaje y 34,670 (89.76%) con energía eléctrica (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).

El promedio de ocupantes por vivienda en la región es de 5.25, siendo Ocosingo con 5.44, el municipio con mayor número de ocupantes por vivienda (recordatorio: se considera hacinamiento a partir de 2.5 ocupantes por habitación).

En cuanto a Arroyo Granizo se refiere la mayor parte de las viviendas no cuentan con piso de cemento, así como casi el 100% me atrevería a afirmar que tiene paredes de madera y techo de lámina de zinc, si bien en la comunidad si existe agua **entubada**, no todos los habitantes tienen acceso a ella, así como a drenaje, electricidad existe para muchas casas desconocería el porcentaje, la disposición de la basura se hace mediante la quema de ella.

Altamirano ya es una población urbana, sin embargo, aun dentro de la localidad hay muchas casas de madera y lámina de zinc, desconozco cuantas casas tienen recubrimiento de

cemento, existe agua **entubada** y **drenaje**, la disposición de la basura también es mediante la quema de la misma.

Alimentación:

En 2008 se estimó que la población en pobreza alimentaria corresponde a 18.2% del total de la población mexicana , lo que significa que más de 3 millones 800 mil hogares no cuentan con el ingreso suficiente para comprar los bienes de la canasta básica (CONEVAL, 2010). A partir del análisis desagregado por entidad federativa, los estados que presentan mayores porcentajes de población en pobreza alimentaria en 2005 son Chiapas, Guerrero y Oaxaca con 47, 42 y 38% de su población total, respectivamente (CONEVAL, 2010).

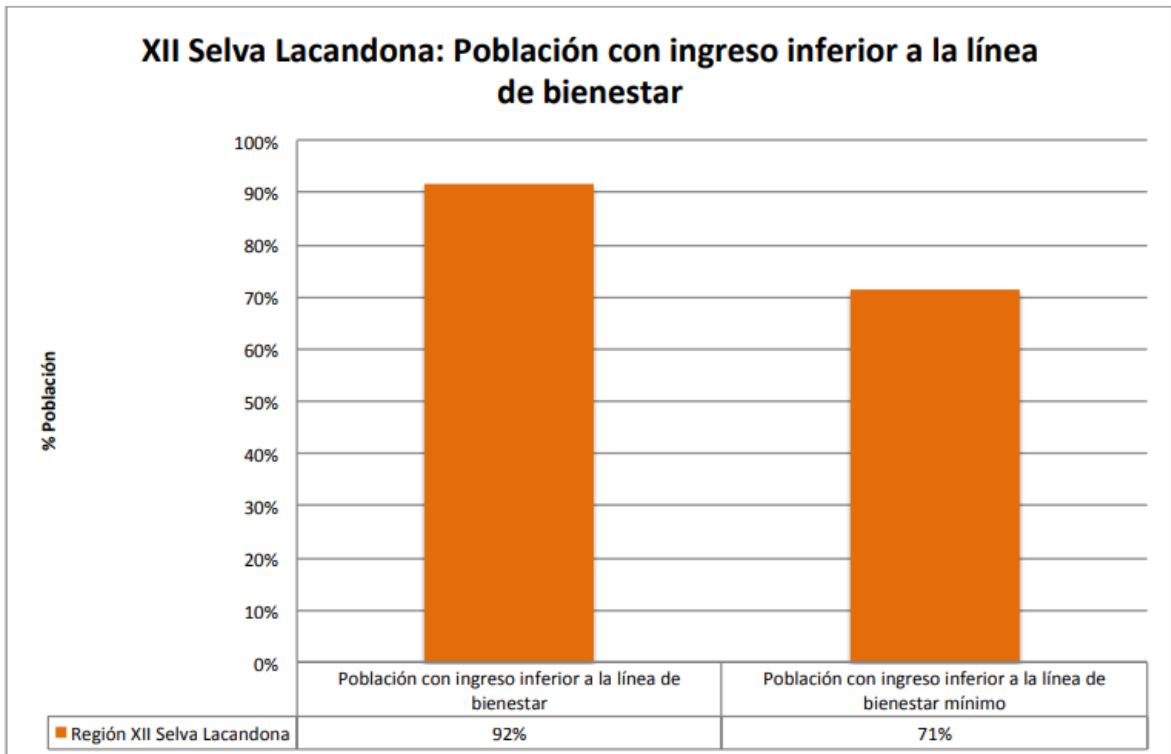
De igual manera, el CONEVAL mide los siguientes indicadores:

1) Población con ingreso inferior a la línea de bienestar: valor monetario de una canasta alimentaria y no alimentaria de consumo básico.

2) Línea de bienestar mínimo: valor monetario en un mes determinado de una canasta alimentaria básica. Para efectos de la medición se toma como referencia el valor de la canasta del mes de agosto de cada año en que se hace la medición. Ésta línea se calcula para los ámbitos rural y urbano.

(Gobierno del estado de Chiapas, 2012)

En este contexto, el 92% de la población de la región cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar y el 71% con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo. Esto implica que durante el año 2010 (acorde a la bibliografía) 92% de la población está en pobreza alimentaria (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).



Fuente: CONEVAL, Reporte de la Medición de Pobreza de los Municipios de México 2010.

La mayor parte de la alimentación es a partir de productos derivados del maíz, así como frijol. En Arroyo Granizo existen medios para obtener carne de res, y el pollo es obtenido usualmente en los criaderos propios que tienen las familias, así como los huevos. Frutas se consumen las que existen en la región y usualmente provienen de las tierras para cultivo propias de una familia o de los árboles sembrados en sus solares, verduras y leguminosas de otro tipo son muy escasas.

Religión:

De acuerdo con el Censo General de Población del INEGI de 2010, ocho de cada diez personas en el país (82.72%) declaran ser católicas (INEGI 2010). En términos absolutos, México es el segundo país con más católicos. Una de cada diez personas en México (9.73%) pertenece a alguna Iglesia cristiana distinta a la católica (INEGI 2010). La diversidad religiosa fuera del ámbito cristiano es acotada (0.16% de la población) (INEGI 2010). Ello incluye a las personas judías, musulmanas, budistas e hinduistas, entre otras (CONAPRED, 2018) (CONAPRED, 2018).

Dentro de la comunidad de Arroyo Granizo existen centros espirituales, el más concurrido de estos es la iglesia católica que se encuentra en el centro del pueblo, misma que es administrada por jesuitas pertenecientes a la misión jesuita de Bachajon, el resto de las iglesias pertenecen a alguna variante del cristianismo.

En Altamirano existe así mismo una iglesia católica en el centro del pueblo sin embargo existen más de 10 iglesias pertenecientes a alguna variante del cristianismo dentro de la cabecera municipal., algunas de ellas mantienen conflicto con otras; la más grande que se localiza en el centro de la comunidad y es católica, esta iglesia mantiene contacto administrativo con el grupo jesuita que desde hace 40 años se encuentra en la región Selva. Los cinco restantes cuentan con fieles cristianos, pentecostés, presbiterianos y los llamados en cristo Jesús, todas mantienen sus días sagrados, fiestas y autoridades propias, así como sus requisitos y administraciones.

Servicios de Salud:

En México entre 2000 y 2015 el porcentaje de población que declaró estar afiliada a servicios de salud se duplicó al pasar de 40.1 a 82.2 por ciento. En el año 2015, el Seguro Popular o Seguro Médico para una Nueva Generación cubre casi a la mitad de la población afiliada a una organización que presta servicios de salud (49.9%), seguido del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que cuenta con 39.2% afiliados. El 7.7% de las personas declaró estar afiliada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); mientras que el resto de las instituciones alcanzan en conjunto al 6% de la población afiliada (INEGI, 2015).

Entre 2000 y 2015 el porcentaje de población que declaró estar afiliada a servicios de salud aumentó más de cuatro veces al pasar de 17.6 a 82.3 por ciento. En el año 2015, el Seguro Popular o Seguro Médico para una Nueva Generación cubre a más de cuatro quintas partes de la población afiliada a una organización que presta servicios de salud (82.1%), seguido del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que cuenta con 12.4% afiliados. El 5.4% de las personas declaró estar afiliada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); mientras que el resto de las instituciones alcanzan en conjunto al 2.9% de la población afiliada (INEGI, 2015).

En la Selva Lacandona La carencia por acceso a la seguridad social, con un 94% de la población, es el indicador más alto, seguido servicio básico de la vivienda (Gobierno del estado de Chiapas, 2012). De acuerdo a estos datos, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) no tiene presencia en la región, acorde al Censo de Población y Vivienda 2010. Siendo el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 9,518 derechohabientes y el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH) con 768 los que cuentan con presencia en la región. La suma de los derechohabientes en estas instituciones apenas cubren el 4.5% de la población (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).

Tabla: 23 Población Derechohabiente

Municipio	IMSS	ISSTE	ISSTECH	Total de Servicios por Municipio
Altamirano	0	ND	36	36
Ocosingo	0	9,518	732	10,250
Región XII: Selva Lacandona	0	9,518	768	10,286

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

En cuanto a infraestructura médica, la región cuenta con las siguientes Unidades Médicas de Hospitalización General: 2 Hospitales IMSS oportunidades, 1 hospital de la secretaría de salud, En esta región, no existe ninguna unidad Médica de Hospitalización General. Se presumen deficiencias en el ordenamiento de las redes de salud (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).

Tabla: 24 Unidades Médicas Hospitalización General

Municipio	IMSS	ISSSTE	ISSTECH	IMSS Oportunidades	ISA	Total
Altamirano	0	0	0	0	0	0
Ocosingo	0	0	0	2	1	3
Región Selva Lacandona	0	0	0	2	1	3

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

En cuanto a unidades médicas de consulta externa, la región cuenta con: 2 ISSSTE, 1ISSTECH, 76 IMSS Oportunidades, secretaria de salud 21, haciendo un total de 100 (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).

Arroyo Granizo cuenta con 1 casa de salud la cual ya fue operada durante mi año del servicio social por un médico pasante 2 enfermeras y 2 técnicos en salud, solo ofrecía consulta 2 días a la semana. Medios no decretos en bibliografía son las 2 parteras, 1 promotor de salud, 1 huesero y 2 curanderos. En el caso del promotor de salud y de 1 de las parteras pertenecen al Sistema de Salud Autónomo Zapatista. Dicho sistema cuenta con una clínica que da consulta general de 8 am a 1pm- y de 4pm-8pm diariamente, se atienden urgencias las 24 horas, aproximadamente 10 días al mes durante mi estancia contaba con servicio dental, cuenta con equipo para urgencias obstétricas, nebulizador, una cama para hospitalización, monitor doppler fetal, y una unidad dental, así como farmacia la cual opera sin distinción ni discriminación y es manejada por el promotor de salud. En el pueblo vecino existe el Hospital Básico Comunitario Santo Domingo, el cual posee quirófano, hospitalización, área de urgencias, área de consulta externa, servicio dental, nutrición, psicología, laboratorio, y Rayos x. desconozco como se justifique el desuso del área de rayos x, área de quirófanos, así como la falta de especialistas, y la falta de médico en algunos turnos (situaciones de las que pude ser testigo). En Altamirano se cuenta con una de las unidades de hospitalización IMSS oportunidades. Esta acorde a el catalogo proporcionado por el IMSS tiene los servicios de consulta externa, ginecología, medicina interna, cirugía y pediatría, cuenta con área de

quirófanos; sin embargo, desconozco como se justifique que no exista disponibilidad real de estos servicios las 24 horas los 365 días del año y que en ocasiones sean residentes en servicio social los únicos que brinden atención.

Indicadores Económicos Región XII Selva Lacandona

Población Económicamente Activa:

En cuanto a empleo se refiere, la Población Económicamente Activa (PEA) la cual se entiende como la población que percibe un salario. En la región es de 58,565 personas, cantidad que representa el 3.56% de la PEA estatal. De la Población Económicamente Activa Regional 50,574 son hombres y 7,991 son mujeres, con referencia a los datos estatales sus porcentajes son 4% y 2.08% respectivamente (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).

Población Económicamente Activa Ocupada:

La Población Económicamente Ocupada (PEAO), que es la población que dedica el tiempo a alguna actividad, tomando como referencia que la actividad utilice al menos 1 hora semanal de su tiempo, con este término se suele referir a la población dentro del empleo informal. En la Región Selva Lacandona es de 57,751 personas, lo que representa el 3.59% del total del Estado, de ésta población 7,860 personas, se ubican en el Municipio de Altamirano y 49,891 en el Municipio de Ocosingo. Del total de la Población Económicamente Ocupada de la Selva Lacandona el 86.42% son hombres es decir 49,906 personas; muy lejos están las 7,845 mujeres que representan apenas el 13.58% de la PEAO Regional.

Población Económicamente activa desocupada

Las cifras anteriores se complementan con las referentes a la Población Económicamente Activa Desocupada (PEAD) ya que, en la Región Selva Lacandona, se registran 814 personas, lo que representa 2.12% del total del Estado. De ésta población el 82.06 son hombres, es decir, estamos hablando de 668 personas y 146 son mujeres, mismas que representan el 17.94%.

Ocupación:

En lo que se refiere a la Población Ocupada por Sector de Actividad en la Región, tenemos que en el Sector Primario se registran a 45,339 personas mismas que representa 6.70% del total estatal de este sector. En el Sector Secundario la cifra es de 5,416 personas, es decir el 2.53% del total estatal. En el Sector Terciario se ocupan 17,101 personas, cantidad que representa el 2.52% del total en el Estado. Regionalmente, con los datos anteriores, el panorama ocupacional cambia de manera significativa, de tal manera que partiendo de la información correspondiente a la Población Económicamente Ocupada que es de 57,751 personas la ocupación, el escenario es el siguiente: En el Sector Primario, la población ocupada de 45,339 personas significan el 78.51% (Gobierno del estado de Chiapas, 2012).

¿Dónde venden sus productos?

La mayor parte del territorio del ejido de Arroyo Granizo se clasifica como ejidal, por lo que su uso será agrícola en su mayor parte. Como ya se mencionará en las siguientes secciones, la mayor parte de la población no percibe algún salario por sus actividades. Esto se da en mayor o menor medida porque la producción agrícola en su mayor parte es para autoconsumo, así como la crianza de aves de corral. Si existe un poco de comercio de los productos derivados de animales y obtenidos de la actividad agrícola, sin embargo, esta es mínima y ocasional obedeciendo a que haya mayor producción que la necesaria mínima para subsistir.

Salario Mínimo:

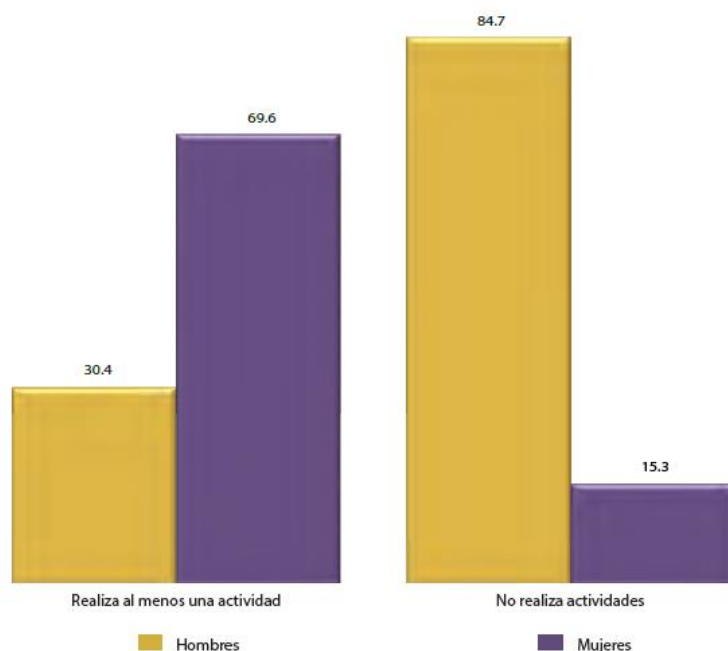
En este contexto, el 92% de la población de la región cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar y el 71% con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo (Gobierno del estado de Chiapas, 2012), lo que implica que la mayor parte de las personas no pueden siquiera obtener el salario mínimo como paga (salario mínimo para comprar canasta básica)

La doble jornada de la Mujer en comunidad:

El trabajo no remunerado hace referencia a las actividades cotidianas que se realizan para beneficio propio o de algún miembro de la familia o de cualquier otra persona, sin recibir una compensación monetaria.

La importancia del tema sobre el trabajo no remunerado es que forma parte fundamental de la vida económica de una sociedad, es por eso que la Encuesta Intercensal cuantifica las actividades habituales que llevan a cabo las personas de 12 años y más sin recibir una retribución. Actualmente en Chiapas durante 2015, la carga de los cuidados y actividades no remuneradas recae principalmente en la población femenina, pues de cada 100 personas que se dedican a estas actividades, 70 son mujeres, lo que es lo mismo que el 70%. A parte de este dato se podrá apreciar que los hombres tiene un porcentaje de ocupación por estas actividades muy escasa a comparación de las mujeres (INEGI, 2015).

Distribución porcentual de la población de 12 años y más según condición de actividad no remunerada y sexo



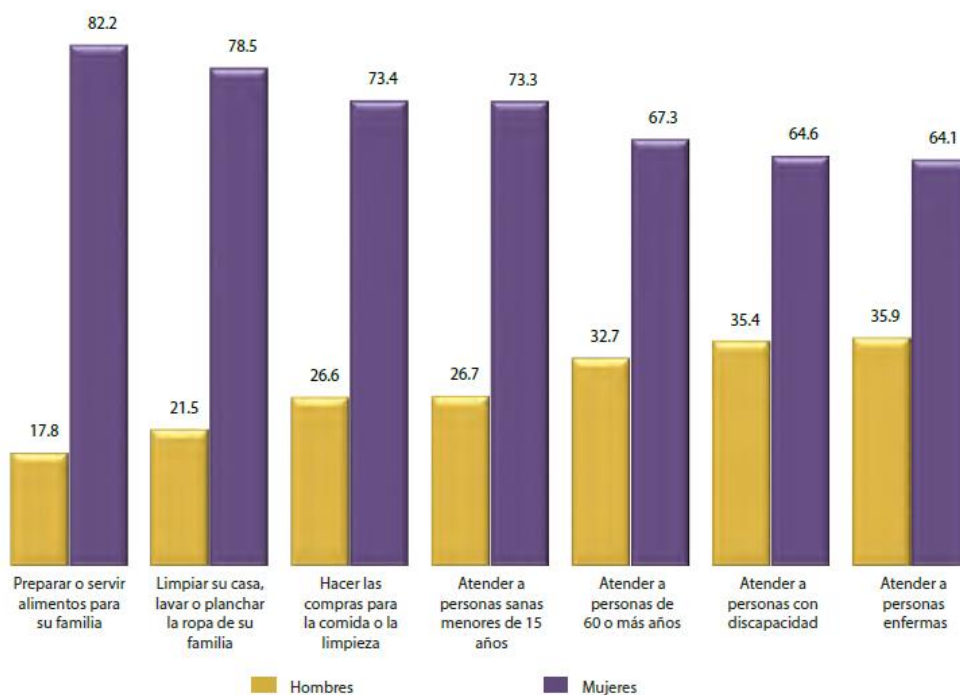
Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

Fuente: Encuesta Intercensal Chiapas 2015

Las tareas cotidianas que realizan hombres y mujeres como parte del trabajo no remunerado (INEGI, 2015), van desde la preparación de alimentos hasta la prestación de cuidados a terceros, cuyos principales destinatarios son niños(as) sanos menores de 15 años, personas mayores, enfermos o personas con discapacidad que requieren atención; pero también comprende aquellas labores que corresponden al aseo de la vivienda (INEGI, 2015). En 2015, al considerar cada una de las actividades no remuneradas, son las mujeres quienes realizan en mayor porcentaje este tipo de actividades en comparación con los hombres (INEGI, 2015).

Destaca que en Chiapas de cada 100 personas que preparan o sirven alimentos para su familia, 82 son mujeres quienes hacen estas tareas y 18 son hombres; mientras que de cada 100 personas que atienden a personas de 60 o más años, 67 son mujeres y 33 son hombres. Algunas de las actividades como son el cuidado de personas sanas menores de 15 años implican una labor de 24 horas puesta a que esta es la población en edad dependiente, y pese a esto a la mujer se le han atribuido el resto de los cuidados como es la comida, la higiene de la ropa, y el cuidado de la población que pueda estar vulnerable o con carencias físicas o de salud (INEGI, 2015).

Distribución porcentual de la población de 12 años y más que realiza trabajo no remunerado según tipo de actividad y sexo



Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015

Población mayor de 12 años que realiza trabajo no remunerado en México, fuente (INEGI, 2015)

El indicador esencial asociado al análisis del trabajo no remunerado es el que se refiere al tiempo que le dedican las personas al cuidado de niños, adultos, enfermos y a las actividades domésticas. En la Encuesta Intercensal esta información se capta para la población de 12 años y más y se calcula el promedio de horas a la semana que dedica la población a dichas tareas.

Confirma la importancia del trabajo no remunerado. Del total de las personas que llevan a cabo tareas que realizan las mujeres para el funcionamiento de la retribución, las mujeres tienen una carga de trabajo familia y la sociedad superior a la de los hombres. Sobresale el trabajo de las mujeres al cuidado de personas sanas menores de 15 años de edad al cual dedican más de 35 horas a la semana y le sigue en importancia el cuidado de personas con discapacidad y la atención de personas enfermas. Es además muy importante el cuidado de las personas mayores al que las mujeres le dedican poco más de 20 horas a la semana. Esta información confirma la importancia del trabajo no remunerado que realizan las mujeres para el funcionamiento de la familia y la sociedad (INEGI, 2015).

Indicadores políticos

Organizaciones sociales, Partidos políticos y organización comunitaria:

Se podría decir que de manera extraoficial existen 2 sistemas de organización política en el pueblo de Arroyo Granizo. Por un lado, se tiene el sistema habitual de gobierno en México en la que el poblado responde al presidente municipal, el poblado cuenta con su comisario ejidal y policía. Arroyo Granizo no cuenta con autoridades “tradicionales”. Por el otro lado el pueblo al haber estado inmerso En el Zapatismo en algún punto, también tiene las autoridades pertenecientes al EZLN, se cuenta con una representación en el pueblo no de una sola persona si no de varias, las cuales son propuestas por la población Zapatista, para así posteriormente elegir democráticamente entre las mismas propuestas que ellos como pueblo realizaron para sus autoridades. A decir verdad, esto deja inicialmente al pueblo con 2 facciones que se opondrían los unos a los otros, dado a que no toda la población responde a la misma autoridad de manera oficial. Inicialmente y acorde a la información que pude obtener de pobladores con mayor tiempo de habitar la localidad este pueblo tenía una mayoría de población unida al Zapatismo, sin embargo, con el tiempo y con los diversos programas que implementaban “ayudas” se incentivó el abandono de esta organización. Actualmente la mayor parte de la población como dirían los Zapatistas son “partidistas”. Y dado a que no todos los pobladores se identifican al 100% con los algunos de los ideales del Zapatismo, se han unido a otras organizaciones con algunos objetivos un poco más “flexibles” y militan dentro de ellos, el que pude presenciar a experiencia personal que tenía representación en el pueblo era la organización XINICH.

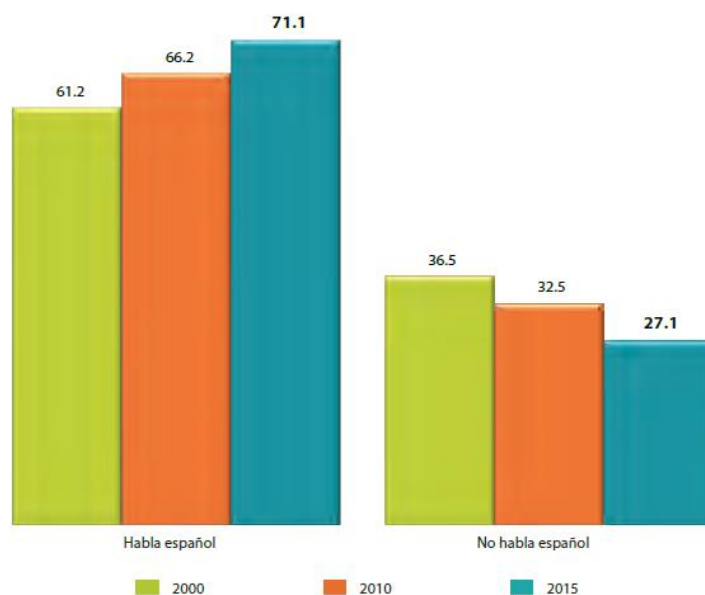
A manera personal no veo problema que la población se encuentre políticamente diversa, dado a que esto es necesario para haber intercambio de ideas y manera de hacer las cosas. Sin embargo, lo que si condeno es que este tipo de distribución en la que no toda la población rinde cuentas a la misma autoridad hace que en ocasiones haya confrontaciones porque partidistas tienen problemas con zapatistas y ninguno de los 2 quiere apelar a las autoridades de la facción opuesta esto realizado por ambas partes. Usualmente al haber problemas entre facciones opuestas se opta por no hacer nada (decisión por parte de pobladores y autoridades por igual) so pretexto de evitar confrontaciones con los partidistas o en su defecto con los Zapatistas

Indicadores culturales

Etnia Lengua:

En México, **7 millones 382 mil 785 personas de 3 años y más hablan alguna lengua indígena**, las más habladas son: **Náhuatl, Maya y Tzeltal** y la mayor parte de las personas que hablan alguna lengua indígena viven en **Chiapas, Oaxaca y Yucatán** acorde a la encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2015). La población para 2015 del estado de Chiapas es de 5,228, 711 personas (INEGI, 2015), de las cuales 1,141, 499 personas mayores de 5 años hablan alguna lengua indígena (INEGI, 2010). La mayor parte de la población hablante de lengua indígena también habla español, sin embargo, aún es considerable el número de personas que solo habla lengua indígena, a quienes se les conoce como monolingües de habla indígena. Esta condición puede limitar su interacción con otras personas fuera de su comunidad e incluso su propio desarrollo.

Distribución porcentual de la población de 5 años y más que habla lengua indígena según condición de habla española, 2000, 2010 y 2015



Nota: la distribución porcentual no suma 100%, porque no se grafica el valor del no especificado.
Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010; Encuesta

Porcentaje de población en México que hablan lenguas indígenas, o bien alguna lengua indígena y español
fuente (INEGI, 2015)

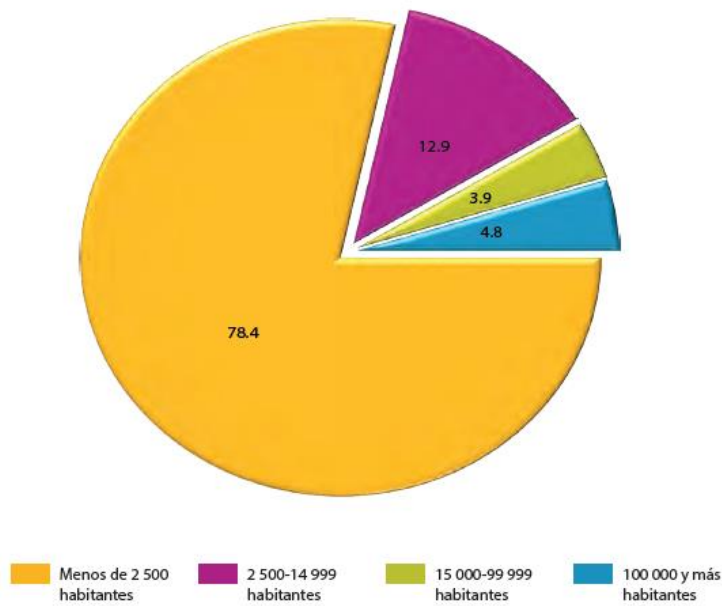
En Chiapas La población hablante de lengua indígena reside principalmente en localidades con menos de 2 500 habitantes, en las cuales viven 78 de cada 100 hablantes de lengua indígena. En cambio, solo 13 viven en áreas de 2 500 a 14 999 habitantes y 9 en localidades de 15 000 y más habitantes (INEGI, 2015).

Esta situación puede explicarse por la permanencia de los indígenas en sus comunidades de

origen. En cuanto a la población indígena en áreas de mayor tamaño, posiblemente se deba a los nacidos en las ciudades o a la migración desde las localidades pequeñas hacia las más grandes (INEGI, 2015).

Hay que recordar que acorde a los datos reportados las comunidades rurales eran las que tenían condiciones más precarias para el adecuado desarrollo. Y resulta relevante mencionar el dato anterior porque la mayor parte de las personas que hablan alguna lengua indígena están viviendo en dichas áreas a nivel estatal.

Distribución porcentual de la población de 3 años y más hablante de lengua indígena según tamaño de localidad



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

Distribución porcentual de la población que habla lengua indígena dependiendo del tamaño de localidad Chiapas fuente: (INEGI, 2015)

Los 2 municipios que nos corresponden, Altamirano y Ocosingo ambos se encuentran entre los municipios con mayor porcentaje de población que habla lengua indígena, teniendo los lugares descendientes 31 y 25 y 67.2 y 77.6 % de personas que hablan alguna lengua indígena respectivamente (INEGI, 2015).

En la Encuesta Intercensal a la población de 3 años y más hablante de lengua indígena, se le preguntó por la lengua que habla. En Chiapas, por el número de hablantes son importantes las lenguas Tseltal (39.5) y Tsotsil (34.8%); así también las lenguas Ch'oll (15.4%), zoque (4.1%) y tojolabal (4%). Los hablantes de estas cinco lenguas representan 97.8% de la población que habla alguna lengua indígena en la entidad (INEGI, 2015).

En la Encuesta Intercensal, además de la condición de hablante de lengua indígena, se captó la pertenencia indígena, a partir de si la persona se considera como tal, independientemente de si habla o no una lengua indígena. Los resultados permiten estimar 1.9 millones de personas que se autorreconocen indígenas, las cuales representan 36.1% de la población del estado y superan a la población hablante de lengua indígena. Por sexo, el número de mujeres que se considera indígena (963.6 mil) es mayor que el de hombres (922.5 mil) (INEGI, 2015).

Costumbres fiestas y recreación:

En cuanto a costumbres y recreación, puedo hablar sobre lo que pude ver en la comunidad. La misa es una misa que dura unas 2- 3 horas, se habitúa que se separen hombres de un lado y mujeres del otro, y al terminar las lecturas se da tiempo para análisis en grupos de estas. Es común que el domingo no se trabaje, sin embargo, el resto de la semana se inicia muy temprano por la mañana la jornada, lo usual es que sea con tostadas y café, es costumbre al mediodía, y sobre todo los días de labor, que se tome pozol. Por la mañana entre 4- 7 am es común ver niños y señores dirigiéndose a la milpa, mientras que, por las mañanas, las mujeres usualmente están cuidando de los infantes, y preparando los alimentos, recordemos si la comida no viene empaquetada, el proceso que conlleva prepararla es más largo. Es usual ver entre semana niños que van al medio día al río a refrescarse, así como es fácil encontrar a los que regresan de la milpa también disfrutando de ello, pocas mujeres se ven nadando en el río y usualmente no pasan de la pubertad. Por las tardes es común ver gente saliendo a la plaza central donde al encontrar un conocido es común que empiece una charla, la cual también por su idioma tiene usualmente esa característica alegre y un tanto risueña, se ve a los niños y niñas jugar basquetbol, créanme, son buenos jugadores. Los adolescentes y pubertos con acceso a un dispositivo móvil es usual que aprovechen la tarde para ir al internet gratuito que provee la preparatoria local, o bien que compren una ficha. No es común que se celebren los cumpleaños. Puedo decir que es más usual el comer carne cuando hay grandes celebraciones como las bodas, de estas lo que pude notar es que todavía se puede ver la vieja costumbre del dote. Es común que las mujeres casadas salgan más que nada por cuestiones relacionadas al campo y por alimentos a las tiendas de abarrotes, sin embargo, siempre al salir se puede dar el tiempo en su apretado horario para platicar un poco en las tiendas y enterarse de que sucede. Muchas de sus tradiciones como celebrar el inicio de la guerra de independencia, o el día de la virgen de Guadalupe se celebran los mismos días, la diferencia que hay es que en este pueblo también se celebra en la “Casa Grande “(el auditorio municipal perteneciente a los zapatistas) el 1 de enero, el día en que se inició el levantamiento, siendo esta creo yo la principal de sus celebraciones.

Conclusiones

El derecho a la salud está protegido por la constitución de México, donde se aclara que es deber del estado proteger, fomentar, vigilar, y hacer uso de los recursos del estado para lograr dar las condiciones a su población para que en se pueda ejercer el derecho a la salud plenamente.

Las legislaciones que existen actualmente respecto a este tema, han logrado asentar la responsabilidad del estado mexicano de salvaguardar el derecho a la salud, sin embargo, todavía no se logra cambio significativo en las poblaciones que viven con carencias, aunque se reconoce que existe un cambio paulatino hacia la mejoría, pero aún insuficiente respecto a la resolución de esta situación. En esta sección se observó que existe una brecha bastante grande entre quienes tienen acceso adecuado a las determinantes de la salud y quiénes no la cual merma la capacidad de auto determinarse; y esta es muy marcada al tomar en cuenta género, la etnia, el idioma que se habla y el lugar donde se nace. En Chiapas estas situaciones, que no deberían ser condicionantes para tener o no acceso a la salud, se presentan haciendo que las comunidades rurales y con mayoría de personas de etnia indígena se encuentren en una situación de vulnerabilidad a comparación de los datos presentados a nivel nacional.

En Chiapas los servicios de atención a la salud disponibles, si bien han aumentado su cobertura, aun no logran el 100%, y falta que sean más inclusivos con la cultura de la población y con el idioma, también se requiere dotar de equipo y personal suficiente a las unidades de atención médicas con las que se cuentan (y también a las que se crearán), y se debe de mejorar la calidad de atención de estos lugares, en las capacidades técnicas del personal y en el trato digno y humano que debe otorgarse a todos los usuarios. Sobre los servicios de saneamiento (agua entubada, recolección y manejo de residuos, vivienda digna) falta que haya accesibilidad e infraestructura, pese a que se ven avances en estos rubros, aun no es suficiente pues aún no tiene acceso a ellos toda la población. Respecto a educación, también falta una mayor inclusión de las lenguas indígenas y que existan tanto los lugares físicos para impartir clases, como el personal que lo haga y que se adapte a las necesidades de la población. Por estas razones, considero que el derecho a la salud aún no se cumple en Chiapas, y más específicamente en la Región de la selva lacandona donde más del 70% de la población vive en pobreza alimentaria, y más del 90% percibe un ingreso económico por debajo de la línea de bienestar.

TERCERA SECCIÓN “El recuento de los daños”

Introducción

En este último apartado se hablará de las políticas de salud en México las cuales en teoría tienen como fin el Derecho a la Salud, se analizará si son aplicadas o no y algunos de los problemas que presentan en su aplicación o formulación. También se reportarán los resultados principales de los programas de salud que se trabajaron a lo largo del servicio social, así como información estadística relevante acerca de la morbilidad, y mortalidad vista en este año. Concluirá esta sección con un análisis del qué representan estos datos para mí, en el contexto de políticas de salud en México y posteriormente dar cierre con la conclusión final que englobará las 3 secciones.

Política de salud

Previo a mencionar el cómo surgen las políticas de salud en México, hay que definir qué son. Acorde a la OMS se entiende a estas como las intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud. Se entiende que son cambiantes y deben de ser formuladas dependiendo de los problemas que atañen a la población, en teoría, las políticas de salud pública deben de estar orientadas al beneficio de la población dado a que se enfocan en los principales problemas de salud.

Breve historia del Sistema de salud mexicano

Antes de abordar las políticas de salud presentes en el sexenio en el que se cursó el servicio social, se debe establecer el marco histórico del Sistema de Salud en México para ver los cambios a través de la historia conforme la estructura sociopolítica de cada época y las problemáticas a las cuales se enfrentaron y que tiene como culminación las reformas presentes al sistema de salud en México y las políticas de éste. Todo esto de la manera más breve posible.

Para el final del siglo XVIII en la Nueva España existían 3 modelos de atención a la salud. Al primero de ellos lo llamaremos “Tradicional”, y va a ser aquel que estaba presente previo a la conquista y al que tenía acceso en general toda la población, pero sobre todo era el presente en zonas rurales o zonas de la ciudad marginadas donde era el único medio de atención a la salud. Se cuenta también con el modelo de atención “oficial” el cual era auspiciado por la iglesia católica. Este modelo más bien iba orientado a utilizar el conocimiento de universidades conservadoras (conservador en contexto del virreinato) y el apropiado durante la conquista, estaba presente en su mayor parte en los poblados más grandes y atendía a población más acaudalada, veía como mercancía la atención. por

último, se tiene el modelo “progresista” el cual da paso a la consolidación de las ciencias médicas (Secretaría de Salud, 2004).

Posteriormente al periodo de virreinato, lucha pro independencia y hasta terminar la Guerra de reforma e intervención francesa, queda establecido un estado laico, por lo que se inicia registro de natalidad y defunciones por parte del Estado. Esto continúa durante el Porfiriato donde persiste este registro, y al estar un poco más consolidadas las ciencias médicas empieza la tendencia a ver a la salud como mercancía. Se observa ya en este periodo que el tipo de atención a la salud empieza a diferir mucho dependiendo del acceso y posibilidad de pago por servicios. Esto se puede decir que se exagera un poco más dado a que durante el siglo XX avanza a pasos agigantados el desarrollo de los aspectos técnicos de las ciencias médicas, se empiezan a crear hospitales más especializados que requieren de equipo moderno, estos hospitales realmente coexisten en el país con la medicina tradicional que aún es la que brinda atención a la mayor parte de la población por ser de fácil acceso y con menor costo. México a inicios del siglo XX recordaremos tiene a la mayor parte de su población viviendo en medios rurales, por lo que el acceso a los avances científicos es poco o nulo (Secretaría de Salud, 2004).

Es hasta el final del periodo histórico conocido como “Revolución Mexicana” se empieza a consolidar la idea de un servicio que brinde atención a la salud que sea a nivel organizativo y financiero dependiente del Estado mexicano. Entre sus objetivos tendrá acercar los servicios que brindan los conocimientos técnicos sobre saneamiento y protección a la salud, así como el enfoque de asistencia a personas con alguna enfermedad que estén en situación de pobreza. Es hasta este punto que se puede notar la creación de una política de salud pública. Previo a este momento los servicios existentes son desarrollados por la necesidad de lidiar con la enfermedad, sin embargo pese a que se brindaba atención, no existía un plan per se para atender de manera masiva problemas de salud o que hubiera una metodología que intentara prevenir la enfermedad), todo era de manera local e individual (acciones a nivel individual y local no las mencionamos de manera que las denostemos, simplemente se refiere que el alcance que muchas veces prestaban los servicios de atención a la salud disponibles al momento). Como respuesta al pensamiento antes planteado sobre atención a la salud brindada por el gobierno se crea durante el sexenio de Lázaro Cárdenas los servicios médicos rurales (Secretaría de Salud, 2004).

Para la última década del milenio pasado existían 3 grandes grupos de acceso a la atención en México (hablando de atención médica). el primer grupo corresponde a las instituciones de seguridad social. En este se atienden a personas a las que se les refiere como derecho habiente por haber cotizado cuotas obrero-patronales. La atención, es otorgada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el servicio brindado por Petróleos Mexicanos (PEMEX), y el brindado por las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para los trabajadores estatales. En estos no hay paquetes recortados de servicios, si no que dichas

instituciones ofrecen los servicios a su disposición. En el pasado ofrecían el servicio de fondos de pensiones y de guarderías, pero actualmente ambos servicios son manejados por la iniciativa privada (Secretaría de Salud, 2004).

El segundo grupo corresponde al sistema de atención dirigido a la población “abierta” que es la que no está asegurada. El cual incluye los servicios otorgados por la Secretaría de Salud (federal o estatal) en zonas rurales y urbanas, incluía en la década de 1990 el IMSS Solidaridad (posteriormente Oportunidades, y durante mi servicio social Prospera), que atendía en algunas zonas rurales. En este caso la Secretaría cobra cuotas basadas en un tabulador que usa el nivel socioeconómico para determinar dicha cuota. En este caso quien puede pagar la cuota pues lo hace y quienes no pueden deben de recibir subsidio para pagar el seguro (Secretaría de Salud, 2004).

El tercer grupo es aquel conformado por el sector privado lucrativo. Este tiene la característica de que cualquier persona puede acudir, sobre todo quienes tienen una mayor capacidad de solventar gastos que genere la atención a la salud (consulta, estudios, consulta especializada, hospitalización, cirugía etc.). En este se logra diferenciar la gama de opciones que van desde consultorios solos o anexos a farmacias o sanatorios/hospitales pequeños que atienden a personas con menor capacidad de pago, y que disponen de limitantes en su capacidad de atención, a la red de servicios que va dirigida a personas con mayor capacidad de pago en los cuales hay desde consultorios, hasta hospitalidades con especialidades. En este intervienen para su realización el pago directo o a través de aseguradoras privadas (usualmente transnacionales) que ofrecen planes acordes a las capacidades de pago (Secretaría de Salud, 2004).

Existe otro grupo en México. Este es muy importante de considerar porque se desarrolla en esquemas tradicionales y o populares y es usual que sea el primer contacto con la búsqueda de atención. Este grupo es el de esquemas tradicional y popular de atención a la salud. En este tiene la particularidad de que la búsqueda y obtención de atención se constituye en el enfermo a partir de saberes, concepción de la enfermedad, temores, sensaciones y percepciones, de sus expectativas y deseos, vínculos y sugerencias del entorno, lo que lo llevan a elegir una opción terapéutica

Políticas públicas de salud en México

Como se menciona en párrafos anteriores, el cómo se han desarrollado las políticas públicas ha sido un proceso que ha tenido su mayor aporte a partir del siglo XX. Sin embargo, pese a los esfuerzos que se han hecho y las mejoras que ha habido en cuanto a la cobertura de los servicios de salud, y los determinantes de la salud, aún persisten brechas en diversos grupos sociales, brechas que son más notorias en los países en desarrollo (Como México). Se nota que por un lado los trabajadores que están en nómina si pueden tener acceso a los servicios de salud, así como también pueden tener acceso de manera más fácil a estos servicios las personas que tengan un poder adquisitivo medio a alto, sin embargo, se puede

notar que las personas de escasos recursos y personas que no están en nómina tienen menos servicios a los cuales acudir (evidenciado dentro del capítulo pasado al mencionar la infraestructura y servicios de salud disponibles, así como el estado de pobreza en que viven muchos habitantes, sobretodo en la región de la selva lacandona).

Por situaciones semejantes en 1993 el Banco Mundial realizó el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993. En dicho informe se examina "la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico" (Banco Mundial, 1993). Este documento es de gran relevancia porque ayuda a modelar diversos puntos en financiamiento de los sistemas de salud y políticas públicas que se estarían proponiendo y ejecutando para la llegada del nuevo milenio. Se trata bastante sobre el financiamiento de las políticas de salud y las instituciones que las implementan en un contexto en que los costos de los servicios de salud van en aumento rápidamente, con lo cual los países en desarrollo tienen problemas para financiarlos. Este panorama se da con el avance en las ciencias las cuales fijan estándares más altos de atención y requieren equipo, personal e instalaciones más especializadas, así como la mala distribución en el financiamiento en el cual se da preferencia por los centros hospitalarios y especializados al momento de invertir en salud (Banco Mundial, 1993).

Este documento propone un enfoque triple para la solución de esta problemática: el fomento de un entorno económico que permita a las familias mejorar su nivel de salud mediante medidas de ajuste económico e inversiones en educación; reorientar el gasto público de salud hacia programas más eficaces en función de su costo, que contribuyan mayormente a auxiliar a los pobres; por último, los gobiernos deben de facilitar la mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud (Banco Mundial, 1993).

El primero de los puntos del enfoque triple habla de que se deben implementar reformas a los sistemas ya existentes en función de integrar a la economía global y crecimiento económico a todos, teniendo un enfoque en aquellos más "necesitados", con lo que se pretende el fomento de la inversión extranjera en las naciones más pobres o en las que antes se regían por un sistema socialista. El segundo punto se refiere a utilizar la mayor parte de los recursos gastados por el Estado en salud en vez de en centros especializados que son de difícil acceso para amplios sectores de la población, en un solo nivel de atención (primer nivel de atención) con lo cual se podría combatir mejor la ineficiencia, la desigualdad y explosión de costos. Dentro del documento del banco mundial, al hablar de este punto se propone la fusión de los sistemas de salud pertenecientes al Estado ya existentes, los cuales solo brindarían a todos un paquete básico de atención y prevención que son eficaces en costo beneficio en el cual se cobrará al ahora consumidor en caso de poder realizarse y a quienes no pueda cobrársele el paquete pues no se le hará (ejemplo de esto fue el sistema IMSS Solidaridad con el tabulador de costos dependiendo de nivel socioeconómico). Este segundo punto va bajo el supuesto de que los consumidores con

mayor capacidad de pago pueden obtener un mejor sistema de salud y una cobertura más amplia para la cual preferirían la inversión privada, dejando así recursos provenientes del estado libres para que sean utilizados por el mismo, para mejoramiento propio del sistema y para aquellos que más requieran la atención. Aquí es cuando entra el tercer punto, en el cual se insta a los Estados a que faciliten la atención y financiamiento por entes privados, con lo cual la idea era crear condiciones de atención de mayor calidad, competencia y abaratamiento de costos, así como de liberar carga financiera y de trabajo (Banco Mundial, 1993).

Las reformas al sistema de salud no esperaron mucho dado a que las reformas afines a las mencionadas promovidas por el Banco Mundial habían iniciado desde 1983. Se realizan 3 fases de reformas, la primera en la cual se crea la Ley General de Salud, la cual reemplaza a el Código Sanitario. La segunda fase de estas reformas fue el inicio de la descentralización de los servicios de salud con lo cual los estados podían tomar decisiones para los servicios de salud basados en los datos estadísticos de la región. La tercera surge hasta finales de la década de los noventa donde se hace en 1997 la reorganización financiera a través de reformas legislativas. Este mismo año se crea el programa de bienestar social integral basado en incentivos (Programa de Educación, Salud y Nutrición PROGRESA, que cambia en 2001 a OPORTUNIDADES) el cual tiene los componentes del paquete básico de salud y el componente de educación. Este programa aplicaba encuestas para identificación de nivel socioeconómico, todo esto se realiza con la justificación de que mejoraría la extensión de la cobertura básica en salud y combatiría el rezago educativo en zonas marginadas del país (Secretaría de Salud, 2004).

A la llegada del nuevo milenio suceden cosas en todo el mundo y México. A Nivel mundial se proponen los objetivos del milenio por la OMS (listados en la segunda sección). Estos deben de ser cumplidos por todas las naciones que la forman y tienen como límite para alcanzar la meta el año 2015. Junto con los objetivos se da a conocer las metas y manera de evaluación a manera de indicadores. Para el cumplimiento de estas metas y poder valorar sus indicadores se debían realizar reformas. Estas reformas servirían para poder recolectar datos y hacer ajustes de la inversión gubernamental, privada y del Banco Mundial. Mientras tanto en México se está dando un suceso histórico, pues en el año 2000 el partido político gobernante desde 1929 ya no lo era más, y en cambio, la persona en la presidencia del país sería un miembro del Partido Acción Nacional, y es el, quien será el encargado de realizar las reformas para el cumplimiento de las metas propuestas por la OMS (Secretaría de Salud, 2004).

Del PROGRESA al Oportunidades, Seguro Popular Y PROSPERA

PROGRESA

El programa PROGRESA cambia el enfoque de programas previos (Pronasol, Compañía Nacional de Subsistencia Popular) en los que la unidad de intervención era la comunidad y pasa a ser la familia, con esta acción se eliminaba la intermediación de organizaciones

comunitarias del proceso de operaciones, dejó de utilizar subsidios en canastas básicas y aquí es cuando se opta por el uso de efectivo y algunos productos en especie como el complemento nutricional. La entrega de efectivo se condicionó a la participación y el reporte de incremento de actividades de afiliados en los ejes de educación, salud y alimentación; los “apoyos” en efectivo estaban condicionados a que los niños fueran a las escuelas, a asistir a las pláticas y consultas médicas; y utilizar los apoyos para desarrollo familiar. La vigilancia de esto se realizaría por medio de las secretarías de Salud y la Secretaría de Educación. Para evitar el uso partidista de estos recursos en efectivo se dispuso que fueran ciertas agencias financieras las que realizaran la entrega de los apoyos, entre ellas Telecom, Banca popular (Bansefi), e incluso la banca privada (BBVA-Bancomer) (Jara, 2009).

Oportunidades y Seguro Popular

En el 2001 se emite otro documento por el Banco Mundial, que tiene por objetivo implementar nuevas medidas para el desarrollo del país. Tras esto (Objetivos del milenio y diversos documentos del Banco Mundial) se da la reforma el programa PROGRESA y se crea OPORTUNIDADES, un programa semejante pero que tiene mejoras en su sistema de recolección de datos y la evaluación de los mismos lo cual permitiría tomar medidas necesarias y reportar resultados al momento de cumplir con los objetivos del milenio (Secretaría de Salud, 2004).

La elección de entrada al programa de las localidades rurales se daría por medio de la información censal y con la condicionante de que la comunidad contara con la infraestructura para cumplir con las corresponsabilidades inicialmente (escuelas y centro de salud). Se enviaba a un equipo encuestador y se seleccionaba a las familias favorecidas por el programa, las cuales se integraban en un padrón único de beneficiarios. Posteriormente al agregar como candidatos a ser beneficiarios a la población urbana, se opta por un sistema de autoselección del usuario y se dejaron de encuestar al 100% de las poblaciones y verificación del 100% de cumplimiento de criterios. Esto último conlleva un problema, dado a que dentro de los procesos de densificación del programa generó que los intermediarios locales obtuvieran mayor importancia, lo cual contribuía a que estos aumentaran su poder como intermediarios institucionales (para bien o para mal), estos intermediarios fungían como enlace entre beneficiario y gobierno. Sin embargo, la participación del beneficiario resulta muy limitada dado a que el diseño de los mecanismos del programa mantiene al gobierno con control exclusivo sobre procesos clave del programa, en particular en lo relativo de las corresponsabilidades, y la interacción con el beneficiario se limita más que nada a presentar quejas y sugerencias. Durante el funcionamiento del programa se demostraron las fallas al momento de solucionar abusos de autoridad. Esto tiene como resultado que las instancias de control social funcionaron, en general para controlar más a los beneficiarios que a los funcionarios gubernamentales. (Jara, 2009).

Existió apertura a la generación de evaluaciones externas de impacto, las cuales estuvieron en manos de instituciones independientes tales como centros de investigación y universidades. Estas evaluaciones fueron adicionales a los procesos internos de seguimiento y monitoreo. Con esto hubo más transparencia y se obtuvieron datos importantes, sobretodo sobre crecimiento y desarrollo de los infantes. (Jara, 2009).

“Oportunidades se plantea como fin último potenciar las capacidades de las familias que viven en condiciones de pobreza, para que puedan alcanzar una mejor calidad de vida por su propio esfuerzo e iniciativa” (Jara, 2009). Para lograr este fin se incorporaron reformas estructurales a los programas y se sumaron la triada de salud, alimentación y educación. Se agregaron candados para evitar el uso del programa con fines electorales entre los cuales están: no afiliación y o entrega de recursos en temporada electoral, utilización de instituciones financieras para entrega de efectivo y la que más destaca dentro de ellas es la limitación de intermediación de organizaciones y líderes comunitarios, así como las autoridades municipales. Este último bajo argumento de que las organizaciones campesinas y autoridades locales respondían todavía al modelo corporativo-autoritario instaurado en la época posrevolucionaria, por lo que era mejor comunicación directa de beneficiarios y gobierno(Jara, 2009).

Los cambios identificados son centrales al interior del programa. En el contexto general de las políticas sociales, representan sólo pequeños ajustes menores, más que modificaciones importantes en la estrategia de mitigación de pobreza. Con estos cambios incrementales no se logró modificar las tendencias de reproducción de la pobreza que implican los programas de transferencia focalizados, en el sentido de que los objetivos de las políticas sociales, especialmente las que tienen por objeto la pobreza, no es eliminar la pobreza ,sino tratan de contenerla, evitar que aumente, pero al mismo tiempo la preservan regulándola (Jara, 2009).

Inicialmente el programa abarcaba poco más de 70 acciones las cuales aumentaron de manera paulatina hasta llegar a 266 actualmente (249 a finales del sexenio 2001-2006). Este programa asigna recursos a los estados dependiendo de la cantidad de afiliados que tenga, mientras, acorde a la documentación oficial, el paquete de servicios crea un censo de familias afiliadas, utiliza evidencia para el diseño y reforma del mismo y tiene un seguimiento y evaluación frecuentes, mientras que también promueve la participación del sector privado y sociedad, utiliza incentivos para promoverla calidad del servicio y promueve que todos los partícipes de este sistema creen consensos. El paquete de servicios abarca en su mayor parte eventos de bajo riesgo y alta probabilidad seleccionados de las estadísticas que se tenían, y se asegura que sean acciones costo efectivas, y se agregan algunas situaciones de baja probabilidad que, si pueden ser resueltas por especialidad y siendo financiado por recursos nacionales, estas acciones se disponen de acuerdo al perfil epidemiológico temporal (Secretaría de Salud, 2004).

PROSPERA

Para el 2012 la presidencia vuelve a manos del Partido Revolucionario Institucional. En este sexenio, pese a los resultados de los programas, se continuaron las reformas bajo el mismo proyecto.

El proyecto de salud de este sexenio (y en el cual se cursó el servicio social) tiene como nombre: Programa Sectorial de Salud. Tiene como objetivo hacer efectivo el derecho a la salud disminuyendo la desigualdad mediante el adecuado acceso a servicios de saneamiento, educación, servicios de salud, electricidad, seguridad social, alimentación y vivienda digna. En el inicialmente se reconoce el poco terreno ganado sobre la equidad en la atención sanitaria, también menciona como aún se encuentra desproporcionada la atención por especialistas y capacitación de los mismos, así como la infraestructura necesaria respecto al perfil demográfico de cada región, siendo en ambos casos concentrada en el centro y norte del país. También se menciona el cambio en el perfil de morbilidad nacional, entendiendo que las **Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)** van ascendiendo como principales causas de morbilidad, este cambio se reconoce como una de las principales amenazas a futuro, porque el tratamiento de estas enfermedades, así como de sus secuelas, incapacidades y complicaciones tiene la capacidad de agregar una gran presión financiera sobre el sistema de salud en México (Nieto, 2013).

Las fallas, o más bien la entrega de resultados no esperados en planes anteriores se atribuye a que la utilización de recursos no ha sido la adecuada, que ha faltado la visión preventiva a la población, y que falta hacer reformas a nivel organizacional del sistema de salud que eliminen la fragmentación del sistema de salud (Nieto, 2013).

En este plan se incluyen los medios por los cuales se regulará a los sectores privados participes en el sector salud y como se creará un sistema nacional de salud. Se menciona también intervenciones que cambien el actuar de las personas, en término de su responsabilidad respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental. Se entiende que el objetivo es cambiar el actuar de las personas sobre su salud. Esto si bien contribuye al ejercicio del derecho a la salud, se ve muy lejano que sea el único factor que influya en la salud; como se ha mencionado en la sección previa, la salud depende de los determinantes para la salud, por lo que no es dependiente en su mayor parte de la acción individual. Con esto se podría decir que se culpabiliza del estado de salud al individuo por no haber realizado las medidas preventivas indicadas. También se mencionan las pautas a seguir para crear el sistema nacional de salud, con el fin de que no esté fragmentado el sector salud y que no exista duplicidad de funciones, captura de ganancias, y falta de optimización de infraestructura

(esto se propuso desde el primer paquete de reformas en la década de 1990). Se habla de mejorar y garantizar espacios más salubres para el trabajador y la disminución de brechas en el acceso a los servicios de salud y otras carencias sociales mediante proyectos como PROSPERA y Cruzada Nacional Contra el Hambre (Nieto, 2013).

El programa PROSPERA es más bien una modificación del programa que inició en 2004 Oportunidades, el cual pretende atacar la exclusión en cuanto a derechos sociales mediante la educación, salud, alimentación, empleo, ingreso, autoempleo y capacitación. Se notará que es más amplio respecto su antecesor programa dado a que se agregan las perspectivas laborales y de adquisición de competencias. Sin embargo, pese a estar relacionado con salud, este programa va a ser administrado por la Secretaría de Desarrollo Social. El programa prospera tiene 4 componentes : Alimentación, salud, educación y vinculación (Nieto, 2013).

Como acciones concretas, en el punto de alimentación se entregarán apoyos monetarios con el fin de mejorar cantidad, calidad y diversidad en alimentación. El segundo punto tiene como acción la promoción y prevención de enfermedades y el impulso al acceso a los servicios de salud. El tercer punto menciona que se aumentará la cobertura educativa, se otorgarán becas para incentivar permanencia y avance escolar. Y por último el eje de vinculación tendrá como acciones concretas : la promoción del programa, capacitación, empleo, educación financiera, seguros de vida y créditos a través de coordinación interinstitucional (Nieto, 2013).

En cuanto a criterios de inclusión para poder afiliarse a PROSPERA están: ingreso menor a la línea de bienestar, permanencia, acudir a todas sus citas programadas y pláticas comunitarias. En caso de incumplimiento se dará suspensión. El componente de salud utilizará como medio de acceso a los servicios de salud el Seguro Popular, garantizando el paquete básico que este abarca; en caso de requerir servicios de urgencias que se puedan manejar en el primer nivel de atención, se podrán realizar pero no forman parte de los beneficios (Secretaría de Gobernación, 2016)

¿Qué sucederá?

Mientras se cursó el servicio social se dan elecciones presidenciales nuevamente. En esta ocasión el ganador de estas y representante del poder ejecutivo a partir de diciembre de 2018 será Andrés Manuel López Obrador. Todos los cambios que se mencionan van a ser englobados dentro de las políticas públicas de lo que el ahora ejecutivo denominó Cuarta Transformación. En el proyecto nacional de salud presentado se tiene como objetivo hacer efectivo el artículo 4 constitucional a toda la población (artículo de la constitución mexicana que establece la obligación del estado de fomentar, defender y hacer el uso de recursos públicos y facultades para garantizar el derecho a la salud). Entre sus objetivos específicos esta otorgar servicios de salud y medicamentos gratuitos; Federalizar los sistemas estatales de salud (notemos que pese a ser objetivo desde el año 2000, esto no se ha logrado);

implementar un modelo de Atención Primaria a la Salud; reorganizar la regulación sanitaria; fortalecer la industria farmacéutica nacional e investigadora innovadora (Varela, 2019).

En el plan se menciona lo que se ha mencionado en casi todos los planes de salud que se mencionan en este documento: se nota una brecha en el acceso a atención sanitaria en personas en situación vulnerable, un amplio sector de la población pese a esfuerzos no cuenta con cobertura de salud, y que afiliados al seguro popular y población no afiliada carecen de atención médica oportuna de calidad, y la necesidad de modificar la manera en que está estructurada la atención a nivel institución, interinstitucional, así como la necesidad de aumento de regulación y vigilancia por parte de la secretaria de salud (Varela, 2019).

Se pretende en este sexenio realizar mejoras en los aspectos mencionados mediante: aumento paulatino de cobertura de los servicios de salud, mantener la cobertura ya dada por el Seguro Popular, que los servicios de alta complejidad sean gratuitos (refiriéndose a la atención especializada no correspondiente al primer nivel). Se menciona que se realizarán las modificaciones para que la atención se brinde de manera gratuita en todos los servicios de salud estatales y federales. Se contribuirá a la unificación de las instituciones de salud mediante la federalización de los sistemas estatales de salud (tiene como objetivo 2 años para realizarse acorde al plan), se dejará la operación y planeación de los servicios de salud a cargo de la Secretaría de salud federal, el secretario de salud nombrará a un responsable directo para la operación de los servicios de salud en cada estado. Quedarán bajo el control de la Secretaria de Salud Federal los recursos financieros de origen estatal y federal, recursos humanos, recursos materiales y unidades de salud (Varela, 2019).

Como objetivos de corto plazo (< a 2 años) se tienen:

- “Abasto de medicamentos”
- “Mantenimiento de inmuebles”
- “Mantenimiento de equipo”
- “Contratación de personal necesario”

Como objetivos a mediano plazo se tiene:

- “Ampliación de infraestructura”
- “Sistema de control en tiempo real del abasto de medicamentos e insumos”
- “Mantenimiento preventivo de unidades y equipo”.

Para el logro de los objetivos mencionados y de la nueva distribución de responsabilidades que se plantea a nivel federal y estatal en cuanto a las instituciones de salud y sus recursos se propondrá una reforma a la ley general de salud. (Varela, 2019)

Seguimiento de programas

Durante la estancia en la Clínica Municipal Autónoma Lorenzo Espinoza perteneciente el Sistema de Salud Autónomo Zapatista se trabajó en diversos programas. Cada uno tiene fines que inciden en deficiencias que existen en cuanto a atención a la salud en la región. A través de estos programas se intenta fomentar algunos hábitos saludables en la población, se intenta educar para la salud, y se tratan problemas de la misma. Con el tiempo, los programas han estado sujetos a cambios paulatinos, los cuales tienen como enfoque mejorar la disponibilidad de la información recabada por ellos, el manejo de la misma y hacer más incluyente y de fácil manejo el programa (hablando de criterios de inclusión, exclusión, alta, seguimiento etc.); se mencionarán los objetivos metas, estrategias, actividades, resultados y se harán comentarios sobre los programas. Al no haber tenido una estadía suficientemente prolongada en Arroyo Granizo, no se puede considerar que se reporten los datos como un perfil de morbilidad, más bien se reportará con estadística descriptiva las principales patologías que se observaron (de primera vez) del tiempo que estuve en Arroyo Granizo (la corta estancia que se tuvo no permitió recabar datos de un periodo de tiempo suficiente como para crear un perfil de morbilidad). También se reportará información relevante del Hospital San Carlos, en la generalidad se mencionarán las consultas dadas durante 2018, se mencionará que porcentaje de esas consultas eran hombres y cuantas mujeres, las principales etnias que acuden a él, y los principales lugares de origen de los usuarios; también se mencionaran las principales causas de morbilidad que se presentaron dentro de la consulta en el Hospital San Carlos correspondientes a la consulta que di en el hospital; de la misma manera que en Arroyo Granizo se tomará los casos nuevos y no los de seguimiento. Los datos presentados corresponderán a las consultas que generaron diagnósticos de primera vez exclusivamente, por lo que puede que no se refleje la labor realizada por el pasante al dar consulta de seguimiento, ayuda en hospitalización y durante campañas de especialidades.

Antes de comenzar a hablar de los programas, quisiera reforzar algunos puntos previamente mencionados en la primera sección respecto al Sistema de Salud Autónomo Zapatista:

“Desde la práctica y considerando los enunciados anteriores la salud caracteriza de la siguiente manera:

- Toda la población tiene el derecho de la atención, independientemente de si pertenecen al movimiento zapatista o no, de la religión que profesen y de su participación en algún partido político.
- Se debe atender a las personas con dignidad, con respeto a su cultura y creencias, hablando su lengua.

- No se debe regañar a los pacientes, se les debe informar y hacer recomendaciones sobre su salud.
- No se debe obligar a ninguna persona a planificar o participar a fuerza en algún programa de salud. La participación debe ser voluntaria.
- La atención es gratuita, sin embargo considerando que no se tiene una fuente de ingresos permanente para subsidiar los medicamentos, estos tienen un costo con el objetivo de renovar la reserva de medicamentos.” (Cuevas, 2007)

De manera semejante sucede en el Hospital San Carlos, donde no se obliga a formar parte de ninguna campaña, programa o procedimiento de no desearlo así el paciente, y al igual que El Sistema de Salud de los Zapatistas se cobra por la atención y por la medicación, pero solo a manera de cuota de recuperación no con el fin de lucro.

Resulta muy importante volver a mencionar estas características del Sistema de Salud Autónomo Zapatista porque, a decir verdad, es un orgullo poder decir que los pacientes no llegan a una clínica por obligación, por que pasen lista o por que se amedrente con retirarlos de alguno de los apoyos gubernamentales mencionados, lo cual me hace pensar que se respeta más el libre albedrío de las personas al no tratar de ejercer una relación de poder sobre ellos.

Programa de la mujer embarazada, control prenatal.

Objetivos

Reducir la mortalidad materna a partir de la creación de servicios esenciales para la mujer y estrategias para una mejor atención, enfocándose en el control y diagnóstico prenatal, así como la atención durante el parto y puerperio.

Metas

Las metas durante la gestación Otorgar al menos 5 consultas durante su control, realizar tamizaje para anemia en el primer trimestre y al tercer trimestre, realizar tamizaje de infección de vías urinarias durante el primer y tercer trimestre, contar con Ultrasonograma idealmente trimestral, informar y enseñar a la futura madre sobre los datos que nos indican necesidad de atención urgente, detectar complicaciones durante la gestación y situaciones que ameriten atención en un segundo nivel de atención durante el embarazo, atención o acompañamiento durante el trabajo de parto

Las metas durante el puerperio son: diagnosticar y tratar complicaciones que amenacen o no la vida de la madre, fomentar la lactancia materna exclusiva mínimo hasta los 6 meses de edad del lactante y fomentar hábitos saludables durante el puerperio.

Acciones

Este programa va a la par de guías institucionales del manejo de la atención prenatal. La madre será visitada de ser necesario o irá a la clínica una vez al mes (cada cuatro semanas) durante el primer trimestre del embarazo, posteriormente cada 2 semanas hasta llegar a finales de la semana 32 de gestación para que se tenga posterior a esto un control semanal.

Durante la primera consulta se deberá de realizar una historia clínica donde se fijen los antecedentes personales patológicos y no patológicos, heredo familiares y ginecoobstétricos de la paciente, se deberá hacer la exploración física completa (especuloscopia solo en caso de necesario). El resto de las consultas se deberá interrogar a madre sobre estado de salud identificando su estado de alimentación, cuidado personal, practicas o situaciones que puedan ponerla en riesgo a ella o al producto de la gestación, y se realizarán las recomendaciones necesarias en cada caso. También se realizarán acciones de prevención establecidas como toma de laboratorios de existir oportunidad de realizarse (Examen general de orina, biometría hemática), vacunación. En toda consulta se deberán registrar signos vitales maternos, así como peso, altura del fondo uterino a partir de la semana 16, y a partir de la semana 20 registrar la frecuencia cardiaca fetal en cada cita, así como la movilidad fetal, también se registrará si hay presencia de signos o síntomas de vaso espasmo todas las citas, así como la edad gestacional estimada. La Posición del bebe debe de registrarse en todas las consultas del tercer trimestre. Al final de cada consulta se deberá de establecer la fecha del próximo encuentro.

De los datos obtenidos una parte de ellos se vacía al censo que se reporta mensualmente como evidencia de los pacientes que se están manejando y cuáles pueden ser sus problemas.

Criterios de inclusión:

Mujeres embarazadas que hayan tenido al menos 2 consultas. Aquellas que acuden a su segunda cita ya en el puerperio se excluyen. El egreso del programa es al terminar el día 42 posterior al parto. En caso de que la paciente acuda en trabajo de parto, se considerará como consulta del tercer trimestre, y la siguiente consulta al parto y dentro de los primeros 42 días después de este se considerarán como consultas en el puerperio.

Resultados:

Se tenían 3 pacientes ingresadas dentro del programa al iniciar mi servicio, se ingresaron 3 pacientes al programa durante mi estancia; tras ingreso a programa 1 de ellas acudió 3 veces a consulta de control prenatal, el resto acudió 1 ocasión posterior a su ingreso (lo que daría total de 3 consultas considerando que el ingreso se da a partir de la segunda consulta). Se atendieron 30 consultas de control prenatal en total de las cuales 9 fueron de pacientes en programa de las cuales 3 fueron realizadas durante el segundo trimestre y 6 durante el tercer trimestre , se dieron total 3 consultas de parto total (ninguna en programa), y durante el puerperio se dieron 7 consultas 6 sin estar en el programa y 1 dentro del programa, se dieron 15 consultas de complicaciones del embarazo de las cuales 9 fueron por **infecciones**, 2 de las nueve fueron pacientes en programa, el resto no estaba dentro del programa, hubo 2 consultas de **aborto** ninguna de ellas en programa, y las otras 4 fueron por otras complicaciones del embarazo 1 de ellas pertenecía al programa; se reportan 0 muertes maternas o mortalidad infantil temprana; del registro de nacimientos

se tiene registro de 5 nacimientos 3 atendidos en casa por equipo de la clínica promotor de salud- médico, 1 por promotor de salud y 1 por partera.

Dentro de las acciones realizadas se intentó realizar una plática en conjunto con mi compañera pasante de la UAM sobre urgencias obstétricas con las parteras de la región. Esto se dio raíz de varios sucesos que pudieron haber derivado en muertes maternas o del producto de la gestación (afortunadamente no lo fueron) y que nos mostraban áreas de oportunidad para mejorar su calidad de atención. Tras la invitación no hubo respuesta por lo que no se pudo llevar a cabo.

Comentario:

Si bien existen muchas mujeres embarazadas en Arroyo Granizo y comunidades cercanas, pocas acuden con propósito de control prenatal; lo usual es que acudan en caso de alguna complicación o malestar. La mayor parte del cuidado de embarazadas y púerperas lo realizan parteras o bien acuden a consulta de control prenatal en su clínica del estado ya que forma parte de sus obligaciones como acreedoras al programa Prospera. Puede que mi consulta de control prenatal haya sido menor a la de otros pasantes; esto creo que se asocia con el hecho de que soy hombre. Sin embargo, pese a esto se atendieron múltiples complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En cuanto al funcionamiento del programa, creo que está bastante bien formulado este programa y es el que mejor funcionamiento tiene de los que trabajé. A fin de cuentas, no se logró la meta más que para 1 paciente; el funcionamiento del programa creo que pese al resultado funciona bien como esta formulado. si responde a las necesidades de la población la cual acude más que nada al identificar alguna complicación, y claramente no hubo ni mortalidad perinatal ni materna por lo que creo que el programa cumple la meta de disminuir la mortalidad materna; y las cuestiones por las cuales en ocasiones no se cumplen las otras metas las atribuyo más a que soy hombre, a que muchas de ellas acuden a sus citas del programa prospera y en otras por que la distancia de la clínica dificulta que se pueda dar un seguimiento mensual. No obstante, hay campos en los que se podría mejorar para dar una mejor calidad de atención.

Realmente la clínica municipal autónoma si cuenta con los medicamentos y materiales básicos para iniciar tratamiento a una urgencia obstétrica y preparar a la paciente para un traslado a un segundo nivel. Solo creo que los criterios de inclusión podrían modificarse; la clínica recibe pacientes de muchas comunidades y en ocasiones acuden 2 o 3 veces en su embarazo a la clínica, estas pacientes técnicamente se ingresarían por el número de consultas al que acudieron, pero esto no significa que estén llevando un control prenatal adecuado o que se acuda a consulta de control prenatal en la clínica. la mayor parte de la consulta de embarazo corresponde a complicaciones, y tras estar resuelta la complicación es usual que no regresen a seguimiento a la clínica; por eso quisiera sugerir 2 cosas ; que solo se ingresen a las pacientes de Arroyo Granizo o Santo Domingo (la comunidad vecina) porque aquí si podemos realizar un mejor seguimiento por cuestión de cercanía(se puede ir caminando a la clínica o a la casa de la paciente para dar el seguimiento); y que solo se

ingrese a las pacientes que tienen deseos de recibir consulta prenatal por parte del personal de la clínica, sino solo estaríamos registrando en el programa a muchas mujeres que realmente no acuden a consulta de control prenatal o que simplemente no podemos darles el seguimiento adecuado por la distancia que están de la clínica.

Otra cosa que quisiera señalar es que los promotores de salud también dan consulta prenatal pero no noté que realizaran registros de su atención y fue raro que utilizaran la cartilla zapatista que hay para el control prenatal, sin registros es más complicado poder dar seguimiento a mujeres dentro del programa, en ocasiones estas mujeres acudían los días en los que yo no estaba y era imposible verificar si habían acudido o no a consulta o como habían estado en esa consulta. También hay que realizar más promoción a la salud en conjunto con los promotores entorno a el problema que es la ganancia ponderal excesiva durante el embarazo y sensibilizar respecto a la importancia de acudir a consulta de control prenatal pese a que no se sienta ningún malestar.

También quisiera mencionar que falta capacitación al personal que labora en la clínica para atención del trabajo de parto y del puerperio, así como el uso adecuado y contraindicaciones de los uterotónicos. Captó mi atención que se les sugería a las pacientes el uso rutinario de oxitocina para todos los partos bajo la consigna de que salían más rápido los bebés. Esta es una práctica tal vez heredada por pasantes previos y mal aprendida en medios hospitalarios durante su etapa de formación (de los pasantes), sin embargo, tanto en los hospitales como en la clínica municipal autónoma está mal que se use de forma rutinaria la oxitócina sin indicación real. El uso de este útero tónico sin necesidad puede llevar a hiperdinamia o hipertonía uterina, rotura uterina, desgarros en cérvix o periné, desensibilización a **oxitócina** con posterior atonía uterina y hemorragia, sufrimiento fetal y muerte del producto de la gestación. También durante la atención de trabajo de parto noté que no se revisaban signos vitales maternos o fetales, lo cual resulta riesgoso pues estos nos pueden dar datos de complicaciones maternas o del feto y la necesidad de enviar a segundo nivel; también se desconoce cómo hacer exploración adecuada mediante tacto vaginal, medición de fondo uterino, palpación de contracciones y con esto pronosticar si es necesario que la paciente inicie con manejo activo del trabajo de parto o no, esto llevó a situaciones en las que se pidió la estancia de la paciente en la clínica por haber "iniciado" trabajo de parto cuando realmente solo tenía contracciones de Braxton Hicks. El mejorar en estos rubros beneficiará en general a las mujeres de la región ya que el personal de la clínica estará mejor capacitado para detectar las complicaciones de manera más temprana y evitar así tragedias y estaría dando una mejor calidad de atención.

Detección oportuna de víctimas de violencia

Objetivo

Detectar los casos de violencia existentes, y fungir como apoyo a la persona que sufre violencia en la familia.

Metas

Es difícil mencionar las metas de este programa. Más adelante se mencionan acciones que se hacían, sin embargo, al ser un programa que depende un poco más de que tanta intrusión por nuestra parte (el equipo de la clínica) permita la víctima me lleva a decir que las metas son más que nada evitar en lo posible la reincidencia y dar acompañamiento durante el proceso por el que pasa la víctima.

Acciones

El programa estipula que se le hiciera visita mensual a la persona que sufría de violencia y verificar su estado, poder hablar con la persona y más que nada escucharla. Y en caso de ser mujer y que la mujer necesitara o nos pidiera ayuda para abandonar la comunidad por cuestiones de seguridad debíamos apoyarla; para esto se contaba con el contacto de CAM (casa amiga a la mujer) en Palenque, quienes brindarían ayuda en determinado caso. El ingreso al programa se da al haber acudido en 2 ocasiones a consulta con motivo de haber sufrido violencia. Se debe de realizar historia clínica al ingreso, y el egreso se da cuando la situación de violencia se resuelva. El actuar en este programa está más bien normado por los deseos de acción de la persona que sufre de violencia ya que nuestra intervención solo será tan profunda como la persona lo permita.

Resultados

Conté con una paciente a quien la pasante previa había ingresado al programa, quien había sufrido de violencia física en la familia. Las otras 2 consultas que se tuvieron fueron de una disputa familiar, ambos fueron de primera vez, no hubo consultas subsecuentes del programa. Ninguna de los casos nuevos terminó en consultas subsecuentes que tuvieran como motivo violencia, así como tampoco la paciente que estaba en seguimiento dentro del programa, misma que afortunadamente llevaba múltiples meses sin que se repitieran los eventos de violencia física, pero que comentaba que persistía la violencia de carácter psicológica y económica.

Comentarios

Este programa es posible de llevarse a cabo por que en las clínicas autónomas se puede tener más tiempo disponible para hablar con los pacientes, o más bien escuchar. Sin embargo, creo que por el hecho de ser hombre puede que no haya podido captar a más personas que sufrían de algún tipo de violencia, ya sea porque la situación en la que el género opuesto les brinde la atención les da desconfianza a algunas personas, o por el hecho de que yo no era perteneciente a su etnia y la barrera del idioma puede que haya influido en que no hubiera el acercamiento.

En cuanto a la estructura del programa los criterios de egreso creo que podrían modificarse. Como criterio de egreso tengo que la persona deberá ser egresada cuando se resuelva la situación de violencia. Esto creo que funciona como criterio cuando se trata de violencia física, pero no creo que podría aplicarse de tratarse de violencia emocional, económica, sexual o de género. Como recordamos, en la segunda parte identificamos a la mujer en esta zona como población vulnerable, esto porque en educación, acceso a servicios médicos y a recursos monetarios se ve vulnerada, y de no arreglar este tipo de situaciones ella persistirá siendo vulnerable y en muchos casos puede persistir por lo mismo la violencia, si bien no física. Si económica, sexual, emocional, y esto puede ser más difícil de detectar y tenderá a no cambiar mucho de no mejorar situaciones relacionadas con las determinantes de la salud, realmente egresar a las personas del programa es difícil si realmente no ha roto el ciclo que mantiene la reproducción de la conducta violenta; sin embargo, el Estado es quien tiene la misión y la capacidad real para poder arreglar esta situación de vulnerabilidad.

Tal vez una buena idea iniciar concientizando a quienes laboran en la clínica sobre que son conductas violentas, muchas veces no nos damos cuenta que estamos reproduciendo la violencia (incluyéndome), por lo que es importante iniciar primero con el equipo que trata con los problemas de salud, para que este luego pueda promover conductas más sanas en su población y ayudar a hacer cambios que si corten la cadena de reproducción de la violencia.

Detección oportuna de Cáncer cervicouterino

Objetivo:

El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por Cáncer en México. Es de relevancia su diagnóstico temprano para evitar secuelas que impacten de manera negativa en la vida, costos excesivos en la atención de la salud, y sobretodo evitar la muerte por este. La principal causa de cáncer cervicouterino es la displasia ocasionada por el virus del papiloma humano el cual se transmite vía sexual. Es relevante tener un programa que se ocupe de este problema porque la infección por el virus del papiloma humano es prevenible mediante la adecuada utilización de preservativos y evitando conductas sexuales de riesgo, también es relevante el programa porque, de ser detectada a tiempo la infección o la displasia causada por el virus del papiloma humano es tratable sin necesidad de tener que acudir a un centro de alta especialidad, deja pocas secuelas y tiene un excelente pronóstico para la vida en general y las capacidades reproductivas de la mujer. El objetivo de este programa es la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Metas

Dar seguimiento a todas las mujeres que mediante el tamizaje de la citología vaginal tengan un resultado positivo a infección por virus del papiloma humano; incrementar la cantidad de estudios de tamizaje y participación voluntaria en este programa.

Acciones

Este programa se desarrolla en gran medida gracias a la ayuda de CAM. Esta organización nos ayuda con el procesamiento de las muestras de citología cervical, y en caso de tener algún tipo de displasia o que se detecten cambios histológicos que correspondan a la infección por virus del papiloma humano se les da tratamiento a las pacientes por medio de colposcopia y se refiere a quien requiera atención más especializada. El ingreso al programa se da a partir de que la mujer decida realizarse una citología cervical o que tenga un estudio previo con resultado patológico y desee recibir seguimiento. Durante las consultas se dará el seguimiento acorde a guías de práctica clínica mexicanas respecto a la frecuencia de las citologías de tamizaje y de seguimiento y las referencias que deban de recibir para su tratamiento. El egreso del programa se da tras cumplir 64 años. También las pacientes que se detecten mediante una pesquisa serán ingresadas (campaña de detección oportuna de cáncer cervicouterino).

Resultados

Se lograron realizar 3 tomas de citología cervical, las cuales derivaron en ingreso al programa. Fue una sorpresa grata el poder realizarlos, creí que por ser hombre tal vez no lograría convencer a ninguna mujer de realizarse la citología; sin embargo, esto refleja una participación baja en este programa. Con estos 3 ingresos al programa la cifra total de personas llegó a 83. Al no haber estado más de 6 meses en Arroyo Granizo no tuve oportunidad de realizar seguimiento con citologías a las pacientes ingresadas durante mi estancia. Ninguna de las otras mujeres previamente ingresadas acudió a consultas subsecuentes (La mayor parte de estas mujeres habían sido captadas por la pasante Irina Torres Mussot durante una campaña en otras comunidades)

Comentarios

Durante mi estancia pude notar que recibían muchas negativas a la propuesta de realizar la citología cervical, pero por suerte la razón por la cual recibía negativa era porque la citología cervical se la habían realizado ya en el Hospital Básico Comunitario de Santo Domingo como parte de sus responsabilidades como acreedoras del programa PROSPERA. No creo que mi condición como hombre haya influido mucho sobre la decisión de si me permitían tomar o no la citología, sino más bien el costo. Durante mi estancia solo en 3 ocasiones no fue concedida autorización para revisión mediante especuloscopia en consultas relativas a problemas vulvovaginales (el resto de las pacientes accedió). Pedí permiso en varias ocasiones a las autoridades Zapatistas para realizar campañas de detección, sin embargo, las respuestas siempre fueron negativas porque en sus palabras: no había interés de la población en realizarse la citología cervical.

Otra cuestión es que, se debe de hacer una campaña de sensibilización con el personal que labora en las clínicas autónomas respecto a la privacidad y secrecía que se le debe de otorgar al paciente; en varias ocasiones noté que comentaban con otros hombres de la comunidad quien se había sometido a revisión del área genital en la clínica; esto es importante porque este tipo de acciones puede hacer que las mujeres no deseen que algunos de sus problemas de salud sean tratados en la clínica. También sería bueno realizar capacitación a los promotores de salud para que puedan tomar citologías de manera adecuada; durante la consulta me resultó evidente que deseaban tomar las muestras, pero aun no tenían las habilidades y conocimiento para realizarlo de manera adecuada; esta capacitación debería ir junto con más cursos sobre manejo del expediente clínico y del registro de actividades de la clínica, con lo que se ayuda a que, en un futuro, ellos tomen 100% de muestras y hagan adecuado registro, almacenamiento y seguimiento a las muestras(es muy importante tener registro en estos casos por la alta posibilidad de desarrollo de neoplasias en mujeres con la infección).

La otra cuestión que no logré implementar, fue las campañas de prevención de cáncer cervicouterino pero para hombres; como mencioné antes, el cáncer cervicouterino está causado usualmente por la infección del virus del papiloma humano, la cual se da por transmisión sexual; y es esto último la razón por la cual creo conveniente seguir insistiendo en realizar campañas que tengan como enfoque informar a los hombres sobre prácticas sexuales de riesgo, uso de preservativo y manera en que se transmite el VPH y el hecho de que usualmente los hombres son portadores “sanos” y así dejar la idea de que la mujer es siempre culpable de ser portadora del virus del papiloma humano.

Vigilancia de crecimiento y desarrollo

Las nuevas generaciones siempre serán de importancia para el desarrollo pleno de una sociedad, por eso mismo es una prioridad la atención médica y de demandas sociales que aluden a su desarrollo pleno. El desarrollo de un individuo se va afectado por los factores genéticos, alteraciones in utero, así como las condiciones de alimentación y oportunidades afectivas con las que cuenta, también influye las interacciones con otros individuos y el ambiente que como menciona Vygotsky son andamios en el aprendizaje y adquisición de habilidades. Por eso mismo es importante vigilar el crecimiento y desarrollo, para identificar si hay problemas que afecten alguna de estos factores que intervienen en el desarrollo y determinar de qué manera pueden resolverse de poder resolverse.

Objetivos:

La vigilancia del crecimiento y desarrollo adecuados de los niños y niñas entre 0 y 15 años.

Acciones:

La inclusión de este programa se modificó en mi generación de pasantía, y ahora vigila exclusivamente a los menores de 15 años que son vistos en las campañas de salud hechas por el pasante. Estas tienen como participes a los niños zapatistas en los rangos de edad

mencionados. Criterios de inclusión son tener una segunda participación en la campaña mencionada. El egreso se da en caso de cumplir 15 años. En caso de ser mujer y estar embarazada, el expediente pasará a formar parte del programa de control prenatal. Durante las campañas se realizará toma de peso, talla y tamizaje de patologías no reconocidas por padres. En caso de detectar alguna patología se sugerirá el seguimiento posterior a la campaña en la consulta general.

Resultados:

Tras la modificación solo pude realizar 1 campaña de salud. En dicha campaña se midió, pesó, y exploró de manera general por el médico y se hizo revisión de la cavidad bucal a 47 niños. De los cuales 24 eran mujeres y 23 hombres. De estos ninguno presentó sobrepeso u obesidad; sin embargo 7 presentaron IMC menor de 15, lo cual representa un 15 %, 6 presentaron percentil talla para la edad igual o menor al 3%, y 3 presentaron percentil peso para la edad menor o igual a 5%, de este último grupo 2 de ellos tenían el percentil peso para la edad menor al 3%. (resultados se pueden observar en las siguientes tablas)

EDAD	TALLA	PESO	IMC	PERCENTIL TALLA PARA LA E	PERCENTIL PESO PARA LA E
6	1.07	16.8	14.673771	10%	10%
13	1.45	40	19.02497	25%	50%
7	1.03	16	15.081535	<3%	10%
6	0.96	15.9	17.252604	<3%	25%
9	1.27	24	14.88003	50%	50%
12	1.38	33.5	17.590842	25%	25%
12	1.38	31.5	16.540643	10%	25%
6	1.07	18.9	16.507992	<3%	50%
7	1.15	20.6	15.57656	50%	50%
11	1.34	36.5	20.327467	50%	75%
7	1.25	25.4	16.256	50%	90%
6	1.21	23.4	15.982515	90%	75%
4	0.88	12.4	16.012397	3%	10%
10	1.35	21.5	11.796982	50%	<3%
6	1.04	16	14.792899	10%	25%
13	1.48	39	17.804967	10%	50%
5	1.15	18.6	14.064272	75%	75%
11	1.3	29	17.159763	25%	75%
8	1.12	17	13.552296	<3%	<3%
11	1.41	34	17.101755	50%	50%
12	1.48	41	18.718042	25%	75%
4	0.96	15.4	16.710069	25%	75%
4	0.9	12.6	15.555556	<3%	5%
9	1.22	24.6	16.527815	10%	50%

Resultados mujeres campaña de crecimiento y desarrollo. Se observa sexo, edad en años, talla en metros peso en kilos, Índice de Masa Corporal en kg por metro cuadrado de superficie corporal, resultados de la tabulación de talla para la edad y peso para la edad en sus graficas correspondientes para la edad de la CDC.

EDAD EN	TALLA EN	PESO EN	IMC	PERCENTIL TALLA PARA LA EDAD	PERCENTIL PESO PARA LA EDAD
11	1.35	23.7	13.004115	50%	10%
9	1.2	23.7	16.458333	10%	10%
9	1.27	25.8	15.996032	10%	25%
8	1.12	22	17.538265	<3%	25%
12	1.24	23	14.958377	<3%	<3%
8	1.17	19.7	14.391117	10%	20%
12	1.35	32.4	17.777778	10%	25%
11	1.33	27.5	15.546385	25%	25%
8	1.17	21.5	15.706041	<3%	50%
12	1.31	28.6	16.665695	<3%	10%
9	1.1	18	14.876033	<3%	<3%
5	0.94	14.4	16.296967	3%	10%
7	1.13	22.6	17.699115	<3%	50%
8	1.18	22.1	15.871876	50%	25%
11	1.3	28	16.568047	10%	50%
8	1.28	27.1	16.540527	75%	75%
7	1.02	15.2	14.609765	<3%	<3%
5	1	16.5	16.5	3%	50%
11	1.28	29	17.700195	10%	50%
7	1.18	19.5	14.004596	50%	50%
11	1.34	36.7	20.438851	25%	75%

Resultados Hombres campaña de crecimiento y desarrollo. Se observa sexo, edad en años, talla en metros peso en kilos, Índice de Masa Corporal en kg por metro cuadrado de superficie corporal, resultados de la tabulación de talla para la edad y peso para la edad en sus graficas correspondientes para la edad de la CDC

Comentarios:

Inicialmente mi intención era realizar 4 mediciones de talla y peso en el año mediante campañas; esto tenía el fin de lograr tener la curva de crecimiento de los niños de la escuela autónoma y poder así detectar a lo largo del año si había algún pequeño que tuviera falla en el medro, detención del crecimiento, desnutrición, y que estas fueran heredadas al siguiente pasante para que pudiera tener una referencia, esto no fue posible por el tiempo que duró mi estancia. Sin embargo, de los datos obtenidos se realizó una base de datos digital la cual se otorgó a la coordinadora, realmente espero que el siguiente pasante la utilice como referencia.

Creo que las edades fijadas para la inclusión y exclusión de este programa son muy adecuadas. La vida aquí no es igual a como se vive en la ciudad, aquí una persona de 15 años ya realiza todos los trabajos de un adulto por lo que creo muy acertado que se egrese de este programa al cumplir 15 años

El resultado de las campañas creo que está bastante sesgado; los niños fueron enviados solos a la campaña y muchos de ellos no sabían su edad, esto puede cambiar el resultado al momento de percentilar los datos obtenidos. También el día de la campaña no me pudo acompañar ningún promotor de salud, y la comunicación fue difícil con los promotores de educación puesto que yo no hablaba prácticamente nada de Tselal y ellos hablaban poco español esto puede que haya influido en el resultado final de la campaña.

Cosas que podrían ser útiles a futuro: que los promotores de educación pudieran proporcionar un listado de niños y sus edades con eso podría hacer una labor mucho más sencilla y fidedigna al momento de analizar los resultados.

En algunos casos se solicitó que por favor acudieran los tutores del niño y el niño a consulta posterior a la campaña , con el fin de poder explorar mejor al niño, poder medir a su padre y madre para obtener talla objetivo, para interrogar antecedentes que pudieran resultar relevantes(alimentación, actividad del niño antecedentes heredofamiliares, complicaciones en el parto etc.) y así determinar si la talla baja podría ser de origen familiar o si habría alguna patología o alguna deficiencia en la alimentación que pudiera ser el factor para la talla o el peso bajo; sobra mencionar que ninguno se presentó, por lo que acudí con los promotores de educación para pedirles que intercedieran ,teniendo el mismo resultado acudí con las autoridades para pedirles que intercedieran, pero se obtuvo el mismo resultado. Sin poder realizar una historia clínica adecuada y desconociendo la edad real de los niños no me atrevería a conceder diagnóstico de desnutrición, talla baja para la edad o falla de medro.

Creo que falta más trabajo por parte del equipo que labora en la clínica (incluyéndome) y las autoridades para que haya una adecuada coordinación y se puedan realizar más campañas de salud; resultó difícil lograr que se comunicaran los promotores y las autoridades en una población de 1042 personas. También hay que realizar más campañas para concientizar que las enfermedades no solo son aquellas cosas que dan dolor o que producen fiebre, y que la falta de atención de estas se traducen en alguna deficiencia de la próxima generación de adultos (hablando de alteraciones de crecimiento o desarrollo), esto le da significado y relevancia en la comunidad a las campañas en las que se hace somatometría. Con el tiempo mejoras en estos ámbitos podrían traducirse en una mejor respuesta en este tipo de campañas, y también en el seguimiento de los niños con talla o peso bajo.

Vigilancia de personas con enfermedad crónico degenerativas

Como se menciona a inicios de esta sección, las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan los primeros lugares de morbilidad en México en personas adultas, así como son de las principales causas de discapacidad. Es por esto que resulta relevante tener un programa que se dedique a dar información, diagnóstico y tratamiento oportuno a personas que están en riesgo de presentar Diabetes mellitus o Hipertensión arterial sistémica.

Objetivos:

Diagnóstico, tratamiento y vigilancia de los pacientes con diagnóstico o con riesgo de diabetes mellitus o hipertensión y en lo posible contribuir a evitar las complicaciones a corto y largo plazo que estas conllevan.

Metas:

Control mensual de los pacientes con enfermedades como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, informar sobre sus padecimientos a los pacientes y detectar y tratar sus complicaciones. dar las 240 consultas de todos los pacientes ingresados al programa de Hipertensión (divididas al menos en una mensual) y dar las 220 consultas respectivas para el programa de Diabetes Mellitus y lograr a lo largo de ellas el control sostenido de las patologías.

Acciones:

A los pacientes con riesgo de padecer alguna se les puede tomar el dextrostick y la tensión arterial. Ambas enfermedades no se pueden diagnosticar en la primera consulta salvo por condiciones específicas, por lo que se requiere al menos una segunda cita para poder realizar el diagnóstico, es en esta cuando se ingresa al programa, también se ingresará en caso de padecer alguna de estas 2 enfermedades y acudir por segunda ocasión a consulta. Se considerará como consulta de programa a todas las consultas de estos individuos sin importar el motivo de consulta. Al ser crónicas estas enfermedades y no tener cura no existe un egreso, salvo que fallezca el paciente.

Resultados

En febrero de 2018 se tenían 44 personas en programa con el diagnóstico de hipertensión y para junio se ingresaron 7 personas dando un total de 51 personas con hipertensión dentro del programa; consultas subsecuentes para control de hipertensión arterial en los meses que estuve solo fueron 33(entre todos los meses), tomando en cuenta que existen 51 personas en el programa en teoría cada una de estas debió acudir a control 1 vez al mes lo que daría un total de 255 consultas en los 5 meses que estuve lo que significa que se dieron el 12.9% de las consultas de seguimiento esperadas.; ninguno de los pacientes logró control de la hipertensión. En cuanto a pacientes con diabetes mellitus en febrero existían 44 pacientes en el programa y para junio del mismo año existían 48 hubo 43 consultas en total de seguimiento; En teoría debió haber 240 consultas en total en los 5 meses de estancia; esto significa que se dieron el 17.91 % de las consultas esperadas. De estos pacientes ninguno logró control de la patología.

Comentario.

Es importante señalar que para el control de estas enfermedades es fundamental la educación sobre la enfermedad y el cambio de hábitos dietéticos. Lo comento puesto a que noté que el principal problema para el control es la falta de apego al tratamiento y la falta de modificación en hábitos de vida; dirían muchos de los Médicos que me dieron clases: en la Diabetes, la falta de educación, es tan grave como la falta de insulina. Las metas no se cumplieron del todo; existen múltiples factores que influyen en esto.

Quisiera comentar que, la labor de educación al paciente se ve entorpecida en ocasiones por personal que labora en la clínica, mediante tratamientos no correctos y desinformación sobre la patología, esto terminó influyendo en los resultados del programa y sobretodo en la salud y calidad de vida del paciente. La desinformación que algunos promotores de salud realizaban influyó bastante en el apego al tratamiento y en que acudieran a consulta algunos pacientes, así como en la comprensión de su enfermedad (acciones semejantes a las narradas en el motivo de salida de la clínica) e incluso llevaron a algunos apacientes a demandar sueros vitaminados de maneras agresivas, lo que llevaba al deterioro de la relación médico paciente (no pasó a mayores, pero aun así sucedió en múltiples ocasiones). El programa muchas veces no podía darle el seguimiento adecuado a los pacientes en

ausencia del médico en los días de descanso; los promotores, al no llevar ningún tipo de registro de las actividades de la clínica (incluidos: consultas, diagnósticos, tratamientos y fechas en que se llevan a cabo) hacen que entre la posibilidad de que haya muchas más personas que son usuarias de la clínica y cumplen los criterios de inclusión no sean tomados en cuenta, así como personas que están dentro del programa aparezcan como que no han acudido a revisión pese a si haber asistido a la clínica . Por estas razones creo pertinente sugerir hacer uso de la nota clínica y hoja diaria de consulta por los promotores en conjunto con el pasante, para así poder corroborar el manejo que dan a pacientes con estas enfermedades (de manera que la responsabilidad de generar los datos no recaiga solo en el pasante) y poder tener un registro del 100% de los pacientes hipertensos y diabéticos que visitan la clínica. Creo que también es razonable sugerir una mayor capacitación a los promotores en diabetes e hipertensión específicamente en prevención, ajustes de estilos de vida y tratamiento, con el fin de evitar desinformación y permitir que el paciente tenga autonomía sobre las decisiones que le atañen a su salud y se disminuyan las secuelas y complicaciones a corto y largo plazo; a fin de cuentas, el pasante estará un año, o en mi caso 6 meses, pero ellos permanecen.

Vigilancia de personas con sobrepeso y obesidad

Objetivos:

Diagnosticar a personas con sobrepeso u obesidad y darles seguimiento y consejo sobre estos padecimientos.

Metas

Seguimiento mensual de los pacientes con obesidad, informar sobre enfermedad y consecuencias, orientar sobre medidas terapéuticas. Dar las consultas mensuales correspondientes (100 por que había esta cantidad de personas ingresadas a mi inicio) lo que debió de ser 500 a lo largo de mi estancia.

Acciones:

Identificar en la consulta a las personas con sobrepeso u obesidad, informarlos sobre los peligros de estas y aconsejar medidas que pueden tomar para atacar estos padecimientos. La inclusión en este programa se hace con la segunda consulta a que acuda una persona con alguno de estos padecimientos sin importar el motivo de consulta. Se le dará seguimiento a cada consulta que acuda y se tomará como consulta de control independientemente del motivo de consulta. Para el egreso, este se considerará solo cuando el paciente haya mantenido un Índice de Masa Corporal (IMC) adecuado durante mínimo un periodo de 12 meses.

Resultados

Para inicios del año 2018 se contaba con 100 personas dentro del programa, durante el transcurso de febrero a junio solo se ingresaron 2, uno de ellos con obesidad grado 1 y otro de ellos con obesidad grado3. Ningún paciente desde que se tiene registro del programa

(2014) ha podido ser egresado del programa y en las notas no se clasificaba la obesidad en algún grado. Se dieron en total 26 consultas subsecuentes de este programa lo que corresponde al 5.2 % de la consulta esperada. Los controles se realizaron con somatometría, ningún paciente logro alguna meta de control de resolución de la patología ya que ninguno pudo ser egresado, y ninguno pudo clasificarse en una categoría más baja de sobrepeso.

Comentarios:

Como médico puedo decir que aquí es el programa donde tenemos la mayor falla, debemos encontrar la manera de poder incidir en este problema de salud que es causante de mucha morbilidad en México y que se ve asociada e las principales causas de muerte y morbilidad en adultos. Se deben de realizar campañas con el fin de informar a las personas sobre el riesgo que conlleva tener alguna de las dos, así como se debe sensibilizar a la población de Arroyo Granizo que estas enfermedades causan muchos problemas pese a ser “silentes”. Noté que el hecho de presentar sobre peso u obesidad se normalizaba hasta cierto punto en la comunidad y en ocasiones era visto como cuestión de estatus, esto me dice que el plan debe de ir enfocado más que nada a poder informar los riesgos de padecerla y sobre las capacidades que hay en la atención en las clínicas para atacar esta enfermedad y que se deben de reforzar mucho los hábitos alimenticios saludables.

Mientras transcurren los meses en el servicio uno nota diversas cosas, entre ellas, como es la alimentación en esta zona; creo que esta es una de las debilidades que tenemos como médicos; nuestra formación no nos habla de sobrepeso u obesidad en situaciones donde la dieta no es muy variada y donde hay poco acceso a muchos alimentos. Creo que se mejoraría la calidad de atención que brindamos a los pacientes con sobrepeso u obesidad si pudiéramos recibir la información pertinente sobre las características de la alimentación en esta región y el estilo de vida. Con esto podríamos hacer sugerencias más realistas para el abordaje del padecimiento, y reduciríamos mucho la curva de aprendizaje sobre estos temas ya cuando uno está en las clínicas dando consulta.

El programa incluye a todas las personas con sobrepeso u obesidad que se detecten sin importar el motivo de consulta. Si bien creo que debemos de tener el registro de todos aquellos que diagnosticamos en consulta por estos padecimientos, creo que es irreal decir que están en tratamiento, control o vigilancia si el paciente evidentemente no acude a consulta por motivo de su peso. Creo que solo debemos ingresar al programa a personas que deseen ejercer acción sobre este problema y darle seguimiento de cerca (citas control específicamente para ese padecimiento) y mantener una recopilación de datos por separado de la incidencia de estas enfermedades en la consulta, esto no excluye dar las recomendaciones pertinentes sobre estilos de vida a cualquier persona que se detecte con sobrepeso u obesidad y que le demos consulta ya sea que desee tomar acción sobre la enfermedad o no en ese momento. Durante el servicio era muy común que acudieran a consulta mujeres con sobrepeso y obesidad, sin embargo, el motivo de consulta jamás fue el peso, por lo que pude notar que al momento de emitir recomendaciones para mejorar

esta situación usualmente era ignorado, y que lo usual era que si acudían en otra ocasión a consulta subieran de peso o se mantuvieran igual.

Pude notar que la ganancia ponderal durante los embarazos en esta región es demasiado alta, y que los hábitos reproductivos aquí, hacían que existieran muchas mujeres que son gran múltipara (mayor de 3 embarazos llegados a término), la ganancia ponderal excesiva durante los embarazos los pone en riesgo de padecer DM2 y de que al finalizar el embarazo no regresen a su peso previo. Creo que deberíamos también informar a las pacientes sobre la alimentación en el embarazo o realizar campañas sobre ello.

Detección de pacientes con tuberculosis

Objetivos

Diagnóstico oportuno de personas con tuberculosis.

Metas

Búsqueda intencionada de tuberculosis en todos los pacientes con factores de riesgo o con clínica de la enfermedad.

Acciones:

A los pacientes en los que exista sospecha de tuberculosis se les realizará la toma de muestra para basiloscopía en esputo para tinción de Ziehl Nissen (coloquialmente llamado BAAR). Se incluirá a la persona en el programa al confirmar el diagnóstico o si acude a consulta una segunda ocasión ya teniendo un diagnóstico previo. Toda consulta que tenga este paciente, independientemente de su motivo también será utilizada para seguimiento. El egreso se dará a los 2 años del término satisfactorio del tratamiento.

Resultados:

Durante mi estancia en Arroyo Granizo solo se tuvo una consulta relativa a este programa. El paciente era de una comunidad no perteneciente al valle de Santo Domingo y no pudo ser ingresado al programa al no haber acudido a una segunda consulta. Lo bueno es que el paciente ya sabía su diagnóstico, ya había sido sensibilizado respecto a la importancia de apego al tratamiento y estaba registrado su caso en la jurisdicción sanitaria VI Selva, misma a la que acudía por su dotación mensual de Dotbal.

Comentarios:

La tuberculosis es una bacteria muy difícil de erradicar tras la infección; es importante que los pasantes que lleguen al servicio social en un área como Chiapas sepan que están en una zona endémica de tuberculosis y que la tos productiva mayor a 3 semanas de evolución acompañada de fiebre y pérdida ponderal son características clínicas muy patognomónicas de la infección por tuberculosis. Lo menciono porque si algún pasante desconoce esto es poco probable que sospeche el diagnóstico y aquel que no sospecha el diagnóstico jamás puede llegar a él.

Otras personas con patologías que ameriten seguimiento.

Como se habrá notado el nombre del programa de que se dedica al seguimiento de personas con Diabetes mellitus o Hipertensión se llama " Vigilancia de personas con enfermedades crónico degenerativas" sin embargo no tomaba en cuenta otras enfermedades crónico degenerativas como podrían ser la enfermedades reumáticas, trastornos musculoesqueléticos y demás (como la artrosis o secuelas de fracturas), enfermedades del parénquima pulmonar, cáncer, y en general otros trastornos que se vayan a cursar de manera crónica, afecten calidad de vida o actividades cotidianas y que ameriten seguimiento. Es por esto que se decide recabar los datos de otras patologías y se otorga un espacio para que estos padecimientos sean visibilizados.

Objetivos:

Diagnosticar enfermedades crónicas que ameriten seguimiento y darles seguimiento.

Acciones:

El diagnóstico de las enfermedades que puedan entrar en el programa se realizarán por medio de la consulta. El ingreso se realizará al confirmar el diagnóstico que requiere seguimiento. Y en su seguimiento se debe de dar acorde a normas actuales sobre dichas patologías. El egreso se dará al existir control satisfactorio de las patologías.

Resultados:

A inicios de mi estancia existían 10 personas ingresadas para seguimiento en este espacio, entre ellos solo hay adultos y durante mi estancia solo realicé el ingreso de un paciente con caquexia secundaria a un mal control de la diabetes mellitus. Cabe resaltar que entre los pacientes hay una paciente con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal que contaba con otras comorbilidades, diabetes e hipertensión, misma que solo pude ver en una ocasión la primera semana de mi estancia y debió ser referida a un segundo nivel por tener datos de irritación peritoneal. Posterior a esto no pude volver a verla.

Comentario:

Si estamos hablando de enfermedades crónicas, lo más seguro es que el padecimiento que se tenga solo tenga tratamiento que ayude a obtener control de la patología, por lo que no es coherente hablar de un egreso tras haber un control satisfactorio como se hacía en una pequeña guía que se nos otorgó.

La otra cuestión es que se habla en la generalidad de patologías y de dar diagnóstico y seguimiento, pero para muchas patologías crónicas se requerirá de disponibilidad de infraestructura en el municipio para poder realizar los estudios y se requerirá un gasto por parte del paciente cada determinado tiempo para verificar si hay control de la patología. resultará muy complicado de realizar diagnóstico y dar seguimiento a estas patologías acorde a guías internacionales o nacionales actualmente vigentes, es por esto que creo que se debe de analizar el conjunto de estadísticas de las clínicas autónomas que proporcionan los pasantes para identificar las patologías crónicas más frecuentes en las comunidades

donde se trabaja y generar protocolos de atención y seguimiento propios que sean realistas en la manera en la que se puede hacer el seguimiento en las comunidades. Estos protocolos pueden utilizar criterios diagnósticos de las patologías que ya son “pasados”, estos en muchas ocasiones requieren menor cantidad de paraclínicos o estudios de gabinete muy especializados y siguen manteniendo una buena sensibilidad y especificidad para el diagnóstico, así como valor predictivo y negativo altos. Es posible de realizarse, aunque es más fácil decirlo que hacerlo (como todo en esta vida), pero permitiría al fin poner estándares para el seguimiento y diagnóstico realistas para esta zona y que los pasantes actuáramos en la clínica autónoma de manera más homogenizada.

Principales causas de morbilidad Arroyo Granizo febrero 2018-julio 2018

En esta sección se presentarán la incidencia de las principales causas de enfermedad que llevaron a los pacientes a consulta en las áreas en las que se realizó el servicio social. En el caso de Arroyo Granizo abarca de febrero a julio de 2018, sin embargo, del último mes de estancia no se cuenta con datos por la corta duración de estadía en ese mes (el mes en que me retiré de Arroyo Granizo) y por qué la consulta de ese mes fue otorgada por el promotor de salud en un 100% y por lo mismo no existe registro. Cabe mencionar que más allá de mi salida, la consulta y recopilación de datos de la misma en la Clínica Municipal autónoma no es constante y solo es realizada por el personal médico que mensualmente recibe 10 días de descanso en los cuales no se presenta a la clínica, puede que sean incompletos los datos que se obtienen por la presencia del Hospital básico comunitario en el pueblo vecino y de las casas de salud presentes en Arroyo Granizo y Santo Domingo; muchos de los datos registrados son de pacientes originarios de otras comunidades o que no están en resistencia, por lo que no me atrevería a decir que estos datos representan a la población de Arroyo Granizo de manera adecuada o a la comunidad zapatista que vive en ella; sino más bien representan una muestra del trabajo que se realiza en la clínica.

El reporte de estos datos está caracterizado por las diez principales causas de morbilidad durante mi estancia, las diez principales causas de morbilidad transmisible y las diez principales de morbilidad no transmisible los picos de incidencia se juntan con el mes de abril, en el que tuve mayor cantidad de consulta por un evento religioso que se lleva a cabo anualmente en la comunidad. Se toman en cuenta solo los datos originados por diagnóstico de primera vez, no se tomarán en cuenta los diagnósticos de las consultas de seguimiento a una misma patología ya que solo se habla de incidencia (los casos nuevos).

10 principales causas de incidencia de enfermedad en general en Arroyo Granizo durante el periodo febrero 2018- junio 2018.

Padecimientos	Mes					Total
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	junio	
Faringo amigdalitis aguda	12	16	33	7	13	81
Rinofaringitis aguda	13	11	17	10	8	59
Gastroenteritis probablemente infecciosa	6	4	3	3	29	45
Diabetes Mellitus tipo 2	1	9	12	2	9	33
Faringitis aguda	1	1	0	11	16	29
Parasitosis intestinal	0	8	5	4	11	28
Obesidad	1	3	7	1	14	26
Infección de vías urinarias	0	4	8	7	5	24
Cefalea primaria	5	6	4	4	5	24
Hipertensión arterial sistémica	4	4	0	2	4	14

Fuente: propia.

Número	México	Incidencia Nacional	Chiapas	Incidencia Chiapas
1	Infecciones de Vías respiratorias	26,366,261	Infecciones de Vías respiratorias	624,533
2	Infecciones intestinales	5,771,681	Infecciones intestinales	218,771
3	Infección de vías urinarias	4,474,599	Infección de vías urinarias	150,892
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,520,938	Úlceras, gastritis y duodenitis	54,697
5	Conjuntivitis	1,426,631	Conjuntivitis	30,551
6	Gingivitis y enfermedad periodontal	1,170,693	Otitis media aguda	28,096
7	Otitis media aguda	849,332	Gingivitis y enfermedad periodontal	25,914
8	Obesidad	691,492	Vulvovaginitis	23,046
9	Vulvovaginitis	636,286	Amebiasis intestinal	22,711
10	Hipertensión arterial	493,882	Otras salmonelosis	22,282

Fuente: Secretaría de salud 2017

Como se podrá apreciar al comparar las tablas, las enfermedades infectocontagiosas entre ellas las de vías respiratorias e intestinales en ambas tablas con las principales causas de morbilidad; las primeras puede que se presenten tan a menudo por hacinamiento que se presenta en muchas viviendas de la comunidad y a que no hay un espacio específico para utilizar los fogones y ventilar el humo que estos producen, por lo que se expone al humo continuamente; se decidió no englobar las infecciones de vías respiratorias en un solo rubro por la variedad en agente etiológico de estas; respecto a las infecciones gastrointestinales y parasitosis, estas se ven asociadas a falta de servicios de saneamiento y a que muchas viviendas no cuentan con un suelo hecho de material perdurable (es de tierra aplanada) . Se puede apreciar que en general las principales causas de morbilidad son en su mayor parte de causas infecciosas.

El cuarto lugar de incidencia es la Diabetes Mellitus (casos de primera vez). Esta enfermedad junto con la obesidad (séptimo lugar) y la hipertensión arterial sistémica (décimo lugar) nos representan una amenaza a futuro al generar un gasto continuo para el control de las enfermedades, predisposición para futuras generaciones y en caso de no estar controlada la enfermedad generará complicaciones severas para las personas que las padezcan.

La cefalea aparece entre las 10 primeras causas de morbilidad en Arroyo Granizo, este resultado se refiere a Cefalea de origen primario ya que no se cuentan con herramientas

adecuadas para descartar de primera instancia otras patologías y porque no se detectaron banderas rojas durante exploración y anamnesis.

Principales causas de morbilidad transmisible

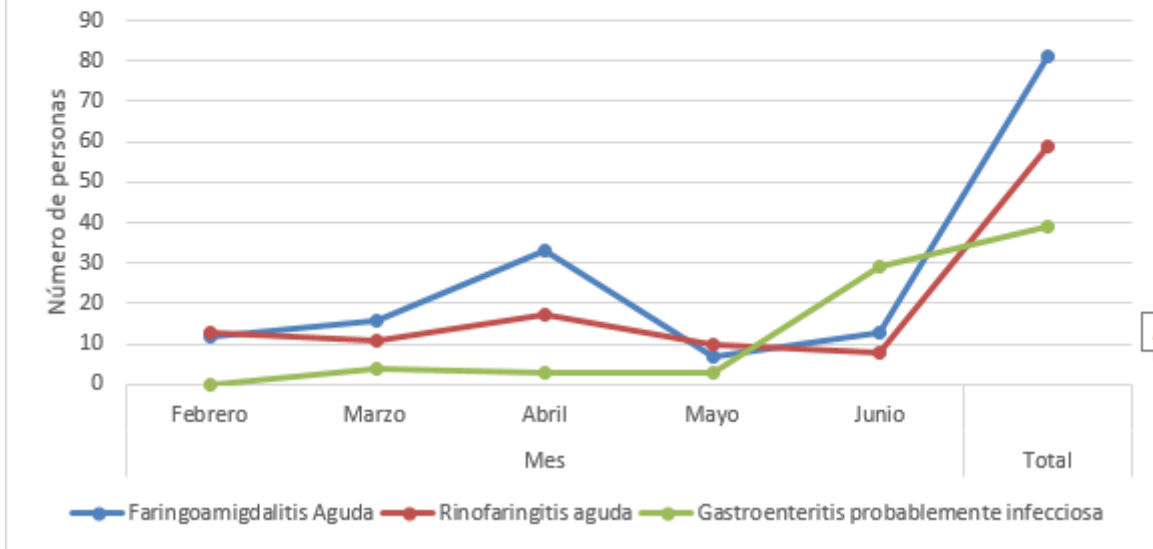
Diez principales causas de incidencia de enfermedad transmisible en Clínica Municipal Autónoma Lorenzo Espinoza durante el periodo febrero-junio 2018

Padecimiento	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
Faringoamigdalitis Aguda	12	16	33	7	13	81
Rinofaringitis aguda	13	11	17	10	8	59
Gastroenteritis probablemente infecciosa	0	4	3	3	29	39
Faringitis	1	1	0	11	16	29
Infección de vías urinarias	0	4	8	7	5	24
Absceso periodontal	1	4	4	0	1	10
Pielonefritis	0	0	2	3	4	9
Amebiasis intestinal	1	1	5	0	0	7
Absceso cutáneo	1	1	0	1	3	6
Escabiosis	2	1	1	0	2	6

Fuente propia

Ya se comentó utilizando la tabla anterior la relación entre las condiciones de vivienda y disponibilidad de servicios básicos para las infecciones de vías respiratorias y gastrointestinales. Al analizar las causas de morbilidad transmisibles podemos notar que las infecciones de vías urinarias y una de sus complicaciones la pielonefritis figuran en la lista de las 10 causas más frecuentes; esto también está asociado a el acceso al agua potable y agua intubada para higiene personal, también está asociado a una mala técnica en el aseo de la región genital tal la eliminación de orina o heces fecales, y también puede que este asociado a que lo que se utiliza para el aseo después de la micción y defecación es el papel higiénico y puede que no sea costeable en muchas familias. Las infecciones gastrointestinales, amebiasis y parasitosis intestinal están todas relacionadas con falta de disponibilidad de servicios de saneamiento, falta de piso de materiales perdurables y con fecalismo al aire libre, mal manejo de residuos humanos, mal manejo de la higiene de alimentos (al preparar o consumir) y falta de lavado de manos, todas estas son situaciones presentes en Arroyo Granizo. La escabiosis se ve relacionada con el hacinamiento y deficiente higiene personal.

Tres principales causas incidencia de morbilidad transmisible en Clínica municipal Autónoma Lorenzo Espinoza durante el periodo febrero-junio 2018



Fuente: propia

El comportamiento a lo largo de los 5 meses de las 3 principales causas de morbilidad transmisible, son como muestra la gráfica superior a este texto. Se logra apreciar que la Faringoamigdalitis tuvo su pico durante el mes de abril y posterior a esto presenta descenso. La gastroenteritis probablemente infecciosa aumenta conforme llegan meses más calurosos, teniendo su máximo punto en junio. La rinofaringitis se presenta de manera más constante en estos 5 meses teniendo un discreto pico en el mes de abril.

Principales causas de morbilidad no transmisible

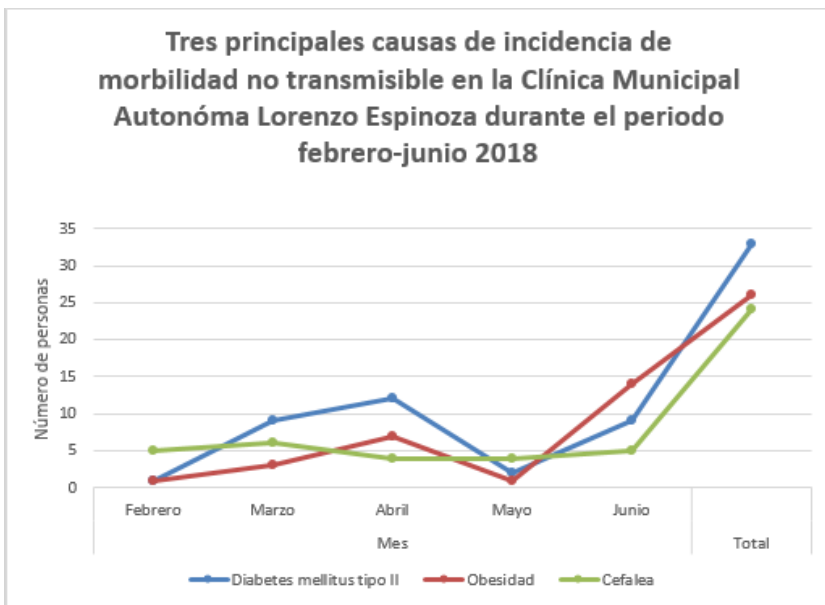
Diez principales causas de incidencia de enfermedad no transmisible en Clínica Municipal Autónoma Lorenzo Espinoza durante el periodo febrero-junio 2018

Padecimiento	Mes					Total
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
Diabetes mellitus tipo II	1	9	12	2	9	33
Obesidad	1	3	7	1	14	26
Cefalea	5	6	4	4	5	24
Urticaria	3	1	7	2	2	15
Hipertensión arterial sistémica	4	4	0	2	4	14
Enfermedad Ácido Péptica	0	6	4	0	1	11
Colesistitis litiasica crónica	0	5	0	1	3	9
Herida por objeto punzocortante	1	1	3	3	1	9
Lumbalgia	0	3	2	1	2	8
Asma	0	0	3	0	3	6

Fuente propia.

En la primera tabla de este analisis se aprecian en su mayor parte enfermedades infectocontagiosas, sin embargo, al separar por enfermedades transmisibles y no

transmisibles se logra visibilizar otras enfermedades. La Diabetes Mellitus tipo II (primer lugar), hipertensión arterial sistémica (quinto lugar) y colecistitis litiásica (séptimo lugar) crónica están todas asociadas con el sobre peso y la obesidad, hábitos dietéticos y estilos de vida. la urticaria es la cuarta causa de morbilidad no transmisible, desconozco si esto es más factible por cuestiones hereditarias o genéticas de la población de origen Tzeltal o a que este asociado esto. La enfermedad ácido péptica está relacionada con hábitos dietéticos y de vida, sin embargo una etiología muy común de enfermedad ácido péptica es la infección por *Helicobacter pylori*, la cual en el medio donde nos encontramos no es posible de diagnosticar por falta de equipo para realizar inmuno análisis correspondiente o prueba de ureasa o endoscopía, se menciona a está como una posible etiología de importancia dado que en México se calculaba que para 1998 70% de la población mexicana mayor de los 20 años estaba infectada por esta bacteria (al, 2018); esta cifra ha disminuido con los años gracias a medidas de saneamiento mejoradas y cambio de algunos hábitos, sin embargo al estar en una región donde dichos cambios no son tan notorios me hace pensar que puede ser una etiología relevante junto con los hábitos dietéticos. Las heridas por punzocortantes están relacionadas con la ocupación; el uso del machete para el trabajo del campo es de vital importancia.

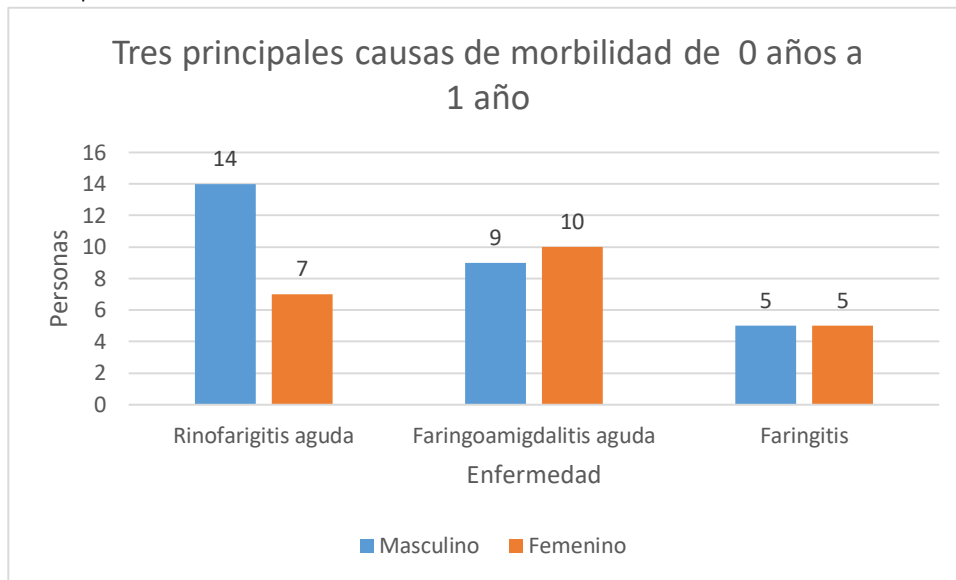


De las tres principales causas de morbilidad no trasmisible se puede apreciar que la cefalea se mantiene a un ritmo constante, a Diabetes Mellitus trazó una pendiente en el ascenso de febrero a abril mes en el que presenta su pico de ahí desciende pronunciadamente en

mayo y en junio vuelve a trazarse el ascenso; respecto a la obesidad, se presenta dos picos, uno en abril más pequeño y el mayor en junio.

Incidenca de las tres principales causas de morbilidad por grupo de edad
 Con la división por grupos de edad se pretende ampliar el panorama sobre las enfermedades que afectan a la región en la que se trabajó, y se diferencia entre hombres y mujeres ya que no todas las enfermedades son comunes en los diversos grupos etarios ni en femeninos o masculinos. Los datos representados en las gráficas solo representan los caos de Novo por lo que solo representan los diagnósticos de primera vez y no toman en cuenta las consultas de seguimiento.

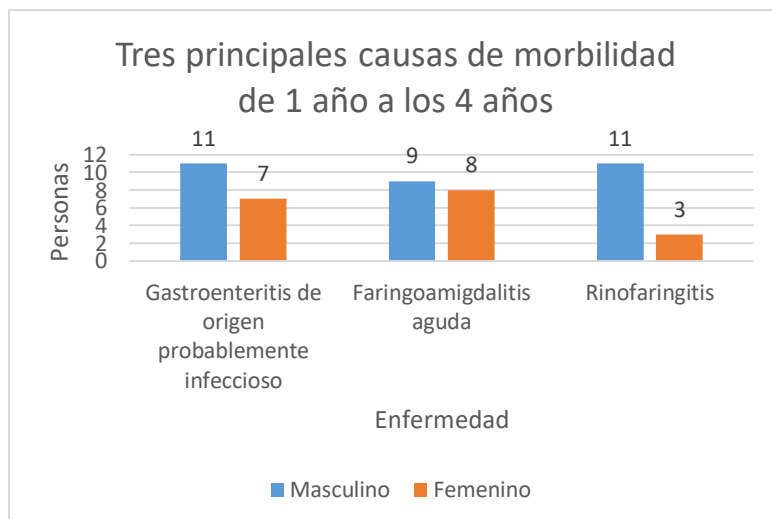
Principales causas de incidencia de morbilidad en menores de 1 año



En el grupo de edad de 0 a 1 año se tiene como tres principales causas de morbilidad enfermedades

infectocontagiosas; de las cuales las tres son infecciones de vías respiratorias superiores, se puede apreciar que son semejantes salvo en la rinofaringítis aguda que tiene un predominio masculino duplicando la cantidad de presentada por las mujeres.

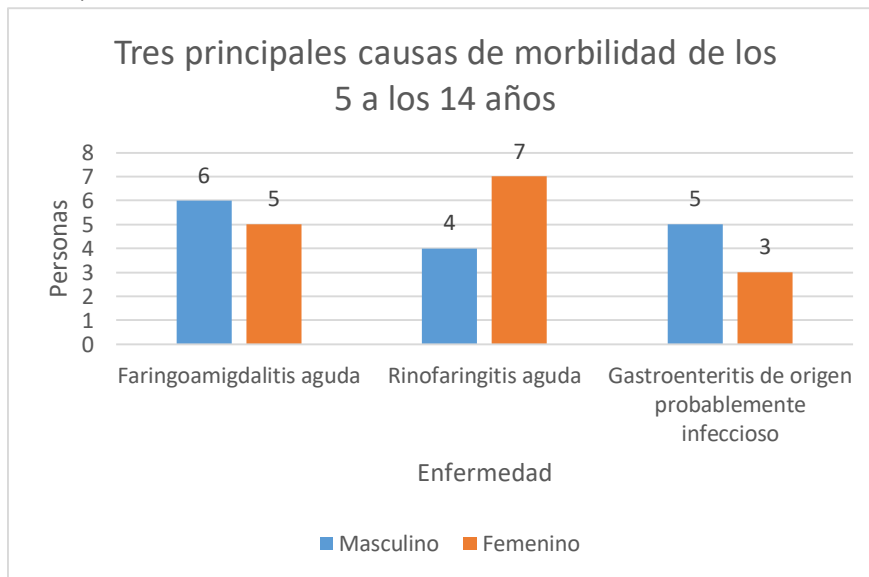
Principales causas de morbilidad del año a los cuatro años



En este grupo de edad se tiene como principal causa de morbilidad a la gastroenteritis de origen probablemente infeccioso seguido de la Faringoamigdalítis aguda y la rinofaringítis aguda. Se puede apreciar que es mayor la cantidad de varones con gastroenteritis y rinofaringítis, sin embargo, al

igual que el grupo etario pasado, es semejante para mujeres y varones la cifra de faringoamigdalítis. En esta etapa es habitual la personalidad inquieta e intrépida del infante y a inicios de esta edad todavía es común que lleve objetos a la boca; la incidencia de gastroenteritis puede estar asociada a mala higiene de manos y de los alimentos es usual que se utilicen las manos para comer directamente por lo que la falta de higiene de estas al momento del consumo y preparación de los alimentos influye bastante en que se presente esta enfermedad; resultó raro que se siguieran las recomendaciones higiénicas que se realizaron a lo largo de los 5 meses.

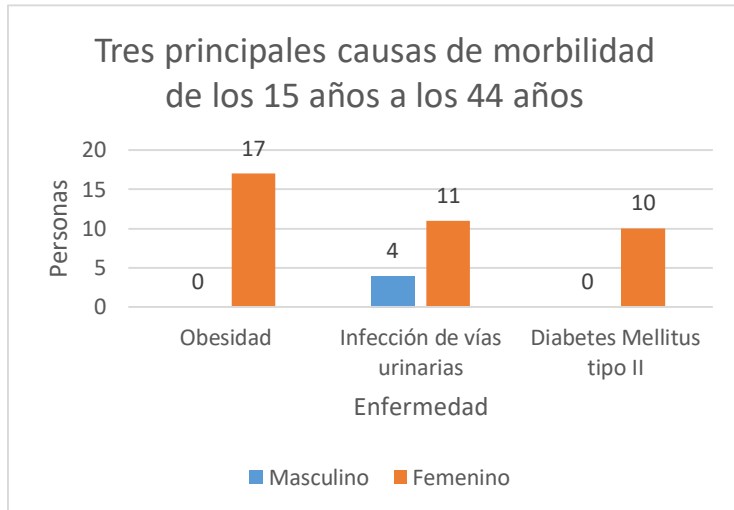
Principales causas de morbilidad de los 5 años a los 14 años



En este grupo etario persisten las enfermedades infectocontagiosas como las principales causas de morbilidad. Las tres enfermedades presentadas en la tabla presentan una incidencia semejante

por sexo salvo la rinofaringítis aguda, la cual, en el caso de las mujeres, casi duplica la cifra de los varones. Estas patologías resultan un tanto lógico a que se sigan presentando como las principales por las cuestiones de saneamiento, higiene y hacinamiento ya antes mencionadas.

Principales causas de morbilidad de los 15 años a los 44 años de edad



Como se puede apreciar aquí hay un predominio en todos los rubros en las mujeres. Respecto a las infecciones de vías urinarias, estas son más comunes en las mujeres, esto por el largo de la uretra, la cual, al ser más corta que la de los hombres permite que pueda ascender de manera más rápida y sencilla la colonización bacteriana y se de la infección;

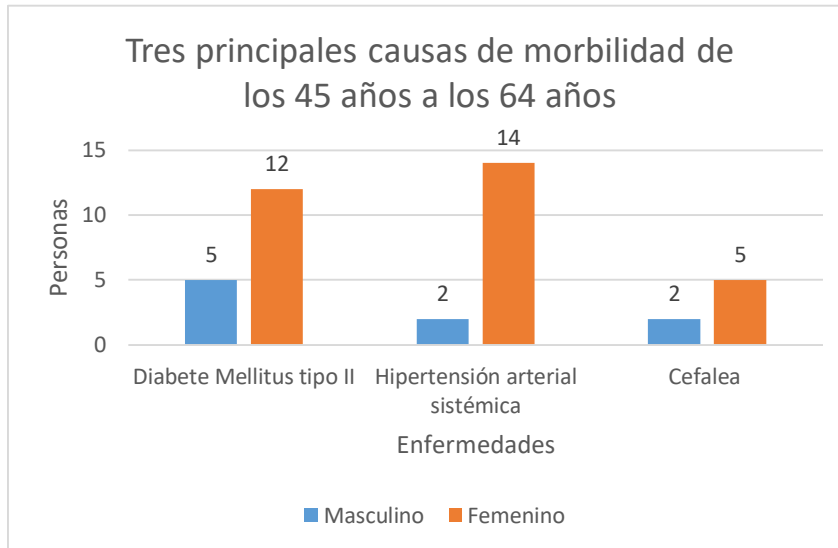
aparte de esto, es consumo de agua de la región es muy bajo, es común escuchar respuestas de que se consume un vaso o 2 a lo mucho de agua en todo el día lo cual hará que allá menor micción, por lo que no se barrerá de manera mecánica las bacterias; también cabe mencionar que el tipo de ropa interior que se usa en esta área es usualmente sintética la cual facilita acumulación de líquido y aumenta transpiración, también es muy común que no se pueda hacer cambio de ropa interior muy seguido.

Es de notar que en este grupo etario dos de las tres principales causas de morbilidad son enfermedades crónico degenerativas. La diabetes va de la mano del sobre peso y la obesidad (factores de riesgo para padecer diabetes). se puede notar que, en ambos casos, tanto para la diabetes como para la obesidad el 100% de los casos fueron mujeres. Estas son enfermedades que son multifactoriales puesto que la cuestión genética y de hábitos de vida se ven mezclados en el resultado final, sin embargo, pese a tener factores de riesgo, mayor mente se puede evitar estas enfermedades si no hay una ingesta exagerada de alimento en comparación del uso de energía durante el día.

Iniciaré sobre cómo afecta la genética, donde se ha visto que la expresión epigenética de genes que tienen como fin el aumento de la glucemia y el almacenamiento de energía en forma de tejido adiposo se da más en hijos de madres que padecieron desnutrición in útero, que padecieron desnutrición, obesidad, sobrepeso durante el embarazo; con esto quiero decir que muchas ahora madres provienen, crecieron o gestaron con desnutrición, lo cual puede llevar a la expresión de estos genes. Respecto a los hábitos alimenticios es evidente que el consumo exagerado de Kilocalorías nos lleva a ganancia ponderal. Pude observar que por lo general había una ganancia ponderal exagerada en el embarazo, lo cual dejaba mayor peso que no se perdería tras finalizar la gestación; el detalle es que este patrón se llega a repetir usualmente más de 3 (por las gestaciones que llegan a término) y se va sumando conforme los años el peso. A estos 2 factores se agrega las costumbres de alimentación, las cuales han cambiado con la introducción e alimentos procesados altos en kilocalorías; sin

embargo, yo no atribuiría todo el peso a estos productos, yo le atribuyo al consumo desmedido de derivados del maíz. Las tortillas, el maíz el pozol, chumilwaj, y demás derivados del maíz no son dañinos y su consumo moderado es bastante saludable y es la base de la alimentación en el país. Sin embargo, el consumo excesivo de estos productos (en este caso porque es la base de su alimentación) puede generar aumento ponderal

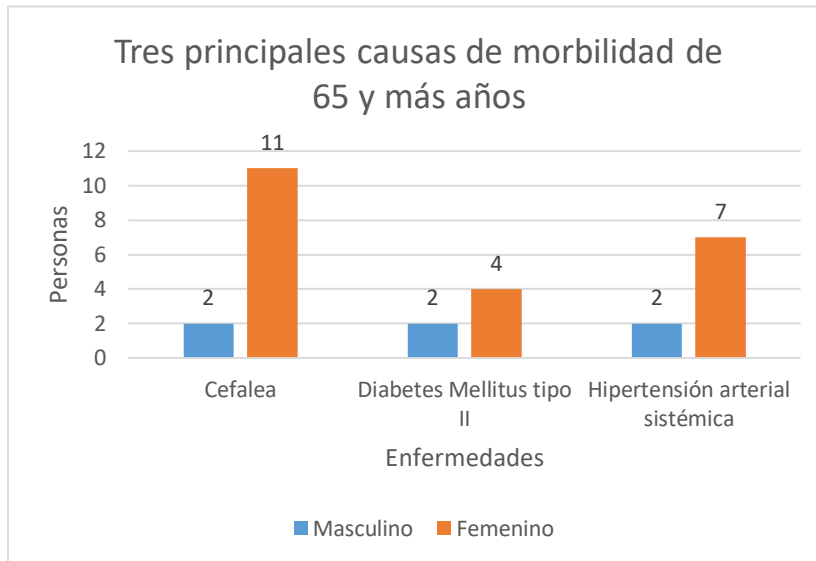
Principales causas de morbilidad de los 45 años a los 64 años de edad.



En este grupo etario también se ve el predominio de la morbilidad en las mujeres y que 2 de las tres enfermedades representadas en la gráfica son enfermedades crónico degenerativas no transmisibles. En este caso dichas enfermedades son

Diabetes Mellitus y la hipertensión arterial. Ambas tienen como factores de riesgo principales, factores ambientales como los hábitos higiénico dietéticos. En cuanto a la cefalea, se reitera que no se tienen los medios para descartar otras patologías, y al no tener “banderas rojas” no se requiere que se haga un mayor escrutinio.

Principales causas de morbilidad en mayores de 65 años



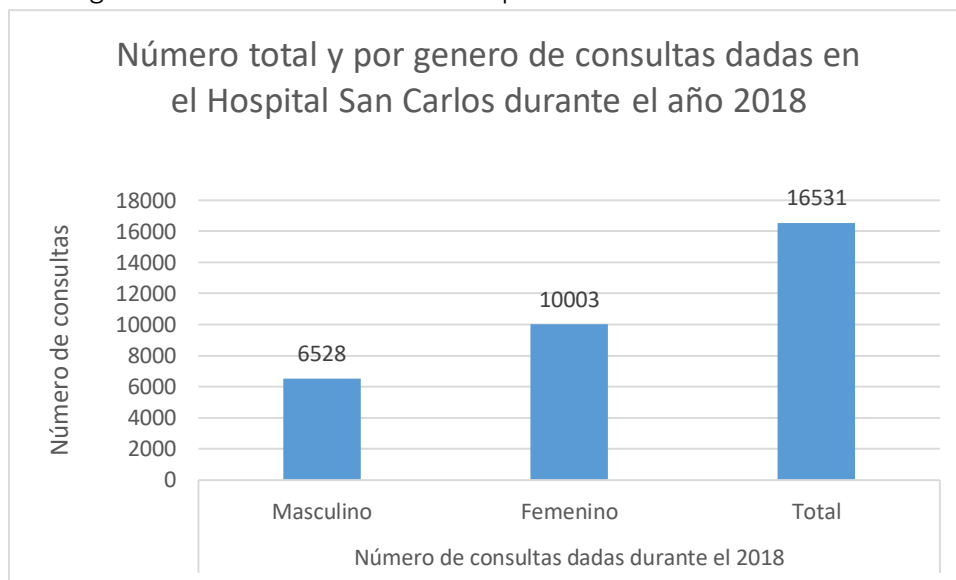
En este último grupo lo habitual es que predominen las enfermedades crónico degenerativas, como producto de los hábitos tenidos en la vida en conjunto con los factores genéticos y ambientales. Otra vez se ve el predominio de la morbilidad en las tres enfermedades en

mujeres lo cual tiene sentido sobre todo para Hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus tipo II si consideramos que entre los 15-44 años de edad las tres principales causas de morbilidad 2 de ellas (obesidad y diabetes) están relacionadas entre sí. Cabe resaltar que la diabetes mellitus y la hipertensión son enfermedades que cursan “silentes”. Habrá sintomatología, pero esta puede ser muy vaga mismo que hace que la muchas veces el diagnóstico se incidental o al momento de presentar una complicación. Como se comentó anteriormente, si no duele, da fiebre o causa deformidad es usual que no se acuda a consulta, lo cual me hace pensar que tal vez el número de personas que padecen hipertensión, diabetes o ambas esta infra estimado.

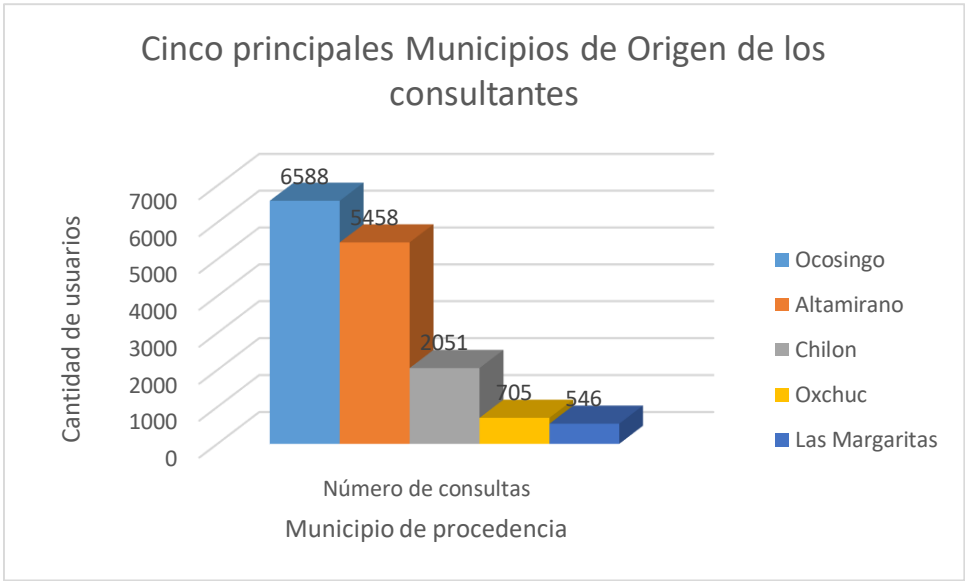
Hospital San Carlos

Como se comentó, se reportará información relevante para el Hospital San Carlos respecto al tipo de población a la que principalmente otorga servicio y se mencionarán las patologías más comunes que se presentaron en la consulta otorgada por mí dentro del hospital. Este lugar, como se podrá ver más adelante recibe personas de muchos municipios y puede que esto haga que no de un perfil de morbilidad que represente al municipio de Altamirano o a la cabecera municipal Altamirano. En las principales causas de morbilidad solo están entrando los diagnósticos de primera vez, por lo que puede que no se vea reflejada la cantidad de consulta y actividades que se realizó en el hospital. Se cuenta con la información anual del hospital, sin embargo ya que no están unificadas abreviaciones utilizadas para diagnósticos, sinónimos en nombres de diagnósticos, nombres de los médicos tratantes, formatos de fechas para ingreso en su base de datos, ni nombres de las comunidades; también existen múltiples diagnósticos anotados que son inexistentes acorde a la literatura médica y la base de datos está organizada por médico que dio la consulta por lo que no sigue un orden cronológico más que semanalmente para cada médico que dio consulta; en general no estuvo homogenizada en muchos puntos ni ha sido revisada la correcta captura de los datos en la base de datos que nos fue proporcionada por el hospital; el organizar los datos sería una labor titánica considerando la amplitud de servicios que otorga el hospital por lo que se prefiere realizar solo un panorama muy general de lo que hace el Hospital San Carlos en 2018 y utilizar los datos de la consulta que yo di en mi estancia tomando en cuenta solo la incidencia (los diagnósticos de primera vez y no los de subsecuentes o de seguimiento)

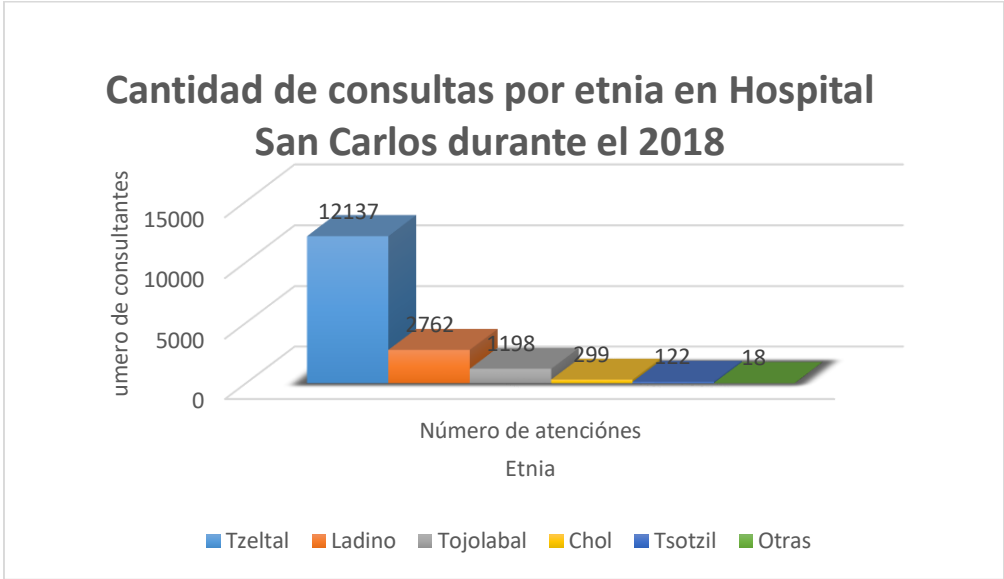
Datos generales de la consulta del Hospital San Carlos



Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018



Fuente: Base de dato Hospital San Carlos 2018



Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018

Durante el año 2018 se otorgaron 16531 consultas, de las cuales 10003 fueron a mujeres y corresponden al 60.5%; y 6528 a hombres lo que corresponde al 39.5%. los 5 principales municipios de procedencia fueron en orden descendente: 1 Ocosingo con 6588 personas; 2 Altamirano con 5458 personas; 3 Chilón con 2051 personas; 4 Oxchuc con 705 persona y 5 Las Margaritas con 546 personas. Respecto a las etnias el porcentaje que representan en la magnitud de consulta son en orden descendente :1 Tzeltal con 12137 personas y representando el 73.41% del total de la consulta; 2 Ladino/Caxlan/ no indígena con 2762 personas y 16.70 % del total de la consulta; 3 Tojolabal con 1198 personas y 7.24%;4 Chol

299 y 1.80%; 5 Tzotzil con 122 personas y .73% y por último se engloba al resto de etnias con los otros 18 pacientes con 0.10 % de la consulta.

Como se puede ver en las gráficas los 2 municipios que proveen la mayor cantidad de consulta Ocosingo y Altamirano (72.86% del total de la consulta) son municipios donde la principal lengua indígena que se habla es el Tzeltal, lo cual concuerda con que la principal etnia que recibe atención es la Tzeltal; sin embargo se puede apreciar que la segunda etnia más números al recibir atención en el hospital es la Ladina/Caxlan/ no indígena o mestizos, esto puede ser por el hecho de que la distancia entre la Cabecera municipal de Ocosingo a la de Altamirano (donde se encuentra el hospital) es poca y el tiempo de traslado es menor a una hora, también es usual que en las cabeceras municipales haya más población sin una etnia indígena de lo que es en las comunidades; el hecho de que en segundo lugar se atiende más a población no indígena implica que puede haber deficiencias en muchos ámbitos en los servicios de salud que proporciona el estado y por eso decidan no recibir atención en dichos lugar y buscar otro con más calidad en la atención o trato digno.

Principales causas de morbilidad

En esta última sección se mencionarán las diez principales causas de morbilidad que vi en la consulta en el Hospital San Carlos, posteriormente se mencionarán las diez principales causas de morbilidad transmisible y no transmisible. Solo se puede reportar los datos hasta el mes de diciembre ya que al momento de mi salida del servicio no se habían capturado la totalidad de los datos, puede que si se revisa una base de datos actualizada los datos aquí presentados difieran por mayor captura de datos o corrección de los que ya estaban(diagnóstico, sexo, fechas) cabe mencionar que la base de datos solo permite poner dos diagnósticos de primera vez por lo que es posible que pacientes que fueron diagnosticados con más de dos padecimientos en su consulta de primera vez no tengan estas enfermedades registradas; se recuerda que hay muchos municipios de los que provienen los pacientes, así como la duración de la estancia y los datos reportados (los datos de morbilidad solo serán correspondientes a los de mi estancia); por lo mismo no me atrevería a considerar estos datos pueda ser usados como el perfil de morbilidad representativo de la Región Selva lacandona, del municipio de Altamirano o de la Cabecera municipal Altamirano. Los datos representados pueden diferir en cantidad de los de Arroyo Granizo respecto a la incidencia, esto puede ser por que la mayor parte de mi consulta fue de seguimiento, así como mi participación en algunas de las campañas del hospital implicaba mi ausencia de la consulta general.Sin embargo, estos datos nos permiten apreciar que tipo de patologías llegan a un segundo nivel de atención y nos permite comparar lo que se hizo en el Hospital San Carlos, y en Arroyo Granizo, con lo que veremos similitudes y diferencias e intentaremos realizar hipótesis del porque estas diferencias, mismas que requerirán tal vez más estudios para poder confirmarse o descartarse, pero la finalidad solo es realizar la hipótesis.

Diez principales causas de morbilidad						
Padecimiento	Mes					Total
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Infección de vías urinarias	0	5	6	4	1	16
Faringoamigdalitis	0	2	2	5	2	11
Rinofaringitis	0	2	1	3	2	8
Cefalea	1	2	0	2	0	5
Colecistitis litiasica crónica	1	0	0	4	0	5
Pielonefritis	0	0	1	2	2	5
Rinitis alérgica	2	1	0	1	1	5
Conjuntivitis	0	1	0	3	0	4
Dolor abdominal	0	2	0	2	0	4
Enfermedad por reflujo gastro esofágico	1	2	0	1	0	4

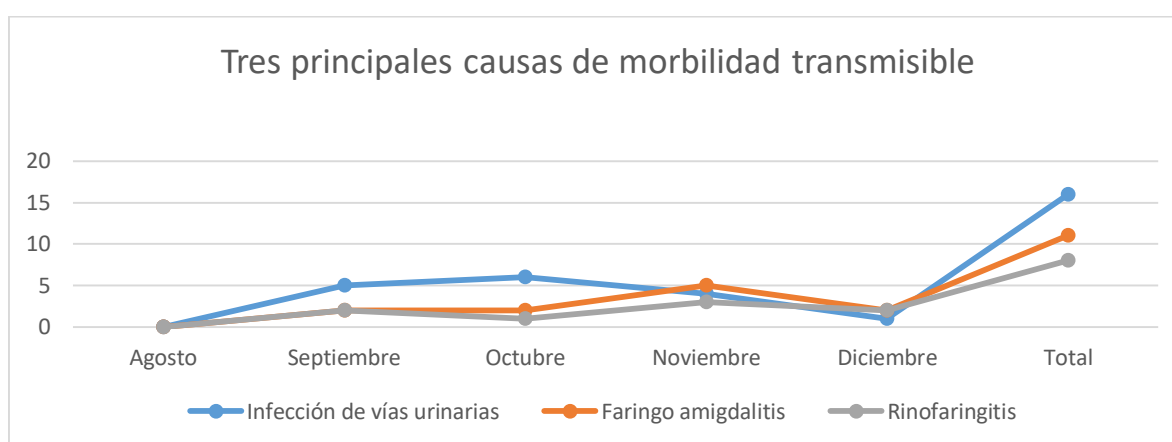
Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018

Como se puede ver en esta primera tabla, las enfermedades infecciosas siguen siendo los principales motivos de consulta. A diferencia de lo visto en tablas anteriores tanto de Arroyo Granizo y a nivel nacional y estatal, las infecciones de vías urinarias ocupan el principal motivo de consulta y seguido de esto ya se encuentran las infecciones de vías respiratorias. También se puede notar que la cefalea persiste entre las principales causas de morbilidad estando en el cuarto lugar de esta tabla; en ambos lugares Arroyo Granizo y el Hospital San Carlos se tiene como motivo de consulta bastante común la cefalea; en este hospital gracias a mejor traducción y a la disponibilidad de un servicio de psicología en el que se habla Tzeltal y el servicio de psiquiatría me permitió no truncar el diagnóstico como cefalea y poder explorar los orígenes del dolor. Es interesante ver que la colecistitis litiásica está entre las principales causas de morbilidad (recordemos que está muy asociada al sobrepeso, y mujeres en edad reproductiva), puede que se visibilice más esta enfermedad porque en este contexto si hay posibilidad de ser resolutivos con este padecimiento a diferencia de Arroyo Granizo donde al confirmar el diagnóstico solo podíamos otorgar una referencia. La conjuntivitis y el reflujo gastroesofágico concuerdan un poco más con el perfil de morbilidad nacional y estatal. El dolor abdominal puede que haya llegado a la lista de diez principales causas de morbilidad ya que ante la posibilidad de que pueda necesitar una cirugía para la resolución del problema muchas personas deciden no acudir a una clínica del estado u hospital e intentar una resolución más pronta en este hospital.

Diez principales causas de morbilidad transmisible

Diez principales causas de morbilidad transmisible						
Padecimiento	Mes					Total
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Infección de vías urinarias	0	5	6	4	1	16
Faringo amigdalitis	0	2	2	5	2	11
Rinofaringitis	0	2	1	3	2	8
Conjuntivitis	0	1	0	3	0	4
Pielonefritis	0	0	1	2	2	5
Gastroenteritis de origen probablemente infeccioso	0	1	1	1	0	3
Parasitosis intestinal	0	2	0	1	0	3
Faringitis	0	1	0	1	0	2
Vaginitis	0	0	1	1	0	2
Amebiasis intestinal	0	0	0	1	0	1

Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018



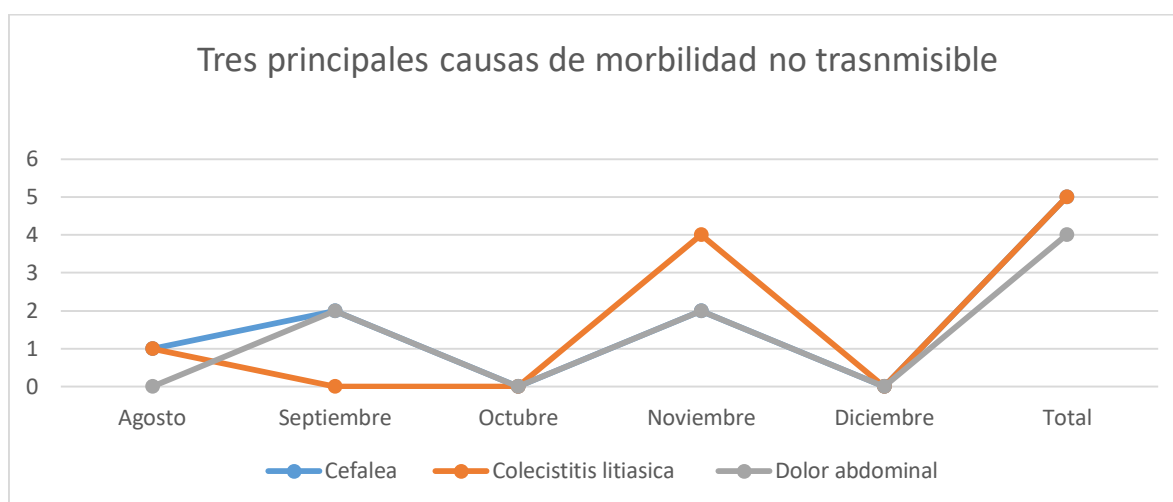
Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018

En este caso se presenta las principales causas de morbilidad transmisible. Ya se comentaron las cuestiones que influyen en el desarrollo de infecciones vías urinarias, infecciones de vías respiratorias, parasitosis e infecciones gastrointestinales, las cuales se ven muy íntimamente relacionadas con las condiciones de vivienda y de saneamiento disponibles en las comunidades. La incidencia de estos mismos padecimientos nos hace pensar que las condiciones de vida no cambian mucho entre los pacientes que habitan en Arroyo Granizo y aquellos que fueron atendidos en el Hospital San Carlos.

Diez principales causas de morbilidad no transmisible

Diez causas principales causas de morbilidad no transmisible						
Padecimiento	Mes					Total
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Cefalea	1	2	0	2	0	5
Colecistitis litiasica	1	0	0	4	0	5
Dolor abdominal	0	2	0	2	0	4
Enfermedad acido péptica	0	2	1	1	0	4
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	1	2	0	1	0	4
Diabetes Mellitus tipo 2	0	1	2	0	0	3
Hernia inguinal	0	1	0	2	0	3
Insuficiencia cardiaca congestiva	0	1	1	1	0	3
Úlcera péptica	0	0	1	1	1	3
Miasis	0	0	0	0	2	2

Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018

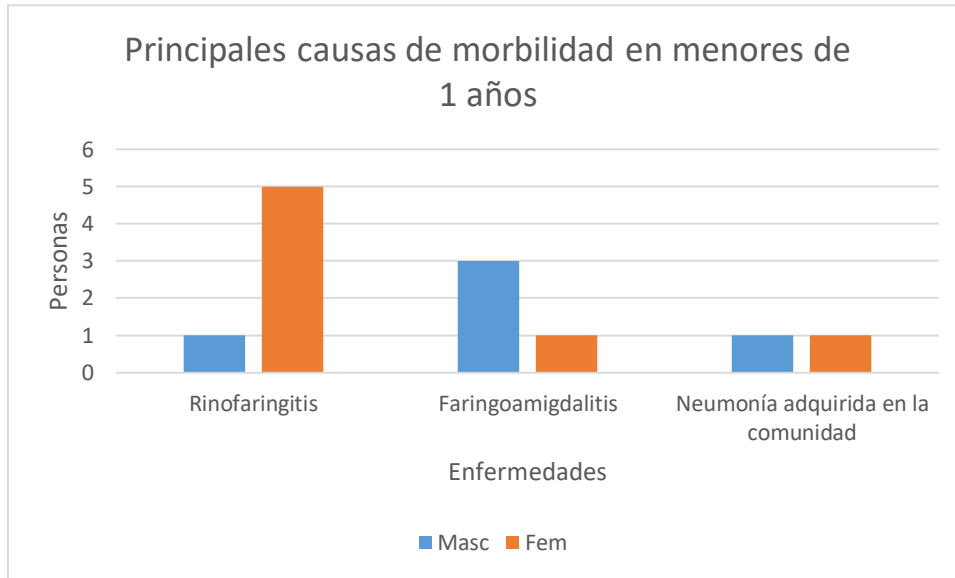


Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018

En esta tabla resalta otra vez la cefalea como causa de morbilidad, estando en el primer lugar de las enfermedades no transmisibles. Seguido de esto y con la misma cantidad de personas esta la colecistitis litiásica y posteriormente el dolor abdominal. Aquí ya entran otras enfermedades crónicas degenerativas que no se vieron en las 10 principales causas de morbilidad de Arroyo Granizo o México o Chiapas. Se aprecia que entra la insuficiencia cardiaca congestiva como causa de morbilidad, está muy asociado a que Chiapas es una zona endémica de Tripanosomiasis Americana y el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica.

Principales causas de morbilidad por Grupos de edad

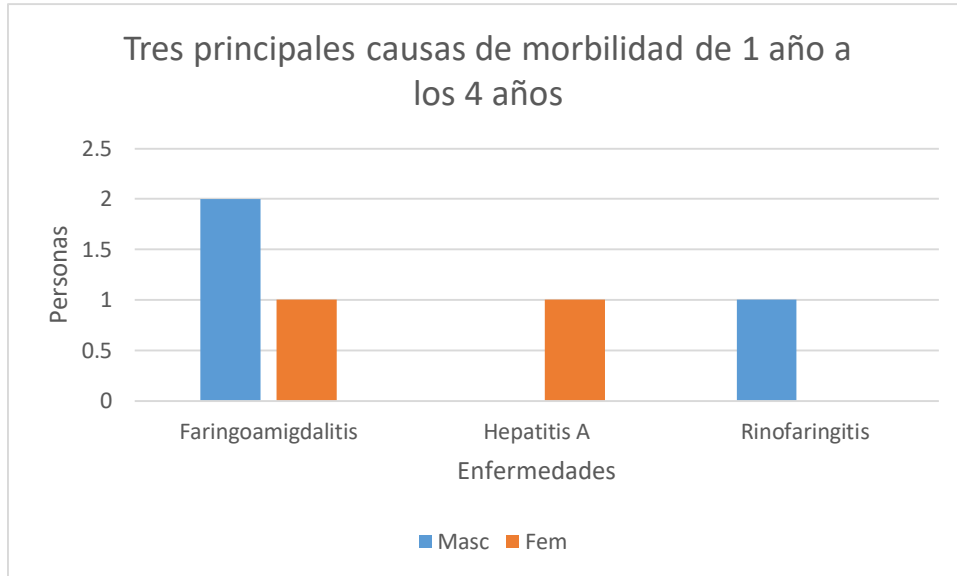
Menores de un año



Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018

Se puede apreciar que las tres principales causas de morbilidad son infecciones de vías respiratorias. Se decide no englobar las enfermedades en un mismo grupo dado a que es usual que tengan diferentes agentes etiológicos causales. Se puede apreciar que en el caso de rinofaringitis la morbilidad tendió a ser más frecuente en mujeres mientras que en la faringoamigdalitis fue en hombres y la neumonía tuvo una misma cantidad. Puede que se presente la neumonía entre las principales causas de morbilidad por que los cuadros clínicos de estas tienden a ser de mayor gravedad e influye esto en la decisión de acudir a un hospital. La incidencia de neumonía es mayor en los pacientes que fueron ablactados muy tempranamente o que padecen algún grado de desnutrición o deficiencia vitamínica, las últimas dos, situaciones que se dan en esta región y que pueden influir en que tan frecuentemente se presenta el problema.

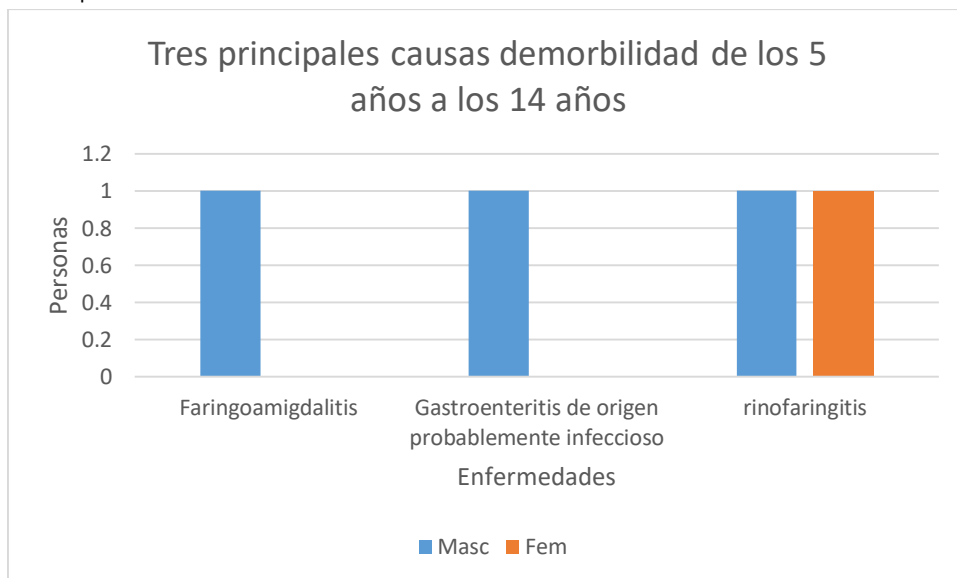
Principales causas de morbilidad del año a los cuatro años



Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018

En este grupo de edad permanece con principales causas de morbilidad infecciones de vías respiratorias agudas. Sin embargo, se puede notar que la infección del virus de la hepatitis A entra en los primeros 3 lugares. Transmisión de este virus se realiza fecal oral y es por esto mismo que tiene una gran relevancia epidemiológica dado a que se puede disminuir casi en lo absoluto su incidencia de tener disponibilidad medidas de saneamiento como agua potable corriente, sanitarios y un adecuado manejo de excretas y de los alimentos y se puede disminuir más su incidencia de hacer uso de las vacunas existentes.

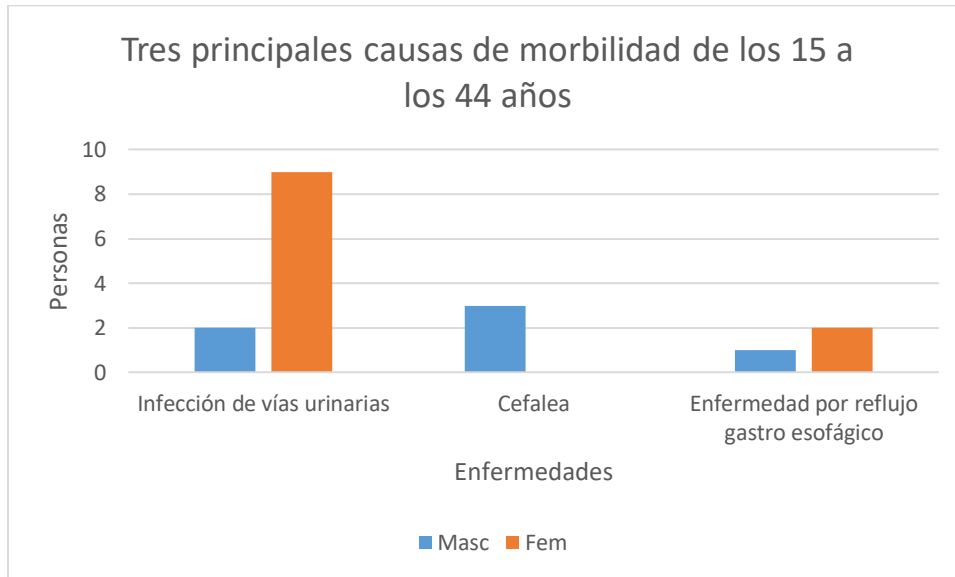
Principales causas de morbilidad e los 5 a los 14 años



Fuente : Base de datos Hospital San Carlos 2018

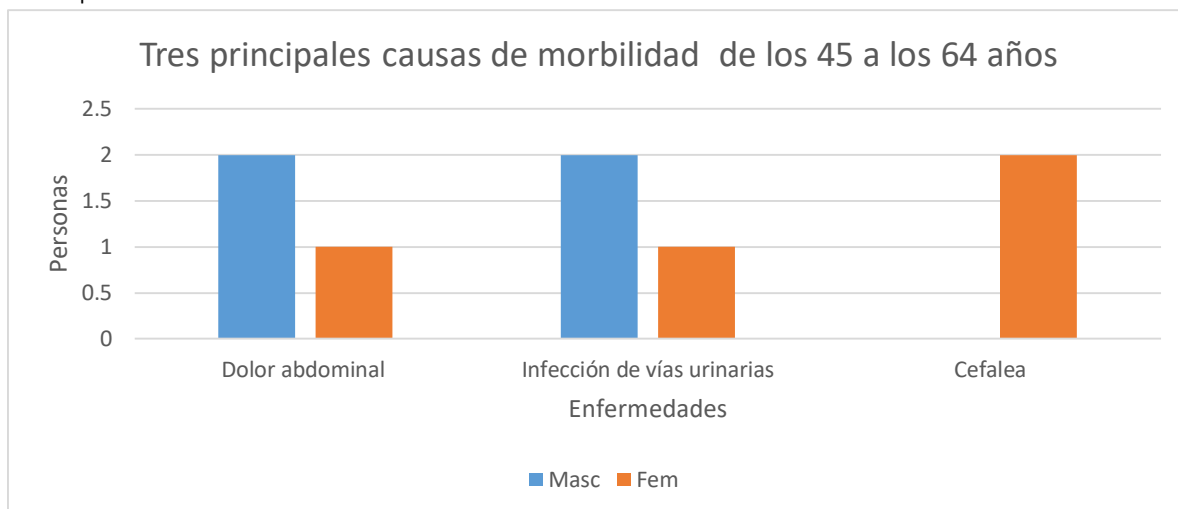
En este grupo de edad siguen siendo infecciones de vías respiratorias superiores las principales causas de morbilidad. Se puede apreciar que entra la gastroenteritis de origen probablemente infeccioso entre las principales causas; ya se estableció la relación de este padecimiento con las medidas de higiene y saneamiento disponibles o no en la comunidad. Se puede apreciar que la carga de morbilidad en este caso fue mayor para los varones.

Principales causas de morbilidad de los quince a los catorce años



En este grupo de edad se ve que ya cambia, y que dos de las tres principales causas de morbilidad no son enfermedades infecciosas. Se nota que hay bastante morbilidad en el caso de las mujeres por infecciones de vías urinarias. Tanto las infecciones de vías urinarias y la enfermedad por reflujo gastroesofágico se ven relacionadas con los hábitos higiénico dietéticos ya comentados.

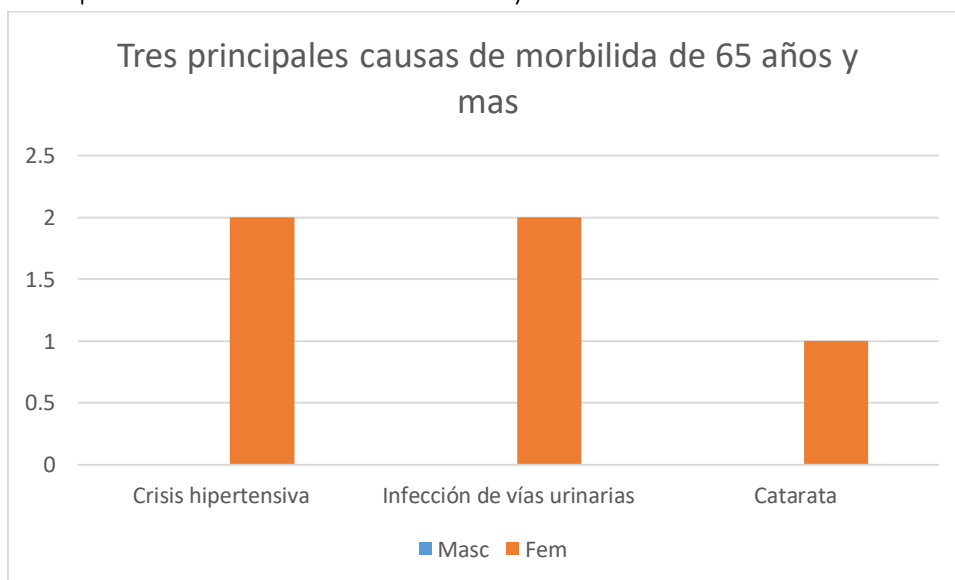
Principales causas de morbilidad de los 45 a los 64 años



Fuente: Base de datos Hospital San Carlos 2018

Aquí se puede apreciar que la carga de la morbilidad es semejante en ambos sexos, sin embargo, hay un predominio de cefalea exclusivo para las mujeres, en el caso de las infecciones de vías urinarias puede que su incidencia haya aumentado en los hombres por problemas obstructivos en el tracto urinario que son comunes en este grupo de edad. El dolor abdominal desconozco la razón y no formulo una hipótesis de que pueda hacer que se presente entre las tres principales causas de morbilidad.

Principales causas de morbilidad en mayores de 65 años



El total de la carga de morbilidad es para las mujeres en este grupo de edad. Desconozco por que se dé el fenómeno anterior. Las cataratas de no ser congénitas, lo usual es que se presenten en este grupo de edad. La crisis hipertensiva deriva usualmente del

desconocimiento de padecer hipertensión o del mal control de la misma y sus secuelas pueden ser leves o bastante severas y está muy asociado a los hábitos alimenticios y de vida que se tienen.

¿Que representan estos datos?

Los comentarios realizados al ver estos datos de morbilidad del Hospital San Carlos están realizados basándonos en conocimiento médico previamente adquirido y observación de las condiciones generales de la región. La información presentada nos revela que en lo general son muy semejantes las principales causas de morbilidad entre Arroyo Granizo, Hospital San Carlos, México y Chiapas. Sus diferencias recaen en la situación general que se vive en Arroyo Granizo; las diferencias entre Arroyo Granizo y el Hospital San Carlos también se dan por la mayor cantidad recursos materiales y humanos para resolución de problemas (como disponibilidad de laboratorio, Rx, USG, y quirófano) y puede que por eso se pueda registrar una mayor cantidad de pacientes diagnosticables o tratables mediante estos recursos.

Tanto en México, Chiapas y los sitios donde se realizó el servicio social las principales causas de morbilidad son enfermedades infectocontagiosas, existe un predominio de infecciones vías respiratorias. Se ve la tendencia en Arroyo Granizo de que la morbilidad para enfermedades crónico degenerativas es alta en comparación con los datos nacionales y estatales. Esto es derivado de varias situaciones, una parte son los hábitos de alimentación y actividad presentes en la región que han sufrido cambios en estas últimas décadas, también entran algunas cuestiones culturales en las que noté que el sobre peso y la obesidad en ocasiones eran asociadas con una cuestión de estatus, en las que personas con dichos padecimientos se les asocia con una mayor capacidad de adquisición; entro en disyuntiva ,por un lado puedo ver que los que tienen acceso a un mayor poder de adquisición de alimentos empaquetados y procesados tienen obesidad, y por otro noto que aun sin tener un gran poder adquisitivo (en términos de la comunidad) se presenta bastante el problema de sobrepeso y obesidad en gente que consume en raras ocasiones estos productos; esto representa para mí que el problema no es necesariamente atribuible al consumo de productos procesados , si no a que en general se tiende a consumir una cantidad excesiva de alimento en comparación de la cantidad de energía utilizada. Resulta evidente que la alimentación de muchos pacientes que acuden a la clínica autónoma debe mejorar y eso solo lo logrará el tiempo y la adecuada información por parte de todos los que intervenimos en el proceso de la salud.

Las infecciones de vías respiratorias, gastrointestinales y de vías urinarias son un problema que va más allá de los puros hábitos que se tienen; si bien en los tres casos los hábitos higiénicos influyen bastante, son las condiciones en las que se vive las que son condicionantes a que se presenten estas enfermedades. Sin la posibilidad de agua, una vivienda digna, medios para el manejo adecuado de excretas y basura, sin la posibilidad de adquisición de ropa que sea más adecuada es ridículo pensar que se pueda disminuir la

incidencia de estas enfermedades. En esta región es casi imposible tener agua intubada, poder costear materiales perdurables para la vivienda, poder costear ropa o insumos para higiene personal de manera continua; creo que responsabilizar y exigir a la población cambios y resultados en su salud cuando no se han mejorado las condiciones sociales o políticas resulta ridículo e injusto; y que son cuestiones que las reformas actuales realmente no han tomado en cuenta, lejos de eso, se intenta responsabilizar al paciente de padecimientos que solo podrán prevenirse de manera significativa al mejorar la calidad de vida de la población.

Conclusiones

El sistema de salud en México se encuentra segmentado y fragmentado en su funcionamiento. Existen distintos aseguradores que actúan de manera independiente y desarticulada y el acceso a estos está en función de la inserción laboral y capacidad de pago de las familias. Las personas que tienen empleos formales en los que se les registra en una nómina tienen como alternativas el IMSS, ISSSTE, PEMEX, Fuerzas Armadas, Secretaria de marina, y otros múltiples aseguradores que cubren a los trabajadores estatales.

El resto de la población que no cuenta con un empleo formal se trata como un grupo residual en el presupuesto (pese a ser el más numeroso) y tiene como alternativa los servicios que ofrece la Secretaría de Salud (SSA) A TRAVES DEL Seguro Popular que incluye 266 intervenciones de acuerdo al catálogo de sus servicios. Esta organización de los aseguradores “públicos” evita que se articulen los servicios lo cual hace que se presenten dificultades en los mecanismos de referencia y contra referencia de los distintos niveles de atención, mermando así la calidad de atención brindada y prolongando el tiempo que se tiene de respuesta.

Aparte de estos existe un sector privado lucrativo al cual acuden personas sin acceso a los aseguradores mencionados y personas que pese a tener un asegurador realizan gastos de bolsillo buscando una mejor calidad de atención en estos servicios lucrativos. La diferencia entre los aseguradores hace bastante desigual la atención que puede recibir la población, sin embargo, el mayor efecto negativo recae en que limita la posibilidad de tener un plan de salud e implementar las estrategias pertinentes en este, ya que por lo usual el sector privado lucrativo carece de regulación operativa y en teoría está obligado a reportar la información epidemiológica, pero es usual que no lo haga. con lo que se pierde valiosa información que de tenerse permitiría un mejor análisis del panorama epidemiológico en México.

Para mejorar el sistema de salud en México se deben dejar de generar reformas en las que en vez de establecer la responsabilidad que existe del paciente con su salud y generar los medios adecuados para la protección de la misma se esté intentando de culpar al paciente de la falla en el sistema. Sistema que se encuentra colapsado y destinado al fracaso por tener sus orígenes en la inequidad y que en vez de intentar disminuir la inequidad incidiendo

en la reproducción de la misma solo logra mantener una reproducción “controlada”. También se deben de implementar medidas que puedan mejorar la calidad de atención brindada por los servicios que ofrece el Estado, es difícil que se pretenda tener un servicio médico de calidad con salarios bajos, instalaciones inadecuadas, falta de personal o mala distribución de este, falta de insumos y medios de diagnóstico, explotación laboral, falta de vigilancia en aptitudes y conocimiento médico y sin otorgar medios que permitan la actualización. Es preocupante notar que la mayor parte de la propaganda sea en torno a la privatización del sistema de salud y el supuesto bien que generara el brindar atención dependiendo del paquete de servicios que puedas costear a gente que no puede pagarlos. La implantación de fórmulas pre aprobadas por el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional resultarán fallidas de seguir omitiendo la diversidad cultural presente en el país, la capacidad de autodeterminación de los pueblos y la manera que se reproduce la pobreza. Es necesario generar un sistema de salud que integre de mejor manera las diferentes dependencias gubernamentales que su enfoque no sea ejercer control sobre sus usuarios sino incidir en las determinantes de la salud y proveer a la población de las condiciones para poder tener salud.

Conclusiones finales

El ejercicio de la medicina no solo requiere de buenas intenciones, también necesita de las competencias académicas y técnicas adecuadas para el ejercicio a plenitud de la misma. Las emociones y buenas intenciones no deben de suplantar o superar el razonamiento lógico o científico, ambos (las emociones y el razonamiento) deben de estar en perfecto balance para poder tomar las decisiones correctas al momento de realizar planes o políticas de salud y tomar decisiones en el contexto clínico. La renuencia a registrar datos para su análisis la adquisición o actualización de competencias por parte del personal en un sistema de salud, solo traerá daños a la salud de las personas, falta de cumplimiento de los ideales que se intentaban lograr y el fracaso en general del sistema de salud; ya que por buenas intenciones que tenga este, no tendrá los medios para identificar o entender los problemas de salud de su población y poder planificar soluciones o ejecutar planes para estos; así como de vigilar y corregir prácticas que son dañinas tanto para el paciente como para el sistema de salud. Aun en un sistema de salud independiente se debe buscar la constante actualización y adecuación de los ciclos de mejora en la calidad de servicios de salud.

Aquel que ejerce cuidados sobre la salud o que brinda atención a enfermedades y procesos propios del cuerpo humano está obligado a actuar éticamente teniendo en cuenta los cuatro principios básicos de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, ningún ideal o beneficio económico debe de regir por encima de ellos en la conducta médica. Se deben realizar cambios en las leyes del Estado mexicano y del Sistema de Salud Autónomo Zapatista para que se puedan denunciar, detectar, evitar y solucionar situaciones en las que se violan estos preceptos.

Hay cuestiones con las que no estaré de acuerdo respecto a las reformas de salud en México o con los sistemas de salud que ofrecen algo diferente; pero concuerdo en que el sistema de salud requiere muchas mejoras en su funcionamiento y calidad, sobretodo en el primer nivel de atención. Las deficiencias que tiene este nivel requieren que se empiecen a arreglar cuanto antes. Debe de empezarse desde los centros de formación universitaria. Se debe de cambiar el enfoque mercantilista con el cual se educa a los futuros médicos y se les enseña que la salud es una mercancía y no un derecho

El derecho a la salud no debe ser condicionado de ninguna manera con la participación forzada en políticas económicas que no obedecen a las necesidades de una población y que tienen solo como meta dar un número para indicadores. Estas políticas han hecho que el ejercicio de la medicina muchas veces no se oriente al bien del paciente, si no en llegar a una meta para tener acceso a algún tipo de bien monetario otorgado por organismos internacionales. Estas prácticas atentan contra la autodeterminación de los pueblos y solo terminan dañando la relación médico paciente, obligando a que se le retire la parte humana a la medicina y todo se termine viendo como un número más para la estadística. Los Estados

deben de proteger a toda costa el derecho a la salud, el hacerlo es proteger el todo para que las personas puedan desarrollarse plenamente.

Pese a la amarga experiencia que se tuvo la primera mitad de mi pasantía, agradezco la oportunidad que se me dio para vivir el servicio social en un contexto diferente al habitual. Esta oportunidad me ayudó a ver las contradicciones existentes en los planteamientos institucionales en México y de las reformas que se realizan entorno a la salud y a ver que se puede realizar de manera distinta la atención en el segundo nivel. En lo personal la mitad del trayecto fue complicado y me trajo una profunda decepción sobre un movimiento social del cual, hasta antes del servicio social, lo tenía como en la concepción de un mundo nuevo. Tras la experiencia, me llevo la enseñanza sobre lo que implica tener responsabilidad social al momento de realizar el acto médico, y sobre las dificultades que se tendrán al intentar hacer lo correcto. Me voy con la frente en alto y orgulloso de saber que pude ser agente de cambio para algunas personas. El servicio social para mi aún no ha terminado. Reafirmo que al intentar lograr mis objetivos en la vida no debo de olvidar los las razones por las que estudiaba durante la carrera: estudias para los demás no para ti mismo y si ves injusticia sobre quienes no tienen voz, alza voz. Ya que estas fueron la razón de soportar muchas cosas a lo largo de estos 7 años y sobre todo durante el servicio social.

Bibliografía

- al, F. B.-P. (2018). IV censo mexicano sobre *Helicobacter pylori*. *Revista de Gastroenterología de México*, 325-341. Recuperado el 28 de 10 de 2019, de Revista de gastroenterología de México: http://gastro.org.mx/wp-content/uploads/2018/07/2018_-RGM_3_IV-consenso-mexicano-sobre-Helicobacter-pylori_2018_833.pdf
- Arganis, E. N. (s.f.). Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndromes de filiación cultural. *servicios de salud con calidad intercultural en los pueblos amerindios*.
- Banco Mundial. (1993). *Banco Mundial*. Obtenido de Banco Mundial: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>
- Banco Mundial. (6 de Julio de 1993). *Banco Mundial.org*. Obtenido de Banco Mundial.org: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>
- Casabianca, M. P. (s.f.). *scribd.com*. Recuperado el 08 de 02 de 2019, de <https://es.scribd.com/document/360877426/Cosmovision-de-Los-Pueblos-Indios>
- Colegio de Mexico*. (julio de 1976). Recuperado el 12 de 02 de 2019, de www.COLMEX.COM: https://www.colmex.mx/assets/pdfs/3-PIDESC_50.pdf?1493133895
- CONAPRED. (2018). *CONAPRED*. Obtenido de <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20Religiones%20%281%29.pdf>
- CONEVAL . (2019). *CONEVAL.ORG*. Obtenido de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Calidad-y-espacios-en-la-vivienda.aspx>
- CONEVAL. (Febrero de 2010). *CONEVAL Seguridad Alimentaria y Principales problemas d enutrición*. Obtenido de https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/PDF_PUBLICACIONES/Dimensiones_seguridad_alimentaria_FINAL_web.pdf
- CONEVAL. (2016). *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. Recuperado el 15 de 02 de 2019, de <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Chiapas/Paginas/Pobreza-2016.aspx>
- Consejo de Salubridad General. (01 de Octubre de 2019). *Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud*. Obtenido de <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?cat=52>
- Cuevas, J. H. (marzo de 2007). <https://www.who.int/>. Recuperado el 04 de 01 de 2019, de https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/autonomy_mexico_2007_es.pdf
- Daguerre feliz, M. C. (2013 de 10 de 2015). <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar>. Recuperado el 04 de 02 de 2019, de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/_la_salud_detras_de_una_capucha_rebel_de_que_resiste__daguerre_feliza__martinez_carlos_y_rojas_eliana_.%202013-%20Sist%20de%20salud%20Zapatista.pdf

- Gobierno del estado de Chiapas. (2012). *Hacienda Chiapas*. Recuperado el 20 de 02 de 2019, de Hacienda Chiapas: <http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/Informacion/Desarrollo-Regional/prog-regionales/SELVA.pdf>
- Gobierno del Estado de Chiapas. (2019). *Gobierno del Estado de Chiapas*. Obtenido de <http://www.chiapas.gob.mx>
- IMSS. (28 de 10 de 2019). *Salud en línea*. Obtenido de Calculador de calorías: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/apps-sano/calculadora-calorias>
- INEGI . (2016). *Mortalidad en México INEGI*. Obtenido de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>
- INEGI. (2005). *Cuentame INEGI Chiapas Migracion*. Obtenido de Cuentame INEGI Chiapas Migración: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/estados2015/702825079727.pdf
- INEGI. (2010). Recuperado el 15 de 02 de 2019, de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=07>
- INEGI. (2015). *INEGI PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO CHIAPAS*. Recuperado el 15 de 02 de 2019, de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082154.pdf
- INEGI. (2015). *INEGI PRINCIPALES CONTENIDOS ENCUESTA INTERCENSAL CHIAPAS*. Recuperado el 20 de 02 de 2019, de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/estados2015/702825079727.pdf
- INEGI. (2015). *MÉXICO PRINCIPALES INTERCENSAL 2015*. Obtenido de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf
- Jara, F. H. (2009). De Progresión a Oportunidades: efectos y límites de la corriente cívica en el gobierno de Vicente Fox. *Sociológica*(70), 43-81.
- Nieto, E. P. (2013). *Secretaría de Salud*. Obtenido de Comisión Nacional Contra las Adicciones: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Olivia López Arellano, S. L. (2015). *Derecho a la Salud en México*. Distrito Federal: Universidad Autónoma Metropolitana.
- OMS. (13 de 02 de 2019). *WORLD HEALTH ORGANIZATION*. Recuperado el 13 de 02 de 2019, de https://www.who.int/dg/speeches/2007/20070816_argentina/es/
- Organización de las Naciones Unidas. (10 de 12 de 1948). *organización de la naciones unidas*. Recuperado el 13 de 02 de 2019, de https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (22 de julio de 1946). *www.who.int*. Recuperado el 12 de 02 de 2019, de <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (1978). *www.who.int*. Recuperado el 12 de 02 de 2019, de https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/:
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *www.who.int*. Recuperado el 13 de 02 de 2019, de world wide web. world health organization. internacional:
https://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (29 de 12 de 2017). *world wide web. world heath ornganization.international*. Recuperado el 13 de 02 de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Secretaria de Gobernación. (29 de Diciembre de 2016). ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el. *Diario Oficial de la Federación*, pág. Tercera sección. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/177672/Reglas_de_Operaci_n_2017.pdf
- SECRETARÍA DE SALUD . (2017). *EPIDEMIOLOGÍA*. Obtenido de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/principales/estatal_grupo/chis.pdf
- Secretaria de Salud. (2004). *Secretaria de salud*. Recuperado el 04 de 10 de 2019, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/reforma.pdf>
- SECRETARIA DE SALUD. (2017). *SECRETARIA DE SALUD*. Recuperado el 11 de 03 de 2019, de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_nacional_grupo_edad.pdf
- SEDESOL. (2010). *Microregiones municipio 004*. Obtenido de <http://www.microrregiones.gob.mx/zap/datGenerales.aspx?entra=zap&ent=07&mun=004>
- SEDESOL. (2010). *MIRCORREGIONES.GOB MUNICIPO 59*. Recuperado el 11 de 03 de 2019, de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=07&mun=059>
- Varela, J. A. (12 de Julio de 2019). *Secretaría de Salud*. Obtenido de Secretaría de Salud: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan_Nacional_Salud_2019_2024.pdf
- velazquez, L. V. (2008). La experiencia reflexiva y la educación. *Reista de investigación clínica*, 60(2), 133-156. Recuperado el 21 de enero de 2019, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2008/nn082h.pdf>

