

[1]



Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Medicina

REPORTE DE SERVICIO SOCIAL

DIAGNOSTICO COMUNTARIO DE RAMÓN F. BALBOA, MUNICIPIO DE OCOSINGO, ESTADO DE CHIAPAS.

Mario Pérez Vargas

Matricula: 208359285

Periodo de Servicio Social: 01 de febrero 2014 al 31 de enero 2015

Asesor: Dr.  Joel Heredia Cuevas

INDICE

CAPITULO 1	5
INTRODUCCIÓN	5
GENERALIDADES ACADÉMICAS	6
MARCO HISTÓRICO DEL SERVICIO SOCIAL	6
DEFINICIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.....	6
EL SERVICIO SOCIAL TIENE COMO OBJETIVOS	6
PROCESOS DE ADAPTACIÓN HACIA LA SUPERVIVENCIA.....	8
PRESENTACIÓN DEL AUTOR	8
SELECCIÓN DE PLAZAS.....	9
PROCESO DE ADAPTACIÓN PERSONAL	12
PRIMER CONTACTO EN COMUNIDAD DE GRUPOS ORIGINARIOS (BOLONTON)	17
PROCESO DE ADAPTACIÓN PROFESIONAL (PARTE 1)	17
PROCESO DE ADAPTACIÓN INSTITUCIONAL (JURISDICCIONAL)	21
SEGUNDO CONTACTO EN COMUNIDAD DE GRUPOS ORIGINARIOS (RAMÓN F. BALBOA)	25
PROCESO DE ADAPTACIÓN PROFESIONAL (PARTE 2).	25
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	28
EL MEDICO CÓMO AGENTE DE CAMBIO	29
EVALUACIÓN F.O.D.A.	38
ANÁLISIS DE EVALUACIÓN FODA:	39
CAPITULO 2	40
DIAGNOSTICO COMUNITARIO	40
INTRODUCCIÓN	40
MARCO LEGAL DEL DERECHO A LA SALUD.....	41
DERECHO A LA SALUD INTERNACIONAL	41
EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO	42
CHIAPAS.....	44
FISIOGRAFÍA	45
HIDROLOGÍA.....	46
CLIMA	46
INFRAESTRUCTURA EN CARRETERAS	47
COMUNIDAD RAMÓN F BALBOA	48
BREVE HISTORIA DE CHIAPAS.....	49

INDICADORES CULTURALES.....	51
ETNIA	51
LENGUAS	51
COSMOVISIÓN SALUD-ENFERMEDAD	52
INDICADORES SOCIALES	54
POBLACION.....	54
EDUCACIÓN.....	56
VIVIENDA	56
RELIGIÓN	58
SERVICIOS DE SALUD	58
INDICADORES ECONÓMICOS	59
OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTIVIDADES PRODUCTIVAS	59
INDICADORES POLÍTICOS	60
PARTIDOS POLÍTICOS.....	60
EJÉRCITO ZAPATISTA DE LIBERACIÓN NACIONAL	61
CONCLUSIONES	63
CAPÍTULO 3	64
PERFIL DE MORBILIDAD.....	64
INTRODUCCIÓN	64
CONSULTAS GENERALES 2013	65
10 principales patologías en general registradas en la comunidad de Ramón F Balboa en los meses de marzo, mayo, junio, agosto y septiembre del 2014.....	66
10 enfermedades transmisibles en la comunidad de Ramón F Balboa en los meses de marzo, mayo, junio, agosto y septiembre 2014.....	67
10 principales enfermedades no transmisibles registradas en la comunidad de Ramón F Balboa en los meses de marzo, mayo, junio, agosto y septiembre del 2014	68
DAÑO DIFERENCIAL.....	69
CONCLUSIONES	71
CONCLUSIONES FINALES	73
CONCLUSIONES SECCIÓN 1: PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL.....	73
CONCLUSIONES SECCIÓN 2: DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIA	74
CONCLUSIONES SECCIÓN 3: SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD.	74
BIBLIOGRAFÍA.....	76

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer las actividades realizadas en el servicio social en el sureste mexicano. Describir, desde un punto de vista muy personal, cómo se vive el proceso salud-enfermedad en una comunidad de pueblos originarios, de igual manera se menciona la adaptación de los conocimientos propios de la medicina occidental a la cosmovisión de dicha población.

El enfoque principal que se le dará a éste reporte es el derecho a la salud y su aplicación en una comunidad de grupos originarios.

De forma personal puntualizo a manera de consejos algunos aspectos trascendentales que viví durante la pasantía, dicho de otro modo, exponer los principales puntos que, tuvieron gran impacto en mi desarrollo profesional y personal.

Se expondrá, a manera de revisión bibliográfica, una breve reseña de la historia de Chiapas, de su cultura y sus movimientos sociales, principalmente el del EZLN (Ejército Zapatista de Liberación Nacional).

Este trabajo contará con un estudio sociodemográfico, epidemiológico y comparativo al respecto de los planes de desarrollo social del gobierno federal y estatal para la entidad federativa de Chiapas y sus comunidades. A su vez se realizarán conclusiones personales al respecto de dichos estudios y la eficacia o deficiencia de los planes gubernamentales propuestos para el desarrollo del bienestar social enfocados en el área médica.

GENERALIDADES ACADÉMICAS

MARCO HISTÓRICO DEL SERVICIO SOCIAL

Durante el mandato del general Lázaro Cárdenas, Presidente Constitucional de los estados unidos mexicanos, (1934-1940). El día 13 de diciembre de 1934, se publica en el diario oficial de la federación el decreto de la reforma al artículo 3°, fracción XXV del artículo 73, en el cual se menciona que “La educación que imparta el estado será socialista” de esta forma se busca que las enseñanzas de las instituciones generen en la juventud un concepto racional y exacto de la vida social. (Cámara de diputados, 2020)

Después de dos años de diálogos entre gobierno federal y autoridades de la Universidad Autónoma de México, En el año de 1935 se firma un convenio con L Chico Goerner quien fungía en ese entonces como rector de la Máxima casa de estudios, donde se establece, entre otras cosas, el servicio social obligatorio para obtener título universitario. En el año de 1952 el Lic. Miguel Alemán, presidente de la república, expide un decreto en el cual se obliga a todas las secretarías de estado e instituciones descentralizadas a participar en el servicio social de los estudiantes de medicina ((C. Ramírez 2012).

DEFINICIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

“Se entiende por Servicio Social el conjunto de actividades realizadas por los alumnos o egresados de la Universidad en beneficio de la sociedad y el Estado, con la finalidad de contribuir en el desarrollo económico, político, social y cultural de nuestro país. La realización del servicio social es obligatoria y deberá ser realizado como requisito previo para obtener el título de licenciatura.”(UAM 2020)

EL SERVICIO SOCIAL TIENE COMO OBJETIVOS

- I. Fomentar la participación de los alumnos o egresados en la solución de los problemas prioritarios nacionales;
- II. Propiciar en los alumnos o egresados el desarrollo de una conciencia de responsabilidad social.
- III. Promover en los alumnos o egresados actitudes reflexivas, críticas y constructivas ante la problemática social.

[7]

- IV. Contribuir a la formación integral y a la capacitación profesional de los alumnos o egresados;
- V. Promover y estimular la participación activa de los alumnos o egresados, de manera que tengan oportunidad de aplicar, verificar y evaluar los conocimientos adquiridos.
- VI. Enriquecer a los distintos sectores con los que éste se vincula, mediante la difusión de las experiencias y conocimientos acumulados. (UAM, 2020)

PROCESOS DE ADAPTACIÓN HACIA LA SUPERVIVENCIA.

PRESENTACIÓN DEL AUTOR

Mi nombre es Mario Pérez Vargas, en ese entonces tenía 24 años de edad, provengo de una familia de clase media baja integrada por 6 personas, padre, madre y tres hermanos. Nací en México distrito federal, registrado en el estado de Michoacán y he vivido la mayor parte en el estado de Guanajuato, por cuestiones económicas tuve la necesidad de trasladarme a la ciudad de México para continuar con mis estudios universitarios. Actualmente iniciaré una nueva etapa, Iniciaré mi servicio social.

Es un proceso de suma importancia para la formación académica, personal y dicho sea de paso para la profesional, ya que a pesar de haber concluido con los módulos correspondientes y su respectivo año cómo Médico Interno de Pregrado (MIP), específicamente en la Universidad Autónoma Metropolitana aún sigues perteneciendo a la matrícula de la institución, sin embargo, yo me sentía en el limbo, sin ser egresado, pero sin sentirme completamente respaldado por mi universidad y no porque no fuera de éste modo, sino porque ya no me encontraba dentro de las instalaciones de la institución, rodeado de compañeros y de maestros, en el confort de sentirme como en casa, ya no era algo cotidiano, simple y sencillamente era desconocido.

Sin lugar a dudas, el ejercicio del servicio social es una etapa que marca la vida de cualquier estudiante, ya en este nivel considerado como pasante de la licenciatura en medicina, es decir, el último paso para poder ser médico y requisito indispensable para la titulación.

Si pudiera compararlo con alguna otra etapa que ya he vivido sería la adolescencia, esa extraña sensación de no saber “que eres”, cuando te percatas que ya no eres un niño pero te falta forma y experiencia para considerarte adulto. De éste modo la vida me da la bienvenida al mundo laboral y profesional, del cual dependeré para subsistir.

En esta etapa formativa ya contaba con vastos conocimientos en medicina, cómo lo mencioné anteriormente, durante mi vida de estudiante y más aún en el internado ya había dado consultas, prescrito tratamiento, seguimientos de patología e inclusive había participado en cirugías como primer auxiliar, eso me daba seguridad, sin embargo, éstos procedimientos, no en todos los casos, estaban bajo la supervisión de un médico con una larga trayectoria en el actuar de la medicina, ahora yo sería responsable en la forma entera de los pacientes contando con conocimiento, energía y sobre todo muchas ganas de desenvolver mi papel de la mejor manera posible.

Aún no tenía clara la elección de plaza para el servicio social, lo único que sabía era que podía realizar el servicio en la ciudad de México o irme a provincia, (cabe mencionar que el

internado lo realicé en el estado de San Luis Potosí, periodo que fue muy grato y satisfactorio pero como siempre no fue lo que esperaba, aun así no deja de ser una de las más grandes experiencias en mi vida.)

En esa ocasión, realicé el internado en compañía de mis dos “hermanos de diferente mamá”: Edgar Leonel Neyra Meza y Gerardo Bravo Uruñuela, los mismos que me acompañaron en “la nueva aventura Chiapaneca” (como la denominábamos). Así pues, un día me encontraba en el auditorio “Vicente Guerrero” en mi alma mater, acudí a la presentación de plazas en el estado de Chiapas, y ¿cómo poder olvidar ese día?... si conocí a las personas que fueron inspiración y parte decisiva para querer realizar el servicio en el estado de Chiapas, se presentaron como los doctores Eder Ramos, Luz María Soto y Joel Heredia, mismos egresados de la “casa abierta al tiempo”. Quedé completamente fascinado, aún más cuando nos hablaron de las estadias “aéreas”, ya no quedaron dudas, quería realizar mi servicio en zona aérea.

Contaba con poco conocimiento sobre el estado de Chiapas, bien sabía que es uno de los estados con mayor índice de pobreza, que contaba con ruinas arqueológicas, comunidades indígenas y sobre todo por sus bellezas naturales, obviamente esto lo sabía por los medios de comunicación y lo poco que había aprendido de geografía en mi desarrollo académico, pero ese día cuando los doctores nos contaron sobre sus experiencias en Chiapas, todas las dudas se aclararon y en lo único que puede pensar fue, ¡quiero vivir esa experiencia! Cómo bien lo dijo el doctor Eder, “no es fácil pero vale la pena y no se van a arrepentir” y no se equivocó, lo que viví superó todo lo que esperaba y así mismo fue completamente diferente a lo que creía.

SELECCIÓN DE PLAZAS

Lleno de expectativas y con miedo acudí al módulo de servicio social de la división de ciencias biológicas y de la salud en la UAM a la toma formal de selección de plazas. Ya tenía decidido realizar el servicio en el estado de Chiapas pero desconocía por completo las sedes que se ofertaban en ese momento, así pues se dividían en dos rubros, estar en el municipio de Palenque o en el de Ocosingo (en el cual se encontraban las zonas aéreas), anteriormente había platicado con mi amigo Leonel al respecto y habíamos acordado que sería bueno estar en comunidades continuas, así los dos decidimos elegir en la zona de vuelo.

Al fin llega mi turno de escoger plaza, todo fue muy confuso, ya que sólo veía papeletas con los nombres de las diferentes comunidades a escoger, y sobra mencionar que no tenía ni idea de que lugares eran esos, ni siquiera pude distinguir si pertenecían a Palenque o a Ocosingo y aún más no sabía cuáles eran las de zona aérea, no fue nada sencillo, y menos por que el personal que se encontraba realizando la inscripción no ayudaban en nada, estando en frente de esas papeletas, tratando de concretar algún plan o algo parecido a lo

que ya tenía en mente, sólo podía escuchar a la señorita del registro diciendo “apúrese porque quedan muchos”, “¿ya doctor?”, “tome el que sea”, en esos momentos me parecía una eternidad el tiempo, tenía la boca seca y temblaba de nervios y todo esto me orilló de forma instintiva a tomar la papeleta en la que, supuestamente yo creía, esa comunidad estaría en el municipio de Ocosingo, total, sino era zona aérea al menos podría frecuentar a mis amigos Leonel y Gerardo de todos modos estaríamos en el mismo estado y más aún en el mismo municipio, ¿qué tan difícil podría ser vernos?.

La plaza que escogí era de una comunidad llamada *Tila* en el municipio de Palenque, así que ni siquiera tuve suerte para escoger localidad de Ocosingo, posteriormente, después de hablar con el doctor Eder recibí la buena noticia de que se podía realizar cambio de sede. Nos envió una lista con las plazas disponibles en Ocosingo y poder elegir alguna de ellas.

Días después me di a la tarea de revisar en internet las localidades ofertadas y fue así que, a mi parecer, la mejor opción era la localidad de *Ramón F. Balboa*, según datos de internet, era una comunidad pequeña, con alrededor de 911 habitantes, a tres horas de la cabecera municipal de Ocosingo, y a una distancia considerable de la comunidad de *Guanal*, sede que había seleccionado mi amigo Leonel y un poco más al sureste se encontraba la comunidad de *Amador Hernández*, sede de mi amiga Griselda.

Al ya no tener espacio en la ruta aérea y después de considerar los puntos recabados en internet, mandé mi solicitud al doctor Eder pidiendo mi cambio de Tila a Ramón F. Balboa, lugar donde en ese entonces pensaba pasaría un buen año realizando mi servicio social.

Para ser exacto el día 26 de enero del 2014, me encontraba en la terminal de autobuses del poniente, en ese momento me reunía con mi nueva familia “adoptiva” y ahora verdaderos amigos, de ellos sabía o conocía poco e inclusive me atrevo a decir que no todos eran de mi agrado. Sin embargo, tenía que continuar con lo ya iniciado.

La primera impresión de mis compañeros de servicio social se puede resumir en cuatro grupos, 1: los desconocidos (Griselda y Rojas, en verdad que no sabía siquiera que iban en la misma universidad que yo), los que no eran de mi agrado (Nancy y Zavala, con ellos ya había tenido algún trato en la universidad, pero por ciertas cuestiones no resultaron en buenas experiencias) los que ya conocía (Daniela e Iván, con ellos había trabajado en algún momento en la universidad) y por último mi amigo (Leonel, a Gerardo lo veríamos en Chiapas, ya que él se trasladaría desde el estado de Guerrero).

Cómo era de esperarse el viaje fue largo y tedioso, más de 16 horas viajando, con sus respectivas escalas, los diferentes cambios climáticos, carretera accidentada, y el autobús con su único baño que cumplió con su función las primeras horas, pero después fue insoportable viajar al lado de sus nauseabundos olores que no hicieron nada cómodo el traslado, sin embargo, el viaje se prestó para conocer a los desconocidos, interactuar con los

[11]

que no me caían bien, reforzar lazos con los que ya conocía y pasar momentos muy amenos, compartiendo dudas, expectativas y miedos con mi amigo Leonel.

PROCESO DE ADAPTACIÓN PERSONAL

¡Al fin llegamos a Tuxtla! y ya era otro día, estaba contento porque habíamos llegado a nuestro destino sin ningún contratiempo, sí, llegamos doloridos y con sueño pero con mucho ahínco para realizar nuestro nuevo trabajo, ya en el camino habíamos hablado sobre lo que posiblemente nos esperaba en nuestras sedes, suponíamos cómo era la gente, sus viviendas, formas de vida y demás, pero nuestros pensamientos estaban muy alejados de la realidad, como nos pudimos dar cuenta cuando arribamos cada quien a las comunidades elegidas.

Bajar del camión, pisar tierra completamente desconocida y darme cuenta que estaba a kilómetros de distancia de mi familia o de cualquier persona de confianza a la cual acudir en caso de necesitar ayuda me hizo sentir completamente solo, y al parecer no era el único al que le pasaba eso por la mente ya que al voltear y ver los rostros de mis amigos reconocí la misma cara que yo podría tener, así pues en ese momento me siento identificado con ellos y de pronto olvido que algunos de ellos eran desconocidos, que otros no eran de mi agrado y veo que esas personas serán lo más próximo a quien acudir en caso de necesitar ayuda, al fin de cuentas estábamos en el mismo barco.

En esos momentos esperábamos a la “comitiva de bienvenida”, al doctor Eder Ramos y a la doctora Luz María Soto en compañía de personal de la jurisdicción sanitaria número IX a donde nos dirigiríamos, (y aquí empiezo a formar el rompecabezas y a medio conocer mi nuevo lugar de trabajo. Recapitulando... estoy en el estado de Chiapas, la comunidad en la que estaré es Ramón F. Balboa, el centro de salud pertenece a la jurisdicción sanitaria número IX de la cabecera municipal de Ocosingo. Bueno al menos saber mi ubicación geográfica ya me regresaba un poco de tranquilidad). Después de las presentaciones formales emprendimos de nueva cuenta el viaje hacia nuestro destino final, Ocosingo.

El recorrido de la ciudad de Tuxtla al municipio de Ocosingo fue de lo más divertido, la introducción que nos dio la doctora Luzma (Luz María Soto) y el doctor Eder fue de lo más enriquecedora, generando así un poco de seguridad, tal vez no estaban cerca mis familiares, pero al tener el apoyo de los doctores me sentía en confianza, las cosas ya no parecían tan malas. De lo antes dicho y haciendo un examen de conciencia, se deriva la **“primera regla de oro”**: *forjar una red de apoyo con las personas que tienes a tu alrededor, pase y pese a cualquier condición o dificultad estarán ahí para apoyarte.*

Llegamos a nuestra primera parada, San Cristóbal de las Casas, considerado cómo pueblo mágico de nuestro país. Haciendo ese recorrido de dos horas, Chiapas nos regalaba las primeras extraordinarias visiones de sus riquezas naturales, paisajes llenos de árboles,

montañas grandes en las cuales podías ver las nubes a un mismo nivel. Era extraño cambiar de un tipo de clima a otro, dejando atrás la sensación térmica calurosa de Tuxtla pasamos al clima frío-húmedo de bosque en san Cristóbal de las Casas.

y aquí mi primer recomendación: *para viajar por Chiapas tienes que ir preparado para cualquier clima, no olvides tu protector solar y mantén ropa abrigadora en la mochila, en verdad, no sabes que caprichoso puede ser el clima, casi puedo estar seguro que cambia de un municipio a otro.*

Ya en San Cristóbal de las Casas, con mucho frío y algo de lluvia, nos dirigimos a un restaurante para hacer lo propio, la comida fue buena, se ofrecía lo que cotidianamente consumía en casa, unas cervezas para relajarse del viaje, la compañía y la plática eran de lo más agradable. En esta ocasión no quise probar la comida típica de la región, no porque fuera mala, sencillamente no quería algo distinto.

Para hacer sobremesa decidimos hacer un recorrido por el centro de la ciudad, ver la pequeña plaza de la catedral de San Cristóbal de las Casas con una cruz de madera de considerable dimensiones en el centro de la misma, la cual nos cometan que se utilizaba para “amarrar” a los maleantes, fue impactante conocer un poco la amalgama que se generó posterior a la conquista española con las costumbres de los que ahí vivían.

En todas direcciones puedes ver a las personas pertenecientes a grupos originarios vendiendo sus artesanías, la mayoría mujeres, a su vez, platicando entre ellos en el idioma tzotzil. Sin duda alguna era cómo si Chiapas fuera otro país, con un idioma, paisajes, persona y costumbres totalmente ajenas a mi experiencia.

Continuaba asombrado por todo lo que nos ofrecía Chiapas y era el comienzo, la pequeña porción de territorio que por primera vez conocía me tenía sumamente maravillado, quería conocer más a fondo el estado y por añadidura del servicio social fue así.

Reanudamos el viaje a la cabecera municipal de Ocosingo ya un poco cansados pero satisfecha el hambre y más relajados, el último tramo por recorrer fue para dormir y en menos de lo esperado nos encontrábamos arribando al destino final de la larga jornada. Ya estaba anocheciendo y necesitábamos un lugar para pernoctar. Así fue que la primera estancia resultó placentera, por apoyo de la jurisdicción sanitaria y del doctor Eder Ramos nos hospedamos en el hotel Paraíso Maya.

Poco a poco transcurrían los primeros días posterior a nuestra llegada, de las primeras cosas que teníamos que hacer era buscar nuestro lugar de residencia para lo cual nos dimos a la tarea de encontrar una casa que se convertiría posteriormente en nuestro nuevo hogar.

En el transcurso de la búsqueda conocimos parte de la cabecera municipal de Ocosingo, el cual, cabe mencionar, es el segundo municipio más grande del territorio mexicano, sin embargo su centro es considerablemente pequeño el cual puedes recorrer caminando por sus calles y avenidas principales.

Ocosingo no cuenta con plazas comerciales, parques temáticos, cinemas, teatros, galerías de arte, su arquitectura es sencilla, a excepción de algunos edificios, la mayoría no tiene un estilo arquitectónico específico, sin embargo cuenta con un parque central que por demás es pintoresco y curioso, con un pasaje de arcos en los cuales se encuentran el mayor número de negocios para el esparcimiento social, entre ellos ubiqué restaurantes, bares, tiendas de ropa, bancos y tiendas de conveniencia, en pocas palabras, no ofrece los grandes establecimientos de las zonas urbanas pero cuenta con los negocios necesarios y áreas verdes para llevar una vida cómoda, pero sobre todo tranquila.

Es difícil adaptarse a un nuevo lugar de residencia, en un inicio era molesto no encontrar todos los servicios a los que estábamos acostumbrados. La gente a pesar de ser trabajadora y servicial la considerábamos lenta en las tareas que realizaban, de la forma más objetiva, proveníamos de lugares en dónde la premura, el estrés y la vida rápida era parte de la existencia diaria, no estábamos acostumbrados a la parsimonia que brindan éste tipo de lugares.

Cómo recomendación es importante considerar, cómo dice el viejo refrán: *“al lugar al que fueres haz lo que vieres”*. A final del servicio social extrañé esa calma, dame cuenta que no necesitas de muchas cosas para poder vivir bien y sobre todo, si buscas encontrarás lugares sumamente interesantes en cualquier parte, Se trata de sacar el mejor provecho en donde te encuentras.

Transcurriendo un día en busca de la residencia adecuada, dimos con un “departamento”, el cual contaba con dos habitaciones, cocina, sala-comedor y un baño, por fortuna el arrendatario, al que todo el tiempo lo conocimos como el “profe”, se comportó bastante comprensible y amable al permitirnos a los 9 pasantes vivir en ese lugar. Fue la mejor decisión rentar ese lugar, se encontraba a 5 minutos de la jurisdicción sanitaria, a 20 minutos del parque central del municipio, el tiempo contabilizado se realizaba caminando y se encontraban tiendas a su alrededor.

La siguiente recomendación es: *buscar ubicación cercana al lugar de la jurisdicción ya que facilita mucho las cosas al momento de entregar reportes de salud, juntas con los coordinadores y/o capacitaciones operativas.*

Ya instalados y organizados los lugares que ocuparíamos dentro de la casa el siguiente paso importante era ubicar los lugares dónde comprar víveres, ya teníamos noción de la ubicación donde se encontraban algunos establecimientos, como es de esperarse con el tiempo terminamos conociendo la mayor parte de la localidad, dónde comer, donde comprar, donde esparcirnos.

El inicio de nuestro servicio se realizó en una comunidad diferente a la seleccionada, esto por prestar apoyo a la jurisdicción ya que en ese entonces se encontraba en proceso de acreditación para poder participar en el proyecto internacional “del BID” (Banco Interamericano de Desarrollo).

En pocas palabras, el proyecto consistía en que diversos países en vías de desarrollo y en el caso especial de Chiapas, el único estado de la república que fue seleccionado para participar, debían mejorar la calidad de consulta impartida para la población en general con base a elevar los indicadores de atención, si éstas mejoras ocurrían el banco interamericano los premiaría con un reconocimiento monetario.

Fuimos asignados en grupos de dos pasantes para apoyar la certificación, en ese entonces hice equipo con mi amigo Leonel y de esta forma nos enfilamos en comitiva con personal de la jurisdicción a la comunidad de Bolonton, sin embargo, no fue posible salir de Ocosingo ya que la carretera del municipio se encontraba tomada por la población a causa del incremento a las cuotas que se les cobra a los estudiantes del COBACH (colegio de bachilleres), causando inconformidad y enojo con el gobierno municipal.

El transporte que proporcionó la jurisdicción sanitaria para la comitiva que nos llevaría a Bolonton era una camioneta blanca con lugar para 5 personas, con una carrocería abierta donde transportábamos las cosas necesarias para poder estar un mes en el centro de salud, también contaba con calcomanías del logotipo del Estado de Chiapas, mediante las cuales la población pudo identificar que transportaba “personal del gobierno”, en ese momento comenzó una de las experiencias más angustiantes de mi vida... en un instante vimos cómo la población empezaba a rodear la camioneta, cada vez más personas se acercaban a ella.

El Doctor Zágada, quien era responsable del centro de salud de Bolonton, se apeó de la camioneta para tratar de hablar con la gente y explicarles que éramos médicos y teníamos que salir de Ocosingo para llegar al Centro de Salud y poder otorgar consultas. Dentro de la camioneta sólo observamos cómo el doctor se perdía entre la multitud que poco a poco lo rodeaban. Mientras tanto a nosotros nos comenzaba a invadir el miedo ya que las personas que habían rodeado la camioneta empezaron a gritar y a golpearla e intentando abrir las puertas para poder sacarnos, en esos momentos no sabíamos el motivo de su molestia pero generaron en nosotros un pánico terrible, yo temía por mi integridad.

De pronto aparece el Doctor Zágada, a quien habíamos perdido de vista, tocando la ventanilla del copiloto, el chofer al verlo un poco desesperado quita el seguro de la puerta permitiéndole la entrada, el cuál al tener medio cuerpo dentro del vehículo sólo dijo: arráncate, están muy molestos, corremos peligro, el chofer sin dudarlo puso en reversa la camioneta y avanzamos de regreso a la jurisdicción sanitaria.

Es muy común los bloqueos de caminos en las diferentes carreteras de los municipios de Chiapas, con el paso del tiempo nos dimos cuenta de ello ya que no fue el único día en el que nos enfrentamos a éste tipo de circunstancias.

La situación político-social del estado de Chiapas llega a ser conflictiva a tal grado de tornarse violenta. **Como comentario puedo citar que:** *no hay que tener temor ante los diversos movimientos sociales que se generan en el estado de Chiapas, solamente hay que ser precavidos y en definitiva no tomar posturas radicales ante dichos eventos. Por experiencia propia puedo mencionar que la población toma posturas inflexibles y no es conveniente contraponerse a ellas.*

PRIMER CONTACTO EN COMUNIDAD DE GRUPOS ORIGINARIOS (BOLONTON)

PROCESO DE ADAPTACIÓN PROFECIONAL (PARTE 1)

Corría ya la segunda semana del mes de febrero, se había resuelto de forma favorable el conflicto a la alza de las colegiaturas del COBACH y se reabrieron los caminos. De nueva cuenta la comitiva se dirigió a la comunidad y por fin fue posible llegar a Bolonton.

Arribamos al centro de salud, el cual se encuentra ubicado a un costado del camino de terracería que es la vía principal de acceso a la comunidad, lo primero que salta a la vista del centro de salud es que la construcción se realizó en las faldas de un pequeño cerro, dejándolo de forma escondida, para llegar a la puerta tenías que bajar por un camino de piedras por la ladera del cerro. Para su protección se encontraba rodeada por malla ciclónica, ya que la selva se encontraba a unos pasos de nuestro lugar de trabajo.

Si bien por el camino hacia la cabecera municipal de Ocosingo ya habíamos visto increíbles paisajes naturales, lo que nos esperaba en Bolonton fue más que asombroso. La comunidad se encontraba en medio de la selva, rodeada por montañas y cerros de gran tamaño, repletos de árboles, a las faldas de los cerros se podía ver una densa capa de niebla, la cual al ir transcurriendo el atardecer bajaba como un manto frío y húmedo que cubría gran parte de la población la cual no contaba con más de 70 casas.

La población en su mayoría estaba conformada por casas construidas de madera con techos de lámina, sin piso firme, fogón para hacer alimentos, muy pocas cuentan con red eléctrica y el suministro de agua proviene de los ríos y mantos acuíferos que provee la región.

Así pues, oímos cómo el motor de la camioneta de la jurisdicción arrancaba para iniciar su marcha de regreso hacia Ocosingo, poco a poco escuchábamos cómo se alejaban del centro de salud, cuando de pronto, percibimos el ruido de un segundo auto detenerse en las afueras del centro de salud y una mujer gritaba. De los gritos propiciados en el idioma tzeltal sólo distinguíamos una frase “ayuda machetazo”.

Leonel y yo oíamos desde afuera gritos. Aún no conocíamos el centro de salud, estábamos parados en el consultorio de medicina preventiva, el cuál era atendido por la licenciada en enfermería Tomasina Moreno, estaba limpio y ordenado, sin embargo desconocíamos la ubicación del instrumental. Tratando de aclarar y ordenar la mente tomé unos guantes y me dirigí hacia el auto estacionado mientras Leonel buscaba los insumos “necesarios” para dar la atención médica.

Al llegar al auto una mujer, esposa del lesionado, se acerca hacia mí y hablando en Tzeltal comienza a intentar explicar lo que había sucedido, evidentemente no entendía nada así que sólo abrí la puerta trasera del auto para poder examinar al paciente. La imagen posterior fue desconcertante, se encontraba un hombre de aproximadamente 40 años de edad con los ojos cerrados recostado en el sillón, con la ropa sangrada en su mayoría y su mano derecha envuelta en un paño. Lo que pasaba por mi cabeza es que el señor había sufrido amputación de la extremidad en alguna riña o accidente, por fortuna un hijo del lesionado hablaba un poco de castilla, (denominación que le dan al lenguaje español) suficiente para poder servir como traductor.

Me acerqué al lesionado para realizar una inspección general, el pulso que palpé era perceptible pero débil, lo moví para ver si reaccionaba, afortunadamente tuve respuesta positiva, solicité que se incorporara para dirigirlo al centro de salud y valorar la gravedad de la herida.

Poco a poco iba atardeciendo y para colmo de males el servicio eléctrico del centro de salud no se encontraba funcionando, tomamos un par de velas para poder examinar la lesión. El hijo que fungía como traductor nos explicó que su papá se encontraba trabajando en el monte, al terminar sus labores se dispuso a bajar por la ladera de la montaña y tras dar un mal paso cae al suelo, sin embargo se sujeta de la hoja del machete, en ese momento es cuando se genera el corte de las 4 articulaciones interfalángicas.

Procedimos a la toma de signos vitales, los cuales se encontraban estables. Si bien no había sido un machetazo *per se* y no había una amputación como tal al momento de la revisión de la herida nos percatamos que era demasiado profunda no solo era un corte, presentaba otros tantos en las zonas interfalángica. La lesión abarcaba planos profundos llegando hasta hueso a su paso se encontraba destruido tejido adiposo, arterias y tendones.

Viendo la magnitud de la lesión procedí, con ayuda de Leonel a intentar, con puntos de sutura, controlar la hemorragia producida por las arterias sangrantes, limpiar y “empaquetar” la lesión para derivar al paciente a un segundo nivel de atención ya que era apremiante la oportuna intervención y tratamiento.

Procedimos a explicar de la forma más sencilla a los familiares que era necesario trasladar al paciente al hospital 20 camas (hospital regional de Ocosingo) ya que al verse afectados los tendones flexores de los cuatro dedos era necesaria intervención quirúrgica. Se les mencionó la importancia de la intervención, ya que si no se realizaba el pronóstico funcional de la mano era desfavorable, sin contar el alto riesgo de infección.

La familia se agrupa para comentar la situación, el traductor llevaba la batuta de la conversación ya que el resolvía dudas a las cuestiones que surgían en tzeltal, al transcurso de unos minutos nos informa el traductor que no era posible trasladar a su padre al hospital regional ya que no contaban con recursos económicos para realizar la diligencia.

Absortos por la respuesta, no dábamos crédito a la decisión a la que llegaron, ¿cómo era posible que a pesar de saber, que si bien no perdería la extremidad, la función de la misma quedaría reducida a nada y no eran capaces de dirigirse al hospital regional? Sin embargo esas preguntas se fueron contestando solas al transcurrir la pasantía del servicio social, no es un caso aislado, se presenta con suma frecuencia en diferentes regiones cuando es necesaria la derivación por distintas patologías a un segundo nivel de atención.

Por más que tratamos de convencer a los familiares y al mismo lesionado de las implicaciones que conllevaban no realizar los procedimientos correspondientes en el lugar adecuado, la respuesta fue siempre la misma... “no es posible llevarlo al hospital”. Echando mano de los recursos que teníamos a nuestro alcance que consistían en suturas de nylon, lidocaína, gasas, jabón quirúrgico y solución salina procedimos a realizar suturas para el afrontamiento de las heridas. Solamente pudimos reparar algunos tendones ya que las condiciones y los insumos no eran suficientes para desempeñar nuestra labor.

Transcurrieron las horas y finalizamos el procedimiento afrontando todas las heridas, el lesionado se retiraba a su hogar con las indicaciones pertinentes, que desde un punto de vista práctico no eran malas, pero no eran las adecuadas.

La noche cobraba vida, se veía completamente el manto estelar, inclusive pude distinguir en el cielo diferentes constelaciones, la voz de la selva se incrementaba y entre aullidos de saraguato, chirridos de insectos, crujir de varas y hojas secas al paso de los animales de mayor peso, el silbido del viento entre las copas de los árboles conformaban una canción caótica pero tan asombrosa que resultaba ensordecedora y relajante a la zozobra y los pensamientos negativos que surgían por la atención del lesionado que ya hacía en su casa.

Pasaron los días entre consultas (auxiliados por niñas intérpretes, vecinas del centro de salud) revisiones a pacientes y notas médicas para cumplir con el cometido que teníamos de completar expedientes y dejar al centro de salud de Bolonton en óptimas condiciones para dar consultas de calidad y aprobar el proceso del BID.

Por fortuna no se presentó algún otro incidente de tales magnitudes, el lesionado acudía diariamente a la realización de sus curaciones ya que cómo era de esperarse las heridas se infectaron, de nuevo tratamos de persuadir al lesionado para que acudiera al hospital regional y de nuevo obtuvimos una negativa por parte del paciente. Haciendo uso de los medicamentos con los que contábamos en la farmacia pudimos remitir la infección, sin embargo la funcionalidad de la mano no se recuperó.

Prácticamente los días transcurrían sin contratiempos, los detalles a resaltar son: el convenio que se tiene con la comunidad es que la población se hace responsable de proveer los alimentos a los trabajadores del centro de salud sin embargo éste convenio no siempre se lleva a cabo, no habíamos llevado los suficientes víveres para subsistir por un mes en la comunidad, por tal motivo decidimos realizar un viaje a la comunidad más cercana llamada centro Chich, nos comentaron que habían tiendas en las cuales podríamos comprar

alimentos no perecederos y algunos productos de uso personal, desafortunadamente no sabíamos que la localidad se encontraba a tres horas de recorrido y no hay medio de transporte, la caminata la emprendimos en la tarde, aún había sol, sin embargo la noche nos cubrió a medio camino y tuvimos que regresar a Bolonton.

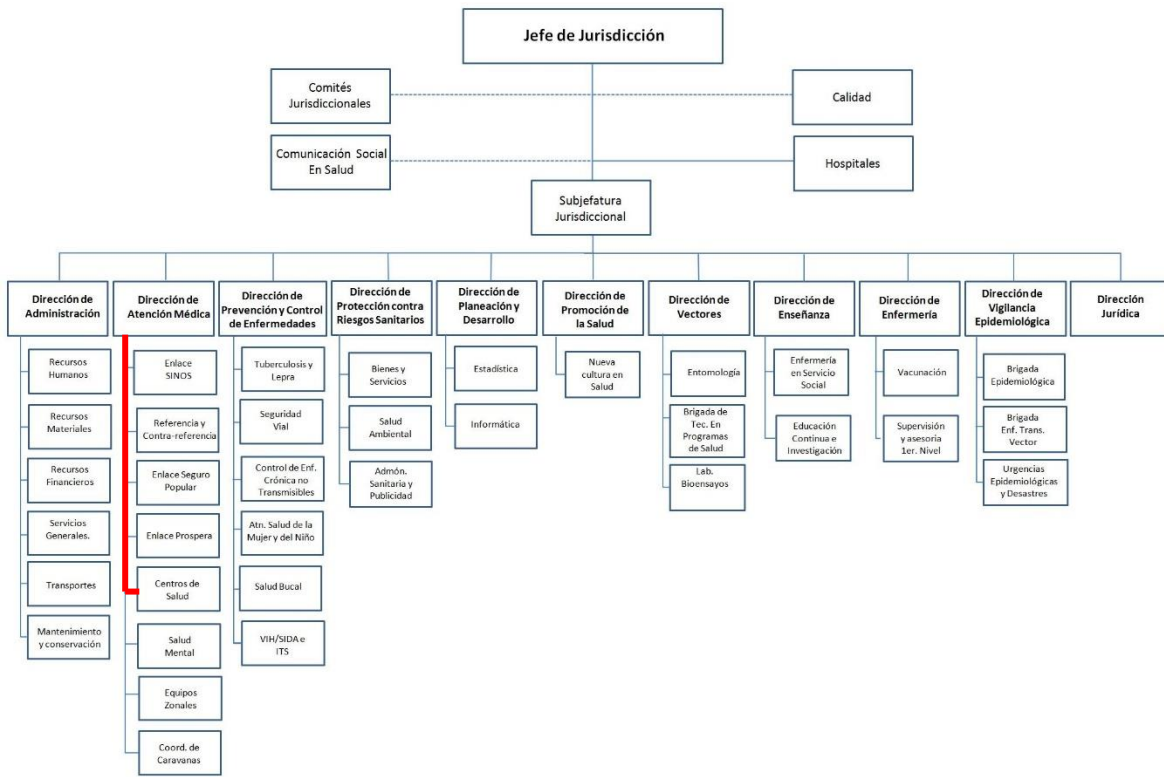
CÓMO CONSEJO PUEDO CITAR QUE: *si permanecerás por un tiempo prolongado en alguna comunidad asegúrate de llevar los víveres y objetos de uso personal necesarios para la estadía, un gran número de comunidades no cuentan con vías de comunicación adecuadas, no cuentan con transporte o no en todas las comunidades hay lugares para poder hacer compras de lo requerido. En caso de que el convenio de la comunidad (de proveer con alimentos a los trabajadores del centro de salud) llegase a cumplirse, nunca está de más consumir algo que sea de tu completo agrado, es muy reconfortante.*

La dieta de la población se basa en maíz, frijol, quelites y raíces que se recogen del monte, verduras cosechadas en parcelas o transportadas a la comunidad, algunas frutas, principalmente de temporada, la principal fuente de proteína de origen animal es el huevo y la gallina. Acostumbrarse a éste tipo de dieta no es complicado, ya que también es parte de la mía, por otro lado, nutricionalmente se establece el uso del plato del “bien comer”, haciendo uso de las 5 leyes de la alimentación correcta, en las cuales se estipula que la dieta debe ser: suficiente, completa, armoniosa, adecuada e inocua. Desde un punto de vista pragmático, la dieta abarca los principales grupos de alimentos (frutas, verduras, leguminosas y alimentos de origen animal) el principal inconveniente para mi forma de vida es la variabilidad y disposición de diferentes productos.

PROCESO DE ADAPTACIÓN INSTITUCIONAL (JURISDICCIONAL)

El proceso de adaptación personal había comenzado el día que llegué a Chiapas, transcurrido el mes de apoyo otorgado a la jurisdicción sanitaria ya se había generado el primer contacto con población de grupos originarios, se habían puesto en práctica los conocimientos en medicina, comenzábamos a conocer la forma de vida de la comunidad, usos, costumbres y un poco más del idioma tzeltal. Al finalizar el mes de enero retomábamos el camino de regreso a cabecera municipal, ahora se daría el proceso de adaptación a la forma de trabajar de la jurisdicción.

La jurisdicción sanitaria número IX se encuentra constituida por:



Organigrama jurisdiccional, recuperado de: <https://sites.google.com/site/1305084/la-jurisdiccion/organigrama>

En relación con el organigrama el pasante de servicio social se encuentra dentro del rubro de dirección de atención médica, específicamente en el centro de salud, dónde se ejercerá la pasantía, así mismo cuenta con un equipo zonal que se compone de jefe zonal, médico pasante y personal de enfermería, en algunas ocasiones con personal de odontología.

A mi consideración, se cuentan con muy pocos recursos informativos en los cuales se dé a conocer de manera detallada la participación, obligaciones y derechos del médico pasante, se cuenta con un manual de pasante de medicina creado por la secretaría de salud, sub

secretaría de regulación y fomento sanitario, dirección general de enseñanza en salud, en el cual se menciona: “Los pasantes se asignan preferentemente en áreas rurales de población dispersa y concentrada y las actividades a desempeñar son eminentemente en el primer nivel de atención” así que éste es el papel que me corresponde cumplir.

El manual de pasante menciona: “La secretaría de Salud como instancia representativa del Estado ante la sociedad para normar, ejercer, supervisar, evaluar e investigar a todos aquellos asuntos relacionados con la salud del pueblo, tiene como objeto fundamental “proteger la salud de los mexicanos” creando y preservando condiciones aceptables en la otorgación de servicios, tanto para la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación en el área de atención médica, como en la regulación sanitaria” (Secretaría de salud 1992)

Subrayo “creando condiciones aceptables en la otorgación de servicio”, ya que en repetidas ocasiones el ofrecimiento de servicios de salud se ve truncado por el déficit de insumos básicos, personal humano y lugares físicos adecuados, complicando o frenando el actuar del pasante.

Se realiza la entrega del reporte mensual de consultas otorgadas, es un recopilado de las atenciones brindadas por periodos mensuales, consiste en hacer el llenado de SIS (Sistema de Información de Salud), SUIVE (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica) y el CAUSES (Catalogo Universal de Servicios de la Salud) para recopilar información epidemiológica de las poblaciones de manera sistematizada y para aquellos lugares en donde no se cuenta con expediente electrónico. En estos formatos se incluyen los proyectos y/o programas implantados por el gobierno federal para el desarrollo del bienestar social, los cuales detallaré en el apartado epidemiológico.

La piedra angular generadora de datos para realizar el llenado de los formatos de reporte jurisdiccional es la hoja diaria de reporte de consulta, cuenta con los siguientes parámetros: nombre de paciente, edad, sexo, beneficiario de servicio de salud, específicamente seguro popular, diagnóstico y tratamiento. En ella también se reportan las consultas de los diferentes programas por ejemplo: consulta sano, embarazo, control del niño sano, enfermedades crónicas degenerativas, etc.

Cómo recomendación puedo sugerir que: *hagas especial hincapié en la hoja diaria, poner atención en hacer el correcto llenado de los campos que se solicita ya que de ello depende entregar información fidedigna a la jurisdicción, te facilitará el reporte del SIS, SUIVE y CAUSES, cómo ya se mencionó, se entrega mensualmente y al finalizar el año de la pasantía se solicita un reporte llamado diagnóstico de salud, el cual es la recopilación de todos los reportes mensuales del SIS.*

El primer reporte de entrega de información jurisdiccional se realizó con información de Bolonton, fue hasta cierto punto sencillo, aprendimos cómo realizar el vaciado de la hoja diaria, el paloteo y a que los datos del SIS en papel “cuadraran” con el SIS electrónico. Para

poder hacer la entrega de la información tienes que asistir con tu jefe zonal quien te proporcionará un formato con nombres de cada programa gubernamental y así recorrer cubículo por cubículo recolectando firmas y sellos de aprobación para después entregar ese documento con el SIS electrónico a módulo de informática.

No fue difícil adaptarse al sistema de trabajo jurisdiccional, el inconveniente que se me presentó y con el cual tuve que lidiar durante 8 meses es que en el centro de salud me encontraba sin apoyo de personal sanitario (personal de enfermería) y por ende la carga de trabajo se duplicaba. Solicité en repetidas ocasiones el apoyo sin tener una respuesta positiva a mi petición. La razón por la que no se otorgaba la ayuda es que no se cuenta con el personal suficiente.

La jurisdicción otorgó los cursos de capacitación necesarios para llevar el registro, control y reporte de los diferentes programas gubernamentales que se realizan en el beneficio del bienestar de la salud, desde luego es mucho papeleo, te ves inmerso entre censos poblacionales, tarjeteros de control, fichas de ingreso, formatos de captura, etc. al inicio es un poco confuso, pero con la práctica diaria terminas sistematizando los programas para beneficio propio.

PROCESO DE ADAPTACIÓN PERSONAL INSTITUCIONAL (Salud y Desarrollo Comunitario)

Se realiza la primera junta con los compañeros de la UAM-X de las diferentes áreas relacionadas a la salud y con nuestro coordinador de servicio social, el Doctor Joel Heredia, es el lugar de concentración para hablar de los diferentes puntos relevantes del servicio social.

En ésta primer junta se habla de las experiencias vividas entre los dos grupos de trabajo del servicio social, por un lado, los que presentan la pasantía en comunidades autónomas, que se generaron por el movimiento del EZLN (ejército zapatista de liberación nacional), enviados directamente de SADEC, por tal motivo los denominábamos “sadecos” y en el otro grupo, denominados los “ocosingos” (Leonel, Gerardo, Nancy, Iván, Daniela, Griselda, Zavala, David, y yo) , ya que nosotros prestábamos servicios por parte de la Jurisdicción sanitaria a grupos originarios que no son partidarios al movimiento zapatista. Aunque a decir verdad, en el caso de algunos amigos y en el mío, otorgábamos consulta a los dos grupos; “zapos” (personas afines al movimiento) y “prijistas” (aquellas personas que no eran partidarias del movimiento).

Estas reuniones son de carácter mensual, se realizan por uno o dos días, dichos días son para aclarar puntos, debatir otros, los cuales en ocasiones se tornaban polémicos, tomar clases y lo más gratificante, para la recreación. Sin olvidar la entrega de los avances de éste reporte.

La relación de los dos grupos era cordial, no se presentaron disputas más allá de los temas en los cuales teníamos diferentes perspectivas, algunos ya se conocían de la carrera y fue

bueno reencontrarse con ellos. El ambiente que se respira en SADEC es sumamente reconfortante, a pesar del intenso calor que se siente por la ubicación geográfica (Palenque), siempre será un buen lugar para encontrar paz en medio del caos del servicio social. El proceso de adaptación a SADEC se da de manera imperceptible, brinda todas las facilidades para hacerlo, es cómo estar en casa.

Si no te quieres ver en la penosa situación de entregar el reporte posterior a años de finalizar el servicio social con la angustia de no poder titularte, como consejo te puedo decir: *haz espacio en tu agenda para por lo menos estructurar el reporte final del servicio social. Te lo pido cómo favor, no postergues mucho la entrega de éste reporte.*

SEGUNDO CONTACTO EN COMUNIDAD DE GRUPOS ORIGINARIOS (RAMÓN F. BALBOA)

PROCESO DE ADAPTACIÓN PROFESIONAL (PARTE 2).

Había concluido el primer mes del servicio. Se había realizado un convenio al iniciar la pasantía en el cual, cada mes se otorgaba consulta “n” cantidad de días pernoctando en el centro de salud para brindar atención 24 horas consecutivas, en un horario de consulta general de 7 de la mañana a 2 de la tarde y el resto de las horas se destinaban a urgencias. Así mismo se otorgaban 10 días de asueto como compensación a las horas extras cubiertas en comunidad.

Al pasar los días la expectativa aumentaba, algunos compañeros ya se encontraban en la localidad donde prestarían sus servicios debido a la cercanía de las comunidades, mientras tanto, Daniela y David (mejor conocido por su primer apellido, Zavala) y yo esperábamos la indicación jurisdiccional para que una comitiva nos llevara a las sedes en la ruta conocida en la jurisdicción como “la ruta de castigo”, posteriormente nos explicaron que eran las plazas a las cuales era enviado el personal conflictivo o con amonestaciones y vaya que era un verdadero castigo ya que la distancia recorrida acumulaba 6 horas de transporte hasta la penúltima comunidad con vía de acceso terrestre, dicha comunidad era la que había elegido... Ramón F Balboa.

Al llegar la comitiva al centro de salud se realiza una convocatoria con los auxiliares de salud de Balboa, personas voluntarias que ofrecen asesoría médica a la población y apoyo al personal de salud, los cuales cuentan con cursos de capacitación médica. Acudieron en su mayoría para hacer la presentación oficial ante el personal de salud, se realizó una plática un poco álgida ya que los auxiliares no estaban de acuerdo con los horarios establecidos de atención y con los diez días de asueto.

El centro de salud no contaba con personal sanitario desde hacía dos años, anteriormente se encontraba un enfermero otorgando algunos servicios y antes de él, 1 año atrás, había médico. En ese tiempo no se habían abierto las puertas del centro para brindar consulta, no se realizó la entrega de las instalaciones en forma y modo con la información correspondiente (censo poblacional, expedientes clínicos, inventarios de medicamentos e insumos, etc. Se contaba con muy poca información de la población.) Por tal motivo se tenía que iniciar prácticamente desde cero.

Fue difícil poner orden a la unidad de salud, acomodar la farmacia, realizar inventarios, comenzar el censo poblacional y censos de los diversos programas, revisar los expedientes clínicos existentes, completarlos y actualizarlos.

Balboa es una comunidad relativamente grande, con una población de aproximadamente 1500 habitantes, sin embargo es centro de afluencia de 9 comunidades más, entre las que

se destacan por número de pobladores la comunidad de Champa San Agustín (1200 habitantes, cabe mencionar que es una comunidad en resistencia, en la cual el mayor número de pobladores es filial al movimiento zapatista y por cercanía a Balboa recurrían cotidianamente a consulta) y Betania (800 habitantes).

La comunidad de Balboa era completamente diferente a la de Bolonton, por nombrar algunas situaciones que llamaron mi atención puedo mencionar que gran parte de la población hablaba español ya que sólo el porcentaje correspondiente a adultos mayores se comunicaba en su lengua materna (tzeltal), aun así las mujeres con conocimiento en español al momento de la consulta se dirigían a mí en tzeltal, en varias ocasiones pregunté a las pacientes el motivo y la respuesta fue general: “me da pena hablar en castilla”.

Muy pocas personas vestían el traje típico de la región, la alimentación es más variada, con la diferencia de que hacían consumo de proteína de origen animal, proveniente de vacas, cerdos y aves de corral, además de la que conseguían de la caza (tejón, faisán, tepescuincle, jabalí, macabil [pez de río el cual se da en cierta temporada] y armadillo).

Los primeros días de apertura del centro de salud la comunidad se encontraba recelosa de mi persona como servidor de salud, entre tantos motivos, los principales se debían al descontento general hacia el gobierno y sus instituciones, por la falta de personal duradero en el centro de salud (en la presentación ante los auxiliares de salud comentaron que no querían a un médico que sólo estaría un años, por el contrario, solicitaban a alguien de permanencia duradera) y a la falta de insumos en especial con el abasto de medicamentos.

Vale la pena resaltar en éste compendio de experiencias la colaboración del auxiliar de salud Don Cornelio, mi mano derecha en la pasantía, entregado con su comunidad, con vastos conocimientos en el área médica y en medicina tradicional, siempre atento a las necesidades del centro de salud y en mi persona, forjé una excelente amistad que aún persiste, sin duda alguna persona admirable y respetable que sin su ayuda hubiera sido insoportable la estancia en Balboa.

Los primeros días de consulta contaba con la ayuda de don Cornelio cómo auxiliar de enfermería y traductor, la afluencia de pacientes no era mucha y todo marchaba con normalidad, poco a poco la población crecía en asistencia a consulta y se llevaban los programas correspondientes del sector salud.

Transcurriendo las dos primeras semanas las cosas empezaron a tornarse un poco complicadas ya que, de dar en los primeros días un número total de 20 consultas, ascendieron a un promedio de 50 a 70 consultas por días, ya don Cornelio no podía asistir con frecuencia al centro de salud por cuestiones personales y así sin más me encontraba dando consulta sólo, sin personal de enfermería, sin auxiliar.

Las jornadas laborales eran pesadas ya que iniciaba servicio a las 5 de la mañana y los terminaba a las 7 de la noche a veces sin poder satisfacer necesidades biológicas básicas. En

algún momento, fastidiado por el número de consultas otorgadas, llega un paciente masculino de aproximadamente 28 años a consulta a las 8 de la noche y yo molesto le pregunto ¿qué es lo que le pasa? El me describe síntomas de cuadro clínico de una infección de vías respiratorias bacteriana de 7 días de evolución, evidentemente no es una patología de urgencias para ser atendido y le contesté que regresara al otro día en horario de consulta, el paciente pensativo sólo me miraba y no se retiraba, me pregunta ¿a qué hora empieza a dar consulta? Le comento que puede llegar a las 5 de la mañana, a lo que me responde: entonces llegaré a mi casa y me regreso a la consulta. En ese momento algo no me quedaba claro, los tiempos de traslado eran exagerados y por tal motivo le pregunté ¿en dónde vivía? a lo que me responde: “soy de Capernaum”, yo sin conocimiento del lugar le pregunté ¿en dónde queda esa comunidad? y me contestó que a 5 horas caminando. En verdad el paciente había hecho todo lo posible por llegar a “buena hora” a consulta, sin embargo las condiciones de traslado hacia el centro de salud se lo impidieron, sin mencionar lo riesgoso de caminar por las brechas de la selva para trasladarse posterior a que se oculta el sol.

Y así el centro de salud tenía horario de atención de 5 de la mañana (para aquellas personas que iniciaban sus labores a las 4 de la mañana) a las 9 de la noche (para aquellas personas que terminando sus jornadas laborales requerían de consulta). Éstos horarios establecidos fueron decisión propia basada en la demanda de consulta.

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La relación médico paciente se define como “es una relación al menos entre dos personas, dos historias de vida, dos mundos. Cuando un paciente entra en contacto con un médico y se establece una relación terapéutica, se desarrolla un sistema que tiene por objeto la interacción en el que tanto uno como otro, se han de encontrar comprometidos con una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin. En la relación médico paciente se tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo. Conlleva responsabilidad compartida, el médico tiene responsabilidad con el paciente y consigo mismo, el paciente tiene responsabilidades con el médico y consigo mismo”(A. Mejía, H. Romero, 2017)

Para poder entender esta relación, es importante conocer el proceso mediante el cual una persona se identifica como enfermo y posteriormente como paciente para identificar el momento exacto del inicio de dicha relación. McWhinney revisa por etapas este proceso, como se muestra en el siguiente cuadro:

LAS CONDICIONES DE ENFERMO Y DE PACIENTE ETAPAS DE McWHINNEY	
PROCESO PARA LLEGAR A SER ENFERMO	PROCESO PARA LLEGAR A SER PACIETE
1. La persona percibe una alteración en su desempeño o función habitual	1. Se consulta con medico
2. La alteración es considerada un problema de salud o enfermedad	2. Se inicia el proceso diagnóstico
3. Se intenta alguna solución del tipo de automedicación	3. Se inicia proceso terapéutico
4. La familia es utilizada como primer línea de recursos	4. La enfermedad evoluciona hacia la cura, cronicidad y/o la muerte
5. Se buscan otros recursos no profesionales como: curanderos o encargados de farmacia	
6. Se pueden consultar otros recursos profesionales no médicos como: enfermeras, nutricionistas o terapeutas entre otros.	

Al analizar el cuadro podemos observar que en algunos casos el paciente ya cuenta con un historial de autoconocimiento y de búsqueda para recuperar el estado de salud, busca al médico con altas expectativas.

Así mismo, para que se pueda dar esta relación en las mejores condiciones, se debe visualizar varios aspectos:

- Conocer el significado de enfermedad del paciente, considerando la cosmovisión dada por cada cultura y estructura social. Identificar al paciente como un agente bio-psico-social.
- Generar una respuesta empática, fundamentada en identificar la emoción que se percibe, conocer la fuente de la emoción y demostrar al paciente la conexión de los pasos anteriores, de este modo se genera confianza.
- El personal de salud puede desarrollar ciertos elementos facilitadores tales como conocimiento médico sólido, autoconfianza fundada en competencia, control emocional, flexibilidad.

En mi particular punto de vista y con base a la experiencia en comunidades completamente diferentes a las acostumbradas, la relación médico paciente se puede ejercer de la misma manera en cualquier estrato social, económico y cultura, siempre y cuando se realice de forma humanizada, con bases sólidas de conocimientos.

Compartimos ideas generalizadas con el proceso salud-enfermedad, la explicación de cada proceso varía por la cosmovisión de cada individuo y más a un de un conocimiento grupal.

Nos podemos enfrentar a muchos retos, el principal que pude experimentar fue el del idioma, sin embargo no mostró afectación en la relación médico-paciente.

Ésta relación toma más fuerza en comunidad, me atrevería a compararla con una reacción en cadena, si logras generar una buena relación médico-paciente con algún poblador, el a su vez funge como conexión con su familia y ésta con otra familia, así sucesivamente hasta lograr generar una relación no sólo médico-paciente sino médico-paciente-comunidad.

EL MEDICO CÓMO AGENTE DE CAMBIO

A mi parecer, parte importante para fomentar y mantener la relación médico-paciente son los resultados o alcances que se pueden medir con base a resultados eficaces de tus acciones cómo generador de cambio, partiendo de lo básico, el individuo, escalando a lo familiar hasta llegar al cambio comunitario.

Mejorar los conocimientos en la salud es una etapa indispensable para promover las acciones de apoyos sanitarios. Por tal motivo el médico debe velar por fomentar en el individuo la capacidad de autosuficiencia y preservar la salud, sea cual fuere la interpretación de origen, agente de causa o desequilibrio que originó la enfermedad, siempre en aras de generar simpatía mediante el entendimiento emocional que aqueja al enfermo.

Me gustaría puntualizar lo anteriormente dicho con una historia clínica, que en un inicio el motivo de la consulta me pareció innecesaria, sin embargo, es el claro ejemplo de mejora de conocimientos del individuo sobre preservar la salud.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: Manuel P. SEXO: masculino EDAD: 32 Años. OCUPACIÓN:
Agricultor ESTADO CIVIL: Casado ESCOLARIDAD: Sin estudios ANALFABETA: No
RELIGIÓN: cristiano adventista IDIOMA: Lengua materna tzeltal,
español. INDÍGENA: Si DIRECCIÓN: comunidad Ramón F balboa #24, Chiapas.
GRUPO Y RH: desconocido

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Abuelos paternos: vivos aparentemente sanos.

Abuelos maternos: vivos aparentemente sanos.

Padres vivos: aparentemente sanos:

Hermanos: 4 masculinos, 5 femeninos, vivos aparentemente sanos.

Esposa: 28 años, aparentemente sana

Hijos: 3 masculinos, 2 femeninos, aparentemente sanos.

Niega enfermedades crónicas degenerativas, patologías psiquiátricas, genéticas, cardiacas, neumológicas, gástricas, cáncer, reumatológicas.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Paciente que habita en casa de madera con techo de lámina, piso de tierra, bien ventilada, cuenta con tres habitaciones de mismos materiales, una letrina, cocina que consta de fogón de leña para preparación de alimentos, cuenta con servicio de luz y agua potable, sin recolección de basura la cual se incinera.

Realiza ingesta de alimentos tres veces al día preparados en casa con , dieta compuesta principalmente por carbohidratos: maíz (tortilla [7/7] y pozol [7/7]), proteínas de origen animal (huevo [3/7], pollo [1/15], res [1/60] pescado [1/120]), leguminosas (frijol [7/7]), frutas de temporada 7/7, verduras (jitomate [7/7], cebolla [7/7], chile [5/7]). Realiza consumo de agua 500 ml aproximadamente al día, café (7/7) 500 ml aproximadamente, bebidas azucaradas (4/7) 500 ml aproximadamente.

Con regulares hábitos higiénicos, baño diario con cambio de ropa interior, cambio de ropa exterior cada 2 días, aseo oral diario 1 vez al día, lavado de manos antes de ingerir alimentos.

Exposición a biomasa toda la vida.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Crónicos degenerativos interrogados y negados. Niega alérgicos, transfusionales, quirúrgicos, traumáticos, infecto contagiosos, toxicológicos.

PADECIMIENTO ACTUAL:

No recuerda inicio de padecimiento, comenta paciente que lleva varios años con los síntomas los cuales consisten en cefalea generalizada de mediana intensidad, diplopía y mareo los cuales aumentan al estar expuesto por mucho tiempo al sol. El día de la consulta aumenta el mareo y la cefalea motivo por el cual acude a consulta.

Niega fiebre, escalofríos, náuseas, vómito, diarrea, escurrimiento nasal o dolor en algún otro aparato o sistema.

INTERROGATORIO POR SISTEMAS:

RESPIRATORIO: negados, CARDIOVASCULAR: negados, DIGESTIVO: negados, GENITOURINARIO: negados, LOCOMOTOR: negado, NERVIOSO: refiere cefalea generalizada de mediana intensidad, sensación de mareo. OCULAR: refiere que posterior a la cefalea aparece diplopía. AUDITIVO: negados, ENDOCRINO: negado, HEMATICO: negado.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

SIGNOS VITALES:

TA: 100/60 mmHg, FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 respiraciones por minuto, FRECUENCIA CARDIACA: 86 latidos por minuto, TEMPERATURA 37 °C.

Paciente orientado en espacio, tiempo y lugar, sin facies aparente, sin marcha característica, buen habitus exterior. Acorde a edad y sexo. Neurológicamente íntegro, cráneo sin alteraciones, tegumentos con adecuada coloración, y mala hidratación, ojos sin alteraciones, pupilas isocóricas normoreflexas, cavidad oral con mucosas deshidratadas, se observa saliva filiforme sin poderse generar en abundancia. Cuello cilíndrico sin adenomegalias, sin ingurgitación yugular, tráquea central, movable no dolorosa a la palpación, tórax sin alteraciones, con adecuada amplexión y amplexación, no doloroso a la palpación, campos pulmonares con adecuada ventilación sin ruidos agregados. Precordio sin alteraciones, sin ruidos o soplos agregados, con ritmo de buen tono e intensidad. Abdomen normoperistáltico, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal. Genitourinario diferido, extremidades íntegras y simétricas, reflejos osteotendinosos conservados, pulsos periféricos palpables ligeramente disminuidos, llenado capilar de 3 segundos.

DIAGNÓSTICO: Impresión diagnóstica: deshidratación leve-moderada.

TRATAMIENTO: Esquema de rehidratación con electrolitos séricos a libre demanda.

PRONOSTICO: Bueno para la vida y para la función.

En el caso expuesto en la historia clínica la persona presentaba cuadros de deshidratación recurrentes ya que la exposición durante 5 horas bajo la radicación del sol y realizando trabajos de gran esfuerzo producían los malestares, en la consulta me comentó que durante las horas laboradas se generaba sed pero no bebía agua hasta llegar a su casa, el creía que los síntomas se debían a que el sol le generaba cansancio.

Posterior a las medidas e indicaciones y a explicarle el origen de la deshidratación regresó al consultorio para comentarme que las molestias habían desaparecido, que ya constantemente tomaba descansos en su trabajo para “echarse sus traguitos de agua”.

“Hoy en día, el binomio médico-paciente suele ser más complejo, a menudo un nuevo integrante se suma, el que está representado por el sistema público, y por otra parte, la transformación del paciente en derechohabiente, por tal motivo la relación se convierte en una relación médico-institución-paciente, medico-administración-paciente o médico-norma-paciente¹”

En el transcurso del actuar médico se pueden encontrar diferentes obstáculos que pueden entorpecer ésta relación humanista, el doctor Leonardo Viniegra los engloba en tres aspectos: la creciente dependencia tecnológica, la actual división del trabajo médico y las condiciones laborales de los médicos. Así, hoy en día, la práctica médica hace uso exagerado e inclusive innecesario de la tecnología, dejando de lado el punto central del quehacer médico, el ejercicio clínico reflexivo y cuidadoso.

Los aspectos anteriores toman mayor obviedad en un segundo nivel de atención, sin embargo, el médico pasante en comunidad rural se encuentra en medio de dos situaciones, la primera: es parte de una institución, de la cual es dependiente en forma completa para subsistir y otorgar un buen servicio, así mismo se solicita, ya sea por norma oficial o por normativa institucional, estudios, derivaciones a segundo nivel de atención o interconsultas a especialidades, las cuales en ocasiones no son necesarios. La segunda: al laborar en primer nivel de atención y al encontrarse en comunidad rural, en algunas ocasiones, cuando los estudios, derivaciones a segundo nivel y/o interconsulta a especialidad son prioritarios no se realizan por motivo de las deficiencias institucionales, en ésta situación, lejos de entorpecer la relación médico-paciente, puede generar un conflicto tan grande que rompe por completo cualquier relación del paciente ya sea con el médico o con la institución.

Para puntualizar ejemplificaré con una historia clínica:

NOMBRE: Berta S. SEXO: femenino EDAD: 37 Años. OCUPACIÓN: ama de casa
ESTADO CIVIL: Casada ESCOLARIDAD: Sin estudios ANALFABETA: si
RELIGIÓN: católica IDIOMA: Lengua materna tzeltal, español. INDÍGENA: Si
DIRECCIÓN: Champa San Agustín #16, Chiapas. GRUPO Y RH: desconocido

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Abuelos paternos: vivos aparentemente sanos.

Abuelos maternos: vivos aparentemente sanos.

Padres vivos: aparentemente sanos:

Hermanos: 6 masculinos, 4 femeninos, vivos aparentemente sanos.

Esposo: 42 años, aparentemente sana

Hijos: 4 masculinos, aparentemente sanos.

Niega enfermedades crónicas degenerativas, patologías psiquiátricas, genéticas, cardíacas, neumológicas, gástricas, cáncer, reumatológicas familiares

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Paciente que habita en casa de madera con techo de lámina, piso de tierra, bien ventilada, cuenta con tres habitaciones separadas de mismos materiales, una letrina, cocina que consta de fogón de leña para preparación de alimentos, cuenta con servicio de luz y agua potable, sin recolección de basura la cual se incinera.

Realiza ingesta de alimentos tres veces al día preparados en casa con , dieta compuesta principalmente por carbohidratos: maíz (tortilla [7/7] y pozol [7/7]), proteínas de origen animal (huevo [3/7], pollo [1/15], res [1/60], pescado [2/30], venado [1/60], tepalcuincle [1/60]), leguminosas (frijol [7/7]), frutas de temporada 7/7, verduras (jitomate [7/7], cebolla [7/7], chile [7/7]). Realiza consumo de agua 2000 ml aproximadamente al día, café (7/7) 500 ml aproximadamente, bebidas azucaradas (7/7) 250 ml aproximadamente.

Con buenos hábitos higiénicos, baño diario con cambio de ropa interior y exterior, aseo oral diario 1 vez al día, lavado de manos antes de ingerir alimentos y después de ir al baño.

Exposición a biomasa toda la vida.

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS.

MENARCA: 12 años, TELARCA: no recuerda, PUBARCA: no recuerda, PERIODO: regular 4 días/29 días, sin alteraciones, Gesta: 6 sin complicaciones aparentes, PARTOS: 4 sin complicaciones aparentes, ABORTOS: 1, embarazo molar hace 1 año aproximadamente, sin control hormonal. METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: inyección mensual (estrógeno y progesterona) suspendido hace 6 meses por la falta de existencia en centro de salud.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Crónicos degenerativos interrogados y negados. Niega alérgicos, transfusionales, quirúrgicos, traumáticos, infecto contagiosos, toxicológicos.

Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional (mola hidatiforme) aproximadamente un año, resuelto por legrado instrumentado uterino sin control hormonal post quirúrgico.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia aproximadamente hace 2 meses con ausencia de menstruación, posteriormente dolor tipo cólico suprapúbico de moderada intensidad con pérdida transvaginal de contenido hemático de cantidad escasa a moderada (uso de 2 trapos en sustitución de toalla femenina, sin empaparlos de sangre, al día) de coloración rojo rutilante y violáceo, no fétido de aproximadamente 5 días de evolución, paciente refiere que el material tenía aspecto granuloso.

Niega fiebre, escalofríos, náuseas, vómito, diarrea, escurrimiento nasal o dolor en algún otro aparato o sistema.

INTERROGATORIO POR SISTEMAS:

RESPIRATORIO: negados, CARDIOVASCULAR: negados, DIGESTIVO: negados, URINARIO: negados, GENITAL: retiro de menstruación de 2 meses aproximadamente, dolor suprapúbico tipo cólico de moderada intensidad, sangrado transvaginal de cantidad escasa a moderada, coloración rojo rutilante y violáceo, no fétido, de aspecto granuloso. LOCOMOTOR: negado, NERVIOSO: negado. OCULAR: negado. AUDITIVO: negados, ENDOCRINO: negado, HEMÁTICO: negado.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

SIGNOS VITALES:

TA: 110/70 mmHg, FRECUENCIA RESPIRATORIA: 16 respiraciones por minuto, FRECUENCIA CARDIACA: 82 latidos por minuto, TEMPERATURA 37.3 °C.

Paciente orientada en espacio, tiempo y lugar, sin facies aparente, sin marcha característica, buen habitus exterior mayor a edad, acorde a sexo. Neurológicamente íntegra, cráneo sin alteraciones, tegumentos con adecuada coloración, y buena hidratación, ojos sin alteraciones, pupilas isocóricas normoreflexas, cavidad oral con mucosas semihidratadas. Cuello cilíndrico sin adenomegalias, sin ingurgitación yugular, tráquea central, móvil no dolorosa a la palpación, tórax sin alteraciones, con adecuada amplexión y amplexación, no doloroso a la palpación, campos pulmonares con adecuada ventilación sin ruidos agregados. Precordio sin alteraciones, sin ruidos o soplos agregados, con ritmo de buen tono e intensidad. Abdomen normoperistáltico, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal, puntos ureterales negativos. Al tacto vaginal se percibe cavidad vaginal eutérmica, cuello posterior, semipermeable, con aproximadamente 1-2 cm de dilatación, de consistencia dura, no doloroso a la palpación. En guante testigo se observa material sanguinolento color achocolatado, con residuos en forma de "racimos de uva" no fétido. Extremidades íntegras y simétricas, reflejos osteotendinosos conservados, pulsos periféricos palpables ligeramente disminuidos, llenado capilar de 3 segundos.

DIAGNÓSTICO: Impresión diagnóstica: Probable enfermedad trofoblástica gestacional.

TRATAMIENTO: Se envía a segundo nivel de atención para realizar prueba inmunológica de embarazo/USG obstétrico, estudio sanguíneo de hormona gonadotropina coriónica y en caso de confirmar diagnóstico, realizar Legrado uterino instrumentado.

PRONOSTICO: Reservado.

COMENTARIO:

Las pacientes con antecedentes de mola parcial o completa tienen 10 veces más riesgo de un embarazo molar subsecuente (incidencia de 1-2%), así mismo el antecedente de mola previa representa el 50% de riesgo de desarrollar enfermedad trofoblástica gestacional en el siguiente embarazo. (Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de Enfermedad Trofoblástica Gestacional).

En éste caso el primer contacto se había realizado de forma exitosa, sin contratiempos y sin renuencia por parte de la paciente y familiares, se le explicó claramente el padecimiento, sus complicaciones y la importancia del tratamiento oportuno, ella había entendido la enfermedad.

La relación médico-paciente estaba consolidada, se tenía buena comunicación, se seguían las indicaciones médicas y se contaba con red de apoyo familiar, en éste momento se pensaría que ésta buena relación continuaría hasta la resolución de la patología.

Corrían los últimos días de la estadía del mes de junio en comunidad. El inicio para la resolución de la patología fue complicado, se necesitaba por lo menos realizar un USG obstétrico para contar con un diagnóstico más certero, no era posible realizarse ya que la paciente no contaba con los recursos económicos para efectuarse de forma particular, la cuestión es, ¿por qué el paciente tenía que correr con los gastos de éste estudio?... porque la institución de salud (ya sea jurisdicción sanitaria u hospital básico comunitario) no cuenta con el equipo necesario.

Tenemos que observar el contexto de la situación, nos encontramos en una comunidad rural, la cual se ubica a seis horas de recorrido hasta la cabecera municipal dónde se encuentra el Hospital básico comunitario. El hospital no cuenta con los insumos necesarios para realizar el seguimiento de la patología, entre otras cosas, los familiares no se encontraban preparados para realizar dicho viaje, los motivos: no contaban con recursos económicos para el traslado, cubrir los gastos de alimentos y hospedaje, a su vez, por falta de insumos y equipo hospitalario no podrían cubrir estudios, medicamentos o cualquier cosa que se le solicitara.

Posterior a tres días yo concluía el tiempo pactado del mes de junio en comunidad y me disponía para viajar a Ocosingo y pedir apoyo al programa de salud de la mujer de la jurisdicción para dar seguimiento al caso de Berta. Por su parte, la paciente se encontraba estable, ya sin sangrado ni dolor, hemodinámicamente estable pero preocupada por la

situación, el embarazo trofoblástico anterior se presentó con hemorragia severa siendo causante de transfusión de cuatro paquetes globulares, los cuales me comentaron tuvieron un costo monetario para poder dar de alta a Berta en su internamiento, otro motivo por el cuál no querían regresar al hospital.

Ya en la jurisdicción y después de hablar con la Dra. Luzma, me informa que se realizará una “feria de la salud” en la comunidad de “Amador Hernández”, se contaría con un rastreador ecográfico y que al término de la feria, tres días después, llegarían a la comunidad de Champa San Agustín para realizar el rastreo ecográfico y tomar una decisión.

Todo sucedió cómo dijo la Dra. Luzma, salimos de la comunidad de Amador Hernández con dirección a Champa San Agustín, se realiza el rastreo de la paciente en dónde se confirma el diagnóstico de Mola Hidatiforme Incompleta, ese mismo día se lleva a cabo el traslado de Berta por parte de personal jurisdiccional hacia el Hospital Básico comunitario de Ocosingo para inicio de tratamiento.

Comienza el ciclo correspondiente al mes de julio y regreso de nueva cuenta a la comunidad en compañía de mi amigo Leonel y el enfermero José Luis, ya que en ese periodo ellos no habían podido viajar a la comunidad del Guanal por cuestiones de adeudo por parte de la jurisdicción a la empresa de transportes aéreos.

Berta se encontraba en recuperación en su hogar, creía que todo había salido bien hasta que un día acudió su esposo al consultorio para solicitar revisión domiciliaria, nos enfilamos a su casa y al llegar la veo postrada en cama, ella me refiere dolor en zona lumbar con irradiación a miembros pélvicos de intensidad 8-9/10 en escala de EVA y tos persistente no expectorante, no hemetizante, procedo a revisar sistema respiratorio, el cual se encuentra sin alteraciones, mucosa nasal y oral de adecuado tono e hidratación, no hiperémica, faringe normal, sin amigdalitis presente, no descarga retrofaríngea, sin dolor, sin hiperemia. Campos pulmonares con disminución de *amplexion* y *amplexacion*, sin ruidos agregados. Zona lumbar la cual se presenta sin alteraciones, arcos de movimiento conservados, sin contracturas musculares paravertebrales. Extremidades normales, no presentaba edema, fuerza conservada, reflejos osteotendinosos sin alteraciones, pruebas neurológicas normales, pulsos distales de buen tono e intensidad, llenado capilar inmediato, eutérmicas. Sin encontrar alguna patología procedí a administrarle medicamento intramuscular, ketorolaco 1 ampula (30mg), con el cual disminuyó el dolor.

Esa noche pregunté sobre el tratamiento realizado en el hospital, me comenta la paciente que le realizaron histerectomía completa, procedí a inspeccionar abdomen, el cual se encontraba asignológico, la herida quirúrgica ya se encontraba bien afrontada sin datos de infección. Nada aportaba datos para sospechar alguna patología.

Pasaron dos días más con los mismos síntomas: la tos, el dolor lumbar con irradiación a miembros pélvicos y sin ningún otro dato, ya para el tercer día me informan que la señora Berta inició con dificultad respiratoria y la llevaron al hospital comunitario de Ocosingo.

Terminando dicho periodo de julio retorno a Ocosingo para la correspondiente entrega de la información jurisdiccional y aprovecho para visitar a la Dra. Luzma y preguntarle por el caso de Berta, ella muy afligida me contesta que la señora Berta había fallecido.

El diagnóstico de defunción fue Cariocarcinoma con metástasis a cavidad pélvica, pulmón y cerebro, me comenta que el día del mes de junio que intervinieron a Berta por la Mola Hidatiforme se realiza histerectomía, que al momento de “abrirla” el médico encargado del procedimiento se da cuenta de que ya presentaba cáncer, sin embargo decide continuar con la intervención, retira el útero con anejos y se envía una muestra a patología a la ciudad de México para que la interpretación fuese más rápida, dicho sea de paso, no se contaba con los resultados histopatológicos ya que la muestra se había extraviado y para colmo de males, se envía a Berta a domicilio sin información de nada, sin tratamiento y sin seguimiento.

En el mes de agosto, de regreso a la comunidad, fui de visita a casa de Berta para dar el pésame y platicar con el esposo de Berta sobre lo acontecido, así pues me platicó que la noche que bajaron al hospital, a pesar de que Berta llevaba franca dificultad respiratoria, tardaron aproximadamente 5 horas en atenderla, evidentemente con descompensación ácido/básica. Se decide su internamiento para manejo, sin embargo ya no se pudo realizar nada por ella.

Don Martín, esposo de Berta, me aseguró que nunca volvería a pisar el hospital, ni quería saber nada de los doctores, que “al fin no sirve de nada si de todos modos uno se muere”, al igual me comentó que el trato que le habían dado a su esposa y a él fue de lo más inhumano, no sólo los hicieron esperar por un tiempo prolongado, el personal del hospital se dirigió a ellos de forma despectiva ya que por no hablar bien español los llamaron indios y para coronar la situación les pedían un monto de \$30.000 por la atención que les habían otorgado.

Yo no daba crédito a lo que me relataba el señor Martín, sus hijos fueron testigos del trato que recibió Berta y afirmaban cada palabra que mencionaba su papá, sentí mucha vergüenza y frustración por lo acontecido, la familia quedó satisfecha con mi desempeño sin embargo dejaron de confiar en el sistema de salud, reacción completamente comprensible.

Nunca, bajo ninguna circunstancia se debería fragmentar ésta relación y menos perder de vista la objetividad de la misma, la parte humanista, siempre en pos de reestablecer la salud y el bienestar en franco estado de vulnerabilidad, no a un paciente o derechohabiente, sino a un semejante

EVALUACIÓN F.O.D.A.

Ya habiendo concluido dos meses de pasantía en la comunidad de Ramón F. Balboa conocía la mayor parte de la población de las comunidades más grandes, empezaba a conocer la forma de vida de la comunidad, sus creencias, sus costumbres pero sobre todo su realidad y mi realidad.

Establecer el primer contacto con la comunidad y generar confianza resultó un tanto complejo, aun así, se pudo realizar de forma rápida y dinámica ya que la población, un poco expectante, me brindó la oportunidad para generar una buena relación.

FORTALEZAS:

Externas a la comunidad: los lazos interpersonales con mis compañeros de universidad (principal punto de apoyo emocional), trabajadores jurisdiccionales dispuestos a apoyar en circunstancias delicadas, tanto personales como laborales y mi red de apoyo familiar, fungiendo como pilar de sostén en los momentos más difíciles de la pasantía.

Internas de comunidad: el apoyo otorgado por los auxiliares de comunidad (principalmente el auxiliar Cornelio), buena relación médico-paciente con la mayoría de población, conocimientos sólidos.

OPORTUNIDADES:

Externas a la comunidad: realizar un buen reporte de los diversos proyectos gubernamentales y consultas para obtener más y mejores insumos para el otorgamiento de consulta de calidad.

Internas de comunidad: participación activa de la población. Estar ubicado en una localidad con servicios urbanos, por ejemplo: centros de estudio (kínder, primaria, secundaria y nivel medio superior), en los cuales hay gran concentración de pobladores. Disposición de autoridades municipales para mejorar la calidad de salud comunitaria. Permanencia de 24 horas en comunidad.

DEBILIDADES:

Externas a la comunidad: Falta de recursos e insumos a nivel institucional (jurisdiccional, hospitalario, centro de salud).

Internas de comunidad: mi falta de conocimiento en idioma Tzeltal y la falta de práctica del Idioma Español de algunos pobladores. Situación económica de la población. Tiempo de traslado a la comunidad y hospitales de referencia para atención a un segundo nivel de atención. Población considerablemente grande con varias zonas de influencia.

AMENAZAS:

Externas a la comunidad: el apoyo becario bajo, ya que el principal ingreso monetarios provienen del seno familiar y en algunas ocasiones no son suficientes para subsanar los gastos.

Internas de comunidad: la falta de personal en el centro de salud, ya que al encontrarme solo otorgando consulta me era difícil llevar a cabo los programas gubernamentales por la gran carga de trabajo.

ANALISIS DE EVALUACIÓN FODA:

De forma concluyente, transcurridos los primeros meses de pasantía contaba con una clara visión del tipo de trabajo que debería desempeñar en el centro de salud.

Las fortalezas contempladas en la evaluación se consolidaron, formando así el único soporte tangible al cual recurrir en los momentos problemáticos o de riesgo, principalmente fortaleciendo los lazos con los compañeros pasantes y auxiliares de salud.

Se trabajó en las oportunidades, se entregaban extensos reportes de consultas otorgadas, sin embargo el centro de salud siempre carecía de insumos y medicamentos a pesar de las solicitudes que se realizaban en jurisdicción, siempre comprobando el consumo de los insumos del centro de salud.

Se atacaron las debilidades, principalmente aprendiendo un poco del idioma tzeltal, se trataba de cubrir por completo la demanda de salud de la población con el apoyo de los auxiliares de salud a pesar del gran número de habitantes con los que contaba la comunidad.

Finalmente al encontrarme sólo dentro del centro de salud, principal amenaza detectada, terminó por desgastarme física y anímicamente, de tal modo, posterior a solicitar incesantemente personal de apoyo para la comunidad y sin recibir una respuesta favorable por parte de la jurisdicción, decidí solicitar mi cambio de sede, el cual se me otorgó para redirigirme al hospital básico comunitario. Así pues, en el mes de agosto, concluí mi estancia en la comunidad de Ramón F Balboa.

CAPITULO 2

DIAGNOSTICO COMUNITARIO

INTRODUCCIÓN

En éste segmento se analiza en México el derecho a la salud con el propósito de ubicar sus alcances en relación a la población en particular a pueblos originarios. Se desarrollará el estudio sociodemográfico de la comunidad de Ramón F Balboa el cual se presentará en cinco rubros tratados de lo general (estatal) a lo particular (comunidad):

1. Marco legal al derecho a la salud
2. Datos fisiográficos generales: contemplando la ubicación de la región, fisiografía, edafología, hidrología, clima e infraestructura en carretera.
3. Indicadores culturales: se contempla la etnia, lengua, cosmovisión salud-enfermedad. Se realizará a forma de revisión bibliografía una breve reseña histórica del estado de Chiapas, destacando los cambios socioculturales que han transformado al estado.
4. Indicadores sociales: contemplando la demografía (pirámide poblacional), educación, vivienda, servicios públicos (agua, drenaje, electricidad, manejo de basura y excretas), alimentación, religión y servicios de salud.
5. Indicadores económicos: Ocupación de la población, actividades productivas, Población Económicamente Activa.
6. Indicadores políticos: organizaciones sociales (organización comunitaria). Partidos políticos: En éste apartado se hablará sobre el movimiento del Ejercito Zapatista de Liberación Nacional (EZLN).

MARCO LEGAL DEL DERECHO A LA SALUD

DERECHO A LA SALUD INTERNACIONAL

La salud y su defensa es motivo de preocupación general hace poco más de medio siglo, antes de 1942, prácticamente ninguna organización o partido político del mundo ofrecía una propuesta relacionadas con las políticas y programas de salud (López 2015).

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud estipula en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce de grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Constitución de la OMS 2006).

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (PIDESC), ratificado por México en el año de 1981, tiene por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales, reconociendo que estos se crean en condiciones que permitan gozar a cada persona del derecho; social, cultural, civil y político (PIDESC, 1976).

En su artículo 12 PIDESC reconoce el derecho de toda persona al disfrute del máximo nivel posible de salud, tanto física como mental. Entre las medidas que debe adoptar el Estado se consideran las siguientes:

- “a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y 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.”

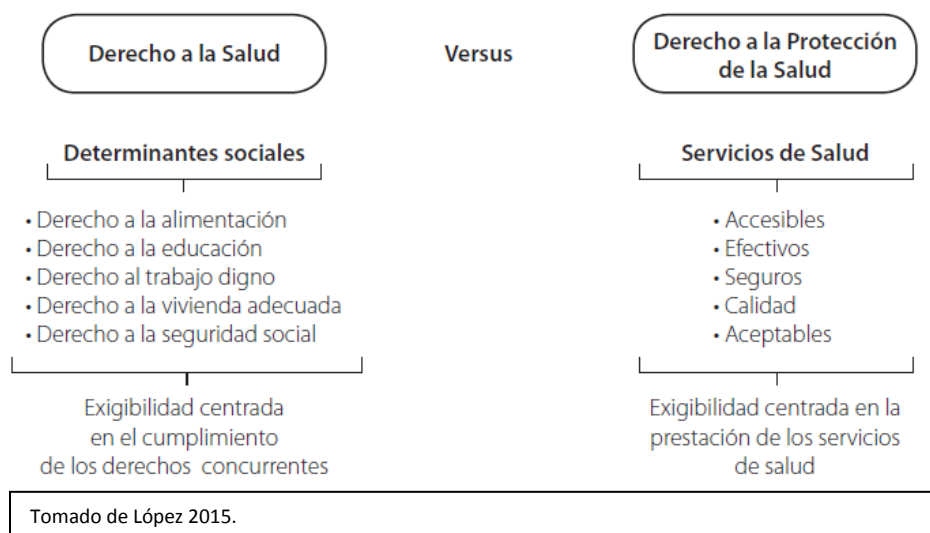
Antes del desarrollo del derecho a la salud, dentro de los organismos internacionales, se concebía como la forma en la que el gobierno curaba la enfermedad haciendo frente desde la beneficencia pública. Actualmente se considera al derecho a la salud como un derecho que integra no solo la idea de curar la enfermedad sino de prevenirla e incluye el entorno físico y social (Montiel 2004).

Montiel en su artículo, Derecho a la Salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria, desglosa el derecho a la salud en dos ámbitos y a su vez en diferentes rubros para tener claridad de los componentes del mismo: Determinantes básicos para la salud y Cuidado de la salud. De ésta forma, al considerar el gran número de factores, se podría cumplir con el principal objetivo de PIDESC, el cual establece como meta alcanzar el grado máximo de salud.

EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, menciona en su artículo 4: “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 de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución”. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2020).

De lo antes mencionado se puede concluir que señale el derecho a la protección de la salud y no al derecho a la salud, lo que puede interpretarse como *positivizar* el derecho a la salud y tiene relevancia en que las obligaciones del gobierno se circunscriben a prestar servicios de salud y específicamente a garantizar su acceso. Por esta razón al hablar en México de derecho a la salud en realidad se hace referencia al acceso de servicio de salud. (López 2015). En el siguiente cuadro se nombran las diferencias entre derecho a la salud y el derecho a la protección de salud:



Para el reglamento de dicho derecho se cuenta con la ley general de salud la cual en su artículo segundo manifiesta las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (Ley General de Salud, 2020)

Así también en el artículo tercero, apartado dos, se menciona: La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables. En el caso específico de éste trabajo se valora como grupo vulnerable o específico a integrantes de grupos originarios.

Los Pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud. SEDESC en el año 2000 hace las siguientes recomendaciones a los Estados miembros:

- Los servicios de salud deben ser apropiados, desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados curativos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- Los estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.
- Deberán protegerse las plantas medicinales, los animales, minerales que son necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.

CHIAPAS

En el apartado anterior mencioné el asombro que me había generado las bellezas naturales de Chiapas, adentrándonos un poco más al respecto mencionaré algunos datos geográficos del estado.

El estado de Chiapas se ubica en el sureste mexicano, limita al norte con el estado de Tabasco, al este y sureste con la República de Guatemala, al sur y al suroeste con el océano Pacífico y al oeste con los estados de Veracruz y Oaxaca. Su capital es la ciudad de Tuxtla Gutiérrez y su división política consta de 118 municipios (DOF 200)

Cuenta con una extensión territorial de 73 670 km², que representa aproximadamente el 3.8% de la superficie total del país, ocupando así el noveno lugar en tamaño a nivel nacional.



FISIOGRAFÍA

Chiapas presenta una amplia variedad de territorios, los cuales le dan la gran diversidad biológica que lo caracteriza. Se divide en tres provincias y diez subprovincias fisiográficas enunciadas en el cuadro no. 3 y ubicadas geográficamente en la figura (1)

Llanura costera del golfo sur

- Llanura y pantanos tabasqueños

Sierra de Chiapas y Guatemala

- Sierra lacandona
- Sierras bajas del Petén
- Altos de chiapas
- Sierra del norte de chiapas
- Depresión central de chiapas

Corredora centroamericana

- Sierra del sur de chiapas
- Volcanes de centroamerica
- Llanura costera de chiapas y guatemala

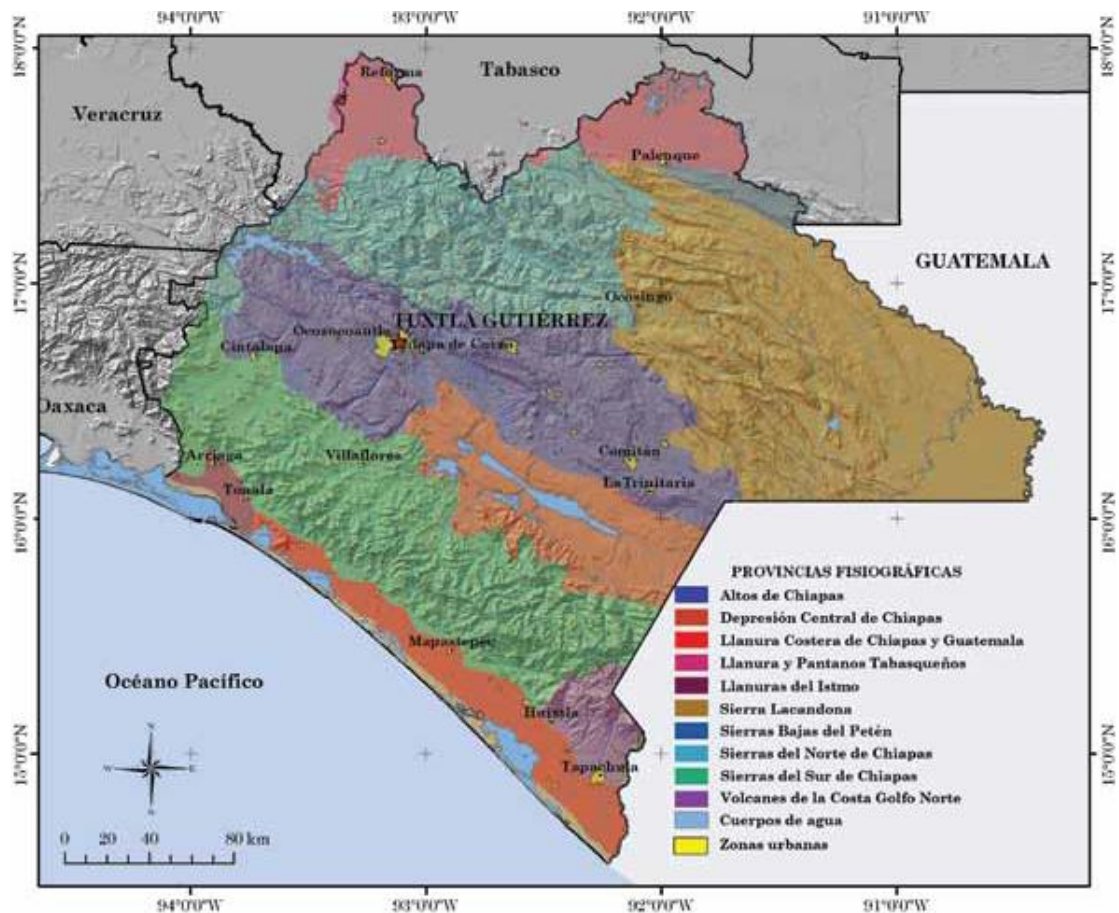
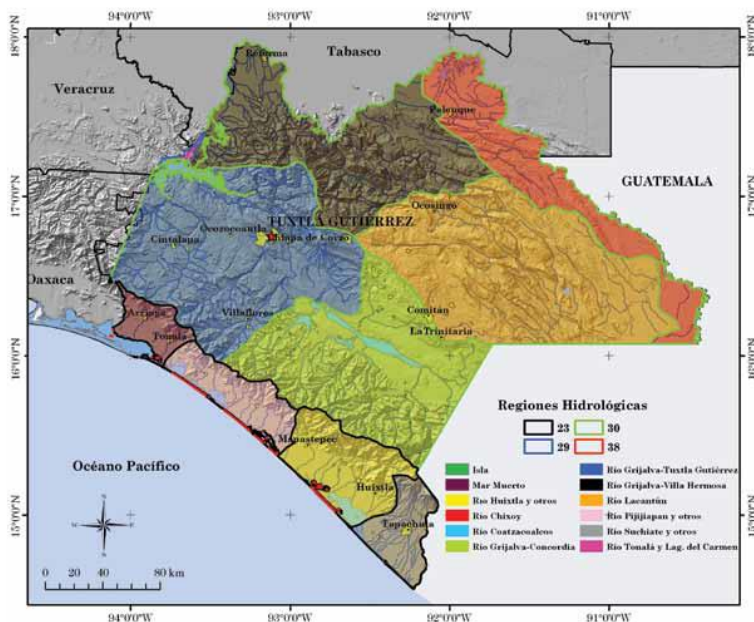


Tabla y grafica tomado de Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad, 2013, Gobierno del estado de Chiapas.

HIDROLOGÍA



Tomado de Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad, 2013, Gobierno del estado de Chiapas.

El estado de Chiapas cuenta con dos grandes regiones hidráulicas (figura 3), las cuales se componen por la región hidráulica de Grijalva-Usumacinta con una extensión de 103 573 km² que representa el 71% del territorio de Chiapas, compuestos por los ríos Grijalva y Usumacinta, considerados de los más importantes de México. Sus cuencas de drenaje tributarias oscilan un escurrimiento pluvial de 140km³ anuales, lo que representa el 30% del volumen total de escurrimiento anual de toda la república. Cabe resaltar que el cauce del río Grijalva alimenta el principal sistema hidroeléctrico del país que contienen las presas hidroeléctricas de la Angostura, Chicoasén y Malpasos.

La región hidráulica costa de Chiapas cubre una región de 40 km de ancho que incluye la costa y parte de la sierra chiapaneca con una superficie total de 10 800 km².

CLIMA

Las temporadas de lluvia están bien delimitadas en el periodo de mayo a octubre. Su distribución está delimitada por la humedad proveniente del golfo de México, la selva y la planicie tabasqueña, generando 4000 mm al año, siendo la parte con mayor registro pluvial. Los registros más bajos se presentan en la depresión central de Chiapas con una precipitación de 800 a 1200 mm anuales.

La distribución de la temperatura media máxima se registra en la zona de litoral costero con una temperatura promedio mayor a 28°C, en la zona centro, sierra madre de Chiapas, oriente y norte del estado entre los 200 y 900 metros sobre el nivel del mar (msnm) la temperatura disminuye entre los 24 y 28°C. A más de 1000 msnm, en la zona de los altos de Chiapas y la sierra madre de Chiapas la temperatura oscila entre los 16 y 24°C y en la parte del volcán Tacaná, lugar más alto de Chiapas, es de 16°C.

clima cálido (A)

- calido subhúmedo con lluvias en verano (Aw)
- calido húmedo con abundantes lluvias en verano (Am)
- calido húmedo con lluvias todo el año (Af)

clima semicálido (A)C

- semicálido subhúmedo con lluvias en verano (A)C(w₁)
- semicálido subhúmedo con abundantes lluvias en verano (A)C(w₂)
- Semicálido húmedo con lluvias todo el año(A)C(w₁)

Clima templado (C)

- Templado húmedo con lluvias en verano C(m)(w)
- Templado subhúmedo con lluvias en verano C(w)

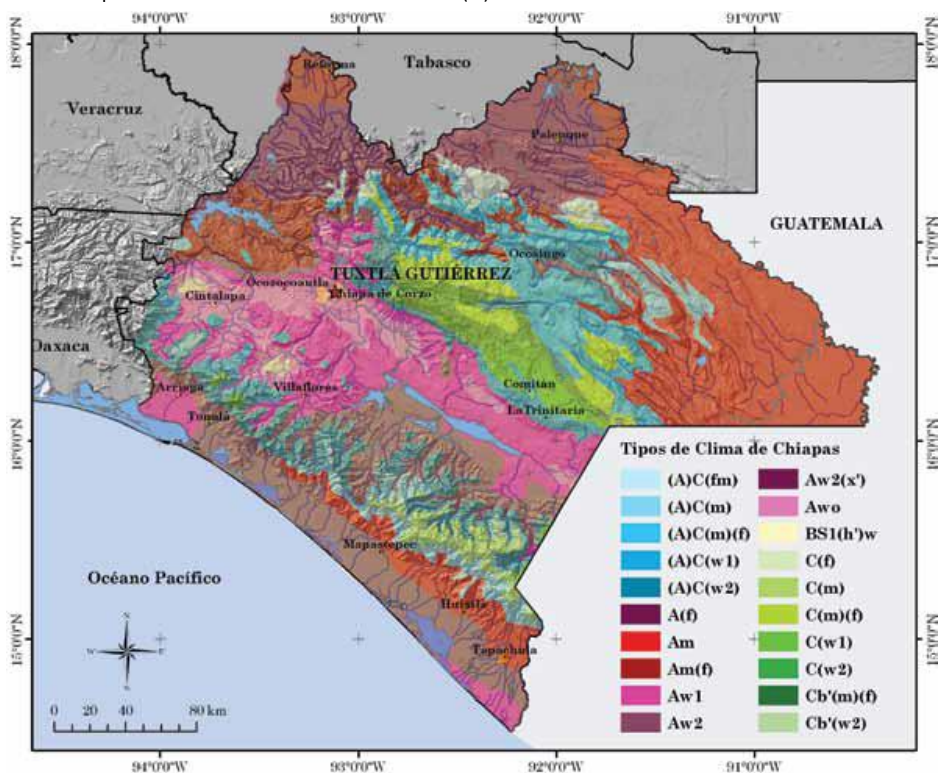


Tabla y grafica tomado de Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad, 2013, Gobierno del estado de Chiapas.

INFRAESTRUCTURA EN CARRETERAS

La longitud de la red carretera total estatal ocupa 23,450 kilómetros de los cuales 6 649 kilómetros están pavimentados, 15 638 revestidos y 1 010.6 son terracerías.

COMUNIDAD RAMÓN F BALBOA

La comunidad de Ramón F. Balboa Pertenece al municipio de Ocosingo, ubicado a 88.2 kilómetros en dirección noroeste de la cabecera municipal. Se realiza un recorrido de aproximadamente 5 horas, la principal vía de comunicación es terrestre, la carretera estatal 218 constituida en su mayoría de terracería.

El clima es cálido la mayor parte del año y cercana a la comunidad se encuentra la reserva natural de montes azules, se considera una altitud de 222 metros sobre nivel de mar y la principal fuente hidrológica es el río Jatate. (Cédula microregional, secretaria de salud 2013)



Imagen satelital de la comunidad de Ramón F Balboa, tomado y modificado de Google maps.

BREVE HISTORIA DE CHIAPAS

Antes de la llegada de los españoles en lo que actualmente se conoce como Chiapas habitaban los chiapa, zoques, tzeltales (teniendo como capital Ocosingo), tzotziles o quelenes, choles, lacandones y mames.

En 1482, se lleva la conquista de Chiapas por los Aztecas bajo el régimen de Tlacatecutli Ahuizotl, obligándolos a pagar tributo en especie, esta conquista se realiza bajo combates y enfrentamientos sin éxito ya que los Chiapa defienden su libertad, antes de la retirada de los aztecas de territorio chiapaneco, dejan dos guarniciones o fuertes en Zinacatán y Soconusco. “Oficialmente la provincia Chiapaneca pertenece a México”.

Posterior a la caída del imperio Azteca por los españoles, aproximadamente 39 años después de la conquista de Chiapas por los Aztecas, El capitán Luis Marín junto a su ejército emprende la conquista de la provincia chiapaneca. Una vez sometida, el capitán Marín tenía la encomienda por Hernán Cortés de fundar una Villa de españoles, sin embargo el capitán Marín se retira sin fundarla, generando un nuevo levantamiento por parte de los indios.

En 1526 se realiza una segunda expedición a territorio Chiapaneco dirigida por Diego de Mazariegos, al llevarse cruentas batallas, los Chiapas se repliegan hacia el peñón de Tepchia en dónde antes de someterse al ejército español deciden precipitarse al vacío.

El 1 de marzo de 1528 Diego de Mazariegos continua con la encomienda de fundar, de forma provisional, una villa a la que llamo Villareal, actualmente Chiapa de Corzo, hasta encontrar un mejor lugar, para ese mismo año se muda la villa a San Cristóbal de las Casas., bajo el mandato de Enrique de Guzmán el 11 de septiembre de 1521 se renombra como villa de San Cristóbal de los Llanos y en 1536 obtiene la categoría de ciudad.

En el ámbito político, la provincia de las Chiapas estuvo sujeta a dos voluntades, por un lado el capitán Diego Mazariegos como teniente de gobernador y al gobierno de la Primera Audiencia de la Nueva España que nombró a Enrique de Guzmán como alcalde mayor.

Alrededor de 1531, Pedro Alvarado solicita al poder real la posesión de ostentar el gobierno de las Chiapas y Guatemala, así el gobierno de Chiapas osciló de una audiencia a otra, hasta que se creó por orden real la Audiencia de los confines por el rey de España Carlos V el 20 de noviembre de 1524. La Audiencia cambia varias veces de residencia, en 1544 a la villa de la Concepción de Comayagua, 1549 a la ciudad de Guatemala 1565 a Panamá, dónde Chiapas dependió nuevamente de la Audiencia de México por 4 años ya que regresó al gobierno de Guatemala hasta 1821 cuando Chiapas se une al movimiento de independencia del gobierno de Castilla.

En 1822 la provincia de Chiapas declara su independencia de la Monarquía española bajo el Plan de Iguala y los tratados de Córdoba, para el 16 de enero de 1822 se expide un decreto en el que se declaraba oficialmente la incorporación de Chiapas a México.

El 19 de marzo de 1823 con la abdicación de Iturbide y la nulificación del plan de Ayala y los tratados de Córdoba, Chiapas quedaba libre para decidir si continuaba junto con México o no. Sin saber qué camino tomar el 18 de abril de 1823 se llevó la “Junta General” donde se consultó la opinión de los habitantes de la provincia de la cual se aclaró que Chiapas se encontraba en condiciones de gobernarse por sí misma. El 13 de junio se decide romper el pacto con México y se reconocían las autoridades de la provincia, formando la Junta Suprema Provisional.

El 4 de septiembre de 1823 Vicente Filisola disuelve la Junta Suprema Provisional generando el 7 de septiembre la diputación provisional y con ella se dio la ratificación del juramento de Reconocimiento a México y se crea el Plan de Chiapas libre. (Instituto de investigaciones jurídicas, 2010)

En 1824 se realiza un referéndum en donde se convocan a todos los habitantes a emitir su voto con el resultado de 95 mil votos a favor a la anexión a México y 60 mil a la anexión a Guatemala, así pues el 14 de septiembre de 1824 se proclama la unión del estado al pacto federal. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos)

INDICADORES CULTURALES

ETNIA

Los grupos originarios de Chiapas son tzeltales, tzotziles, choles, mam, tojolabales, herederos – junto con kanjobales, jacaltecos, motozintlecos y lacandones- de la vieja cultura maya.

Cinco regiones ocupan los indios:

Los altos: tzeltales y tzotziles.

La selva: tzeltales, tojolabales, mames, jacaltecos, Kanjobales, zoques, lacandones y algunos refugiados guatemaltecos.

Norte: choles, tzotziles y tzeltales

Centro: zoques

Frontera de Guatemala y Soconusco: mam, motozintlecos.



La etnia predominante en la comunidad de Ramón F balboa es la tzeltal, aproximadamente un 90%. El porcentaje restante proviene de personas que emigran a la comunidad y se establecen en la misma, sin embargo el 100% de la población adulta se reconoce como indígena.

LENGUAS

En el momento de la conquista se hablaban por lo menos 12 lenguas distintas pertenecientes a 4 grandes familias lingüísticas:

GRUPO DE FAMILIAS LINGUISTICAS	
MIXE-ZOQUENA	ZOQUE
MAYANSE	CHOL, CHOLTÍ, TZOTZIL, TZELTAL, COXOH, CABIL (CHICOMULTECO), MOCHÓ (MOTOZINTLECO), TECO Y MAM
OTOMANGUE	CHIAPANECA
UTOAZTECA	NÁHUATL

En el año 2010 el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) reporta que en el estado de Chiapas de un total de 1 149 499 personas mayores a 5 años hablan algún dialecto, lo que representa el 27% del total de 4.5 millones de habitantes. Así mismo reporta que de cada 100 personas, 14 no hablan español.

De las lenguas con más hablantes se encuentran:

Lengua indígena	Número de hablantes (año 2010)
Tzeltal	461 236
Tzotzil	417 462
Chol	191 947
Zoque	53 839

Actualmente en el estado de Chiapas de hablan 22 lenguas indígenas a las 12 originales se le han agregado algunas procedentes de Oaxaca (zapotecos, chinantecos, mixtecos y mixes) otras provenientes de Campeche y Yucatán (maya) y de Veracruz centro de México (náhuatl), otras más llegaron con el refugio guatemalteco (chuj, aguacateco, cakchiquel, quiché, kekchí e ixil).

En la comunidad de Ramón F Balboa, con una población de 1194 habitantes, el 100% de las personas mayores a 5 años hablan en Tzeltal y el 40% aproximadamente español, esto principalmente en grupos jóvenes ya que las clases se imparten en español y conservan la lengua materna. (Cedula microregional, Secretaría de Salud, 2013).

COSMOVISIÓN SALUD-ENFERMEDAD

En la actualidad, ante la falta de servicios de salud acordes con las necesidades de la población indígena, en muchas de ellas se conservan aún prácticas médicas tradicionales.

López y Teodoro (2006) Se refieren a la cultura como: la red o trama de sentidos con que le damos significado a los fenómenos o eventos de la vida cotidiana. Entendiéndose sentido como un entramado de significados vividos y actuados dentro de un grupo social determinado.

Dichos autores también mencionan que al abordar el estudio de la medicina tradicional hay que apreciar que es parte de la manifestación de la cultura de un pueblo, en específico, la forma en que los indígenas conciben la salud y la enfermedad, la forma en la que se pierden o restablecen, lo cual se manifiesta en la terapéutica empleada en el proceso de curación.

De este modo se hace alusión de la cosmovisión ya que por medio de éste proceso se explican así mismos y al mundo que los rodea.

En su trabajo “la cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena” López y Teodoro concluyen que la medicina tradicional indígena Tzotzil y Tzeltal es fundamentalmente de origen prehispánico, que tiene como eje rector su cosmovisión y que descansa sobre bases mágicas y religiosas además mencionan que las causas por las que se pierde la salud son principalmente “porque la persona transgrede las reglas sociales por los dioses, ancestros, la naturaleza y la comunidad en general. Las prácticas terapéuticas mágico-religiosas tienen como objetivo la recuperación de la estabilidad física y moral del paciente con los dioses, ancestros, la naturaleza, la comunidad, su familia”.

En el estudio mencionado comentan que la salud se recupera a través del médico indígena, el cual es intermediario entre el mundo sobrenatural y del hombre común. Así describen dos tipos de enfermedades, las naturales y sobrenaturales, las primeras no causan gran malestar y se curan solas, mientras que las segundas son causadas por medio de brujería y pueden causar la muerte.

Mediante el estudio se concluye que el uso de plantas medicinales para recuperar el estado de la salud son instruidas mediante sueños que tienen los médicos indígena, en los cuales por mediación de los dioses saben qué plantas indicar para curar al enfermo.

INDICADORES SOCIALES

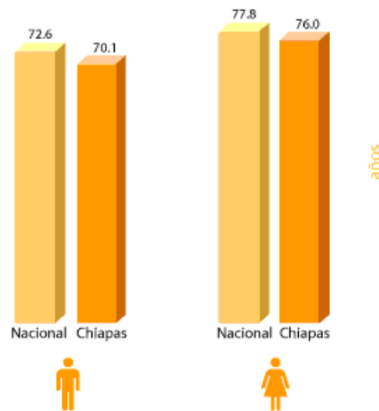
POBLACION

POBLACIÓN			
INDICADOR	CHIAPAS	OCOSINGO	RAMON F BALBOA
POBLACIÓN TOTAL	4,796,580*	198,887 ** (2010) 202 656** (2013)	1,194*** (2013)

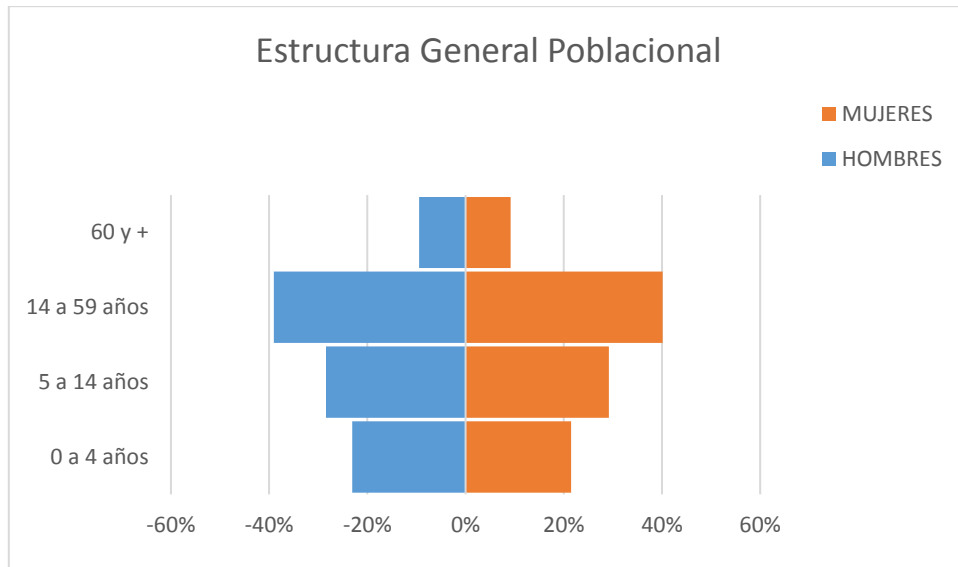
En el año 2010 el total de población en Chiapas era de 4, 796,580 habitantes. Para el año 2013 la comunidad de Ramón F Balboa representa el 0.58% de la población de Ocosingo, de un total de 202, 556 habitantes.

El crecimiento de población de Chiapas ha sido constante, de 4.7 millones en 2010 a 5.2 millones para el 2015, con una natalidad en el 2016 de 140 356 nacimientos y una mortalidad de 26 691 defunciones, reportándose como principales causas: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos.

La esperanza de vida en el estado de Chiapas para el 2016 se reporta:



A continuación, se presenta la estructura general de la poblacional de La comunidad de Ramón F balboa con una población de 1194 habitantes:



El grueso de la población se encuentra entre el rango de edad de 14 a 59 años, con un aproximado de 80% del total de la población.

Durante la estancia de la pasantía en Ramón F Balboa no se presenta registro y control de mujeres embarazadas ya que en su totalidad son atendidas por parteras, de igual manera, existe un subregistro de la natalidad, al no reportarse ningún nacimiento (control de hojas diarias de Consulta Externa).

Se reportaron dos muertes, la primera se registró por ahogamiento y la segunda se desconoce el motivo sin embargo contaba con antecedente de tumoración a nivel abdominal sin determinar origen ya que la paciente no deseaba atender dicha patología.

EDUCACIÓN.

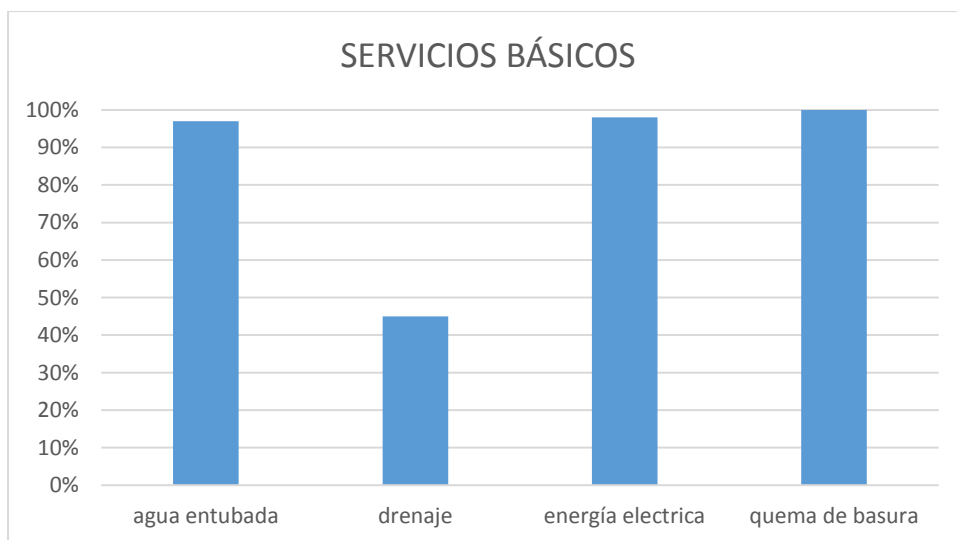
A nivel nacional la carencia por rezago educativo representa un 19.2% y estatal en un 33.5%. EL grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más en zonas rurales (consideradas como Zonas de Alta Prioridad) es de 5.4.

El alfabetismo en personas de 15 años o más en el estado de Chiapas es de 550,844 personas de las cuales el 79.5% provienen de zonas rurales de alta prioridad. (Secretaría de Desarrollo Social, 2015)

La comunidad de Ramón F. Balboa cuenta con servicio de educación desde nivel preescolar hasta bachillerato. Al ser zona de influencia de otras regiones cuenta con gran número de asistentes en sus instalaciones, sin embargo no se cuenta con cifras exactas de la cantidad de asistentes a dichos planteles educacionales, ni tampoco se cuenta con el número de personas analfabetas en la región.

VIVIENDA

Se contabiliza un total de 146 familias conformado la misma cantidad de hogares. En la siguiente gráfica se presenta las características de dichas viviendas y los servicios básicos con los que cuenta.



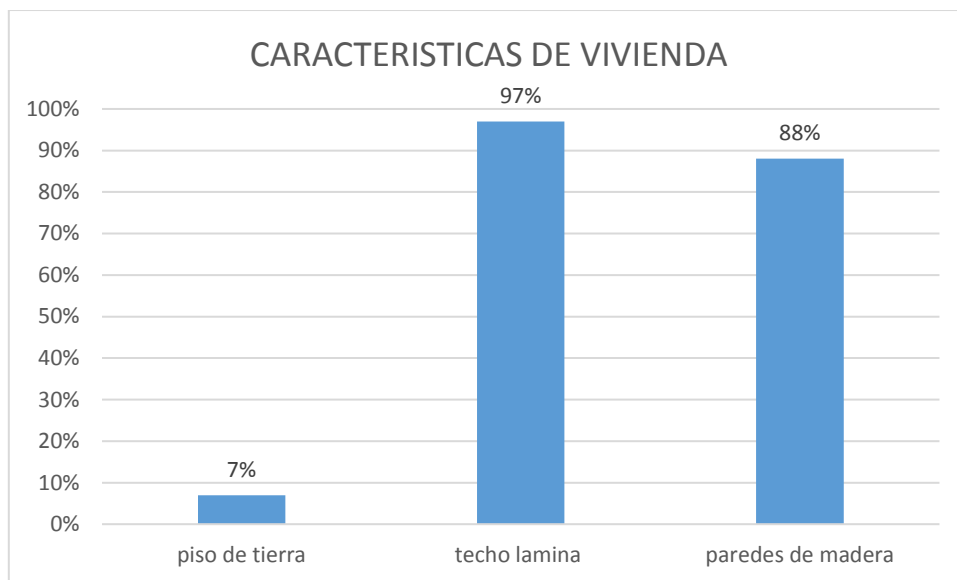
Agua entubada: el 97% de las viviendas cuentan con servicio de agua entubada de los cuerpos hídricos cercanos a la población, el resto lo obtienen mediante la toma directa de ríos o arroyos.

Drenaje: Menos de la mitad de las viviendas cuentan con servicio de drenaje, el mayor desecho de excretas se realiza mediante fosas sépticas.

Energía eléctrica: EL 98% de las viviendas cuentan con servicio de energía eléctrica, sin embargo, el servicio no es funcional los 365 días del año ya que el tendido eléctrico sufre diversas averías en su trayecto, durante el tiempo de pasantía pude constatar que al menos una vez al mes la comunidad se quedaba sin luz eléctrica hasta por una semana.

Recolección de basura: EL 100% de la población emplea la quema de basura.

A nivel nacional la carencia por servicios básicos de la vivienda, representa 21.2% y a nivel estatal el 56.8%.



La mayor parte de las viviendas se encuentran construidas de materiales no perdurables, más del 80% cuentan con paredes de madera, techo de lámina, por el contrario, más del 90% cuenta con piso de cemento.

A nivel nacional el porcentaje de carencia por calidad y espacios de la vivienda es de 13.6% y a nivel estatal del 29.1% (Secretaría de Desarrollo Social, 2015).

RELIGIÓN

El 100% de la población mayor de edad profesa la religión cristiana, la única celebración que se festeja es la relacionada a semana santa.

SERVICIOS DE SALUD

La comunidad cuenta con una unidad médica de primer nivel de atención por parte de Secretaría de Salud, el cual cuenta con 1 consultorio de medicina general y 1 consultorio de urgencias, cuenta con el equipo médico básico para atención de consulta, farmacia con limitado medicamento sin cubrir el listado requerido descrito en el CIE10 (Catalogo Internacional de Enfermedades) para primer nivel de atención.

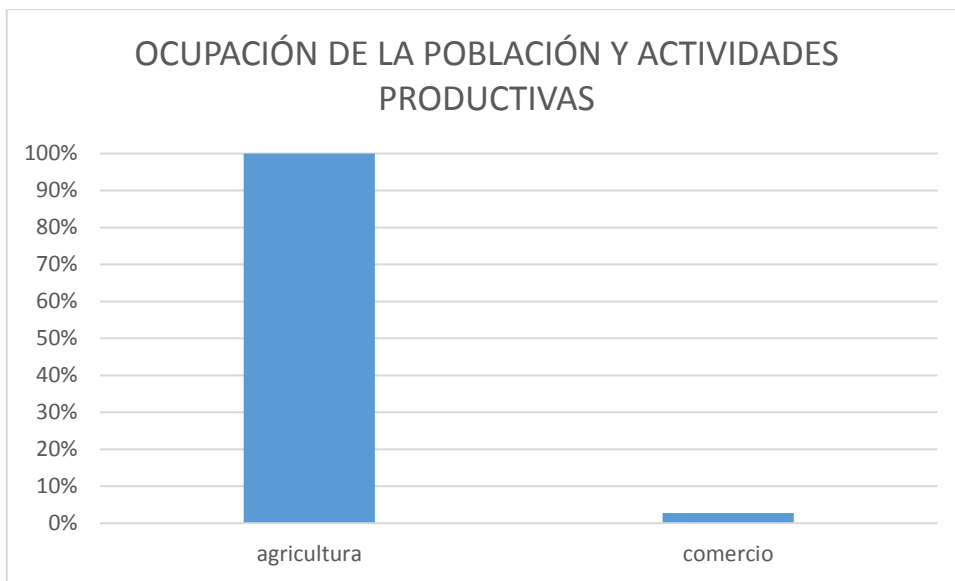
En cuanto a recursos humanos, Me encontraba yo cómo médico pasante. La comunidad cuenta con un comité de salud formado por los mismos pobladores, conocidos cómo auxiliares de salud, sin embargo no cuentan con preparación académica. Las parteras brindan su servicio de forma particular, apegadas a usos y costumbres.

Se cuenta con unidad de referencia a centro de salud con servicios ampliados en la comunidad de San Quintín, que se encuentra a una distancia de 45 minutos – 1 hora en transporte terrestre, sin embargo no cuenta con servicio quirúrgico de urgencia, de ser necesario se refiere a pacientes a Hospital Básico Comunitario en la cabecera municipal de Ocosingo, que cómo ya se mencionó, se encuentra a 6 horas de distancia.

A nivel estatal la población sin derechohabiencia a servicio de salud en el año 2015 fue de 2, 001,532 personas, de las cuales el 66.5% lo representan las Zonas Rurales de alta Prioridad (Secretaría de Desarrollo Social, 2015).

INDICADORES ECONÓMICOS

OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTIVIDADES PRODUCTIVAS



La principal ocupación de la población es la agricultura de la cual dependen el 100% de las familias a manera de autoconsumo, en esta actividad interviene la mayor parte de los miembros de la familia, ya sea para la siembra, recolección y/o almacenamiento de los productos que obtienen. Entre los productos que se producen de forma local es el maíz, frijol, café, productos de origen animal como pollo, huevo y por parte de algunas familias la crianza de ganado.

El comercio, a forma de venta de productos misceláneos, es la actividad económica productiva de mayor relevancia ya que en la comunidad se encuentran cuatro tiendas con productos básicos, sin embargo se combina con la agricultura para obtener mayor ingresos económicos y se benefician 4 familias.

INDICADORES POLÍTICOS

ORGANIZACIONES SOCIALES

En las comunidades indígenas se continúa practicando formas propias de autogobierno, las cuales han evolucionado desde tiempos precolombinos conocidos como “usos y costumbres”.

El trabajo comunitario es la base social de la comunidad de Ramón F balboa, lo que implica que las necesidades de la comunidad son cubiertas por la población, organizándose de forma calendarizada, para así trabajar por familia en algún proyecto. Este trabajo se desarrolla por el concepto de comunidad, el cual se refieren como una sola unidad, o una sola alma a lo que obliga a tener un pensamiento único.

Gómez H hace mención de las diferencias conceptuales que enmarcan a la comunidad indígena de la comunidad política en la que vivimos, expone que los miembros de la comunidad natural (indígena) comparten intereses, actividades y perspectivas generando un sentido de identidad compartidos por los habitantes que deriva a su pertenencia en comunidad, mientras que en la comunidad política puede o no compartirse las características anteriores, se incorporan a la entidad como individuos y gobernados y no necesariamente comparten una idea global de comunidad.

PARTIDOS POLÍTICOS

Aunque en la comunidad de Ramón F Balboa la población de 18 años o más era mayoritariamente partidaria del Partido Revolucionario Institucional, en el centro de salud se brindaba atención médica a otras regiones, entre ellas se encontraba la comunidad vecina “Champa San Agustín” que pertenecía a los denominados grupos de autodefensa pertenecientes al EZLN.

En los primeros días brindando el servicio social se me presenta una situación peculiar ya que al encontrarme dando consulta llega un masculino de 28 años de edad aproximadamente, procede a sentarse en una banca de espera y después de atender varias consultas me percató de que el joven aún seguía esperando, un poco desconcertado me acerco a él para preguntar si le podía ayudar a lo que me contesta que quería consulta, le respondo que pase a consultorio para poder tomar sus signos vitales y poder brindar la atención, sin embargo, me contesta que esperará hasta que cierre el centro de salud para poder pasar. Sin entender el motivo continúe brindando consultas a los pacientes que acudían al centro de salud. Al transcurrir varias horas y a punto de cerrar el centro de salud se acerca el joven y pasa al consultorio, en ese momento sentí un poco de preocupación ya que me encontraba solo en el centro de salud y ya no habían más pacientes para ser

atendidos, sin más le pregunto al joven el motivo de la consulta y el sólo se limita a contestar que era “sapo”, la respuesta me dejó más confundido y solo me limité a preguntar a qué se refería con eso, me contestó que era Zapatista.

Aunque tenía poco conocimiento sobre el movimiento zapatista, nunca había tenido contacto con alguien que perteneciera a ese movimiento, en realidad me generó temor ya que como mencioné en el primer apartado, tenía la creencia de que las personas pertenecientes al movimiento EZLN, sólo querían llevar la contraria a cualquier aspecto relacionado con el gobierno.

Durante los meses que brindaba servicio en comunidad el contacto con los grupos de autodefensa fue en aumento, acudiendo a dichas comunidades a dar consulta domiciliaria y la perspectiva hacia estos grupos fue cambiando hasta quedar sorprendido por el alto grado de organización dentro de la comunidad.

Sin duda alguna la situación política del estado de Chiapas es muy compleja, la mayor parte del tiempo se vive tranquilamente, con una paz tan frágil que en cualquier momento puede surgir algún enfrentamiento.

Para comprender un poco más la situación haré una breve reseña del movimiento zapatista, ya que si bien, la organización dentro de cada comunidad es sorprendente, en algunas ocasiones corrí riesgos al pertenecer en esos momentos a una institución gubernamental.

EJÉRCITO ZAPATISTA DE LIBERACIÓN NACIONAL

El movimiento zapatista tiene sus orígenes en dos hechos históricos importantes: Las fuerzas de liberación nacional (FLN), que a su vez inicia con movimientos sociales tales como el magisterial de 1958, el ferrocarrilero de 1958 a 1959 y el médico de 1965, concluyendo con el movimiento estudiantil de 1968. La violenta respuesta oficial a la petición del diálogo abrió opciones nuevas de acción y participación para generar acciones y opciones de participación política entre ellas: partidos políticos, asociaciones cívicas y guerrillas ⁽¹⁾, (Hernández 2007, p 265).

En segunda instancia, se nombran las luchas agrarias en Chiapas (Ibíd. 267), al igual que las fuerzas de liberación nacional, tiene su origen en diversos hechos histórico en relación con la lucha indígena y campesina, sublevándose al régimen desde hace 500 años, iniciando con la conquista de la corona española (1521-1810) hasta una larga dictadura (1876-1910).

EL mismo autor menciona que, aunque dichos hechos se dieron de manera paralela y en diferentes puntos geográficos, confluyen en algún punto, con los pocos datos disponibles es posible establecer lo siguiente: La selva Lacandona había sido lugar de campo de operaciones guerrilleras a finales de los años setentas. El 6 de agosto de 1969 se funda FLN y en 1972

regresa a la selva como nuevo proyecto político, adquiriendo un rancho que funciona como hogar y cuartel, dando paso a su primera célula a la cual llamaron *Grupo Guerrillero Emiliano Zapata*.

Casi después de año y medio es localizada dicha célula y es desbaratada por los aparatos de represión, dónde muere César Yáñez (fundador de FLN), quedando al mando su hermano, Fernando Yáñez, adoptando el nombre de “Comandante Germán”. Aproximadamente nueve años después el grupo guerrillero no solamente toma la selva como campo de adiestramiento militar, sino también hizo contacto con los pueblos indígenas del lugar.

En el año de 1993 el “comandante Germán” deja de ser el responsable de la estrategia militar para quedar en su lugar el “Subcomandante Marcos”. Así en 1994 se iniciaron movimientos comunitarios libres en las regiones indígenas chiapanecas, en inicio fueron los pueblos de la selva y los altos, conforme pasaron los meses se extendió la base zapatista hacia el norte y la frontera con Guatemala. Dicho levantamiento se da en aras constitucionales, basados en el artículo 39 de la Constitución de México, que indica que la soberanía reside en el pueblo y que este tiene el derecho inalienable de alterar o modificar su forma de gobierno, de éste modo la población indígena nombra sus propias autoridades (Nolasco et al, 2008).

Posterior al levantamiento los zapatistas emprendieron iniciativas enfocadas a tejer redes de resistencia con la sociedad civil y buscar interlocución con las fuerzas políticas y sociales del país y del estado de Chiapas. Desde enero de 1994 hasta el nacimiento de los caracoles en 2003, la autonomía ha sido concebida como un proyecto construido por los civiles, dónde los militares cumplen con el funcionamiento de “acompañantes” sin intervenir directamente en el ejercicio del gobierno, (Ornelas 2004 p. 73).

La formación y funcionamiento de los Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas (MAREZ) tienen un carácter de reagrupamiento territorial a partir de diversos nexos históricos: pertenencia a una etnia, trabajos en común, situación geográfica etc. Estos municipios son el resultado de la afinidad entre sus pobladores.

Los Municipios Rebeldes Zapatistas basan el ejercicio de su autonomía en las leyes revolucionarias, dadas a conocer el 1 de enero de 1994. Un aspecto central de la comunidad zapatista es la búsqueda del consenso, al enfrentarse a pobreza extrema y dificultades para la producción inmediata, los pobladores han aprendido acerca de la necesidad de llegar a acuerdos que incluyan a la mayoría de la población. “El trabajo colectivo, el pensamiento democrático la sujeción del acuerdo de la mayoría, son más que una tradición en zona indígena, ha sido la única posibilidad de sobrevivencia, de residencia, de dignidad y rebeldía.” (Ibíd. 74)

CONCLUSIONES

Durante el año que brindé servicio social en la comunidad de Ramón F. Balboa, existía un plan de desarrollo municipal de Ocosingo, con fecha del 2012 al 2015, el cual basa sus objetivos alineándolos con los objetivos del milenio (declaración del Milenio, Asamblea de la Cumbre del Milenio, ONU), el cual tenía como directriz disminuir el índice de marginación mejorando las condiciones de pobreza y exclusión social.

Si bien se implementan varios proyectos de desarrollo social, tanto federal, estatal y municipal, para mejorar la calidad de vida de los habitantes, es necesario realizar estudios confiables para poder aplicar dichos proyectos ya que se presentan estadísticas no confiables. De manera personal, contrastando los datos estadísticos oficiales y los que recopilé para el desarrollo de éste trabajo, así mismo en vivencias propias, los datos no concuerdan.

De la igual forma, es necesario dar seguimiento estrecho a dichos programas y generar mayores estudios sobre los beneficios de los mismos ya que, cómo lo menciona el programa municipal, se debe buscar el máximo beneficio en la población general.

CAPÍTULO 3

PERFIL DE MORBILIDAD

INTRODUCCIÓN

En este apartado se reportará el perfil de morbilidad de la comunidad Ramón F. Balboa durante el periodo de 5 meses que se brindó consulta (contemplando los meses de marzo, mayo, junio, agosto, septiembre). Tiene como centro eje el reporte de las 10 principales patologías registradas, 10 principales enfermedades transmisibles y las 10 principales no transmisibles, se presentarán en gráfica con el número total de casos registrados en el periodo de tiempo comprendido de los meses mencionados en los que se otorgó consulta en la comunidad, haciendo una comparativa entre la estadística estatal y federal.

Derivado a la observación de las gráficas y la comparativa con datos estadísticos estatales y nacionales se generarán conclusiones relacionadas a la incidencia de dichas patologías y si las condiciones generales de la comunidad tienen injerencia en la morbilidad de las patologías.

Al cambio de adscripción de comunidad para continuar con la pasantía se hace la acotación, a manera de explicación, el motivo y las actividades que se desempeñaron en los meses de octubre, noviembre, diciembre, enero y febrero en el Hospital Básico comunitario de Ocosingo. No se contemplan actividades en el mes de julio, ya que en dicho mes se aplicó periodo vacacional.

Dentro de las actividades a desempeñar durante el año de servicio social se lleva a cabo el seguimiento y cumplimiento de metas de programas específicos, por ejemplo, control de embarazo, parto y puerperio, método de planificación familiar, control de enfermedades crónicas degenerativas, vacunación, entre otros (Noemí L 2014). Sin embargo dichos programas no se llevaron a cabo en forma ya que la falta de datos para el cumplimiento de los mismos deriva de la inexistencia de personal e insumos necesarios para la aplicación de los mismos, principales motivos para solicitar cambio de unidad para poder concluir el servicio social.

Posterior al cambio de adscripción, las actividades a desempeñar en el área hospitalaria consistían en trabajo de hospitalización, es decir, se realizaban ingresos a hospital llenando el expediente clínico, se pasaba visita a pacientes hospitalizados, se generaban notas médicas con el estado actual del paciente y así mismo ajustes al tratamiento, se ingresaba a

quirófano como ayudante en el caso de tratamientos quirúrgicos de las diversas especialidades, de igual manera se realizaban derivaciones a hospitales de tercer nivel, así mismo una vez por semana se otorgaban consultas generales, en total éramos 5 pasantes los que prestaban servicio en dicho hospital con un horario mixto rotativo de 7:00 hrs a 15:00 hrs y de 14:00 hrs a 22:00 hrs y se realizaban guardias nocturna cada 3 días con duración de 9 horas.

CONSULTAS GENERALES 2013

Durante el periodo de 5 meses en la comunidad de Ramón F Balboa se dieron un total de 1789 consultas, de las cuales 1170 fueron de primera vez que representan el 65.3% del total de consultas otorgadas y 619 subsecuentes que representa el 34.6%, teniendo en el mes de junio el mayor número de consultas con un total de 423 otorgadas de primera vez y subsecuentes.

MES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL
MARZO	211	23	234
MAYO	156	18	174
JUNIO	268	155	423
AGOSTO	113	144	257
SEPTIEMBRE	277	90	367
OTROS	145	189	334
TOTAL	1170	619	1789

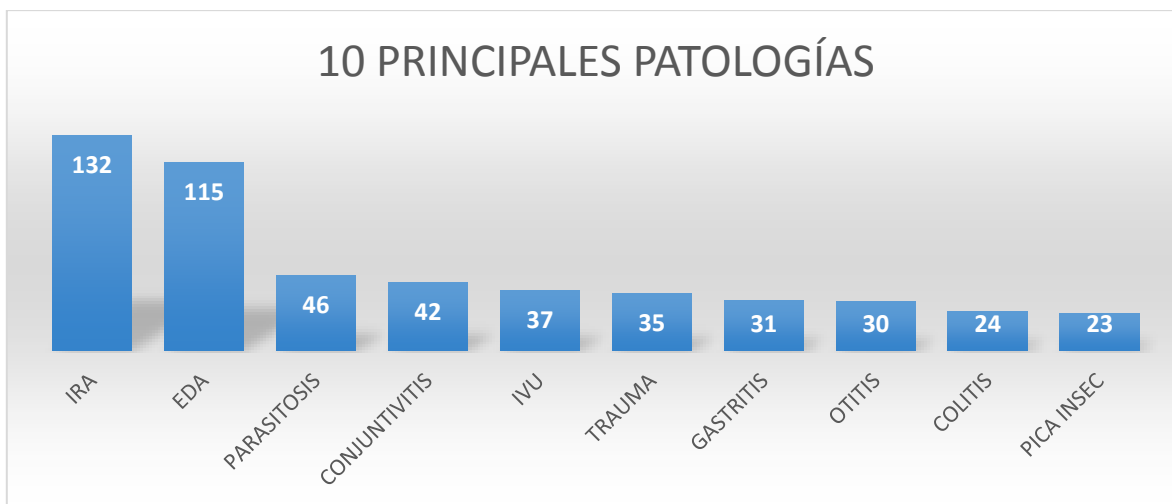
Concentrado total de consultas de primera vez y subsecuentes, tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa. 2014. Mario P.

Dentro de las consultas de primera vez se reportan las 10 principales patologías registradas en la comunidad incluyendo las infecciosas (transmisibles) con 425 casos y las no infecciosas (no transmisibles) con 90 consultas dando un total de 515 consultas de primera vez. Como se mencionó en la tabla anterior en el rubro de *otros* se encuentran las enfermedades crónico degenerativas que ingresan a control de primera vez, (por lo general se hacía un diagnóstico presuntivo por clínica), sin embargo al no contar con medios para llevar adecuado control se genera un subregistro ya que el seguimiento era llevado por el mismo paciente mediante uso de medicina tradicional con el empleo de plantas medicinales.

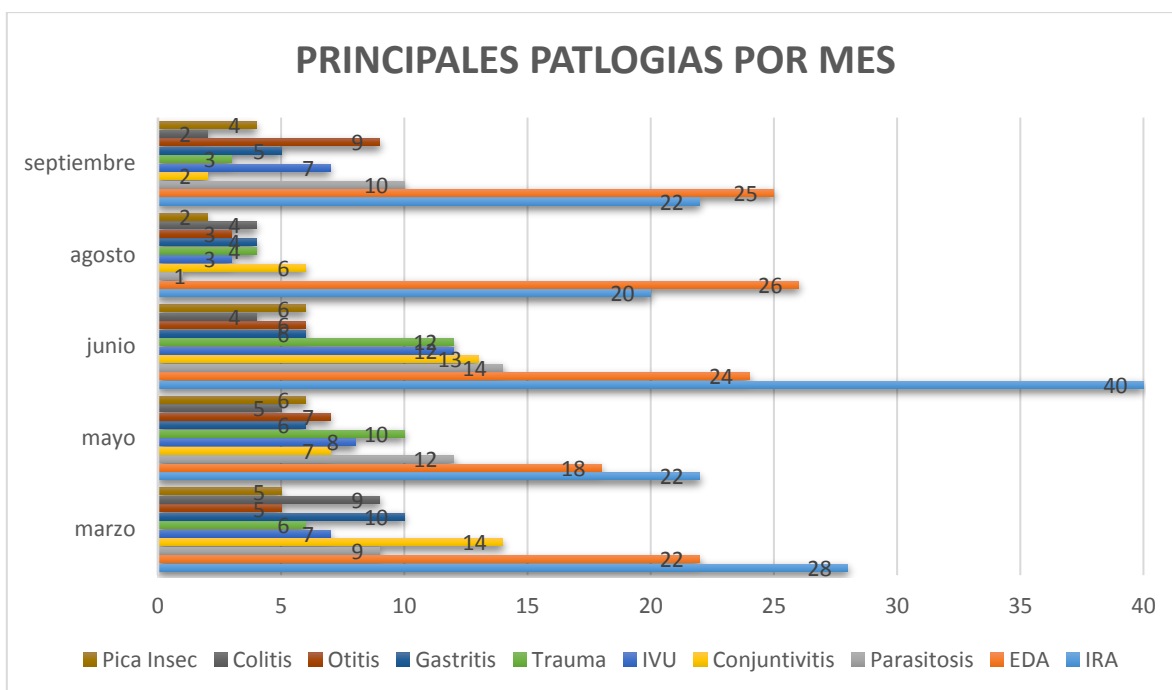
Por otro lado del total de 1789 consultas otorgadas, se observa que solo 619 fueron consultas subsecuentes. Si se considera que de las 1170 consultas de primera vez, por lo menos debían

acudir a una consulta subsecuente para solución y/o seguimiento de patología solo el 52.9 % de las enfermedades tienen un seguimiento.

10 principales patologías en general registradas en la comunidad de Ramón F Balboa en los meses de marzo, mayo, junio, agosto y septiembre del 2014



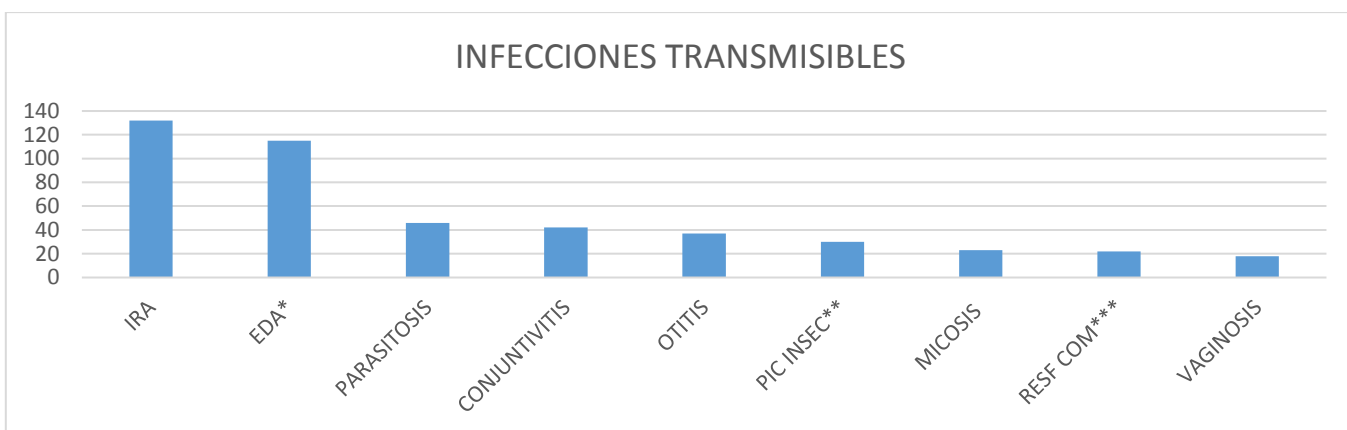
Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa. 2014. Mario P.



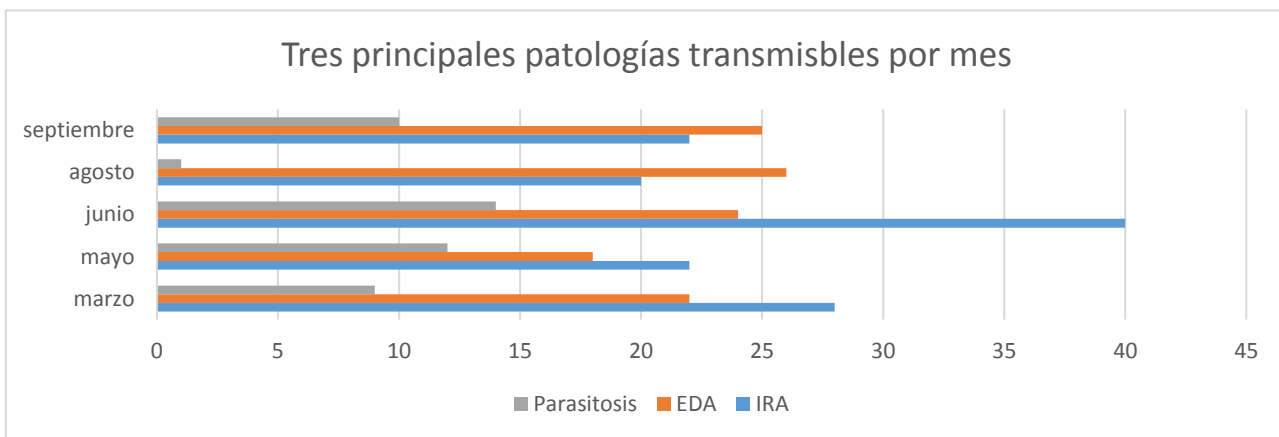
Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.

Del total de consultas registradas de primera vez se observa que las enfermedades transmisibles ocupan los primeros tres lugares en incidencia, siendo así las Infecciones Respiratorias Agudas las que se presentaron en mayor número en los 5 meses que se otorgó consulta en la comunidad, así mismo se observa que en el mes de junio se reportaron más casos que en algún otro mes, obteniéndose el pico más alto con un total de 40 consultas.

10 enfermedades transmisibles en la comunidad de Ramón F Balboa en los meses de marzo, mayo, junio, agosto y septiembre 2014



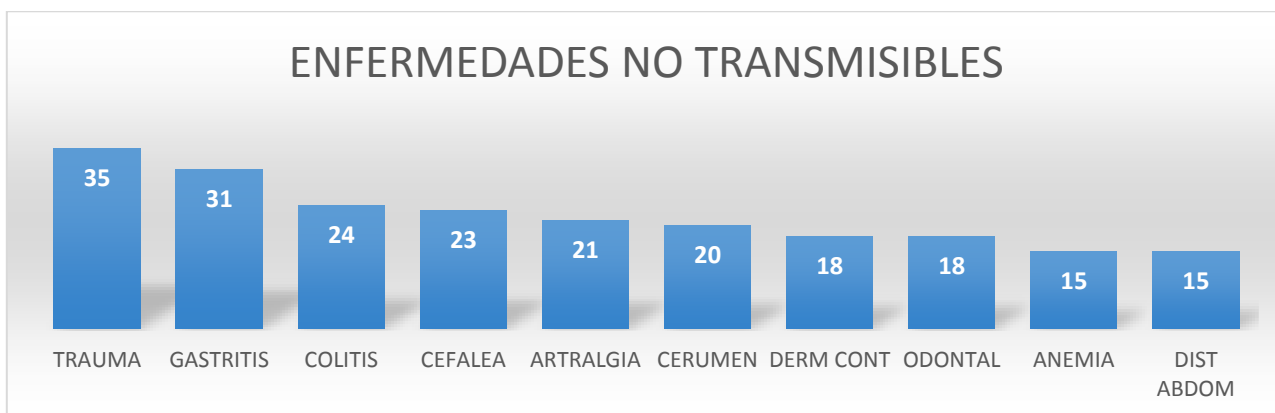
Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.



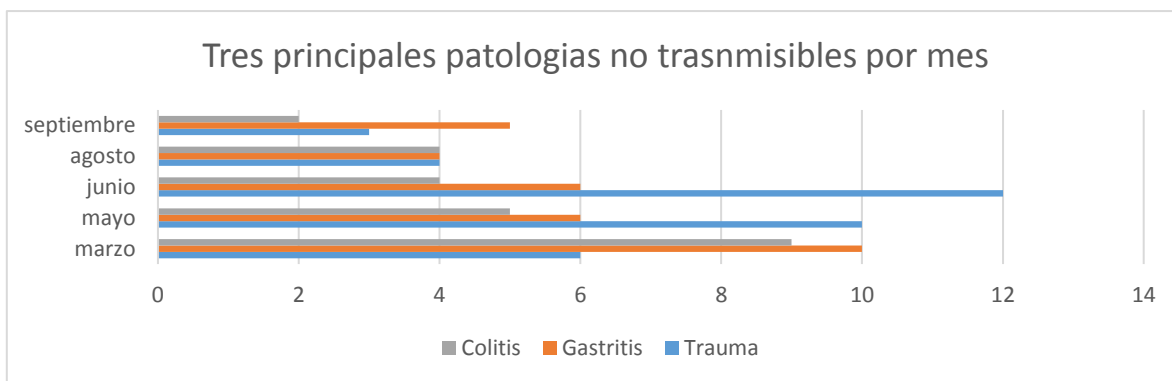
Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.

Como se reporta en las gráficas anteriores, Las Infecciones Respiratorias Agudas y Las Infecciones Diarreicas Agudas Ocupan el primer y segundo lugar, respectivamente, en cuanto a casos registrados, Al igual se reporta que ambas presentan similitud en cuanto a casos ya que presentan una prevalencia en los 5 meses mayores a 20 por mes. En tercer lugar se visualizan las parasitosis, que aunque de menor incidencia, se reportan casos durante los 5 meses.

10 principales enfermedades no transmisibles registradas en la comunidad de Ramón F Balboa en los meses de marzo, mayo, junio, agosto y septiembre del 2014



Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.



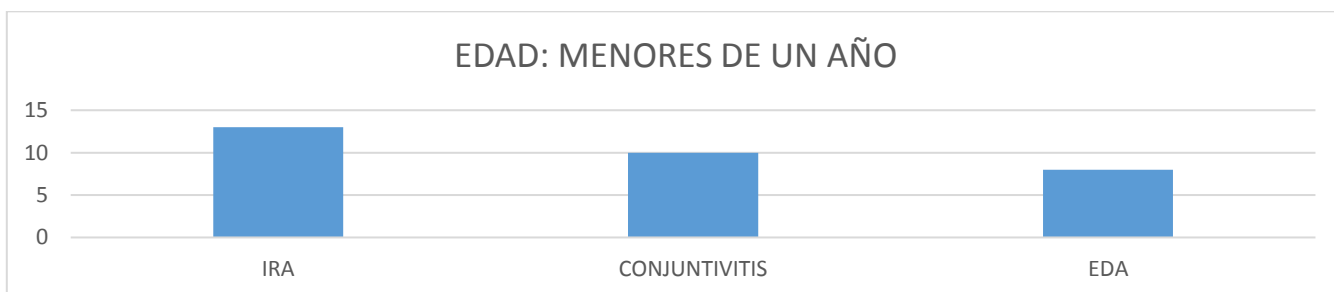
Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.

Los traumatismos, gastritis y colitis representan las primeras tres causas de consulta de enfermedades no transmisibles, alcanzando el pico más alto en el mes de junio, con un total de 12 consultas por padecimientos relacionados con traumatismos.

DAÑO DIFERENCIAL

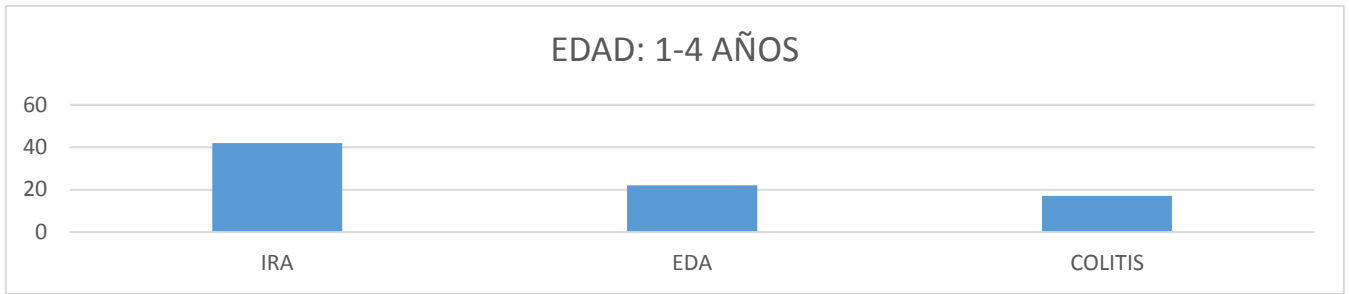
En este apartado se pone de manifiesto las primeras tres patologías que afectan a la población dividida por grupo etario, dividiéndose en los siguientes grupos de edad: menores a 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 años a 49 años y 50 años y más.

Se puede observar, cómo quedó manifiesto en el apartado anterior de las 10 principales patologías registradas, que las enfermedades transmisibles son las que ocupan los primeros lugares en registro de consultas por grupo etario, siendo así las Infecciones Respiratorias Agudas la de mayor aparición con un total de 132 consultas, siendo el grupo de 5 a 14 años el más afectado con un total de 43 caso.



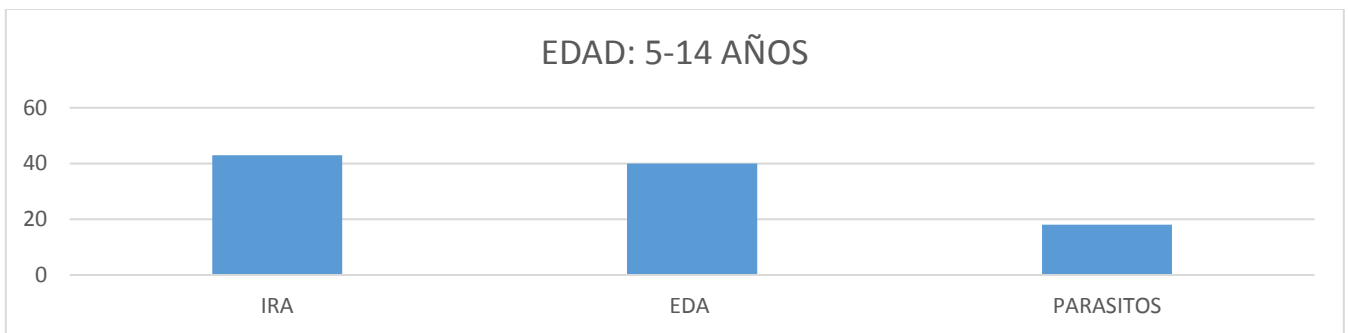
Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.

Si bien, las Infecciones Respiratorias Agudas se presentan con mayor frecuencia en este grupo, las conjuntivitis tienen una prevalencia importante ocupando el segundo motivo de consulta, durante la consulta general se observaba las condiciones precarias de higiene de manos dado a la necesidad de contar con servicios de urbanización, específicamente el de agua intubada.



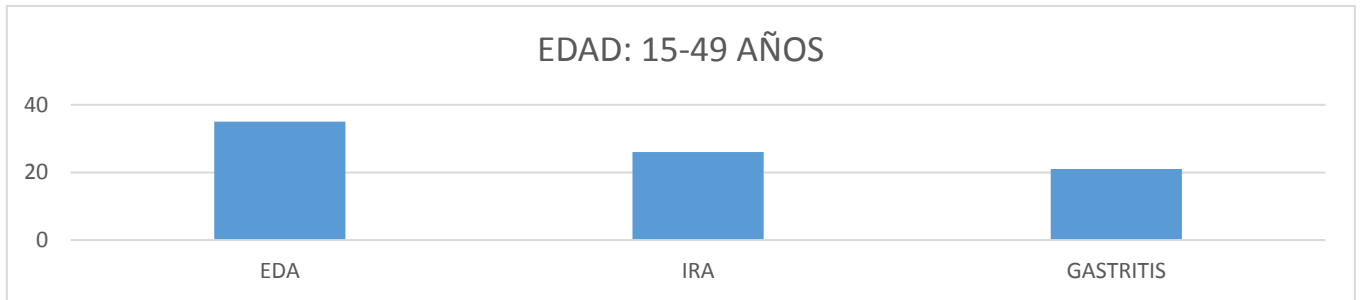
Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.

En este grupo se pone de manifiesto que una de las principales causas de consulta son las relacionadas con padecimientos gastrointestinales, teniendo como datos clínicos dolor abdominal, distensión abdominal, modificaciones en las características de la evacuación, de igual manera que en el grupo anterior, una de las causas de propagación de dichas patologías era la falta de agua intubada y el adecuado manejo de excretas por falta de drenaje.



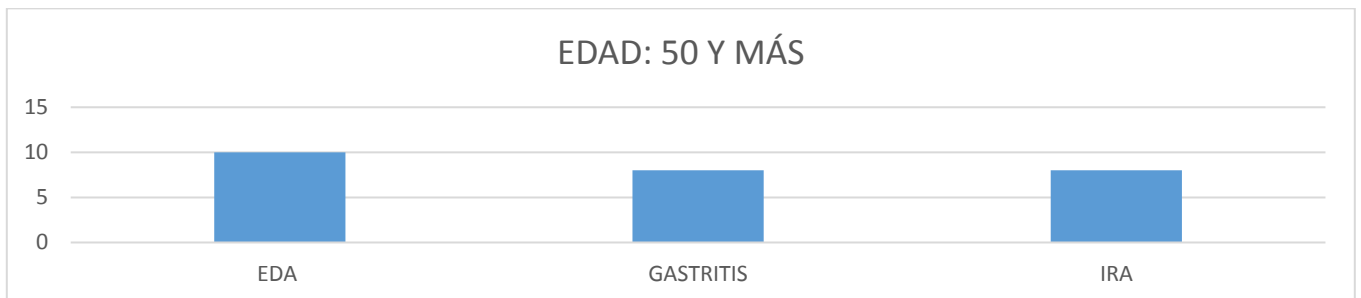
Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.

Dentro de las principales patologías reportadas se observa que las parasitosis ocupan el tercer lugar de consulta con un total de 18 casos para este grupo, queda aclarar que el diagnóstico de parasitosis se realizaba solamente para el padecimiento de *teniasis* ya que el paciente o el familiar reportaban la presencia de las mismas en las heces, la falta de servicios de salud complementarios para realización de paraclínicos como coproparasitoscópicos dejaban fuera otras parasitosis.



Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.

A partir de este grupo etario se observa una modificación en cuanto a principales causas de consulta, siendo así que las relacionadas con padecimientos gastrointestinales, en específico las Infecciones Diarreicas Agudas ocuparán el primer lugar en atención, se observa además que la gastritis se reporta como la patología no transmisible más prevalente en este y el siguiente grupo, con un total de 45 casos de Enfermedad Diarreica Aguda y 28 casos de gastritis.



Tomado de hoja de registro diario de consulta Ramón F Balboa, 2014, Mario P.

Se puede observar que los padecimientos gástricos desplazan a los respiratorios así pues las Enfermedades diarreicas ocupan el primer lugar debido a la falta de servicios básicos como drenaje o agua intubada, las gastritis como consecuencia de la poca variedad de productos alimenticios que puede consumir la población ya que se limita a la ingesta de productos cosechados dentro de la misma región en donde la dieta contiene productos irritantes como el café, chile, uso de aceites y grasas de origen animal para la cocción de los alimentos, entre otros.

CONCLUSIONES

Durante el tiempo que se otorgó consulta en la comunidad de Ramón F Balboa, de los datos obtenidos del registro de la hoja diaria de consulta, se observa que la patologías con mayor

número de casos registrados son las enfermedades transmisibles, siendo así que las infecciones respiratorias agudas son la primer causa de consulta en dicha comunidad, seguidas por las Enfermedades Diarreicas Agudas.

Dichas estadísticas no se encuentran alejadas de las registradas a nivel Estatal, En el anuario de morbilidad de epidemiología del gobierno de México en el año 2019 (epidemiología, salud, gob, anuario) , se reportan a las Infecciones Respiratorias Agudas como el primer padecimiento con un total de 606 980 casos y en segundo lugar a las Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas como el segundo padecimiento, con un total de 210 397 casos, Cabe destacar que dichas patologías presentan casos en todos los grupos de edad

En el mismo anuario se enlista otros padecimientos de índole no transmisibles, siendo así las úlceras, gastritis y duodenitis el cuarto lugar en registro. En el caso de Ramón F balboa, las enfermedades estomacales no relacionadas a transmisión ocupan el segundo lugar, siendo superadas por Traumatismos con 4 casos más

A nivel Nacional se reporta en el año 2019 como principales causas a las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas con 23 778 438 casos y 5 360 604 respectivamente.

Por el corto tiempo transcurrido en el que se otorgó consulta en la comunidad de Ramón F Balboa, de ser posible concluir, se observa que las condiciones generales de vivienda ya que en más de un 80% están construidas de materiales no perdurables. Dentro de las casas se cuenta con estufas de leña con alta exposición a biomasa generando una mayor susceptibilidad a Infecciones Respiratorias Agudas. La falta de servicios básicos de saneamiento como drenaje, ya que solo el 40% de los hogares cuenta con dicho servicio, podría ser factor importante en la transmisión de enfermedades diarreicas. Entre otras condicionantes a destacar se ubican las económicas y educativa dado a que la población se ve limitada a la compra de diversos productos entre ellos los alimentarios. Contar con servicios de salud adecuados y de calidad tiene gran repercusión en el control epidemiológico de la morbilidad, se observa que al no generar seguimientos de patologías por abandono institucional, falta de recursos tanto materiales como humanos, centros de derivación cercanos y laboratorios para realizar paraclínicos influye negativamente en la adecuada atención a la salud.

De lo referido en las gráficas se Observa que el mayor porcentaje de enfermedades registradas son aquellas de índole trasmisibles las cuales pueden ser prevenibles con un adecuado seguimiento epidemiológico por parte de las unidades sanitarias. (J. Chin 2001, Washington DC). Sin embargo, ¿Cómo podría ser esto posible sin considerar los factores que repercuten directamente en la calidad de vida de la población? Sabiendo que la comunidad de Ramón F Balboa se considera como una de las poblaciones con mayor rezago a nivel nacional, dejando demostrado la situación precaria en vivienda, servicios básicos de urbanización y salud.

CONCLUSIONES FINALES

CONCLUSIONES SECCIÓN 1: PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

Sin lugar a dudas, el servicio social ha sido la etapa formadora con más impacto en mi persona, el deber ser con la responsabilidad que conlleva ya cómo profesional de la salud, encausar mis conocimientos y la aplicación de los mismos a ayudar a recuperar el estado de salud de las persona.

El proceso de adaptación personal en la comunidad fue hasta cierto punto sencillo, dejando a un lado el inconveniente del idioma, las personas fueron amables y me llegué a sentir acogido, nunca hubieron altercados que pusieran en riesgo mi integridad y en la mayoría del tiempo me sentía cómodo, los pobladores me proveían de alimentos y velaban por mi seguridad.

No puedo considerar que hubo un proceso de adaptación profesional en su totalidad, ya que si bien hubieron muchas experiencias gratificantes, puedo concluir que la mayoría del tiempo me encontraba improvisando, sobre todo en aquellos casos en los que el conocimiento no era suficiente, de mi parte podría realizar diagnósticos pero el proceso de recuperación de la salud era un largo camino, sin perder la objetividad de ésta conclusión, el centro de salud donde presté mis servicios carecía en demasía de recursos básicos para poder realizar de manera apropiada mi encomienda, así pues puedo citar que en ocasiones los medicamentos eran insuficientes, no se contaba con personal de enfermería y era poca la ayuda que recibía por parte de la Secretaría de Salud en materia de proveer recursos para poder desempeñar mis obligaciones.

Intentar adaptarse a un sistema de vida completamente diferente al habitual es un arduo trabajo, pero si las condiciones son en su mayoría adversas, este trabajo resulta imposible, por esta situación decidí solicitar mi cambio de unidad y así fue como los últimos meses de servicio los concluí en el Hospital Básico Comunitario de Ocosingo. Puedo decir que en este lugar hubo algo más que un proceso de adaptación, ya que el trabajo que desempeñaba era el mismo que de Medico de Pregrado, de la misma forma se otorgaban consultas con el reporte de la hoja diaria, se asistía como ayudante en cirugías, se reportaban estados y seguimiento de salud de pacientes hospitalizados, ya un sistema completamente familiarizado.

Sobre la adaptación institucional puedo concluir que si bien nunca había sido responsable en llevar un control en formatos para generar reportes de actividades no resulta difícil la elaboración de los mismo, más sin embargo sí suelen ser infructuosos ya que aun reportando el trabajo no siempre se cubren las precariedades y/o faltantes de los centros de salud.

CONCLUSIONES SECCIÓN 2: DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIA

Hablar de la comunidad de Ramón F Balboa es hablar de una comunidad con alto índice de marginación, así pues puedo concluir que durante el tiempo que presté servicio social en dicha comunidad pude observar la falta de recursos económicos y sociales a los que se enfrentan día a día sus pobladores.

Si bien la Constitución Política De los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4° nos habla sobre el derecho a la protección de la salud, en ésta comunidad se dimensiona un gran rezago en cuanto al cumplimiento de dicho derecho, a tal grado que el centro de salud no brindaba servicio desde dos años atrás.

Las recomendaciones internacionales (PIDESC) sugieren importantes puntos en cuanto a materia de salud en grupos vulnerables entre los cuales se encuentran los pueblos originarios, principalmente se cita que se debe prestar atención en medidas específicas que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud, contemplando que dichos servicios deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, así mismo proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios. En todo caso el estado Mexicano intenta brindar servicios de salud a este grupo específico ya sin mencionar que lo hace impartiendo una medicina Occidental, quedando un gran trecho en el cual se debe trabajar para que el servicio de salud pueda otorgarse como lo indican las recomendaciones.

Concluyo que hay mucho trabajo que realizar en materia de salud para que en la comunidad de Ramón F Balboa se dé el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, dejando a un lado que se trata de un grupo vulnerable y las especificaciones que con ello conlleva, en concreto me refiero al cumplimiento de un derecho al que todo humano debería gozar.

CONCLUSIONES SECCIÓN 3: SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD.

Aunque si bien existen diversos programas en aras de mejorar la calidad de vida de las personas en cuestión de salud, se puede concluir que en la comunidad de Ramón F Balboa dichos programas no se llevan a cabo o en su defeco se aplican de manera parcial, perdiendo continuidad e inclusive interrumpiendo su aplicación.

El interés que manejan las dependencias de gobierno hacia el cumplimiento de los mencionados programas, en algunas ocasiones no va más allá de protocolos redactados y publicados de forma oficial, normando las actividades a realizar, pero sin mayor propósito en la adecuada aplicación de sus proyectos, En el Plan Municipal de Desarrollo Ocosingo 2015-2018 se menciona que el aspecto de la salud es considerado como uno de los principales ejes de dicho programa, sin embargo y sin el afán de generalizar, en la comunidad de Ramón F

Balboa sólo tres programas tuvieron seguimiento en cuanto a cumplimiento, en primer lugar el de apoyo, ya sea económico o en especie, por parte de seguro popular y el programa de vacunación, cabe mencionar que el segundo programa inició o continuó posterior a que solicitó apoyo a jurisdicción sanitaria para la aplicación de biológicos en la población, esto se realizó dos meses posterior a la insistente solicitud y el tercer programa es el de consulta, que si bien durante el desempeño de la misma se llevaba registro y reporte de algunos programas no se abarcaban en su totalidad.

En cuanto a la morbilidad se puede concluir que las condiciones sociales, económicas e inclusive políticas de la comunidad de Ramón F balboa, cómo es de suponerse, tienen gran impacto en la presentación de las diversas patologías, sin embargo en condiciones precarias es difícil intentar brindar servicios de salud de calidad a lo que conlleva violentar el derecho a preservar la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Cámara de diputados H. Congreso de la Unión, 2020, recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm

C. Ramírez, 2012, El entorno histórico en el que se dio el servicio social, Gaceta Médica de México, México.

UAM, 2020, Recuperado de: <http://cdvin.azc.uam.mx/cdvin/ServicioSocial/Objetivos.html>

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, Dirección General de Enseñanza En Salud, 1992, *Manual del Pasante de Medicina*, Programa Nacional De Servicio Social en Atención Médica, México.

A. Mejía, H. Romero, 2017, La Relación Médico Paciente: El Desarrollo Para Una Nueva Cultura Médica, Rev Med Electrón, México.

López, 2015, El Derecho a la Salud en México, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Montiel, 2004, Derecho a la Salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria, Revista *IIDH*, México.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, documentos básicos, suplemento. 2006 recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de la Naciones Unidas, 1976.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2020.

Ley General de Salud, 2020, última reforma DOF 24-01-2020.

Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad (CONABIO). 2013. La Biodiversidad en Chiapas: Estudio de Estado. Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad/Gobierno del Estado de Chiapas. México.

Cédula Microregional Ramón F Balboa, secretaría de salud del estado de Chiapas, 2013, Ocosingo, Chiapas.

Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, México.

Comisión Nacional de la Derechos Humanos, recuperado de <https://www.cndh.org.mx/noticia/incorporacion-de-chiapas-al-pacto-federal>

López y Teodoro, 2006, La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. Ra Ximahi, Vol 2, num 1, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015, Gobierno de México.

Secretaría de Desarrollo Social, 2015, Gobierno de México

Hernández, 2007, orígenes y antecedentes del EZLN, espacios públicos, vol 10, número 9, Toluca, México.

Nolasco M, 2008, los pueblo indígenas de Chiapas, atlas etnográfico, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Ornelas R, 2004, Hegemonías y emancipaciones del siglo XXI, La autonomía como eje de la resistencia zapatista. *Del levantamiento armado hasta el nacimiento de los caracoles*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina.

Noemí Lam Osnaya, Subsistema de prestación de servicios SIS 2015, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, México, 2014.

https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_estatal.html

James chin, el control de las enfermedades transmisibles, 2021, organización panamericana de la salud. Washington DC.

Plan Municipal de Desarrollo Ocosingo 2015-2018, Honorable Ayuntamiento Municipal, Ocosingo, México, 2015.