

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

LICENCIATURA EN MEDICINA

ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE MORBILIDAD EN ÁREA URBANA Y
RURAL, REGISTRADA EN CASA DE LA MUJER IXIM ANTSETIC,
PALENQUE Y CLÍNICA AUTÓNOMA LORENZO ESPINOZA,
ARROYO GRANIZO, OCOSINGO, EN EL PERIODO 1 DE FEBRERO
2021 AL 31 ENERO 2022

PALENQUE, MUNICIPIO PALENQUE, CHIAPAS
PERIODO: FEBRERO 2021 – ENERO 2022

MPPS:

LUZ MARIANA ALVAREZ VALDIVIA

ASESOR INTERNO:

MAESTRO JOEL HEREDIA CUEVAS

ASESORA EXTERNA:

LUZ MARIANA ECHEVERRIA ALMARAZ

Contenido

PRIMERA PARTE	2
PROCESO DE ADAPTACIÓN	2
Personal.....	2
Comunitario	4
Institucional.....	5
SEGUNDA PARTE.....	7
INTRODUCCIÓN.....	7
Análisis de incidencia en un área urbana y un área rural	7
MARCO TEÓRICO.....	8
OMS: Derecho a la salud	8
México: Derecho a la Salud	10
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO.....	15
Panorama general de Chiapas.....	15
Palenque	19
Arroyo Granizo.....	24
CONCLUSION. Contraste y experiencia con los servicios de salud.....	29
TERCERA PARTE.....	34
SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS.....	34
Resultados Palenque.....	34
PROGRAMAS	37
Atención a la mujer durante embarazo, parto y puerperio	37
Evaluación y Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño.....	43
Control del Paciente con Enfermedades Crónico-Degenerativos	46
Detección oportuna de cáncer cervicouterino	52
Detección oportuna de víctimas de violencia.....	55
Resultados Arroyo Granizo.....	56
PROGRAMAS	58
Atención a la mujer durante embarazo, parto y puerperio	58
Evaluación y Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y del Niño	63
Control del Paciente con Enfermedades Crónico-Degenerativos.....	67
Detección oportuna de cáncer cervicouterino.....	75
Detección oportuna de víctimas de violencia.....	76

PERFILES DE MORBILIDAD.....	78
PERFILES GENERALES CAM.....	78
DAÑO DIFERENCIAL CAM.....	83
ARROYO GRANIZO.....	88
DAÑO DIFERENCIAL ARROYO GRANIZO.....	93
CONCLUSIONES.....	98
BIBLIOGRAFIA.....	99

PRIMERA PARTE

PROCESO DE ADAPTACIÓN

Personal

Durante la carrera de medicina en la UAM me formé expectativas del servicio social en la primera vez que un profesor nos habló sobre esto, aunque aún me encontraba cursando los primeros trimestres y no tenía idea de lo que implicaría en un futuro. Como es bien sabido, hacer el servicio en plazas foráneas no es la única opción. Existen diversos programas con variedad de actividades, sin embargo, varios médicos que nos impartían clases hablaban de las comunidades de difícil acceso y sin vías de transporte, de la delincuencia organizada, sobre pasantes secuestrados, de las condiciones carentes en las que se llega a dar la consulta, así como la carencia de luz eléctrica, señal y red de internet. En esos momentos figuraba diversas situaciones y dificultades que se vivían según las anécdotas de los profesores, pero no imaginaba que realmente tomaría la decisión de vivirlas también.

Los primeros 6 meses del servicio social permanecí en Palenque, en donde me sentí totalmente cómoda con el clima cálido, el paisaje y la gente. Durante esos primeros 6 meses noté que iba cambiando mi perspectiva de la profesión. Sentí que tuve una deconstrucción, principalmente por la forma en la que nos acostumbran al ámbito hospitalario durante nuestras prácticas. Para ese momento, había pasado 1 año (como todos los Médicos Internos de Pregrado) en un ambiente en donde las jerarquías son la base del funcionamiento del servicio y en donde la mayoría de las consultas son impersonales y se identifica al paciente por el número de cama. Un problema importante, que no se expone muy a menudo, es que dentro del programa de estudios de la carrera no se incluye alguna formación en relaciones interpersonales, o profundización de la relación médico-paciente.

En un ámbito personal, empecé a vivir la cercanía, la adaptación de mi forma de dar consulta dependiendo de la persona, la adaptación de mí misma al paciente y la relación que establecía con ellos. Así mismo empecé a vivir la importancia del vínculo emocional, de vivir los duelos del paciente y resolverlos junto a ellos. El servicio superó mis expectativas y me sentí más útil para la sociedad que en cualquier otro momento de mi vida.

Dentro de estos intentos de adaptarme a las preocupaciones e intereses de los pacientes, ocurrieron diversas situaciones que narraré a continuación. Cada una de ellas me pareció interesante y me ayudó a dar un vistazo a la diversidad de las personas.

Por una parte, me encontré con personas que se adaptaron fácilmente al intento que hice de horizontalizar la relación médico-paciente. Esto fue evidente a través de la participación de los y las usuarias al hacer preguntas sobre los medicamentos, sobre su enfermedad y proponiendo el uso de herbolaria sin que yo tomara iniciativa con las interrogantes. Con otras personas preguntaba: ¿Qué piensa usted del tratamiento? o ¿Qué piensa del estudio que le mandé a realizar? y las respuestas eran variadas por la individualidad de las personas y sus condiciones. Algunas respondían que sí pensaban hacerlo o seguirlo, aunque no siempre era de esa manera, otras expresaban sus deseos de hacer lo necesario para combatir su enfermedad, pero no siempre contaban con los recursos económicos o redes de apoyo.

En algunas otras ocasiones no logré establecer buenas relaciones y estas variaciones en la relación médico-paciente (que fueron negativas en mi opinión) se mantuvieron en el área urbanizada y en la rural en proporciones similares.

Uno de los retos a los que me enfrenté fue que algunos pacientes que requerían seguimiento de padecimientos crónico-degenerativos tenían mal apego al tratamiento farmacológico, y de igual forma a las medidas dietéticas. Reflexionando sobre las razones de su mal apego identifiqué algunas, como son: la disponibilidad de alimentos, la preferencia de alimentos, los efectos secundarios que sufren por los medicamentos y, por último, una razón que no fue preguntada a los usuarios pero que pude identificar es que, como médicos, no nos enseñan a conocer los valores, intereses y preocupaciones de las personas, usualmente sólo nos enfocamos en la parte que técnicamente podríamos resolver.

Durante mi estancia en Palenque en Casa de la Mujer, particularmente recuerdo un caso de diagnóstico de VIH a una mujer. Desde que realicé la exploración física surgió mi sospecha diagnóstica, sin embargo, necesitaba los estudios de laboratorio para elaborar la referencia. Cuando la usuaria regresó al consultorio con los resultados positivos, tuve que tranquilizarme y pensar para dar la noticia lo más

claro y empático posible. Considero que fue de los momentos que más me impactaron del servicio, porque en ese momento fui especialmente sensible a los sentimientos de contratransferencia de la paciente. En esa ocasión, por un momento no me sentí capaz de expresar palabras de calma, lo que pude hacer fue explicar lo más claro posible el padecimiento, los pasos a seguir para el tratamiento e intentar resolver todas las dudas de la familia, ya que la mujer acudió con su suegra, su esposo y otros familiares. Mi intención fue mantener la consulta lo más privada posible al momento de dar el diagnóstico, pero fue decisión de la usuaria informar en ese momento al resto de su familia, lo que fue una situación de crisis compartida entre varias personas, dificultando la comunicación efectiva. En ese momento la persona que me apoyó fue Carmen (quien desempeña actividades como coordinadora del área de economía solidaria y es la encargada de la marca de subsidio “Kiptic” de CAM) que de suerte aún seguía en el establecimiento.

Comunitario

La salud como concepto ha ido cambiando a través de los años y fue enseñada para nosotros siendo estudiantes de medicina como aplicable en todos los contextos. Con el paso de los meses, fui apropiándome de algunos matices que escuchaba en otros. En las diversas conversaciones casuales que se han dado con variedad de personas, con diferentes ocupaciones, la mayoría relacionan el concepto de salud con el buen comer y el disponer de alimentos buenos (nutritivos, no transgénicos, dados por su propia tierra). Ninguna respuesta incluyó la salud mental dentro del concepto de salud, por lo que pregunté por separado el concepto que se tenía sobre salud mental y una respuesta que me asombró fue de una mujer que dijo: “Para mí, la salud mental es no ser maltratadas por los hombres, no ser tratadas como inferiores y tener amor para nosotras mismas”. Ya en el ambiente de la consulta, algunas de las quejas, dolencias y motivos de consulta de las personas que pude escuchar tanto de la zona urbana de Palenque como de la comunidad rural fueron: cansancio asociado a falta de vitaminas, dolor crónico asociado al desgaste articular por el tipo de trabajo físico. Algo que con frecuencia era mencionado por las mujeres es la sensación de preocupación que ocasionaba pensamientos repetitivos por tensiones de la vida diaria que se exacerban en horarios nocturnos ocasionando insomnio. Entrando en tema sobre la “falta de vitaminas”, se hacía evidente que algunas personas sabían que los alimentos tienen lo que necesitamos para vivir (excluyendo alguna patología que implique suplementos extra). En la región existe la costumbre de tomar “pozol” (bebida tradicional preparada a base de una masa de maíz, agua y en ocasiones cacao) a medio día para mejorar el cansancio por el trabajo físico. Sin embargo, algunos otros se retiraban inconformes cuando solicitaban inyecciones intramusculares, aplicaciones endovenosas o tratamientos con suplementos vitamínicos y no se

otorgaban, con una debida explicación sobre el riesgo y beneficio de cada uno. En cuanto al factor emocional en mujeres, era común las alteraciones en la presión arterial en mujeres jóvenes, para lo que es usado el níspero y para el insomnio, muy frecuentemente, la valeriana. Es interesante que las personas usan esas dos plantas de forma temporal ya que es de su conocimiento que el padecimiento en sí es temporal y que no mejorará a menos que lo haga el problema que lo causó. Así mismo es común la aplicación de infusiones de sosa y maguey morado para curaciones en heridas menores para evitar la infección. En otros padecimientos se usan otras variedades de plantas, sin embargo, no se conocen sus nombres, solamente reconocen la planta y saben que se usa para tratar cierta enfermedad. Las parteras conocen muy bien las plantas que utilizan y muchas personas ancianas también conocen el buen comer y herbolaria tradicional. A las parteras no sólo se les pide consejo de las mujeres con un embarazo en curso, sino de la planeación de un embarazo, de la pérdida del embarazo y de los bebés recién nacidos. Una experiencia personal que ocurrió durante una campaña de detección oportuna del cáncer cervicouterino en la comunidad de Las Tazas fue que enfermé de gastroenteritis probablemente bacteriana. En esa ocasión, la loperamida y dieta astringente no ayudaron en absolutamente nada, hasta que me prepararon un té astringente con hierbas que desconozco, deteniendo la diarrea unas horas después. Para ese momento ya había recibido hidratación iv y antibioticoterapia sin mejoría.

Hablando ya un poco del remanente de la pandemia de Covid-19, cuando llegué a la comunidad de Arroyo Granizo aconteció un rebrote durante el mes de agosto 2021. Las personas con probable Covid-19 decían (en sus propias palabras) que les había "dado o caído la fiebre", otros negaban padecer la enfermedad clínicamente evidente, argumentando que era una "gripe simple" y otros omitían todos los síntomas solicitando únicamente "algo para la tos". Usualmente se mantenían con tratamientos herbolarios hasta que empeoraban los síntomas, momentos en los cuales acudían a la clínica autónoma a revisión, además, pude notar que las personas que más presentaban complicaciones eran aquellas que presentaban comorbilidades como sobrepeso/obesidad, DM 2 o dislipidemias, justo como lo mencionaba la literatura hasta ese momento.

Institucional

El espacio de la casa de la mujer es un espacio donde fundamentalmente se realizan labores de empoderamiento feminista a las mujeres, apoyo emocional y, por consiguiente, protección de la violencia. Así mismo, se fortalece la organización comunitaria, se organizan talleres de capacitación en donde se rescatan conocimientos naturales de las mujeres y se construyen nuevas ideas colectivas. En diversas ocasiones CAM actúa como centro de referencia de comunidades en donde laboran promotores y promotoras de salud, parteras y médicos pasantes de la UAM (CAM 20 años) permitiendo y favoreciendo la canalización de mujeres a segundo nivel de atención, lo que resulta en un alto porcentaje de consulta de mujeres que habitan en áreas rurales.

El origen del proyecto se remonta a la región sur de México, región chiapaneca (cañada de Santo Domingo y algunas regiones de las cañadas de Ocosingo). Dentro del marco político, social y económico de ese entonces con el movimiento EZLN que surgía en 1996 se creó la organización no gubernamental Salud y Desarrollo Comunitario A.C con sede en Palenque, Chiapas (CAM 20 años). En los inicios del proyecto se buscaba "formar promotores, promotoras y parteras de diversas comunidades, logrando de esta manera que atendieran las enfermedades y problemas más comunes de la región". (SADEC, 2020)

Dos años después, se creó la Casa de la Mujer "Ixim Antsetic", misma que se independizó de SADEC en el 2004. Los primeros campos y problemáticas abordados en esa época eran la salud familiar, la salud reproductiva, violencia doméstica e intrafamiliar, el acceso a derechos, como salud, justicia etc. (CAM 20 años). El equipo de trabajo que en sus inicios se conformó para definir el proyecto de salud comunitaria de SADEC y casa de la mujer estuvo integrado por médicos, médicas, promotores de salud y pasantes que poco a poco fueron identificando la diversidad de necesidades de las mujeres y fue así como se implementaron con el tiempo otras disciplinas para el apoyo integral y holístico de las mujeres.

Actualmente el proyecto de SADEC A.C. en conjunto con la Universidad Autónoma Metropolitana, a través del proyecto universitario de Desarrollo Humano en Chiapas permite la participación de médicos (as) y estomatólogos (as) pasantes de servicio social durante 1 año en actividades en las clínicas autónomas, CAM y casa del caminante. En las clínicas autónomas podemos mencionar los siguientes programas:

- Atención Prenatal
- Control de Niño sano de 0 años a 4 años 11 meses
- Control de Niño sano de 5 años a 11 años
- Control de Crónico-degenerativos como Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Sobrepeso y Obesidad
- Control y seguimiento de pacientes con Tuberculosis
- Programa de Víctimas de Violencia

De forma general, SADEC tiene función en diversas áreas de trabajo como el apoyo a productores de café con la venta de café, efectuando comercio justo, destinando un porcentaje al subsidio de SADEC, que no recibe apoyo gubernamental; trabajo coordinado para otorgar consulta médica y dental en regiones con alto grado de marginación, capacitación de promotoras y promotores en salud comunitaria o sexual y reproductiva, salud dental, partería y actualizaciones de los mismos, y, por último, organización para la cooperación y fortalecimiento de estructuras de

organización local y regional comunitaria. En las diversas regiones en donde se desenvuelve el proyecto, existe un trabajo articulado con autoridades y comités de salud que tienen presente la formación de personal local en el área de la salud hasta la creación de la infraestructura básica.

SEGUNDA PARTE

INTRODUCCIÓN

Análisis de incidencia de morbilidad en un área urbana y un área rural

Se hará un análisis de incidencia de morbilidad con base en diagnósticos de hombres y mujeres de la localidad de Palenque, municipio de Palenque, que es considerada un área urbana con grado medio de marginación (CONEVAL, 2021), tomando los datos de consulta por 6 meses dentro de “Casa de la Mujer Ixim Antsetic”, establecimiento que brinda atención prioritariamente a las mujeres. En un segundo análisis y buscando hacer contraste con la comunidad de Arroyo Granizo, municipio de Ocosingo, mismo que tiene un grado alto de marginación (CONAPO, 2010), tomaremos los datos de la consulta médica por 6 meses en la clínica autónoma “Lorenzo Espinoza”, lugar donde se brinda atención a toda la población, aunque la mayoría de las personas que acuden son mujeres y niños.

Existen diversos indicadores de marginación que se miden en ambas poblaciones desde el año de 2010. Además de estos indicadores, se revisarán algunos determinantes básicos y del cuidado de la salud dentro del contexto social, haciendo énfasis en los que se han tratado de mejorar en los últimos años acorde a las normativas internacionales y reformas a las políticas públicas.

En otros análisis de varios autores se ha establecido previamente la diferencia rural y urbana de la incidencia de algunas enfermedades, principalmente entre infecto-contagiosas y crónico degenerativas. En este caso a pesar de que Palenque es categorizada como localidad urbana, dentro de la Casa de la Mujer se atiende población de distintas comunidades rurales del municipio de Palenque.

Citando la información municipal de Palenque, el grado de marginación es alto teniendo como única zona urbana la localidad de Palenque (CONAPO, 2010). Cuenta con un hospital general, centro de salud y diversos establecimientos privados. El grado de marginación de Ocosingo es muy alto, teniendo como zonas urbanas a Tenango, Ocosingo, Nueva Palestina y Frontera Corozal (CONAPO, 2010). La comunidad de Arroyo Granizo cuenta con una casa de salud y una clínica autónoma, sin servicios privados de salud.

MARCO TEÓRICO

OMS: Derecho a la salud

El Derecho a la Salud es considerado un derecho que integra la prevención de la enfermedad y su curación, tomando importancia el entorno físico y social de las personas, lo que supondría un compromiso mayor por parte de los Estados y una visión integral del ser humano.

Con anterioridad al desarrollo del Derecho a la Salud, los organismos internacionales, formaban el concepto haciendo enfoque en “curar la enfermedad” y la forma de enfrentar los problemas de salud por parte de los gobiernos se concentraba en la beneficencia pública.

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946 fue institucionalizada internacionalmente la definición actual de salud. Con el desarrollo del concepto también fue necesario implementar mecanismos de verificación y control de las obligaciones de los Estados, así mismo, se considera que no es posible lograr el pleno goce del Derecho a la Salud, si se es privado de otros derechos (OMS 2002). Para la evaluación del respeto al derecho a la salud se pueden observar 4 criterios establecidos:

(a) *Disponibilidad*. Deberá haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

(b) *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación;
- Accesibilidad física;
- Accesibilidad económica (asequibilidad);
- Acceso a la información.

(c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

(d) *Calidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

La Corte Interamericana ha determinado que los principios de derechos humanos que están vinculados con el derecho a la salud son tres: de progresividad, de indivisibilidad y de interdependencia.

El derecho humano a la salud, al pertenecer a la categoría de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, está condicionado a las

posibilidades económicas de cada país, así como del paciente, el principio de progresividad supone que tendría que ir hacia el progreso dentro de las posibilidades económicas. Está prohibida la inactividad de los estados en la implementación de acciones para la mejora de las condiciones para ejercer el derecho a la salud incluyendo a los grupos vulnerados. (OMS 2002)

Los principios de indivisibilidad e interdependencia se refieren a que el Derecho a la Salud no debe limitarse a la atención médica, debido a que hay diversos factores socioeconómicos llamados determinantes básicos de salud, que son: alimentación, nutrición, vivienda, acceso a agua limpia, distribución de recursos, diferencias basadas en perspectiva de género, violencia o conflictos armados.

Acorde a lo anterior, el Derecho a la Salud se podría dividir en dos grandes ámbitos:
1. Determinantes básicos para la salud. Esto incluye políticas públicas del medio ambiente y de salubridad, para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole. En este caso, mencionamos las más recientes y con mayor impacto como son: Seguro Popular, INSABI, el programa Prospera, DICONSA y la Cruzada Contra el Hambre.

2. El cuidado de la salud. Esto incluye los servicios de salud que se prestan (materiales y humanos), las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos.

A su vez, los “determinantes básicos para la salud” se pueden dividir en condiciones sanitarias del entorno, condiciones biológicas, condiciones socioeconómicas, condiciones ecológicas, acceso a la educación y a la información, condiciones de violencia y conflictos armados. En el “cuidado de la salud” podemos incluir: los sistemas de salud y las políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud. (Montiel, 2004)

El derecho a la alimentación es parte fundamental del derecho a un nivel de vida adecuado y en el artículo 25 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 señala que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” (ONU, 1948).

En la Declaración del Milenio en el 2000, los estados se comprometieron a reducir a la mitad el número de personas que padecieran hambre, así como mantener el objetivo del derecho a la alimentación como derecho humano apoyándose de 3 columnas básicas: disponibilidad, accesibilidad y adecuación, sustentando el derecho a la alimentación como el derecho a la salud. (Montiel, 2004)

México: Derecho a la Salud

A pesar del marco internacional, las disposiciones jurídicas del Derecho Mexicano no han avanzado a la par con los compromisos internacionales. Podemos citar algunos párrafos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como son: El Artículo 4, tercer párrafo, el cual establece el concepto de derecho a la alimentación, al consignar que *“Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará”*.

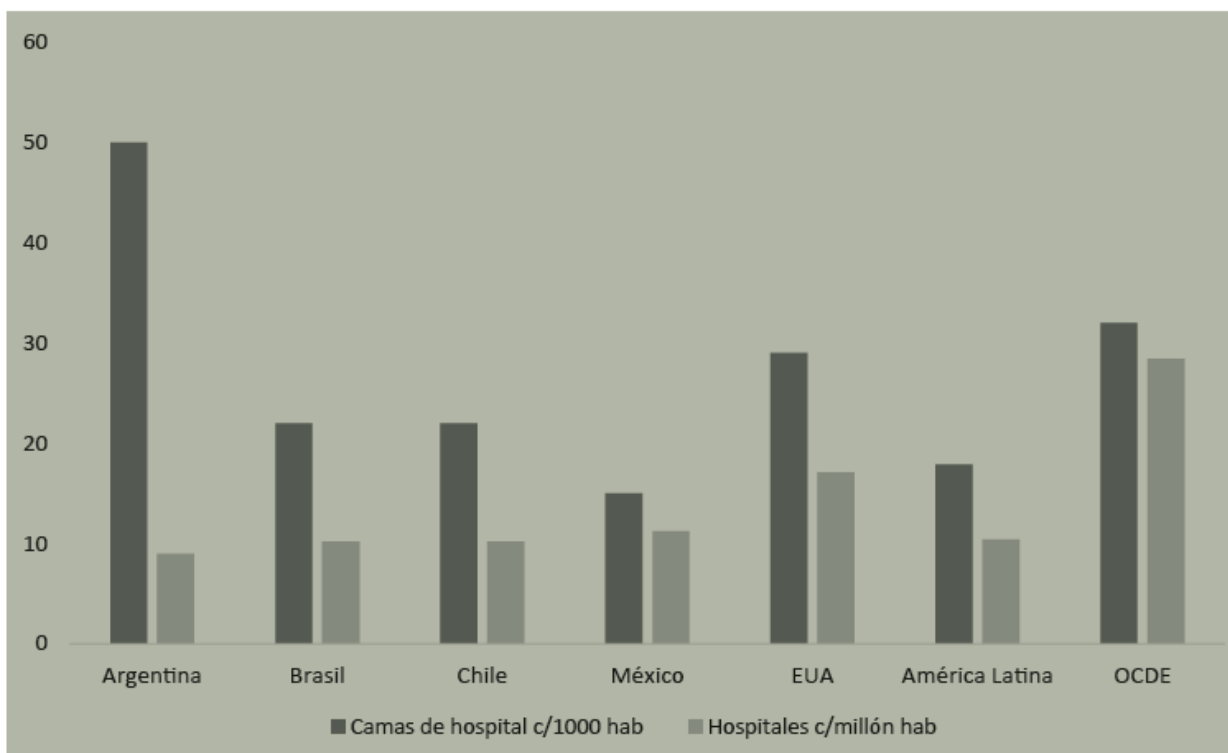
Así mismo, en el artículo 27, se establece que *“El desarrollo rural integral y sustentable a que se refiere el párrafo anterior, también tendrá entre sus fines que el Estado garantice el abasto suficiente y oportuno de los alimentos básicos que la ley establezca”*.

Y citando el mismo artículo, pero en su fracción III que a la letra dice: *“Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.”*

Así pues, el Estado sólo establece y provee los mecanismos para que todos los mexicanos tengan garantizada la alimentación por sus propios medios. (CDRSSA, 2019)

El artículo 4º también establece las bases y modalidades del derecho a la salud y dice que *«Toda persona tiene derecho a la protección de la salud»*. Este artículo se desarrolla a través de la Ley General de Salud al establecer las bases y modalidades, la cual creó el Sistema Nacional de Salud.

En el Diario Oficial de la Federación en el año 2020 se declara que el sistema de protección social en salud, llamado Seguro Popular, después de 15 años no logró la cobertura universal de aseguramiento, por lo que cerca de 20 millones de mexicanos carecen de cobertura en salud. Los servicios que éste cubría eran restringidos, siendo que solamente el 20% de los servicios ofrecidos a los derechohabientes eran gratuitos. El resto debían ser pagados por los usuarios del Seguro Popular de su misma bolsa, procedimiento que llevaba tardados trámites burocráticos. Junto a este problema se sumó la falta de mejora de infraestructura y ampliación del financiamiento de los servicios de salud. Así mismo, se reconoce la desarticulación del sistema, corrupción, tráfico de influencias, atención de mala calidad, deshumanizada, con poco énfasis en la educación, promoción y prevención de la salud en años previos.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020.

Ilustración 1. Infraestructura hospitalaria. Los desafíos del sistema de salud en México, 2020

El Programa Sectorial de Salud planea mejorar estas condiciones a través de garantizar hacia el 2024 la atención médica y hospitalaria gratuita, medicamentos, materiales y exámenes clínicos. De acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo también se propone incrementar la calidad de los servicios para poblaciones de alta y muy alta marginación.

Población total
% Población de 15 años o más analfabeta
% Población de 15 años o más sin primaria completa
% Ocupantes en viviendas particulares habitadas sin drenaje ni excusado
% Ocupantes en viviendas particulares habitadas sin energía eléctrica
% Ocupantes en viviendas particulares habitadas sin agua entubada
% Viviendas particulares habitadas con algún nivel de hacinamiento
% Ocupantes en viviendas particulares habitadas con piso de tierra
% Población en localidades con menos de 5 000 habitantes
% Población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos

Ilustración 2. Indicadores de marginación. CONEVAL, 2010

Considerando el fracaso del Seguro Popular y el mal funcionamiento de los servicios, particularmente de los Servicios Estatales de Salud, con la reforma a la Ley General de Salud del 29 de noviembre de 2019, se logró su sustitución por la Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos (PSSyMG). Así mismo se establece una coordinación para un sistema agro-alimentario justo, saludable y sustentable.

Entidades	●	■	▶
Colima	317,329	358	112.81
Distrito Federal	3,892,213	3940	101.22
Tabasco	1,538,481	1520	98.79
Sonora	1,114,106	1049	94.15
Nayarit	625,505	562	89.84
Baja California Sur	274,969	242	88.00
Campeche	484,332	399	82.38
Aguascalientes	540,365	438	81.05
Nuevo León	1,550,677	1199	77.32
Quintana Roo	667,682	472	70.69
Durango	848,931	588	69.26
Coahuila	913,716	609	66.65
Sinaloa	1,359,340	901	66.28
Morelos	1,136,482	749	65.90
Tamaulipas	1,555,611	1007	64.73
Guerrero	2,676,503	1727	64.52
Hidalgo	1,902,200	1221	64.18
Querétaro	979,265	607	61.98
Tlaxcala	875,040	518	59.19
Zacatecas	976,307	574	58.79
Total Nacional	65,527,283	37152	56.69
Oaxaca	2,953,981	1639	55.48
Chihuahua	1,484,634	809	54.49
Jalisco	3,834,391	2045	53.33
Guanajuato	3,456,105	1704	49.30
Baja California	1,330,513	622	46.74
Michoacán	3,112,346	1397	44.88
Yucatán	1,024,842	451	44.00
San Luis Potosí	1,531,358	666	43.49
Veracruz	5,104,434	2188	42.86
Puebla	4,326,444	1742	40.26
México	9,133,686	3642	39.87
Chiapas	4,005,495	1567	39.12

● Población sin derechohabencia
 ■ Consultorios
 ▶ Densidad de consultorios x 100,000 habitantes

Cuadro 2.- Densidad de consultorios de atención médica por cada 100,000 habs. de población no derechohabiente, por entidad federativa, en el 2013.
 Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), de la Secretaría de Salud.

Dentro de este marco, una de las estrategias es el fortalecimiento del INSABI, creado en la reforma de la Ley General de Salud en el 2019. Su función general es brindar atención médica «sin restricciones» al contemplar el acceso universal, sin embargo, fue descuidada la cobertura (accesibilidad económica). Haciendo mención de lo anterior, debido a que el INSABI solamente ofrece tratamientos de primer y segundo nivel, excluyendo el tercer nivel, el cual debe ser pagado por la persona o su familia, siendo que muchas veces no tienen recursos económicos para cubrir con los gastos de medicamentos, transporte u hospedaje, ya que los hospitales de tercer nivel se encuentran en las zonas más céntricas del país.

Entre las Políticas Públicas implementadas por el Estado mexicano está “La Cruzada Contra el Hambre” 2014- 2018, por medio del cual se buscó la inclusión y bienestar social. Se buscaba minimizar la pérdida post-cosecha, almacenamiento, transporte, distribución y comercialización. Esta estrategia estaba integrada por diversos programas: Apoyo a la inversión en equipamiento e infraestructura; Pro-agro productivo; Prevención y manejo de riesgos; Desarrollo de capacidades, innovación tecnológica, sustentabilidad de los recursos naturales. Sin embargo, este programa fue como tal un programa de beneficencia, ya que no trascendió su impacto debido a que las personas registradas estaban en pobreza extrema alimentaria y dependían del apoyo para mejorar su situación, aunado a esto, no se comprobó la mejoría de la situación de las mismas personas registradas.

Otra Política Pública llamada “PROSPERA Programa de Inclusión Social”, fue un programa de transferencias monetarias condicionadas y de tal manera diseñado y estructurado con acciones para contribuir a la alimentación con apoyo monetario, a la salud con atención y prevención médica, y a la educación con becas escolares. Entre los impactos generados en cuanto a salud y nutrición, se encontró que se redujo la proporción de recién nacidos reportados como enfermos, aumentó el crecimiento de los niños de 1 a 3 años como resultado de la ingesta de suplementos otorgados y en municipios con población beneficiada bajó la tasa de mortalidad, sobre todo en personas mayores de 65 años. (CDRSSA, 2019)

En el 2019 ha sido sustituido por el Programa Nacional de Becas para el Bienestar “Benito Juárez”.

Por otro lado, el programa de Abasto Rural (tiendas DICONSA) implementado ya desde hace 41 años y aún vigente tiene como objetivo facilitar el acceso económico a los alimentos para mejorar la seguridad alimentaria de población en condición de pobreza, que sea población mayoritariamente indígena o zonas de altos índices de violencia en localidades de alta o muy alta marginación del medio rural. Los productos que se venden en estas tiendas están incluidos en la canasta básica DICONSA y dependen del capital que aporte la comunidad a la tienda es el abasto que se asigna.

Son obligaciones de los operadores de las tiendas DICONSA mantener visibles y respetar los precios máximos de venta, favorecer la difusión de campañas institucionales en materia de igualdad de género y atención y prevención de la violencia contra las mujeres, así como apoyar campañas de orientación sobre formas de nutrición saludables y seguras. En las zonas indígenas, las campañas se realizarán en las lenguas originarias. Además, en el Acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del programa de abasto rural a cargo de DICONSA para el ejercicio fiscal 2020, menciona que se aplicará un programa integral de capacitación, dentro de sus objetivos viene estar dirigido a la comunidad en general para dar a conocer formas de nutrición saludables y seguras, que promuevan el consumo de proteínas animales y de productos que no contengan azúcar adicionada, exceso de grasas o sal, para que, entre productos semejantes, se

estímule el consumo de aquellos que no contengan esas sustancias. Si bien el programa de las tiendas DICONSA busca mejorar la seguridad alimentaria, no toma en cuenta la soberanía alimentaria que por muchos años ha sido analizada por diversos autores y que en el gobierno de López Obrador se está considerando como objetivo dentro del programa sembrando vida.

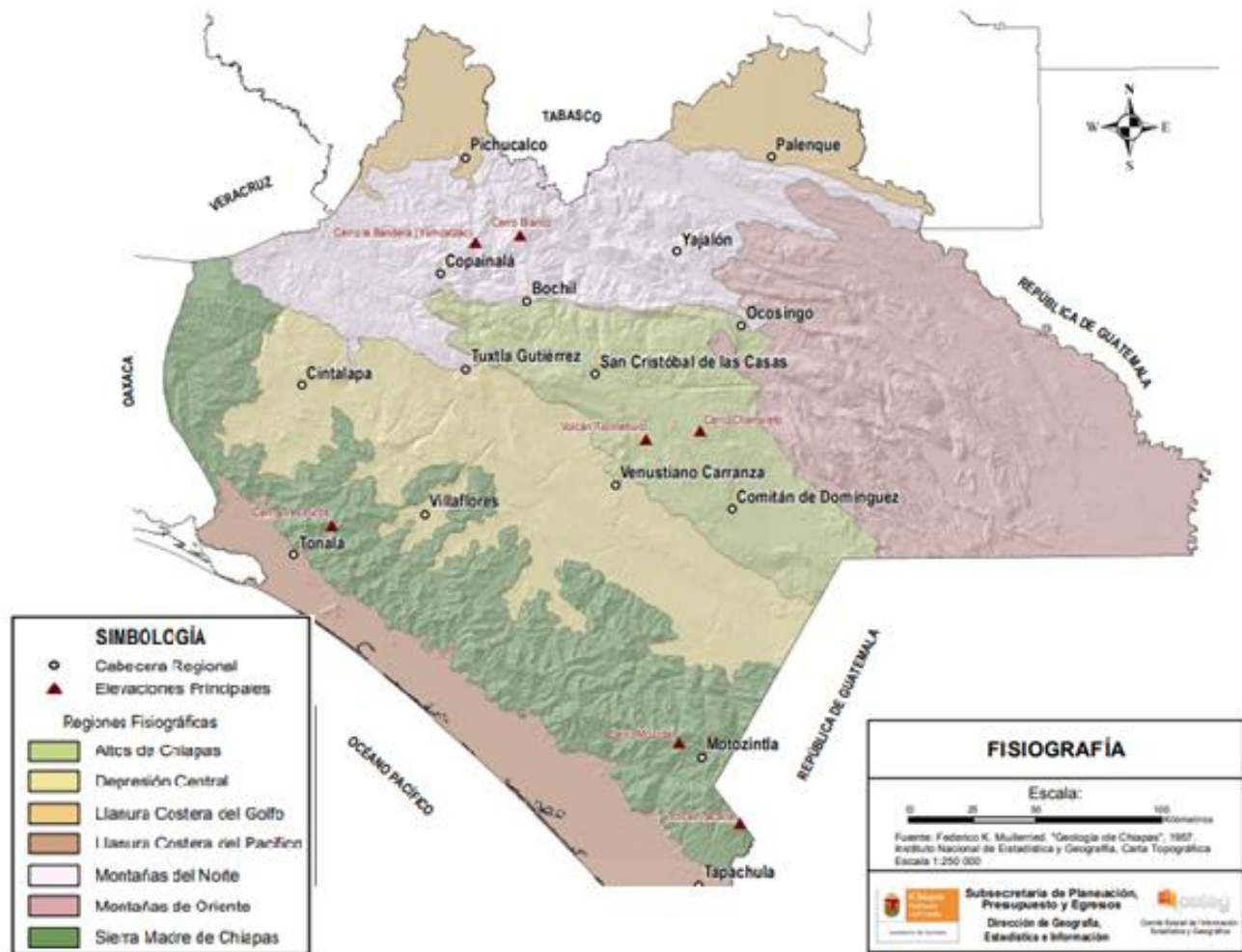
Desde 1990 que se han capturado los niveles de pobreza alimentaria, arrojando que aproximadamente la mitad de la población chiapaneca se encuentra en esta situación, con pequeñas variaciones en los porcentajes sin cambios significativos hasta el año 2010. La carencia alimentaria (en donde está incluida la pobreza alimentaria) también abarca el acceso físico a los alimentos, su disponibilidad y la necesidad de una dieta sana, que además de cubrir las calorías diarias, incluya los nutrientes esenciales. (Núñez, Medina, et al. 2018)

La falta de ingresos suficientes para adquirir una canasta básica es el factor fundamental de los niveles de pobreza y carencia alimentaria en Chiapas. (Núñez, Medina, et al. 2018). Parte de este problema es causado por las desigualdades socioeconómicas de una estructura social que favorece el posicionamiento de poblaciones blanca y mestiza en el mercado laboral lo que también permite el acceso preferencial a los servicios de salud y educación.

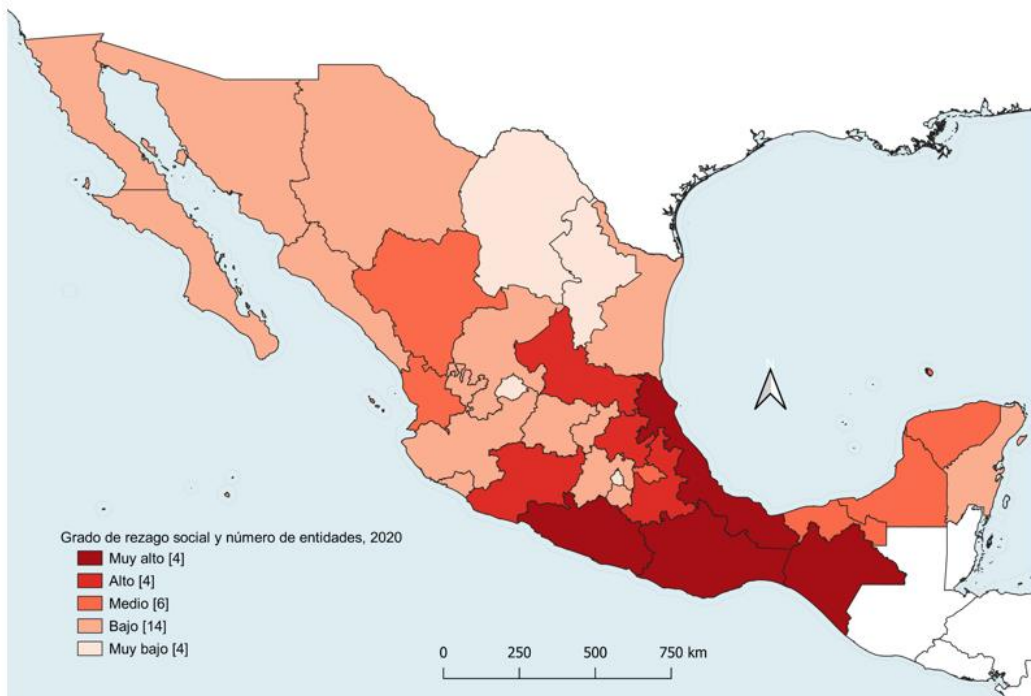
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

Panorama general de Chiapas.

El estado de Chiapas se ubica al sureste de México; colinda al norte con el estado de Tabasco, al este con la República de Guatemala, al sur con el océano pacífico y al oeste con Oaxaca y Veracruz.



Mapa 1. Fisiografía de Chiapas CEIEG, 2012

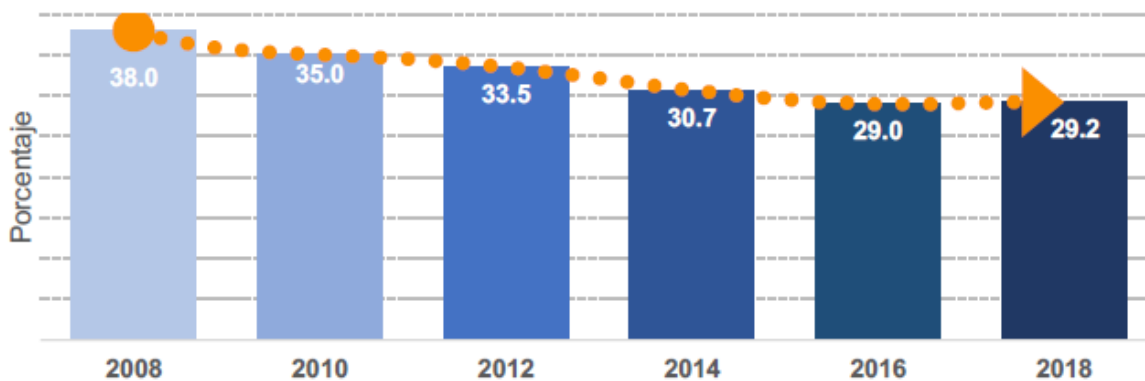


Mapa 2. Grado de rezago social a nivel estatal. CONEVAL, 2020



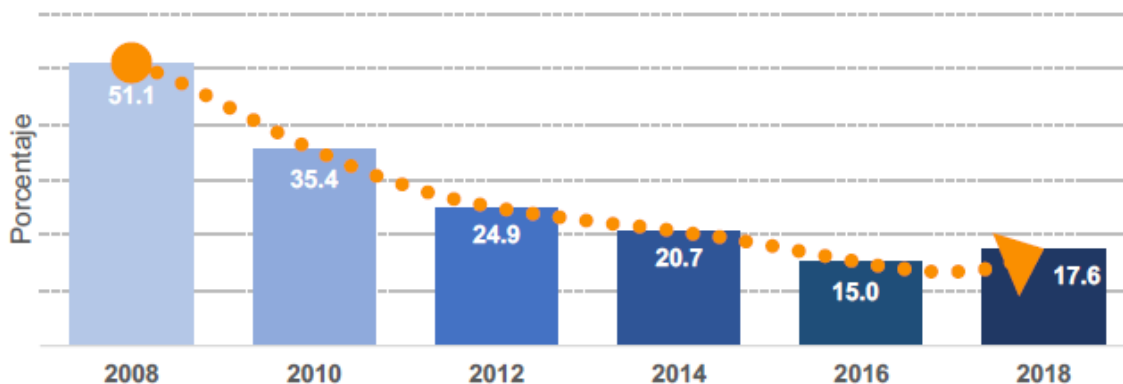
Ilustración 3. Porcentaje de grupos poblacionales respecto a la población en Chiapas. CONEVAL, 2020

En el 2018, el estado ocupó el primer lugar entre las 32 entidades federativas por sus niveles en rezago educativo. En la siguiente gráfica se muestra el avance en el porcentaje que ha reducido a lo largo de 10 años. (CONEVAL, 2020)



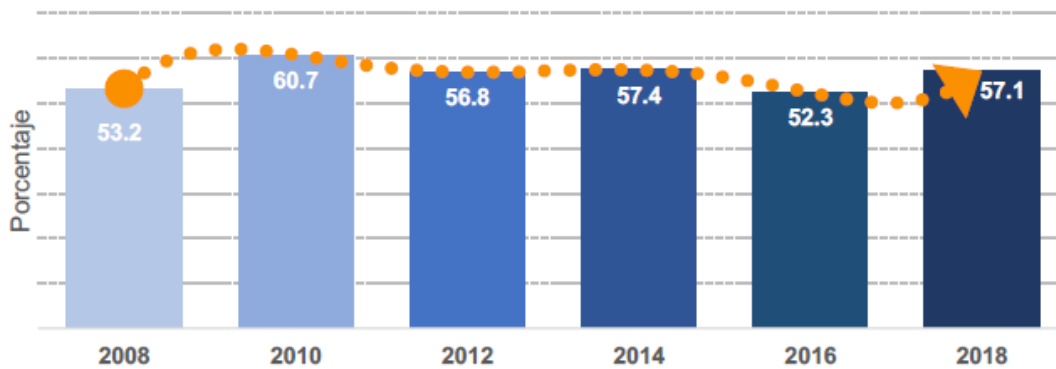
Gráfica 1. Evolución del rezago educativo en Chiapas 2008-2018. (CONEVAL, 2020)

En la siguiente gráfica se ilustra la carencia por acceso a los servicios de salud. Muestra una reducción significativa del 2008 al 2018, a pesar de esto, en el 2018 ocupó el lugar 6 entre las 32 entidades federativas en carencia de este servicio. (CONEVAL, 2020)



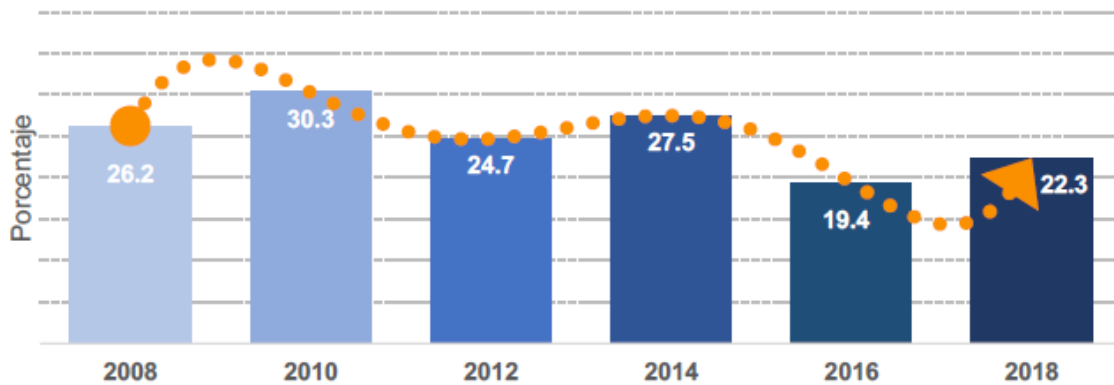
Gráfica 2. Evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud en Chiapas. (CONEVAL, 2020)

En cuanto a los servicios básicos de vivienda, en el 2018 tuvo un aumento de la carencia con respecto al 2008 como está representado en la gráfica, sin embargo, en el Informe de Pobreza y Evaluación 2020 menciona que no es estadísticamente significativo. En ese mismo año, el estado ocupó el tercer lugar en el país por esta carencia. (CONEVAL, 2020)



Gráfica 3. Evolución de la carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda en Chiapas. CONEVAL, 2020

En cuanto al acceso a la alimentación, Chiapas tuvo una reducción de esta carencia respecto al 2008, pero un aumento respecto al año 2016. Durante 2018 ocupó el lugar 9 entre las 32 entidades federativas. (CONEVAL, 2020)



Gráfica 4. Evolución de la carencia por acceso a la alimentación. CONEVAL, 2020

Como se puede ver en las gráficas, muchos indicadores de rezago mejoraron gracias a las políticas desde el año 2008 hasta el 2018, destacando entre ellos el acceso a los servicios básicos de salud, sin embargo, aún se ocupa un lugar de rezago importante a nivel nacional, lo que indica que aún es necesario implementar estrategias y monitorizar resultados.

Palenque

La localidad de Palenque se encuentra en el municipio de Palenque, el cual limita al norte con el municipio de Catazajá, al este con La Libertad, el Estado de Tabasco y la República de Guatemala, al sur con Ocosingo y Chilón, al oeste con Salto de Agua y el Estado de Tabasco. En cuanto a regiones fisiográficas, ilustradas en el Mapa 1, se ubica en los límites de las Montañas del Oriente, Montañas del Norte y en su mayoría en la Llanura Costera del Golfo (INFAED, 2012).

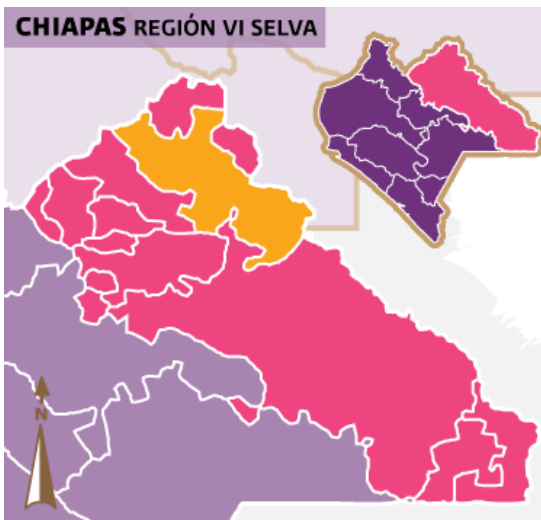


Ilustración 4. Mapa regional de Palenque. INFAED, 2012

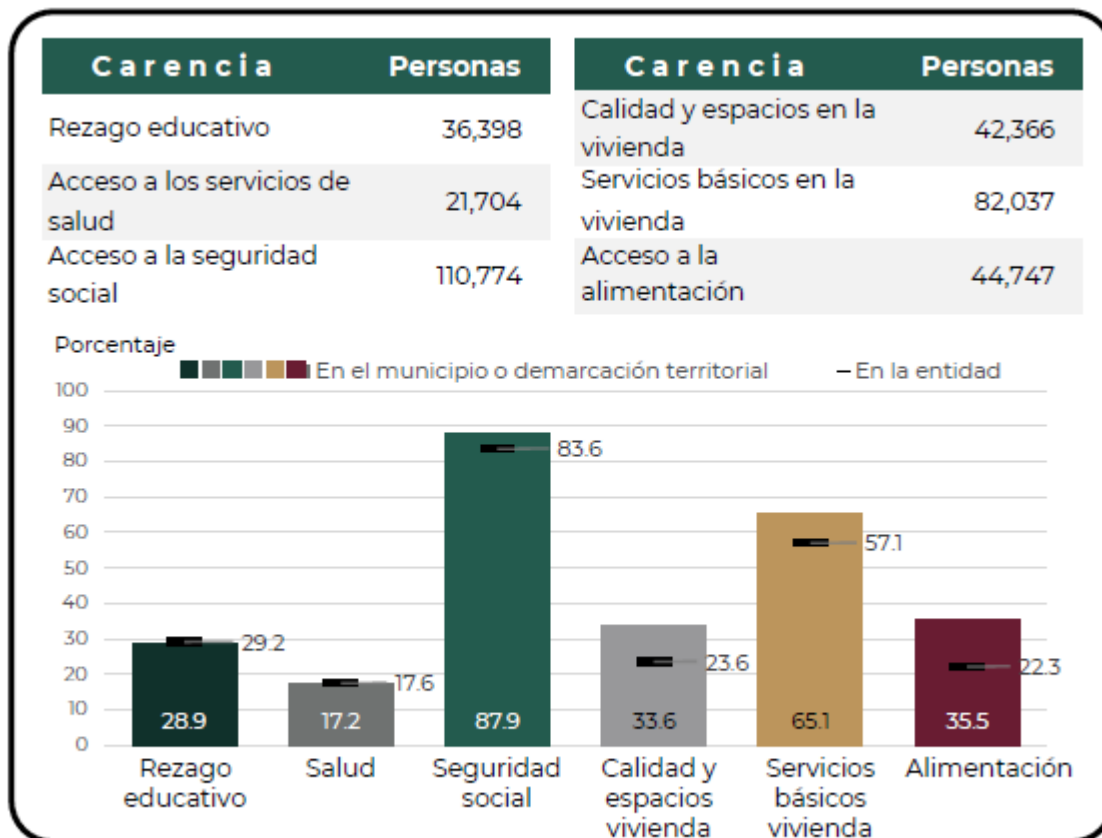
La vegetación del municipio es de selva alta. Los recursos hidrológicos lo conforman los ríos Usumacinta y sus afluentes Chamacax, Chancalá y Chocoljaito, además el Bascán, Michol, San Simón, Trapiche, existen varios lagos destacando por su tamaño el Lago Metzaboc. (CEIEG, 2012)

La localidad de Palenque se encuentra a una longitud de 91°58'51.720" W, latitud de 17°30'32.880" N y altitud de 80 m sobre el nivel del mar y tiene una población total de 51, 797 habitantes, ocupando el 0.58% del territorio total del municipio. (INEGI 2021).

Cuenta con un aeropuerto nacional clausurado. Las vías de comunicación disponibles son rutas de carretera federal con rumbo a Ocosingo, Tabasco y Campeche, con carreteras estatales que sirven de acceso a diversas comunidades. Existe transporte destinado al turismo para diversos puntos como son: ruinas de Palenque, Ocosingo, San Cristóbal, ríos y cascadas. Está disponible también una central de autobuses directos a estados de la república más lejanos. El transporte local para las comunidades es por redilas, taxi y dentro de palenque hay camionetas tipo van y taxis privados o colectivos.

Las calles de Palenque están pavimentadas, hay servicio de basura municipal, drenaje, abasto de agua potable y luz eléctrica con alumbrado en espacios públicos. Del total de viviendas particulares habitadas sólo 1.3% cuenta con piso de tierra y el 0.1% no cuenta con ningún servicio (luz, agua, drenaje) (INEGI 2020).

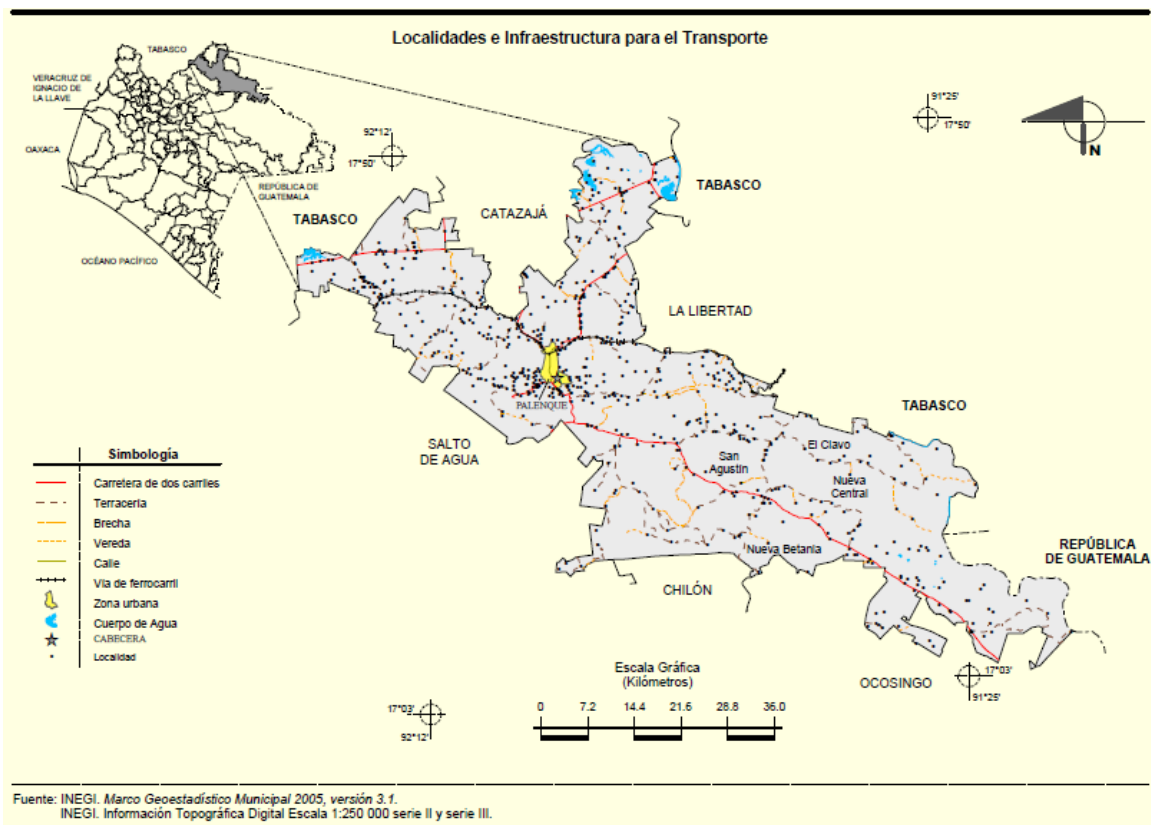
Hay escuelas primarias públicas y privadas, secundaria pública y privada, educación media superior pública y superior privada.



Fuente: Información municipal, Medición de la pobreza 2015. CONEVAL. Información estatal, Medición de la pobreza 2018. CONEVAL.

Gráfica 5. Indicadores de carencias sociales en el municipio de Palenque. CONEVAL, 2020

En la gráfica 5 podemos ver el porcentaje de la población en el municipio de Palenque que se encuentra con carencias sociales, divididas en rezago educativo, acceso a servicios de salud, seguridad social, calidad y espacios en la vivienda, servicios básicos y acceso a la alimentación, se encuentra en comparativa con el porcentaje de la población en el estado de Chiapas, sobre todo, en los 4 últimos marcadores podemos ver que el porcentaje municipal está por arriba del porcentaje estatal, así, mismo se ve desglosado en el número de personas que representan los porcentajes. De la población mayor a 15 años, 2967 tienen primaria incompleta y 2405 personas son analfabetas, lo cual representa el 6.4% del total de población mayor a 15 años.



Mapa 3. Localidades e infraestructura para el transporte. INEGI, 2005.

Las lenguas que se hablan en la zona principalmente son ch'ol, español y en menor medida tzeltal. La alimentación es variada en comparación a las comunidades o en este caso, en comparación a Arroyo Granizo, debido a la disponibilidad de centro comercial (Chedraui), tiendas Súper Sánchez, mercado, venta informal de pequeños productores de diversas comunidades que ofrecen plátano, café, yuca, camote, entre otras legumbres (verduras) originarias de la región. El comercio en Palenque es amplio, no sólo en tema de la disponibilidad de alimentos, sino de vestimenta, calzado, utensilios, productos farmacéuticos, productos de limpieza y entretenimiento y tecnología. Palenque es un centro en donde diversas comunidades se surten productos para venta en sus pequeños comercios y en donde bajan sus productos agrícolas para venta. Los alimentos que más se consumen son los hechos a base de maíz, yuca y frijol.



Ilustración 7. Supermercado Chedraui, autoría MPSS Álvarez



Ilustración 6. Área de frutas y verduras, interior de Chedraui. Autoría propia MPSS Álvarez



Ilustración 5. Área de frutas y verduras, interior de Chedraui. Autoría MPSS Álvarez

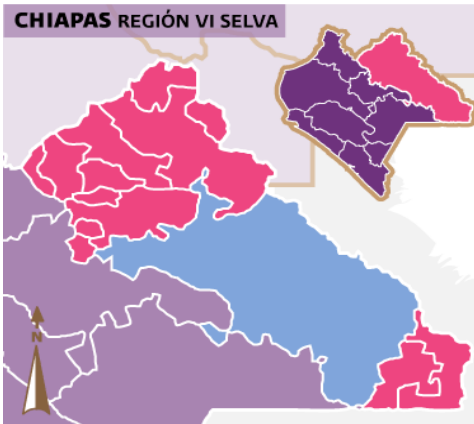
En cuanto a servicios de salud, están disponibles servicios públicos y privados. Hay un hospital General de Palenque, hay una Clínica de la Mujer, centro de salud, oficina y almacén jurisdiccional. En cuanto a servicios privados también hay clínicas que cuentan con algunas especialidades como ginecología y obstetricia, medicina interna, traumatología y ortopedia, imagen, pediatría y cardiología, así como numerosos consultorios de medicina general.



Ilustración 8. Casa de la Mujer "Ixim Antsetic". Autoría MPSS Álvarez



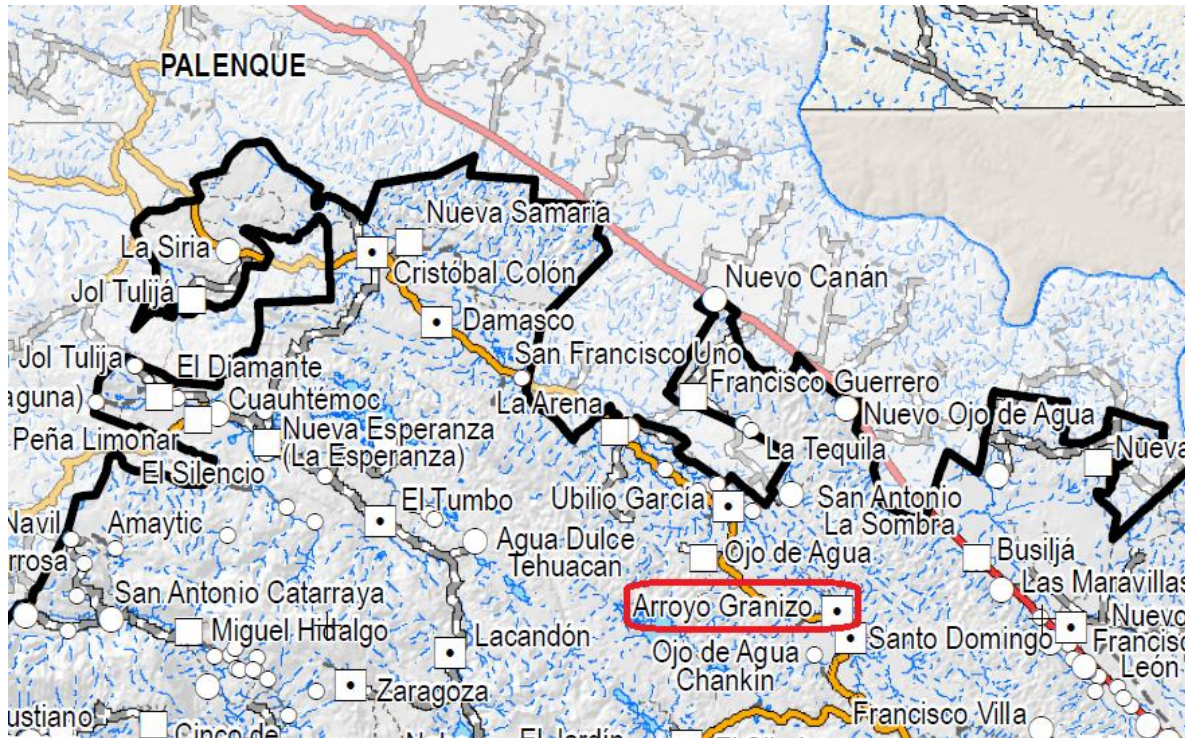
Arroyo Granizo



El municipio de Ocosingo está localizado en las Montañas del Oriente, por lo que la mayor parte de su territorio es montañoso (Mapa 1). Limita al norte con el municipio de Palenque, al este y al sur con la República de Guatemala, al suroeste con las Margaritas y al noroeste con Chilón, Oxchuc, Altamirano y San Juan Cancuc. Es el municipio más extenso del estado de Chiapas con 9,580.33 km³ (CEIEG, 2012).

Ilustración 9. Mapa regional de Ocosingo.
INFAED, 2012

La red hidrológica es densa y está integrada básicamente por los ríos Usumacinta, Lacantún, Jataté, Tzendales, Perlas y Lancajná entre otros. Por otra parte, el municipio es rico en lagos como El Miramar, Ocotal, Lacanjá, Anaite, Orizaba, Maroma, Suspiro, Ojos Azules, entre otros. (CEIEG, 1012)

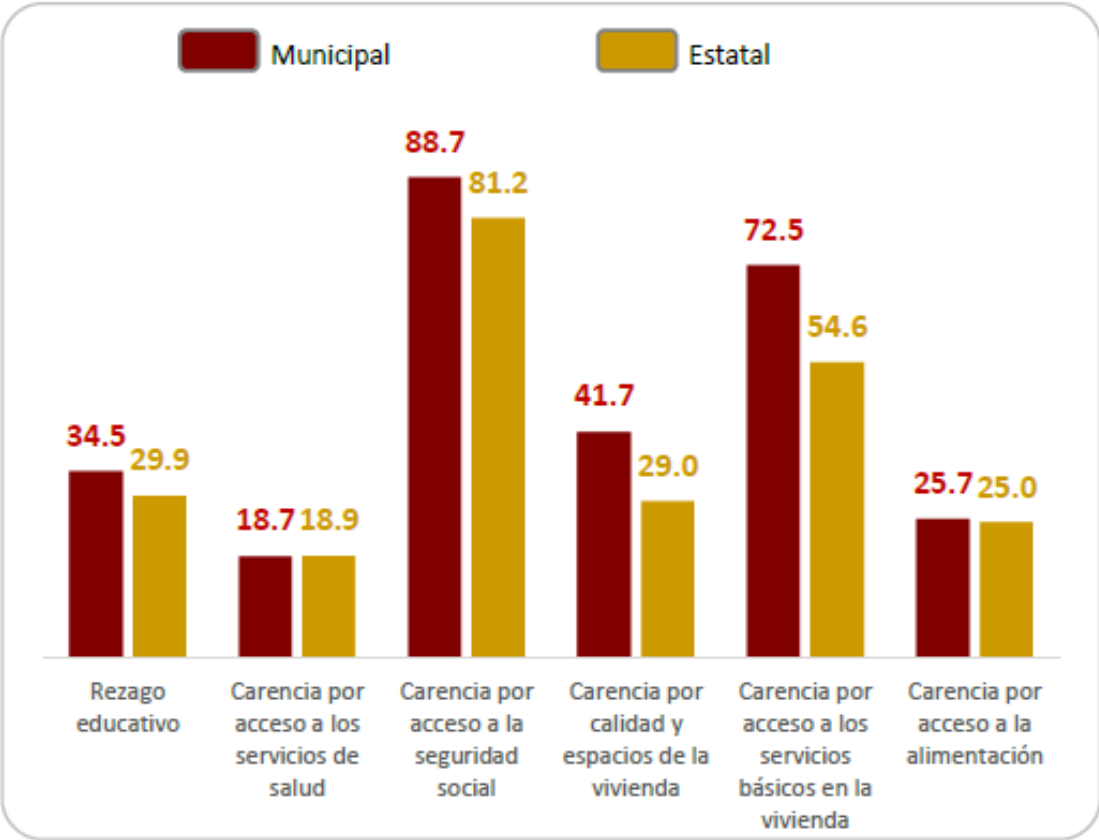


Mapa 4. Comunidades rurales cercanas a Arroyo Granizo. CEIEG, 2020

La localidad de Arroyo Granizo se ubica a una longitud de 91°25'27.360" W y latitud de 17°02'10.399" N con altitud de 454 m sobre el nivel del mar dentro del municipio de Ocosingo. Su población total es de 1032 habitantes, por lo que es catalogada como un poblado tradicional. (INEGI, 2020).

Para llegar a la comunidad hay una carretera federal que pasa por la mitad de la comunidad. Las calles en las que están posicionadas las viviendas no están pavimentadas. El transporte usual para llegar a la comunidad es camioneta tipo combi que sale desde Palenque y sigue por la carretera federal. El transporte local dentro de la comunidad es a pie o en taxi. El abasto de agua de la localidad es por manantial, distribuida por tubería, no hay servicio de basura municipal, por lo que el manejo de los desechos es a través de la quema de basura. El alumbrado público está presente en menos de la mitad de la localidad. En cuanto a las viviendas, el 40% del total de las viviendas particulares habitadas cuenta con piso de tierra y en su totalidad cuentan con servicios básicos o al menos uno de ellos, ya sea luz, agua o drenaje. (INEGI 2020)

III. Indicadores de carencias sociales (porcentaje de población)



Gráfica 6. Indicadores de carencias sociales, Ocosingo. Secretaría de Bienestar, 2020.

En la gráfica 6 podemos ver los porcentajes de la población que tienen carencia en diferentes indicadores en el municipio de Ocosingo, en comparación con los porcentajes a nivel estatal. Los que resaltan por ser más altos en el municipio que en el porcentaje estatal, son el rezago educativo, el acceso a la seguridad social, la calidad y espacios de vivienda, acceso a servicios básicos de la vivienda y por .7% la carencia por acceso a la alimentación. De la población mayor a 15 años, 91 personas tienen primaria incompleta y 207 personas son analfabetas, lo cual representa el 20% del total de población mayor a 15 años.

Están disponibles escuelas primarias y escuela secundaria, sin embargo, no hay educación media superior ni superior. El COBACH más cercano se encuentra a 30 minutos caminando en la comunidad más cercana: Santo Domingo. La lengua originaria es el tzeltal y se habla tzeltal y español.



*Ilustración 10. Tamales caseros.
Foto: MPSS Álvarez*

El comercio en la comunidad es a base de tiendas de abarrotes, una o dos tiendas de ropa y en menor medida existe la venta de productos de traspatio, elaboraciones de maíz y preparaciones en forma de cena como tamales, empanadas y tacos a la misma localidad.

La alimentación es a base de productos de maíz, frijol y plátano. La carne y las verduras son difíciles de conseguir si no son de producción propia, ya sea por la disponibilidad en las tiendas de abarrotes o la accesibilidad económica.



*Ilustración 11. Preparaciones a base de maíz.
Foto: MPSS Álvarez*



Ilustración 12. Tomates cosechados en traspatio. Foto: MPSS Álvarez



Ilustración 13. Chayotes cosechados de traspatio. Foto: MPSS Álvarez

Se consumen alimentos recolectados como caracoles y cangrejos. No existe una purificadora de agua en la comunidad, así que la mayoría de las personas consume agua de la llave hervida o sin hervir.



Ilustración 14. Caracoles de río preparados en caldo. Foto: MPSS Álvarez



Ilustración 15. Cangrejo de río preparado en caldo. Foto: MPSS Álvarez



Ilustración 16. Tienda DICONSA, Arroyo Granizo. Foto: MPSS Álvarez.

En cuanto a servicios de salud, en Arroyo granizo se encuentra la clínica autónoma “Lorenzo Espinoza”, que cuenta con una farmacia. En la ilustración 11, se muestra la clínica vista desde la parte frontal.



Ilustración 17. Clínica Autónoma “Lorenzo Espinoza”.
Foto: MPSS Álvarez.



Ilustración 18. Centro de Salud de Arroyo Granizo. Foto: MPSS Álvarez.



Ilustración 20. Clínica Autónoma junto con Centro de Salud. Foto: MPSS Álvarez.



Ilustración 19. Hospital Básico Comunitario de Santo Domingo. Foto: MPSS Álvarez

Por parte de la Secretaría de Salud, están las instalaciones de un Centro de Salud ubicado a un costado de la Clínica Autónoma, no cuenta con personal médico y ocasionalmente lo abren sólo para campañas de vacunación. El Hospital Básico Comunitario de Santo Domingo se encuentra en la comunidad vecina. Está registrada una partera y promotor de Salud, aunque hay 3 parteras más.

CONCLUSION. Contraste y experiencia con los servicios de salud.



Ilustración 21. Sala de espera del Hospital Básico de Santo Domingo. Autoría MPSS Álvarez.

Dentro del marco del derecho a la salud, retomando el principio de disponibilidad se podría poner en contraste la disponibilidad de los servicios de salud entre estas dos localidades, ya que Palenque como zona urbanizada y acorde a su población cuenta con hospital de 2º nivel y servicios de salud privados, mismos que no están disponibles en el poblado tradicional de Arroyo Granizo. La no discriminación, que es parte del principio de accesibilidad, no siempre es aplicada. Una experiencia personal durante los primeros meses del servicio ocurrió cuando elaboré una referencia a segundo nivel de atención para una mujer, misma que acompañé al Hospital General de Palenque, con los síndromes característicos de leucemia. Nos recibió una médica con especialidad en otorrinolaringología, en el Triage de urgencias. En cuanto le presenté a la mujer como paciente y sus diagnósticos de sospecha, nos dio una respuesta confusa respecto a la capacidad de resolución del hospital para el padecimiento. Posteriormente, un médico internista nos atendió, quien aclaró las opciones de resolución acorde a las deficiencias del hospital. La médica otorrinolaringóloga hizo el siguiente comentario en voz alta frente a la paciente, su familiar y personal de enfermería: “aunque les expliques a las personas indígenas, no te van a entender porque tienen un IQ menor”. Además de la discriminación se ve afectado el acceso a la información. Un ejemplo de esta situación ocurrió en el Hospital Básico de Santo Domingo. En un día común, acudimos en horario de consulta con la intención de conocer los servicios que están disponibles en el hospital. Nos encontramos con una enfermera a quien saludamos: -Buenas tardes, disculpe, ¿con quién podemos solicitar información de los servicios disponibles del hospital?

A lo que nos respondió: - Buenas tardes, y ¿ustedes son...?

Antes de responder a esa pregunta de nuestra identidad, me pregunté: ¿Debí presentarme antes de preguntas sobre los servicios por protocolo o educación, o es que acaso debo tener un título para obtener ese tipo de información?

No respondí por unos segundos, esperando que me otorgara la información, sin embargo, el silencio era incómodo y respondí:

-Soy la médica pasante de servicio social de la clínica autónoma de Arroyo Granizo y mi compañera es estomatóloga pasante de la misma clínica.

Con una expresión de sorpresa respondió:

-Ah! Claro que le podemos dar información. Por el momento no tenemos disponible la máquina de rayos x ni ultrasonido, pero el técnico se encuentra cubriendo su turno. Los fines de semana contamos con pediatra por si se le ofrece y si quiere saber más a detalle puede hablar con el director o directamente con el técnico radiólogo.

Fuimos con el técnico radiólogo y solicitamos hablar con él. Tuvimos buena respuesta, acudió y nos preguntó qué necesitábamos. Preguntamos la razón por la cual no se encontraba disponible el servicio de rayos x, nos respondió:

-Como tal, la máquina sí sirve, pero ya tiene tiempo que no nos mandan líquido revelador.

También nos explicó que es probable que la razón del desabasto de líquido revelador sea porque se discontinuó el uso de radiografías en físico. Muchos otros hospitales se actualizaron con la utilización de expedientes clínicos digitales, por consiguiente, las imágenes se descargan en un sistema digital para su visualización. La idea de la actualización de disponer de expedientes clínicos digitales es totalmente incongruente con las condiciones de este hospital, debido a que no cuentan con computadoras dentro del establecimiento y mucho menos expedientes digitales. En esta situación se expone afectada la accesibilidad física.



Ilustración 22. Infografía sobre lactancia y sana distancia colocada en urgencias en HBC. Autoría MPSS Álvarez



Ilustración 23. Derechos generales de los pacientes colocada en urgencias en HBC. Autoría MPSS Álvarez

Siguiendo el hilo de la transgresión del derecho al acceso a la información podemos mencionar que no hay suficiente información traducida en las lenguas originarias, sin mencionar que muchas personas no saben leer, lo que dificulta mucho más este derecho.

Debido a la marginación es difícil poner en manos de los pacientes su propia salud.

Por una parte, se encuentra el analfabetismo y la baja escolaridad y por otra encontramos la publicidad engañosa y voraz de los que desean vender por encima de la salud, mencionando aquí a la industria de bebidas azucaradas, productos de harina de trigo, multivitamínicos, entre otros.

El principio de aceptabilidad es un punto difícil porque se sigue teniendo mal vista la partería, aún en esta zona en donde las parteras juegan un papel indispensable en la salud reproductiva de la mujer. La promoción de la salud no es del todo aceptable para la región, ya que los cambios higiénico dietéticos y de actividad física son definidos desde zonas urbanas además que deben ser sostenidos con recursos económicos que no están disponibles para los usuarios.

Dentro de esta línea de pensamiento, vemos que en teoría se debería estar mejorando distintos ámbitos de los servicios de salud, en contraste, en la práctica aún es posible detectar deficiencias ya sea en el ámbito público y privado.

La accesibilidad tampoco ha sido mejorada del todo, sólo en algunas regiones, debido a que implica mejorar las dificultades geográficas en las vías de comunicación hacia los hospitales. En el caso de Arroyo Granizo existe una carretera pavimentada hacia el hospital básico comunitario, sin embargo, existen otras comunidades aledañas en donde no existe carretera pavimentada y el medio de transporte común es a pie.

Todo lo mencionado son ejemplos de motivos por los cuales debe considerarse que el INSABI no cumple totalmente con ser un mecanismo que brinda la universalidad en la disponibilidad a los servicios de sanidad, aunque se ostente como tal, si bien sí ha supuesto una ampliación de la población que logra tenerlo. (Illán ME, 2021)

. Para la mejoría de la seguridad alimentaria, se mantiene en continuidad el programa de las tiendas DICONSA. Los productos que se venden en estas tiendas están incluidos en la canasta básica DICONSA, aunque en el caso de la tienda de Arroyo Granizo hay deficiencia de muchos de ellos, sin embargo, este abasto tiene que ver con el capital comunitario, dependiendo del capital que aporte la comunidad a la tienda es el abasto que se asigna. De acuerdo a los objetivos y planes del programa, hay infografías dentro de la tienda. Estos carteles sobre la alimentación están en español y son de cierta forma contradictorios a lo que se vende en las tiendas. En la canasta básica de DICONSA vienen incluidas frutas y verduras, aunque en la tienda de Arroyo Granizo no las distribuyen. Estos alimentos son muy caros en las tiendas de abarrotes y no son de variedad. Para las personas que cuentan con parcelas y solares no es necesario comprar verduras, sin embargo, cuando no se tiene disponible la siembra de autoconsumo se dificulta el acceso a las mismas. En los aparadores de DICONSA, podemos enlistar los siguientes

productos: enlatados, galletas de muchas variedades, pasta para sopa, arroz, caldo de pollo, sal y azúcar, café en diferentes presentaciones, polvo para preparar bebida sabor chocolate, polvo para preparar bebidas sabor a frutas, harina de maíz, maíz, aceite, leche en polvo y frijol.

JUNTOS PONGAMOS EL ALTO A LA DESNUTRICIÓN, OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN ¡PONTE ALERTA!


Canasta básica DICONSA
con alimentos que forman una dieta sana, nutritiva y al precio más bajo.

Seforín, con sus colores te ayuda para que aprendas a balancear estos alimentos.

SEGALMEX
TE ESCUCHA

Resolución de la Secretaría de Salud (SESA) que establece el uso de los colores de los alimentos para promover una alimentación saludable.

CONSUMIR FRECUENTEMENTE	CONSUMIR CON MODERACIÓN	CONSUMIR OCASIONALMENTE
FRUTAS Y VERDURAS	CEREALES	COMPLEMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Frijol • Maíz • Harina de maíz • Arroz • Avena 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasta para sopa • Harina de trigo • Amaranto (varias presentaciones) • Galletas marías, animalitos, saladas • Complemento alimenticio • Tostada horneada • Pan de caja 	<ul style="list-style-type: none"> • Sal
LEGUMINOSAS	ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL (AOA) PROCESADOS	SODIO
<ul style="list-style-type: none"> • Maíz • Frijol • Harina de maíz • Lenteja • Arroz • Carbanzo • Avena 	<ul style="list-style-type: none"> • Carne de res, cordero y pollo desmenuada y en trozos • Pescado seco 	<ul style="list-style-type: none"> • Azúcar • Miel de abeja • Chocolate en polvo y tabilla
ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL (AOA)	FRUTAS Y VERDURAS PROCESADAS	AZÚCARES
<ul style="list-style-type: none"> • Huevo fresco • Leche fluida, en polvo y derivado de la leche • Atún • Sardina 	<ul style="list-style-type: none"> • Carbanzo envasado • Chiles jalapeños • Puré de tomate envasado 	
COMPLEMENTOS	COMPLEMENTOS	RESPETA LA SANA DISTANCIA ¡CONSUME SANO!
BEBIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Café clásico • Café tostado, molido y otras presentaciones 	
OTROS	ACEITES Y GRASAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Gelatina sin azúcar • Concentrados de sabores frutas sin azúcar 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceite vegetal 	



Seforín
Semáforo de la Nutrición de Segalmex

GOBIERNO DE MÉXICO | AGRICULTURA | SEGALMEX | Orientación con base en NOM-043-SGSA/2012

Ilustración 24. Recomendaciones para la alimentación en infografía dentro de tienda DICONSA. Autoría MPSS Álvarez.



Ilustración 25. Carteles dentro de tienda DICONSA. Autoría MPSS Álvarez.

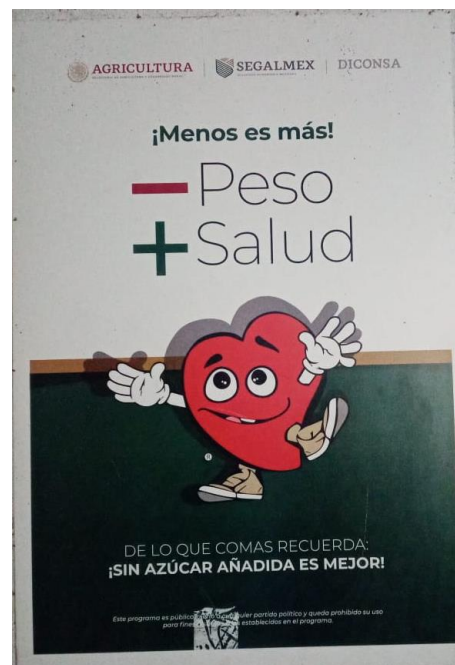


Ilustración 26. Carteles dentro de tienda DICONSA. Autoría MPSS Álvarez.

La carencia alimentaria en Chiapas se podría atribuir a la mala distribución que no permite el abasto de comida suficiente y oportuna a las localidades marginadas, sumado a esto, la incapacidad económica para la adquisición de la misma y producción local insuficiente. La autoproducción de traspatio y recolección de alimentos permiten ayudan a reducir la carencia alimentaria, sin embargo, en generaciones jóvenes se puede observar la búsqueda de trabajo e ingresos en territorios con mayores oportunidades, lo que podría condicionar el abandono del trabajo en el campo y mayor compra de productos industrializados en lugar de su producción o preparación. (Pérez, Silva, 2019)

TERCERA PARTE

Introducción

En esta tercera parte se presenta el seguimiento de los programas de salud llevados a cabo durante el periodo, así como los perfiles de morbilidad. Como ya se mencionó en la primera parte, estos programas incluyen:

- Atención Prenatal
- Control de Niño sano de 0 años a 4 años 11 meses
- Control de Niño sano de 5 años a 11 años
- Control de Crónico-degenerativos como Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Sobrepeso y Obesidad
- Control y seguimiento de pacientes con Tuberculosis
- Programa de Víctimas de Violencia

Se describe de forma general los objetivos de cada programa, en seguida, se ilustran con gráficas los resultados dentro del periodo correspondiente y al final de cada uno, se encuentra una puntual autoevaluación. En primer lugar, se efectuará el análisis de Casa de la Mujer, para posteriormente analizar los resultados de Arroyo Granizo.

En la sección de Perfiles de Morbilidad, las principales causas de enfermedad se presentan ilustradas con gráficas elaboradas con la información de los datos registrados en los informes mensuales de SADEC durante el año de servicio social respecto a la consulta atendida en los dos diferentes establecimientos. La consulta general se dividirá por sexo, por edades y enfermedades trasmisibles y no trasmisibles para la simplificación de la información. Hay algunas variaciones en las características de la población que acude a consulta, con su respectivo impacto en las enfermedades más frecuentes.

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS

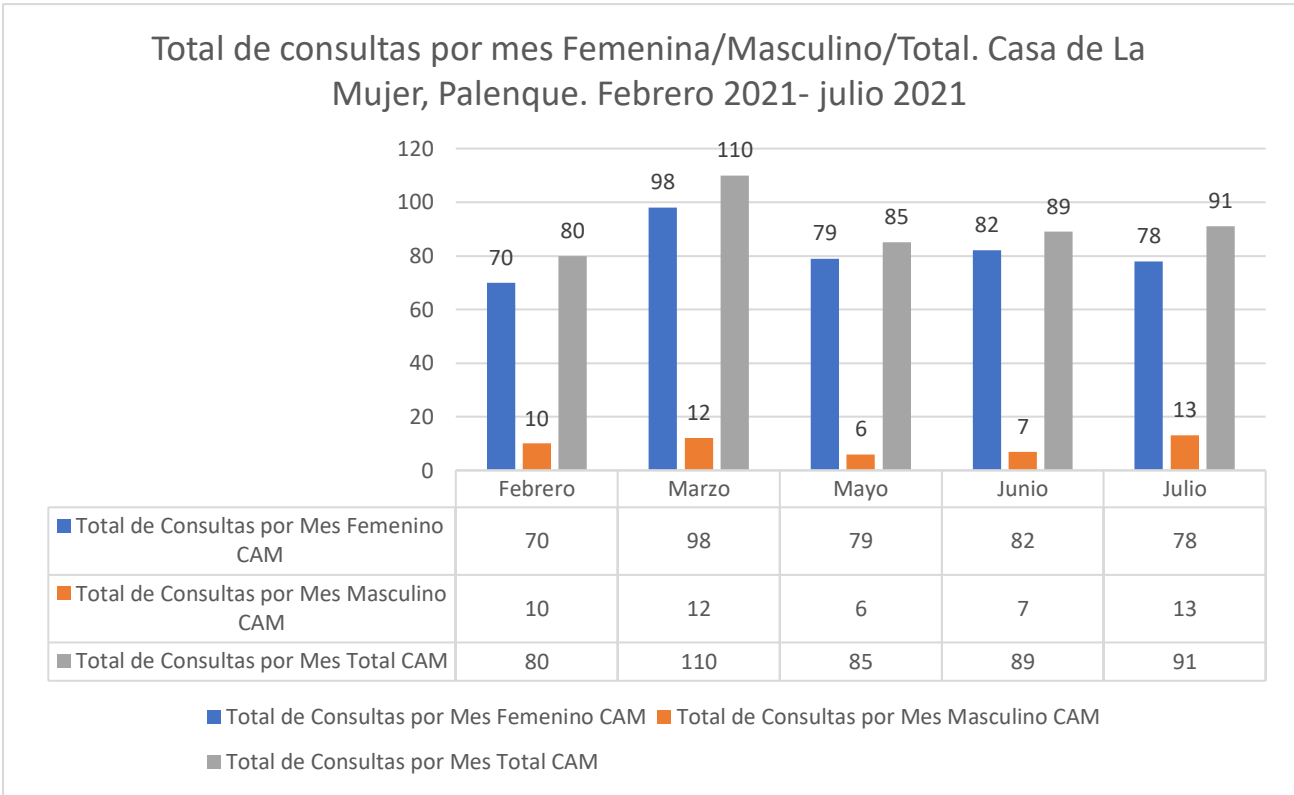
Resultados Palenque

Consulta General

En esta sección se presenta el total de consultas en los meses de febrero, marzo, mayo, junio y julio, ilustrando la cantidad de hombres y mujeres sin distinción de

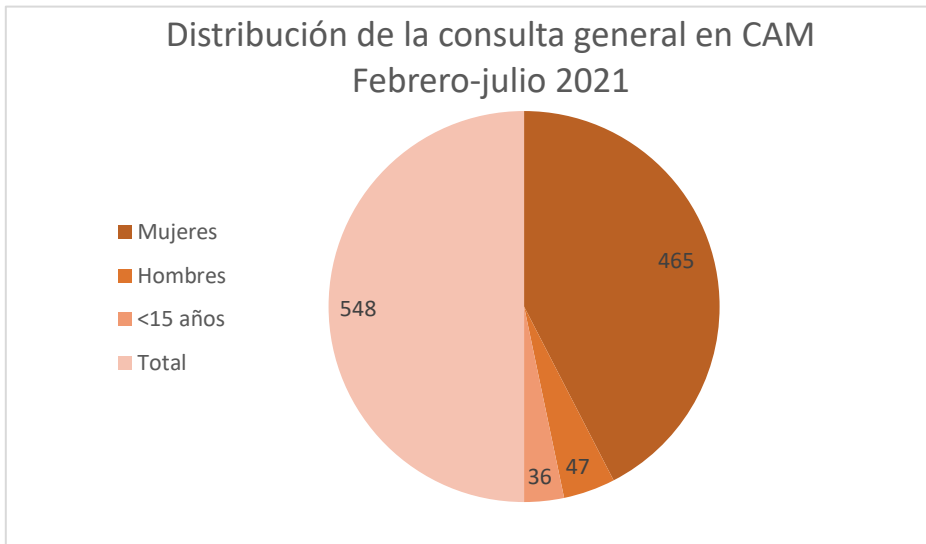
edades. En una gráfica a continuación se dividen en hombres, mujeres y menores de 15 años. Esto es porque es muy pequeña la cantidad de niños, niñas y adultos de sexo hombre que acuden a consulta. Los diagnósticos de primera vez, subsecuentes (principalmente de seguimiento) y total de ambos, se grafican debido a que una sola persona presenta varios diagnósticos en una sola consulta.

En la gráfica 7 se ilustra el número de consultas en el periodo de febrero a julio de 2021, siendo un total de 455. De igual forma, se incluyen los datos de las consultas por mes atendidas en la Casa de la Mujer, Palenque, siendo el mes de marzo con mayor número de las mismas. Según los datos registrados el número de hombres atendidos no supera los 13 por mes, mientras que en mujeres fue de hasta 98 por mes. Esto se dio de esta manera por la orientación de apoyo a la mujer y el tipo de servicios que se presta en las instalaciones de CAM.



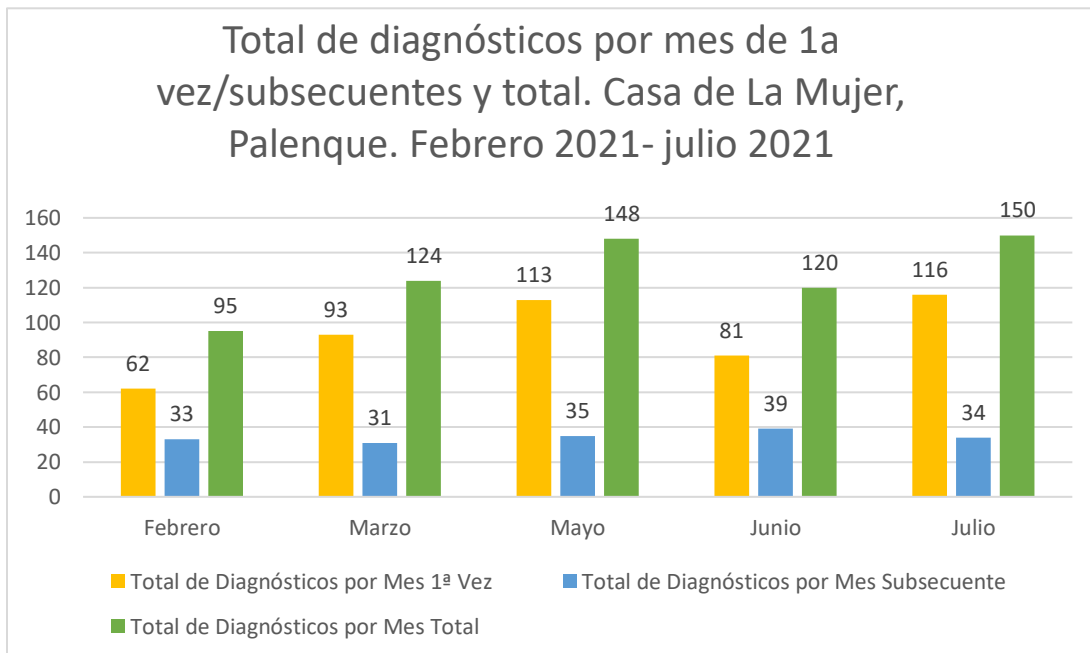
Gráfica 7. Total de consultas durante el periodo febrero-julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

Se observa también en la gráfica 8 la distribución de la consulta general y se visualiza que el número de hombres atendidos disminuye debido a que gran parte de ellos son menores de 15 años.



Gráfica 8. Distribución de la consulta general de CAM, Palenque. Febrero-julio 2021. Autoría MPSS con datos del informe mensual, SADEC.

En la Gráfica 9 se muestra el total de diagnósticos por mes. La cantidad de diagnósticos registrados supera el número de consultas debido a que se registran varios de ellos para una sola persona.



Gráfica 9. Total de diagnósticos por mes en Casa de la Mujer en el periodo de febrero-julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

PROGRAMAS

Atención a la mujer durante embarazo, parto y puerperio

El programa de Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio pertenece al cuidado de Salud reproductiva. Persigue garantizar una maternidad saludable y sin riesgos para las mujeres mexicanas, contribuyendo a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (SADEC AC). La atención prenatal permite identificar los riesgos antes, durante y después de la gestación para su canalización al nivel de atención idóneo para su seguimiento. Las intervenciones para la prevención de complicaciones requieren personal capacitado para el manejo de la paciente obstétrica y acceso a los insumos necesarios para cada caso. Es fundamental recalcar la promoción, difusión de campañas y participación de la comunidad, lo que permite controles prenatales oportunos, de calidad y amplia cobertura.

OBJETIVOS GENERALES

1. Definir el conjunto de servicios esenciales para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Establecer estrategias para la identificación y manejo de los riesgos preconcepcionales, obstétricos y perinatales e incrementar la calidad de la atención a la salud materna en las unidades de primero y segundo niveles.
3. Establecer estrategias y acciones tanto de prevención como de intervención para reducir la morbilidad y la mortalidad materna.
4. Realizar un trabajo coordinado con parteras y promotoras de salud para la atención de la mujer.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar a las mujeres embarazadas que no estén bajo control.
2. Realizar actividades de promoción a la salud como pláticas, trípticos, carteles, etc.; sobre salud reproductiva, haciendo énfasis en el control prenatal.
3. Lograr el seguimiento y control de las mujeres embarazadas ya identificadas en el censo y ampliar la cobertura.

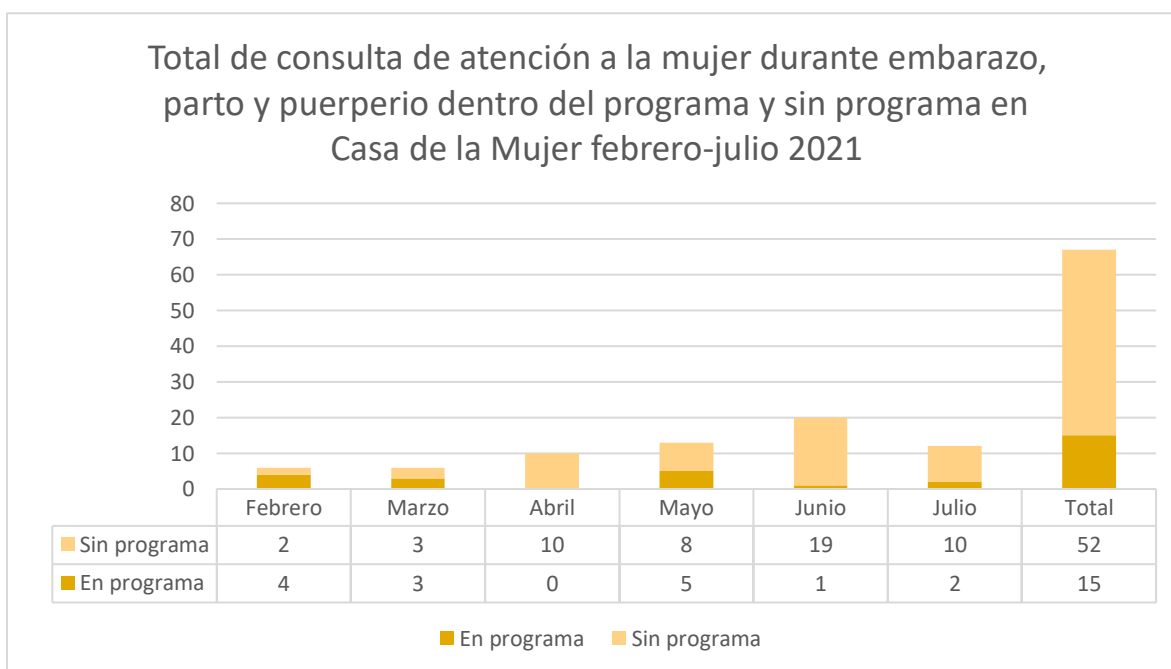
MATERIALES

1. Cama de exploración.
2. Sabanas.
3. Báscula.
4. Baumanómetro.
5. Estetoscopio.

6. Pinard, Doppler
7. Equipo de USG.
8. Reloj con segundero.
9. Cinta métrica.
10. Formato de control prenatal y de historia clínica.
11. Botiquín de urgencias obstétricas.

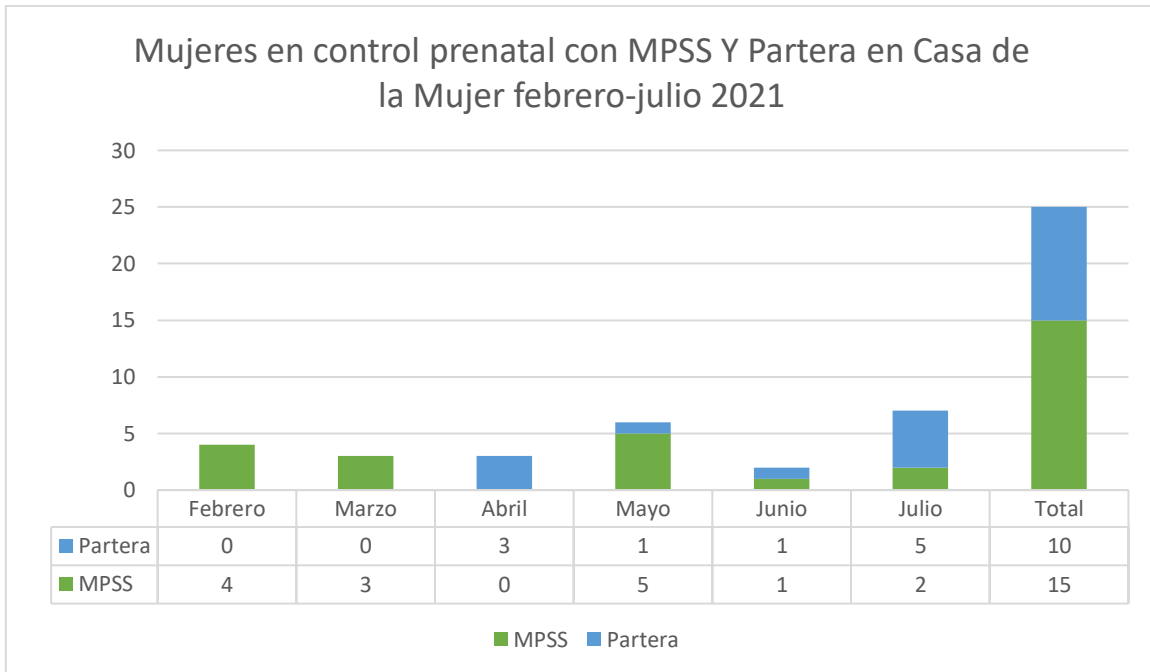
Resultados

Se trabajó durante el periodo comprendido de febrero 2021 hasta julio 2021. Con 67 consultas en total, 15 de estas mujeres se encontraban en el programa con seguimiento y 52 de ellas sin seguimiento. Las mujeres que acudían a la consulta sin seguimiento principalmente solicitaban rastreo de ultrasonido (en el consultorio está disponible un aparato de ultrasonido), llevando seguimiento en otras instituciones de salud, como el Centro de Salud de Palenque, Centro de Salud de sus comunidades, Clínicas Autónomas o Parteras.



Gráfica 10. Total de consulta del programa de atención a la mujer durante embarazo, parto y puerperio en Casa de la Mujer febrero-julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

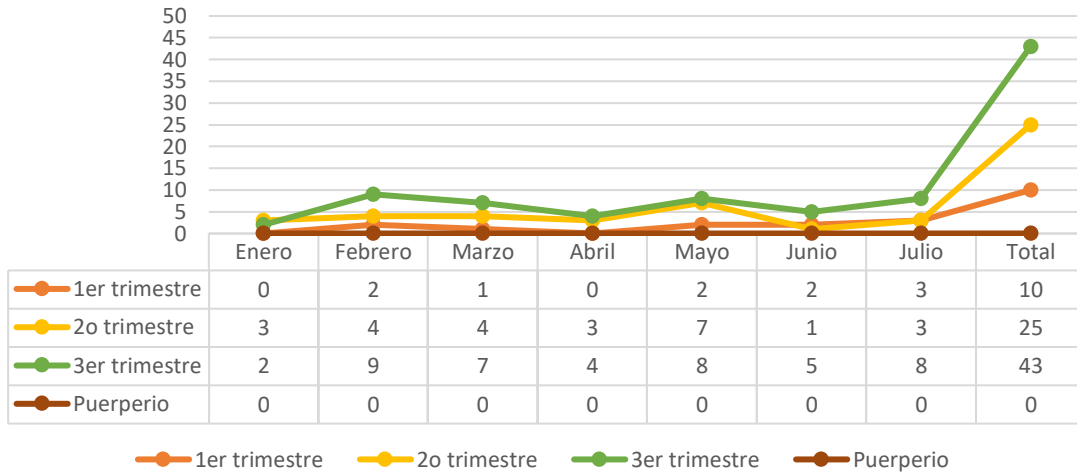
De las mujeres que se encontraban en control prenatal, 15 era llevado por MPSS en CAM y en el informe anual se encuentran registradas 10 mujeres que llevaron control prenatal con partera, ya sea manejo conjunto con CAM o individual.



Gráfica 11. Número de mujeres en control prenatal con MPSS o Partera en Casa de la Mujer. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

Durante este periodo se procuraban mínimo 5 consultas para el control prenatal siendo que la mayoría de las mujeres acudían en su segundo trimestre. Algunas, antes de acudir al consultorio tuvieron consultas con su Partera. Casi en su totalidad, las mujeres acudían puntualmente a sus consultas, en la gráfica 12 se ilustran las consultas de seguimiento por mes de las mujeres en control prenatal clasificadas en primer, segundo y tercer trimestre. Generalmente lograban realizarse los estudios de laboratorio que se les solicitaban junto con los ultrasonidos. En el carnet otorgado se registraba el peso y la estatura, además llevaba impresa una gráfica del IMC. Se registraba toma de tensión arterial, altura de fondo uterino, frecuencia cardiaca fetal y se realizaba búsqueda intencionada de infecciones cervicovaginales y urinarias.

Consultas de Atención Prenatal en programa por mes de primer, segundo y tercer trimestre en CAM, Palenque.
Febrero - Julio 2021



Gráfica 12. Consultas de Atención Prenatal en programa por mes de primer, segundo y tercer trimestre en CAM, Febrero - Julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe anual, SADEC.

La suplementación de Ácido Fólico y Hierro se realizaba en cada consulta, en ese periodo no fue posible la aplicación de vacuna de Td según esquema debido a que había escasez por la pandemia en la que aún nos encontrábamos. La mayoría de las mujeres hablaban español o ch'ol, y en menor medida tzeltal, así que para recordar datos de alarma el consultorio cuenta con folletos en lengua originaria, una herramienta muy útil.



Ilustración 27. Datos de alarma obstétrica ilustrados, CAM ilustrados, CAM.



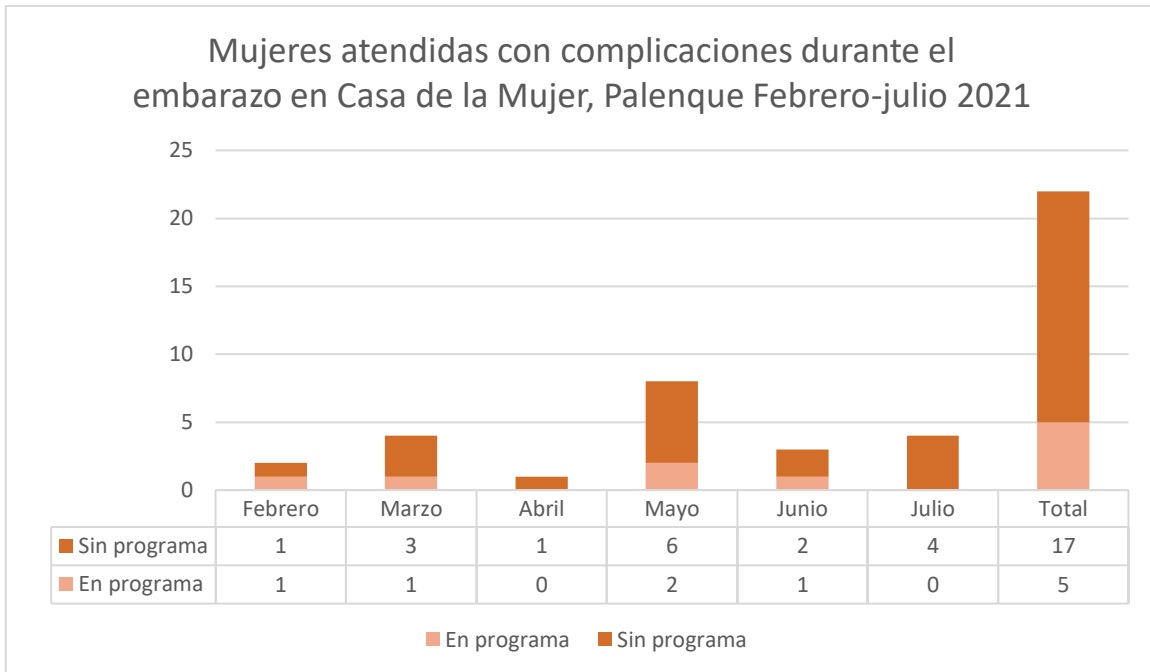
Ilustración 28. Datos de alarma obstétrica

Nombre:			Domicilio:						
Edad:	Teléfono:		Grupo sanguíneo y Rh:						
Ocupación:	Escolaridad:		Estado civil:						
Fecha Última Menstruación:	Ritmo:	Fecha Probable Parto:	Prueba Inmunológica Embarazo:	G:	P: C: A:				
Método Planificación Familiar: Sí No ¿Cuál?:	Número Hijos vivos:		Fecha de último embarazo:						
¿Complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio anterior?: Sí No			¿Cuál?:						
Toxicomanías: Sí No	¿Cuál/es? ¿Frecuencia?:		Seguimiento con Partera:						
Antecedentes de:	Diabetes:	HAS:	Obesidad:	Cardiopatía:	LES:	Coagulopatías:	Transfusionales:	VIH:	Otra: _____
Antecedentes Obstétricos de:	Diabetes gestacional:	Preeclampsia:	Eclampsia:	Óbito:	Aborto:	Hemorragia:	Otra: _____		
Vacunas:	Tétanos-difteria <input type="checkbox"/>	Influenza <input type="checkbox"/>	Hepatitis B <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>			Cuales:		
Nombre y número telefónico de familiar responsable:				¿Riesgo de violencia?					

Fecha	Atendido por	Peso (Kg)	Talla (m)	Tensión Arterial	IMC (Kg/m ²)	Infecciones ¿Cuál?	Posición del producto	Movimientos fetales	Frecuencia Cardíaca Fetal	Riesgo obstétrico	Observaciones (Médico/Partera)

Ilustración 29. Cartilla de control prenatal de CAM elaborada por SADEC, A. C.

Presentaron complicaciones 22 embarazadas, de las cuales 5 estaban en programa, mismas que fueron causadas por infecciones y 17 sin seguimiento (3 por aborto, 10 por infecciones, 1 por amenaza de aborto, 1 por diabetes gestacional y 2 por trastornos hipertensivos), datos ilustrados en la gráfica 13 y 14. Dentro de este número de mujeres también se incluye población migrante referida de casa del caminante. No fueron registradas complicaciones durante el parto debido a que no hubo atención de parto. La cercanía del Hospital General de Palenque da pie a esta situación, al ser una zona urbana con servicios de salud al alcance. En cuanto a la planificación familiar, se ofrecían DIU de cobre (aunque no muy aceptado por las mujeres), anticonceptivos inyectables, anticonceptivos diarios y métodos de barrera, tomando en cuenta el periodo de lactancia de las mujeres y sus preferencias.



Gráfica 13. Mujeres con complicaciones en el embarazo atendidas en CAM febrero-julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC



Gráfica 14. Motivos de complicaciones durante el embarazo en consulta de CAM febrero-julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

Evaluación del programa

Las acciones que teóricamente están descritas para cumplir los objetivos del programa son realizadas en la práctica en su mayoría, como la identificación de mujeres sin control prenatal y realizar trabajo coordinado con parteras. Sin embargo, en ese periodo de tiempo no me fue posible realizar ninguna campaña de prevención y promoción de la salud para mujeres embarazadas. Los recursos materiales y el espacio utilizado fueron adecuados para la atención de las usuarias, ya que se cuenta con todos los instrumentos necesarios para llevar consultas de control prenatal acorde a la NOM. Una de las fortalezas del establecimiento es que se interroga si existe control prenatal con alguna partera de su comunidad, dando la confianza de continuar con el control en ambos lugares. Otro punto beneficioso es que el Hospital General de Palenque se encuentra muy cercano a CAM, por lo que, en caso de urgencia, es posible referir a las mujeres para que acudan al hospital y sean atendidas de forma oportuna. Algo que se podría mejorar dentro del programa, es implementar en el establecimiento atención dental para la mujer embarazada

Evaluación y Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbi-mortalidad en niñ@s menores de 15 años en las diferentes comunidades, implementando estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos detectados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar campañas de salud cada 6 meses, que incorporen actividades como: revisión médica general, control de peso y talla, técnica de cepillado de dientes, aplicación de:

1. flúor, desparasitación de las y los menores de 15 años, de preferencia en los meses de abril y octubre.
2. Detectar y canalizar (durante las campañas) a la consulta médica a las y los niños que se les encuentre o sospeche de algún problema de salud, en compañía de madre o padre de familia.
3. Ingresar a pacientes en consulta general que ameriten un seguimiento.
4. Referir a tod@s aquell@s niñ@s menores de 15 años que requieran atención de 2º o 3er nivel de atención.
5. Lograr el seguimiento de las y los niños identificad@s en los censos de consulta y campañas, así como ampliar la cobertura.

Para la orientación alimentaria al familiar responsable del menor se realiza lo

siguiente:

1. Orientación a la madre y el niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.
2. Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos.

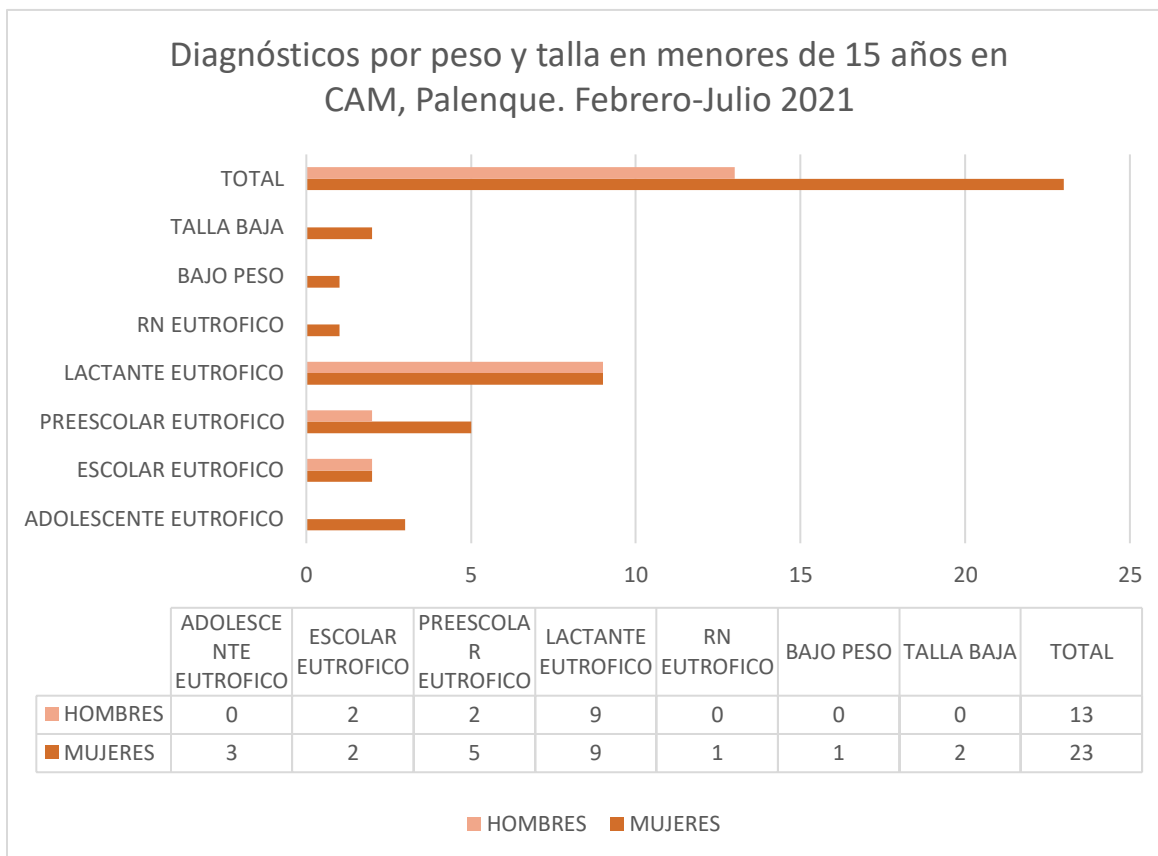
MATERIAL

1. Bascula con estadiómetro.
2. Cinta métrica.

Resultados

Dentro de la vigilancia de crecimiento y desarrollo de 0 a 5 años en ese periodo terminaron 5 niños en programa y de 5 a 15 años 2 niños. Se atendieron un total de 36 menores de 15 años (gráfica 8), de padecimientos agudos en su mayoría sin seguimiento de crecimiento debido a la negativa de los padres. En CAM no se realizaron campañas destinadas a los niños. Sin embargo, se recordaban los beneficios de la lactancia materna exclusiva en el caso de menores de 6 meses, hábitos higiénico dietéticos, se interrogaba sobre la vacunación y en algunos casos se orientaba respecto a la misma, así como desparasitación. *Las medidas de peso y talla eran tomadas con una báscula y estadímetro, para los lactantes era utilizada la cinta métrica. En el programa para menores de 5 años, la consulta total fue de 8 en el periodo de febrero-julio 2021 y se concluyó con 5 niños en el programa.*

En la gráfica 15 se encuentran desglosados los diagnósticos en ese momento por peso y talla de la población atendida menor a 15 años independientemente del resto de sus diagnósticos. En su mayoría son eutróficos, solamente 1 mujer estaba clasificada con peso bajo y 2 mujeres con talla baja.



Gráfica 15. Diagnósticos por peso y talla en menores de 15 años en CAM, Palenque. Febrero-julio 2021 Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

En el programa para niños de 5 a 15 años se dieron un total de 4 consultas en el periodo y se concluyó con 2 niños en el programa.

Evaluación del programa:

Parte de los objetivos descritos consistían en realizar campañas de salud. Durante el periodo no se organizaron campañas de salud para las niñas y los niños. Hubo diversas causas: una de ellas fue que no logré atender a una población significativa en número, además de que no sabía en qué lugar podría convocar niñas y niños con sus padres para que acudieran a las campañas. La técnica de cepillado de dientes no fue abordada dentro de la consulta, sin embargo, sí se hizo referencia a segundo y tercer nivel en caso necesario. La dificultad de convocar a niñas y niños es dada por el origen de los pacientes (siendo que acuden desde las comunidades). Dentro de la zona urbana de Palenque hay una población mucho más grande, por

lo que para realizar una campaña de salud se necesitaría promoción de las actividades y la adaptación de un espacio amplio para las mismas.

Control del Paciente con Enfermedades Crónico-Degenerativos

Se lleva un control de todas las personas sospechosas y diagnosticadas con alguna enfermedad crónica - degenerativa en cada región donde se esté dando la atención medica de primer nivel.

En SADEC, para atender este problema, se cuenta con el programa de atención a personas con enfermedades crónicas - degenerativas, el cual consta de tres grupos de padecimientos:

- Hipertensión Arterial Sistémica.
- Diabetes Mellitus.
- Sobrepeso y Obesidad.

OBJETIVO GENERAL

Valorar la importancia del control de las personas con enfermedad crónica - degenerativa y establecer estrategias y acciones tanto de prevención como de intervención para reducir la morbimortalidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Captar en consulta general a toda la población con algún padecimiento crónico – degenerativo.
2. Ingresar al programa correspondiente a cada persona detectada con algún padecimiento.
3. Dar seguimiento a las personas con sospecha o diagnosticadas con alguna patología crónica.
4. Referir a las personas que requieran atención de 2º o 3er nivel y dar seguimiento.
5. Lograr el seguimiento de las personas identificadas en los censos y ampliar la cobertura.

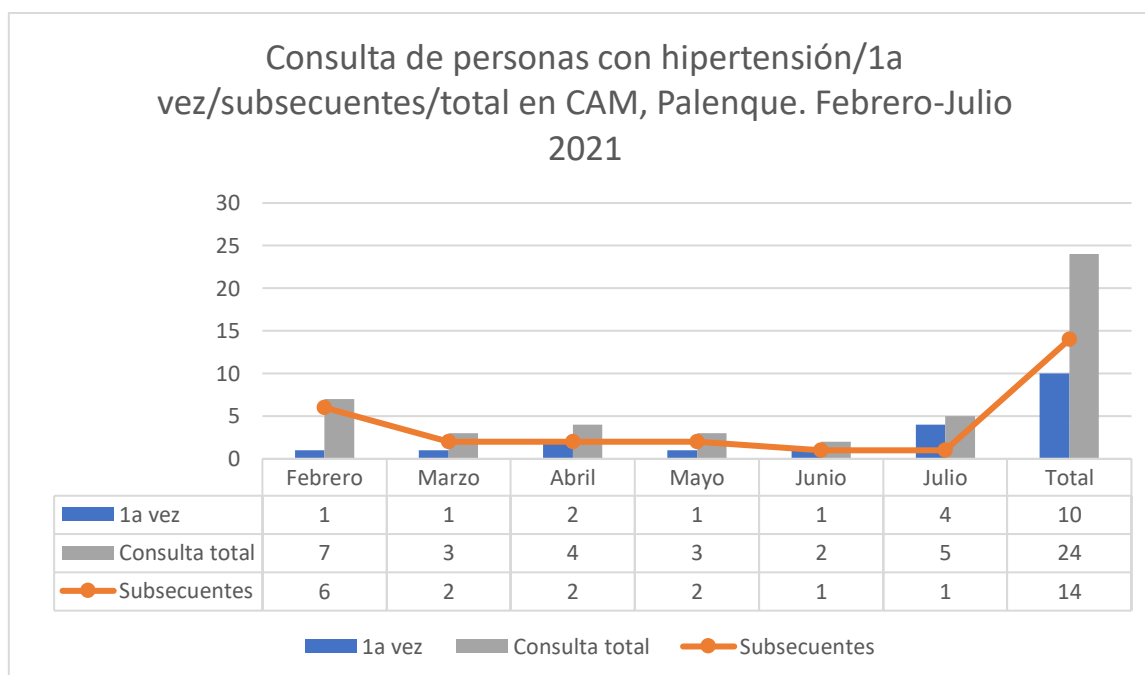
MATERIALES

1. Baumanómetro.
2. Estetoscopio.
3. Tiras reactivas para glucosa (dextroxtis)
4. Bascula con estadiómetro.

5. Formato de control de pacientes crónico-degenerativos.

Resultados

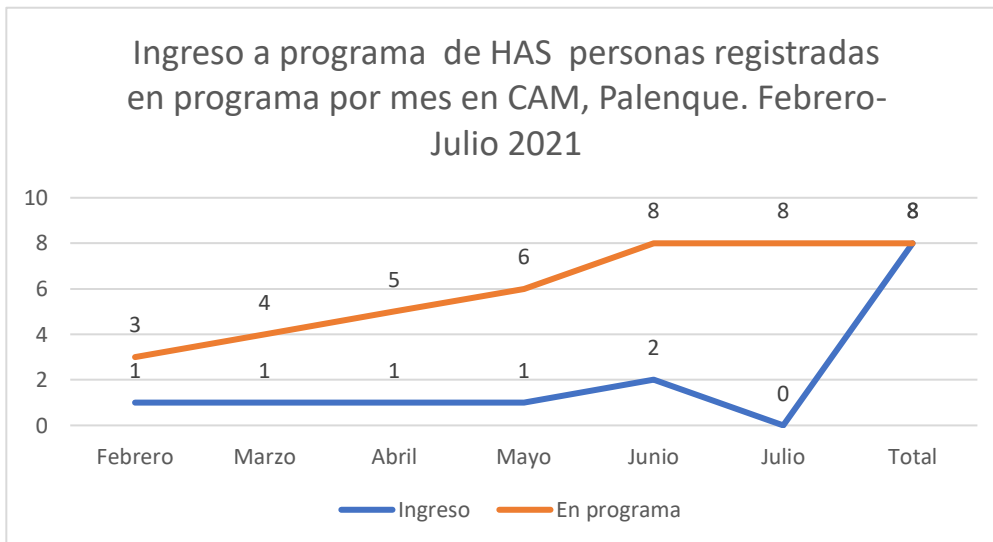
El total de consultas a personas con hipertensión arterial sistémica en el periodo fue de 24, de los cuales, 10 corresponden de primera vez y 14 subsecuentes. En la gráfica 16 se realiza el conteo por mes.



Gráfica 16. Consulta de personas con hipertensión de 1a vez y subsecuentes en CAM. Febrero-Julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

Se ingresaron al programa de seguimiento de HAS 3 personas. Al final del periodo se concluyó con 8 personas en el programa debido a que en enero se inició con 3 personas en programa (Ver gráfica 17). En el seguimiento de las personas con hipertensión además del manejo dietético, se seguían los medicamentos de primera elección según la edad, llegando a las metas de control, sin embargo, es una labor difícil que acudan a las consultas de revisión debido a que no ocasiona ningún síntoma y cuando llevan muchos años de diagnóstico, se niegan a continuar tomando diariamente su tratamiento, llevándolos al descontrol en sus cifras tensionales. En algunas personas se usó herbolaria junto con el antihipertensivo. Las revisiones del programa de HAS incluían la toma de presión, peso y talla en caso de sobrepeso y obesidad e interrogación sobre efectos secundarios de los

antihipertensivos. Para realización de laboratorios de control, se referían al Hospital Básico Comunitario.

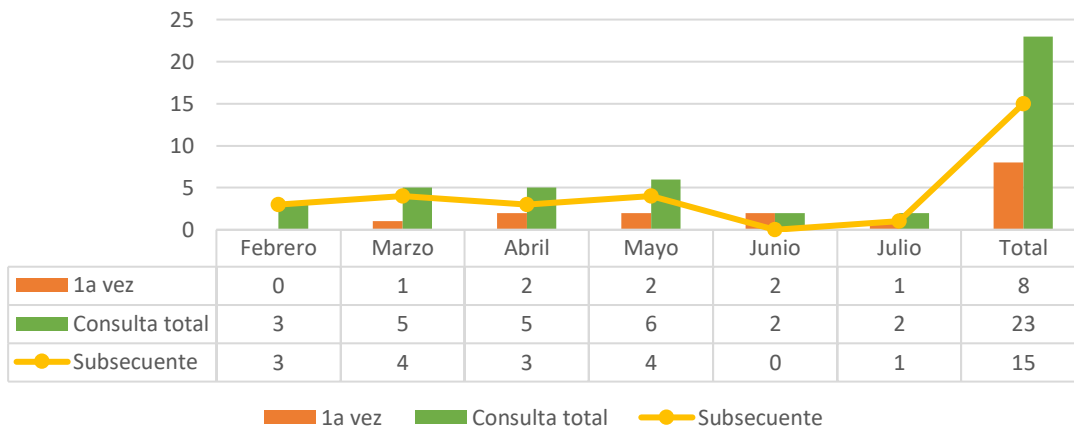


Gráfica 17. Ingreso a programa de HAS y total de personas en programa por mes en CAM. Febrero-julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

En el caso del programa de seguimiento de Diabetes Mellitus, hubo un total de 23 consultas, de las cuales 8 fueron de primera vez y 15 subsecuentes, ya que eran personas que se encontraban en el programa y acudían a sus citas mensuales. (Ver Gráfica 18). Se inició el periodo con 1 persona ya en programa y se concluyó con 8 personas, por lo que se ingresaron en total 7 personas en el periodo. (Ver Gráfica 19).

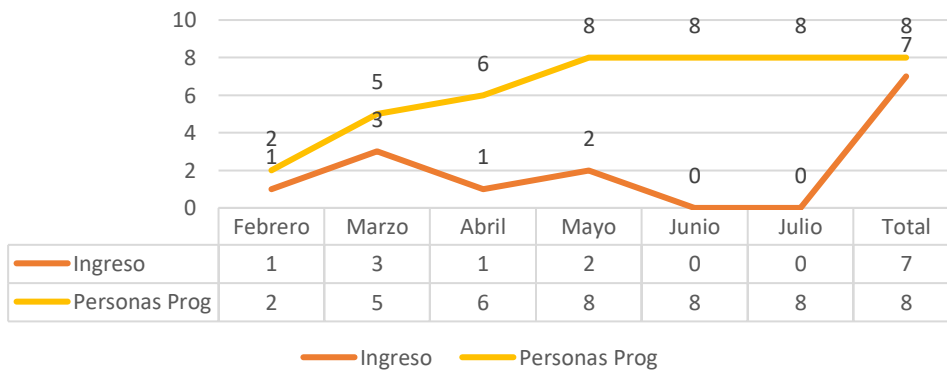
Con el manejo de la diabetes mellitus siempre fue un reto. Por una parte, los médicos no estamos totalmente capacitados para establecer un régimen dietético, solamente damos recomendaciones de acuerdo a lo que indican las guías de práctica clínica. Por otro lado, no estamos totalmente familiarizados con las costumbres culinarias en el área. De cualquier manera, en todas las consultas daba información sobre las recomendaciones de la ADA, interrogaba los hábitos para tratar de identificar factores clave para el buen control glucémico.

Consulta de personas con DM de 1a vez/subsecuentes/total en CAM, Palenque. Febrero-Julio 2021



Gráfica 18. Consulta de personas con DM en CAM. Febrero-Julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

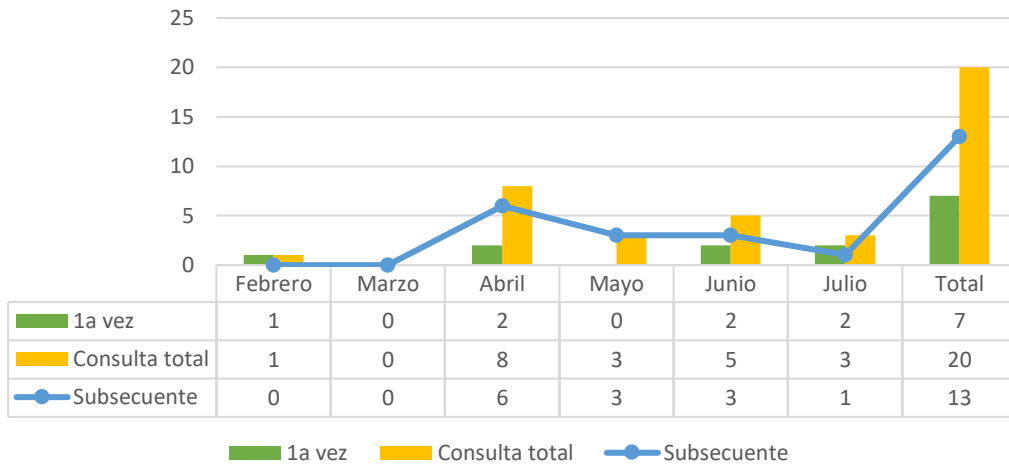
Ingreso a programa de DM y total de personas en programa por mes en CAM, Palenque. Febrero-Julio 2021



Gráfica 19. Ingreso a programa de DM y total de personas en programa por mes en CAM. Febrero-Julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

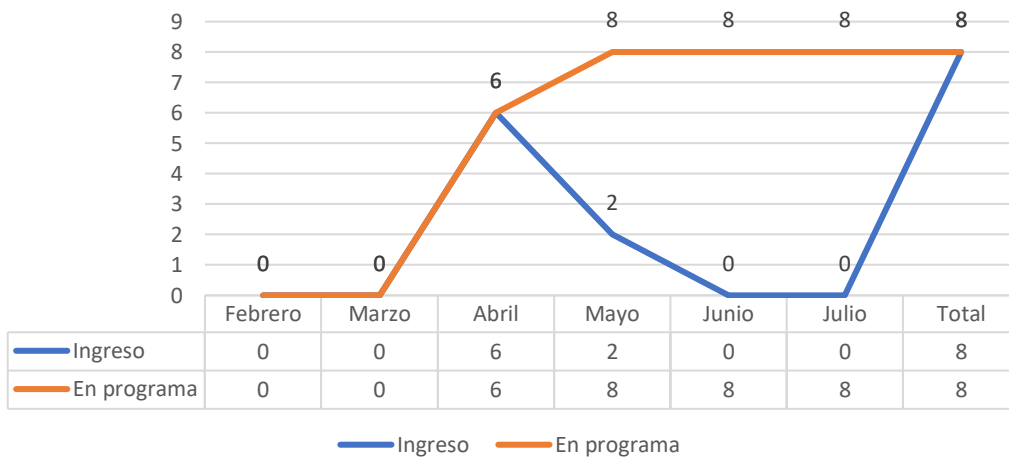
En el programa de Sobrepeso y Obesidad en total se atendieron 20 consultas, de las cuales, 7 fueron de primera vez y 13 subsecuentes (Ver Gráfica 20). Se ingresaron 8 personas en el periodo, terminando con un total de 8 personas en programa. (Gráfica 21).

**Consulta de Sobrepeso y Obesidad de 1a vez/subsecuente/consulta total en CAM, Palenque.
Febrero - Julio 2021**



Gráfica 20. Consulta de Sobrepeso y Obesidad de 1a vez/subsecuente/consulta total en CAM. Febrero-Julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

**Ingreso a programa de Sobrepeso y Obesidad, total de personas en programa por mes en CAM, Palenque.
Febrero- Julio 2021**



Gráfica 21. Ingreso a programa de Sobrepeso y Obesidad, total de personas en programa por mes en CAM. Febrero- Julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC

En algunas ocasiones tenía éxito el uso de metformina con hábitos dietéticos, en otras personas era necesario el uso de terapia combinada, sin embargo, hubo 1 persona con muchos años de evolución de la enfermedad, que ya no era posible el control con metformina ni con terapia combinada, por lo que era necesario el uso de insulina. En ese caso el uso de insulina era difícil, ya que la mujer era invidente y carecía de red de apoyo para la aplicación del tratamiento.



Ilustración 30. Plato saludable recomendado por la ADA.

En el caso del sobrepeso y obesidad no se logró una mejoría significativa en ningún paciente, por varios factores, uno de ellos, la falta de apego a las medidas higiénico dietéticas. Como se menciona anteriormente, en el contexto urbano de Palenque hay seguridad alimentaria, sin embargo, las personas no pueden costear ciertos alimentos en su totalidad, y nosotros como médicos desconociendo el contexto, es difícil que propongamos opciones adecuadas accesibles y culturalmente aceptables. En cuanto a la actividad física es la misma situación hay espacios donde es posible realizar actividad física, sin embargo, la carga de trabajo en el hogar de las mujeres no permite que se logre una rutina de actividad física suficiente para la pérdida de masa grasa. En las comunidades aledañas es la misma situación,

agregando también otro problema que consiste en la compra de alimentos baratos de baja calidad y bajo aporte nutricional, altos en azúcares y grasas.

Evaluación del programa.

Gracias a la toma del peso y la talla de las usuarias en CAM es posible captar los diagnósticos de sobrepeso y obesidad, sin embargo, se puede resaltar que, además de identificar los casos es necesario llevar un seguimiento nutricional estrecho adaptado a las necesidades de cada persona, siendo que no era posible debido a falta de habilidades técnicas por parte mía y falta de apego al tratamiento por parte de la o el paciente. Ayudaría en la mejora del programa de sobrepeso y obesidad algunas guías de menú con distinto esquema de calorías para facilitar las explicaciones y el apego dietético.

Detección oportuna de cáncer cervicouterino

OBJETIVO GENERAL

Este programa proporcionará a las mujeres en edad reproductiva que hayan iniciado vida sexual activa, acceso a la atención ginecológica básica, con lo que se busca disminuir la morbimortalidad del CaCu, enfermedades de transmisión sexual y otras patologías propias de las mujeres. Se puntualizará en la pesquisa de la patología en las mujeres de 40 años y más, dado que es el grupo de mayor riesgo de desarrollar displasia de alto grado.

Disminuir la morbimortalidad de CaCu en las diferentes comunidades, uniformando estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres que presenten la patología.

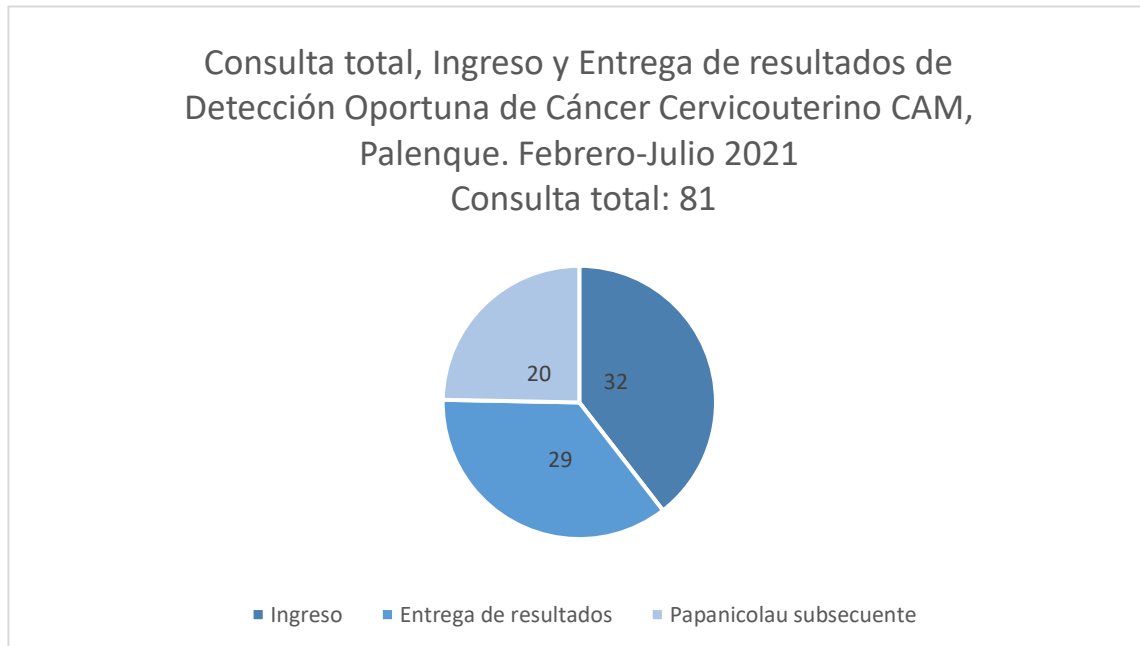
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar promoción de la salud en las comunidades para informar y en la misma medida crear consciencia de la importancia de esta patología.
2. Proporcionar el servicio de toma de citología exfoliativa (Papanicolaou) para la detección temprana de CaCu.
3. Incrementar la detección oportuna de CaCu en las mujeres en grupo de riesgo. Mayores de 21 años o que hayan iniciado vida sexual activa hasta los 64 años de edad.
4. Identificar e incorporar al programa a mujeres que nunca se hayan realizado la toma de citología cervical (Papanicolaou).

5. Asegurar el manejo, tratamiento y seguimiento de los casos en las clínicas comunitarias, clínicas de displasia o en los hospitales de referencia, en base a los resultados de las citologías.
6. Lograr el seguimiento de las mujeres ya identificadas en los censos y ampliar la cobertura.

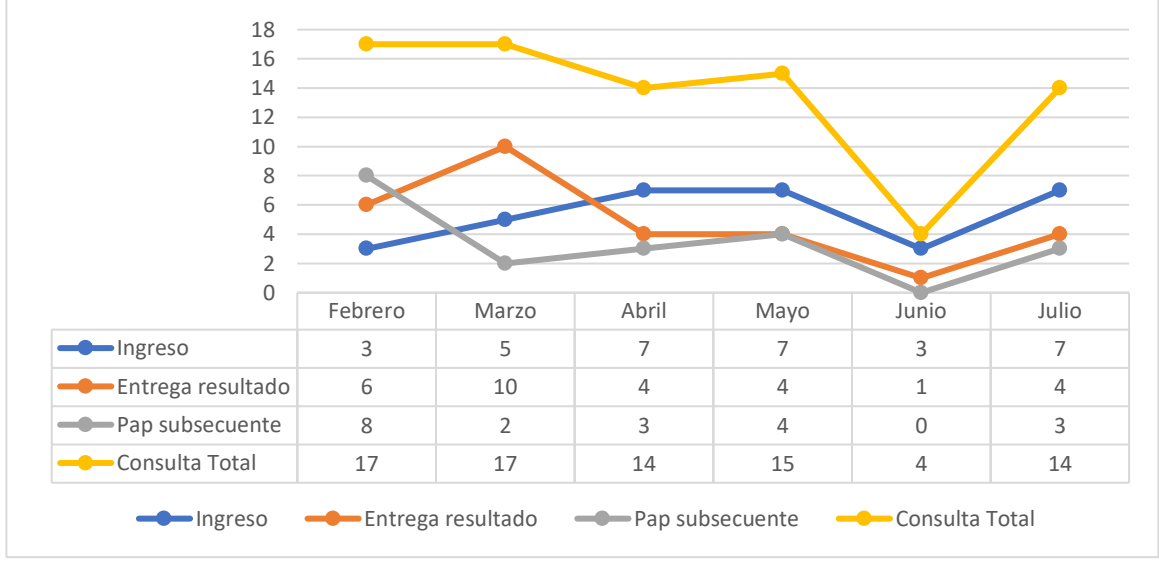
Resultados

El total de consultas durante el periodo asignado fue de 81, divididas en 20 tomas de papanicolau subsecuentes, 29 entregas de resultados y 32 mujeres ingresaron al programa. El total de mujeres al final de Julio fue de 206, se inició en febrero con 550, se egresaron del programa 368 mujeres, las cuales fueron egresadas debido a que no existía seguimiento en sus resultados de papanicolau (principalmente por irregularidad en la asistencia a las citas), por lo que en marzo están registradas 182 dentro del programa. El número de mujeres en programa muestra la importancia que tiene este consultorio en la detección de CaCu. En el consultorio se cuenta con todo el material para hacer citologías y un colposcopio. En este consultorio se reciben muchas mujeres para citologías subsecuentes y es el programa con más mujeres registradas. Las colposcopías principalmente son realizadas por la Dra. Mariana Echeverría. En la entrega de resultados de papanicolau se receta tratamiento o en su caso se refiere a segundo nivel de atención.



Gráfica 22. Consulta total de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino CAM Febrero-Julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe anual, SADEC.

Consulta por mes Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en CAM, Palenque. Febrero-Julio 2021.



Gráfica 23. Consulta por mes Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en CAM. Febrero-Julio 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

Evaluación del programa

Este programa tiene un impacto muy importante en la salud de las mujeres y es de los programas con más usuarias dentro de CAM cumpliendo con el objetivo general, tomando en cuenta que la enfermedad más frecuente en mujeres tratadas en este lugar es la cervicitis. Es posible resaltar que llegan muestras de papanicolau de otras comunidades para ser enviadas con la patóloga, ya sea de campaña o de mujeres captadas en consulta general. La comunidad con mayor número de mujeres captadas para campaña fue Las Tazas, Ocosingo. Aunque también se recibieron muestras de San Jerónimo Tulijá y Arroyo Granizo. Muchas de las usuarias acuden con frecuencia a CAM para atenderse de otros padecimientos además de estar integradas en el programa de Detección Oportuna del Cáncer. Una herramienta muy útil con la que se cuenta en CAM es el colposcopio ya que es posible complementar la toma de las citologías a un precio accesible en comparación con el resto de los servicios de salud privados en la zona de Palenque. En cuanto a mejoras en el programa, ayudaría contar con material de difusión digitales y físicos, como folletos, volantes y difusión e información a través de redes sociales.

Detección oportuna de víctimas de violencia

Permitir impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la prevención de la violencia contra las mujeres. Con ello, se propone algunas medidas necesarias para trabajar en la lucha contra los diversos tipos de violencia.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar a los profesionales de salud pautas de actuación en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano.

La finalidad es ofrecer orientaciones al personal sanitario de SADEC para la atención integral –física, psicológica y social- a las mujeres que sufren violencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Hacer visible el problema de la violencia que viven las mujeres en nuestro quehacer médico cotidiano.
2. Diagnosticar los casos de violencia contra las mujeres.
3. Brindar atención médica y psicológica a las mujeres.
4. Hay que asegurar que nuestras clínicas respeten los derechos humanos de las mujeres.
5. Lograr el seguimiento de las mujeres ya identificadas en los censos y ampliar la cobertura.

Resultados

Se detectó una mujer debido a que está dentro del programa de detección oportuna de CaCu, se hizo referencia a psicología, sin embargo, no acudió.

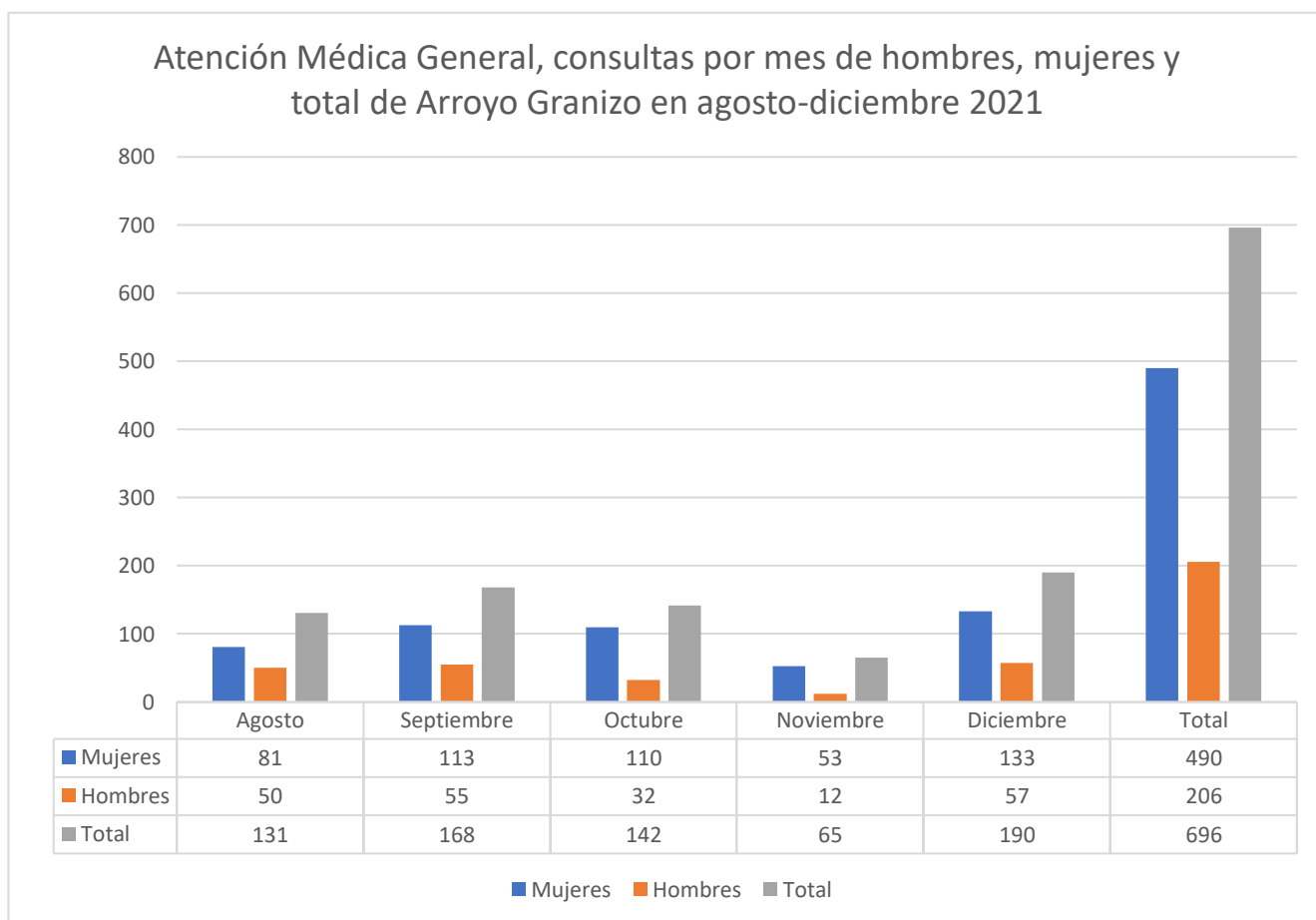
Evaluación del programa

Es difícil sacar a flote los casos de violencia en la consulta médica. En muchas ocasiones se refirieron a psicología y atención legal a mujeres con situaciones relacionadas con violencia, por lo que ya no continuaron el seguimiento dentro de la consulta médica, llevando el seguimiento con las áreas correspondientes. Para la mejora del programa se podría implementar en SADEC algún taller para la mejoría de la relación médico paciente o primer ayuda psicológica impartido por personal de psicología. Otra medida que se podría recuperar es el trabajo que ha hecho CAM en las comunidades para la visibilización de la violencia y la importancia de la salud mental.

Resultados Arroyo Granizo

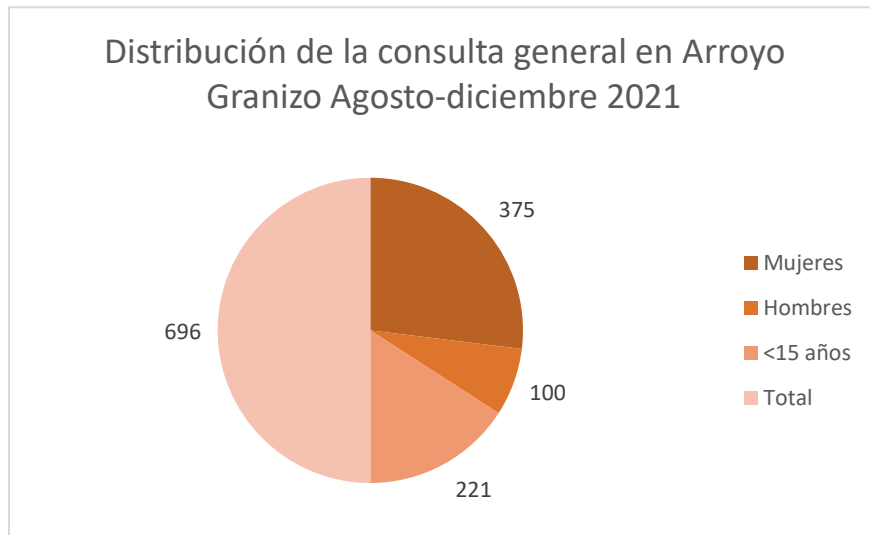
Consulta General

En la gráfica 24 se ilustran el número de consultas generales, que fue de 696, de los cuales 206 fueron para hombres y 490 para mujeres. El total de consultas desglosadas por mes, de hombres y mujeres en la clínica “Lorenzo Espinoza” de Arroyo Granizo en el periodo de Agosto –diciembre 2021.

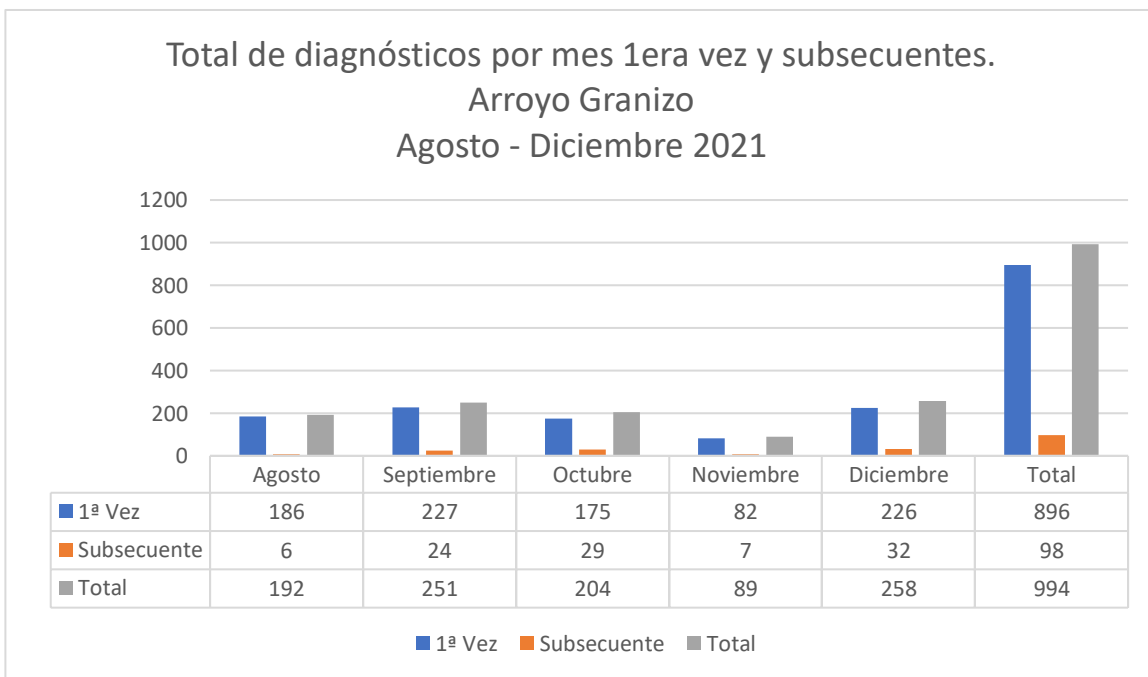


Gráfica 24. Atención Médica general por sexo y mes en Arroyo Granizo en el periodo de agosto-diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

El número de mujeres atendidas es un poco más del doble que el número de hombres, sin embargo, hay que tomar en cuenta también que un porcentaje de ellos son menores de 15 años.



Gráfica 25. Distribución de la consulta general en Arroyo Granizo Agosto-diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe anual, SADEC.



Gráfica 26 Total de diagnósticos por mes de 1ª vez y subsecuentes en Arroyo Granizo Agosto-diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe anual, SADEC.

PROGRAMAS

Atención a la mujer durante embarazo, parto y puerperio

El programa de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, tiene el objetivo de reducir la morbilidad materna en comunidades y periferia donde se encuentran las clínicas de primer nivel, lo cual sólo se puede lograr a través de la participación y el trabajo coordinado de las y los médicos en servicio social con personal de salud que atiende a las mujeres embarazadas en las comunidades, entre estas, se encuentran las parteras tradicionales, promotoras de Salud Sexual y Reproductiva, promotores de Salud General.

OBJETIVOS GENERALES

1. Definir el conjunto de servicios esenciales para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Establecer estrategias para la identificación y manejo de los riesgos preconcepcionales, obstétricos y perinatales e incrementar la calidad de la atención a la salud materna en las unidades de primero y segundo niveles.
3. Establecer estrategias y acciones tanto de prevención como de intervención para reducir la morbilidad y la mortalidad materna.
4. Realizar un trabajo coordinado con parteras y promotoras de salud para la atención de la mujer.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar a las mujeres embarazadas que no estén bajo control.
2. Realizar actividades de promoción a la salud como pláticas, trípticos, carteles, etc.; sobre salud reproductiva, haciendo énfasis en el control prenatal.
3. Lograr el seguimiento y control de las mujeres embarazadas ya identificadas en el censo y ampliar la cobertura

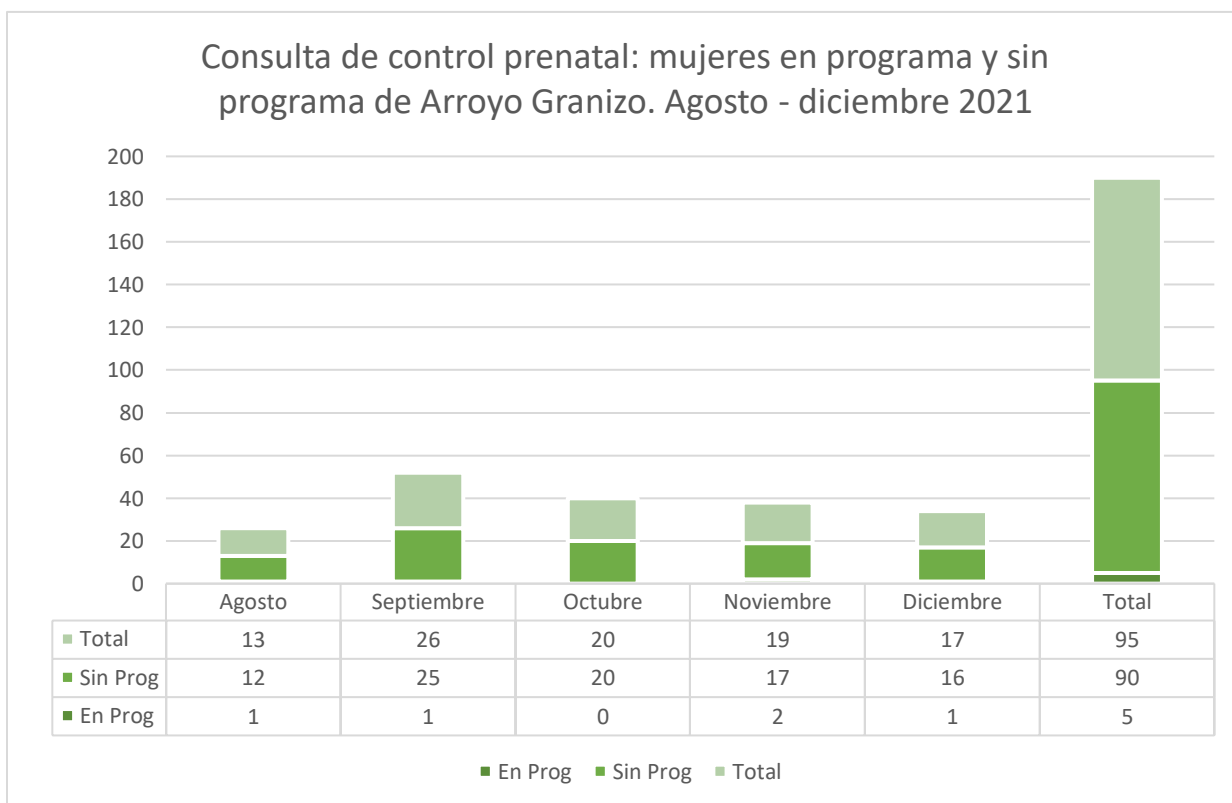
MATERIALES

1. Cama de exploración.
2. Sabanas.
3. Báscula.
4. Baumanómetro.
5. Estetoscopio.
6. Pinard o Fetoscopio y equipo de USG
7. Reloj con segundero.
8. Cinta métrica.
9. Formato de control prenatal y de historia clínica. (Archivado en cada expediente.)

10. Botiquín de urgencias obstétricas.

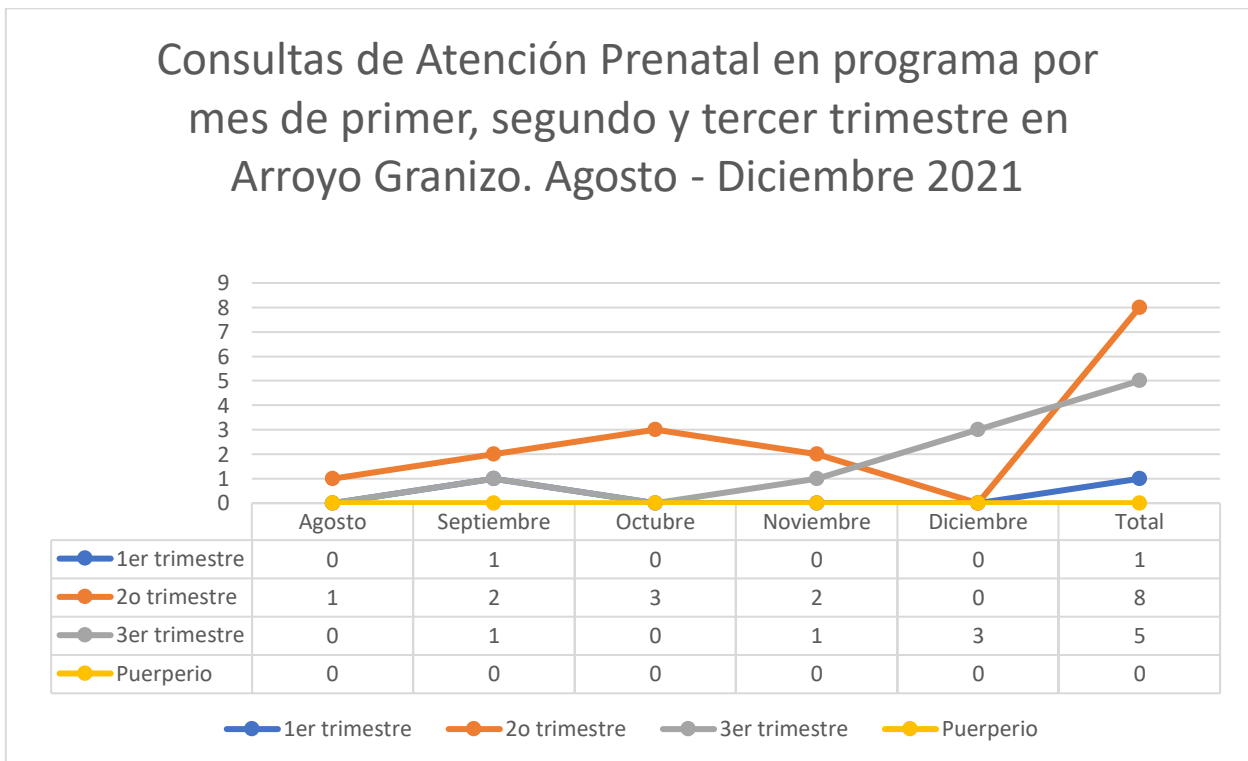
Resultados

Durante el periodo comprendido entre agosto 2021 y diciembre 2021 se registraron un total de 95 consultas de atención prenatal, en donde 5 mujeres estuvieron dentro del programa (Gráfica 27) con citas cada 4 semanas, la mayoría de ellas recibidas durante su segundo trimestre. Las mujeres sin programa acudían a consulta principalmente por rastreo de USG algunas referidas por parteras y otras porque conocen que está disponible el recurso. En la población atendida se incluían las comunidades de Arroyo Granizo, Santo Domingo, Ojo de Agua, El Limonar, Ubilio García, Nuevo Jerusalén y San Antonio La Sombra. En control con Partera estuvieron registradas 42 mujeres, el resto llevan o llevaron control prenatal en el centro de salud de sus comunidades o en el Hospital Básico Comunitario. Una minoría refirió no llevar control.



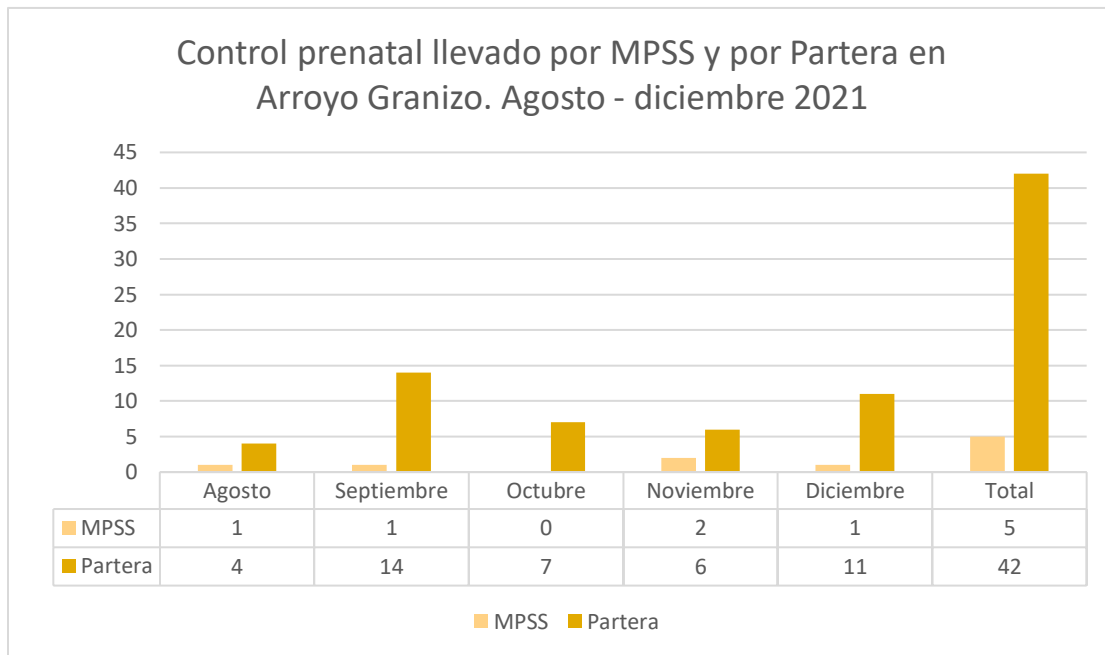
Gráfica 27. Total de consulta de control prenatal desglosada por mes en Arroyo Granizo de Agosto-diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

En la gráfica 28 se ilustran las consultas mensuales de seguimiento de mujeres en programa de primer, segundo y tercer trimestre de embarazo. Se evidencia que la mayoría de las consultas de control de embarazo en seguimiento fueron otorgadas a mujeres en su segundo trimestre de embarazo.



Gráfica 28. Consultas de Atención Prenatal en programa por mes de primer, segundo y tercer trimestre en Arroyo Granizo. Agosto - Diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe anual, SADEC.

Como se muestra en la gráfica 30, la mayoría de las mujeres deciden llevar el control prenatal con Partera, mismas que se encuentran disponibles la mayoría del tiempo para que las mujeres puedan acudir a consultas, así como aclarar sus dudas. En Arroyo Granizo hay 4 parteras. Algunas ocasiones se realizó un seguimiento conjunto y en otras solamente acudían las mujeres para rastreo de ultrasonido.



Gráfica 29. Control prenatal llevado por MPSS y Partera en Arroyo Granizo durante Agosto-diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC

Al llevar control prenatal en esta clínica se les otorga un carnet, en donde se registra peso y talla, semanas de embarazo, la fecha de la próxima cita, cifras de tensión arterial, posición y frecuencia cardiaca del producto. Se recomienda ácido fólico, hierro, laboratorios clínicos, toma de tensión arterial, altura uterina, peso y talla, síntomas de infección del tracto urogenital y datos de alarma.

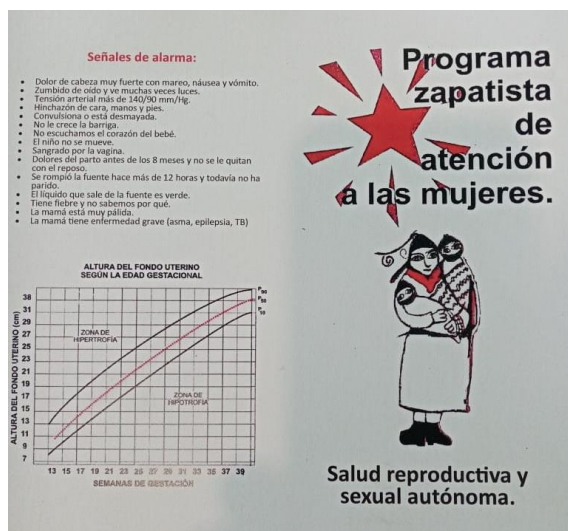


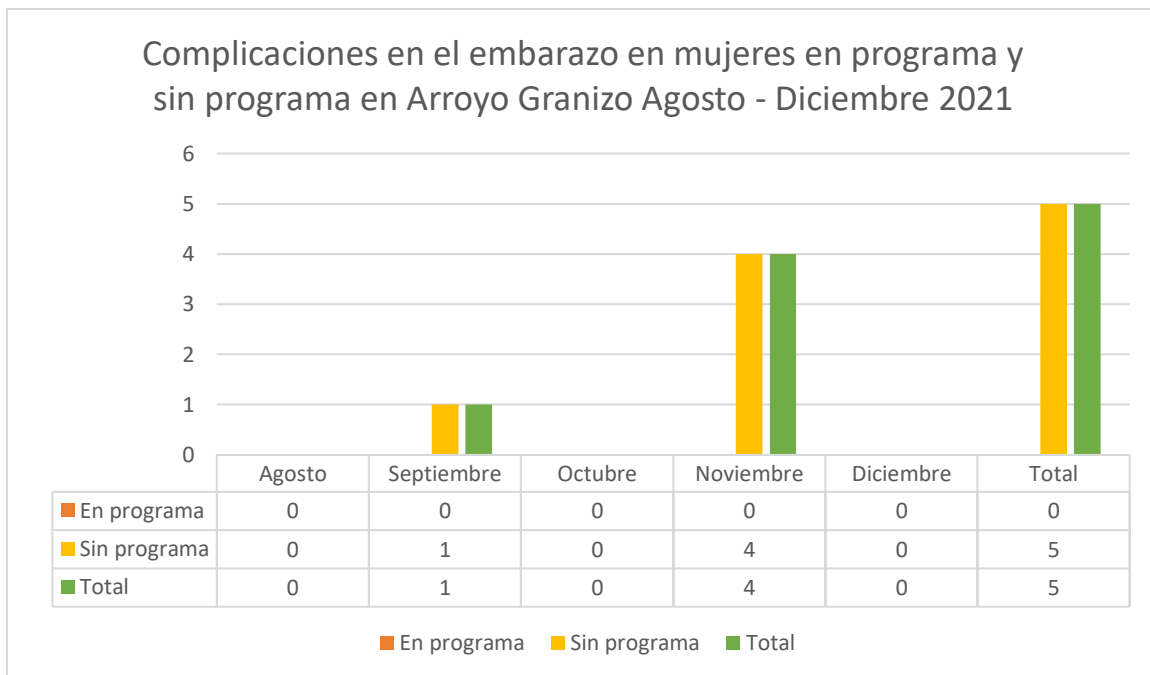
Ilustración 32. Registro de control prenatal de la Clínica Autónoma elaborada por SADEC, AC.



Ilustración 31. Cama de exploración y ultrasonido Clínica Autónoma. Autoría MPSS Álvarez.

Es común también que muchas mujeres omitan los laboratorios, a causa de diversos motivos, ya sea falta de recursos económicos que por consecuencia no les es posible acudir a Palenque u Ocosingo a realizarlos de forma particular y el Hospital Básico Comunitario tiene un servicio sin horario delimitado. En ocasiones atienden los fines de semana, a veces entre semana, a veces dan cita y otras no hay personal o no cuentan con reactivos.

Las complicaciones registradas fueron en mujeres sin seguimiento; 2 por abortos, 3 por infecciones y un óbito de tercer trimestre.



Gráfica 30. Complicaciones en el embarazo de atención prenatal en Arroyo Granizo. Agosto-diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

Las complicaciones durante parto y puerperio fueron 1 parto prolongado, y una infección puerperal. Durante este periodo también me enfrenté a mujeres desinformadas y con miedo a los servicios de salud. Una mujer con 3 abortos previos a la cual referí para control prenatal por embarazo de alto riesgo no acudió al hospital y siguió su control con partera porque le comentaron que “le iban a hacer tacto vaginal y no servía de nada”. Regresó el mes siguiente para realizarse un ultrasonido. Le expliqué la importancia de acudir a una valoración por una ginecóloga o ginecólogo. No tuve oportunidad de continuar el seguimiento debido a que perdí contacto. Respecto a métodos anticonceptivos, ninguna mujer ha

aceptado el DIU de cobre, sin embargo, varias mujeres han aceptado las inyecciones anticonceptivas.

Evaluación del programa

El embarazo en las mujeres fue registrado dentro principales motivos de consulta, se trataron complicaciones agudas como infecciones en el tracto genitourinario, sin embargo, muy pocas mujeres llevaron control prenatal en su totalidad con la clínica. Mayoritariamente eran las parteras quienes llevaban esos controles, además de atender los partos al final de la gestación. Esta atención es preferida por las mujeres debido a que son personas pertenecientes a su mismo pueblo, hablantes de su misma lengua y que practican las mismas costumbres, así como ofrecer la atención a domicilio. Una ventaja de la zona es que el hospital básico comunitario realizaba laboratorios prenatales con la solicitud de la clínica autónoma, facilitando así el cumplimiento del seguimiento según la NOM. También sucedió en algunas ocasiones que, a pesar de esa facilidad para la toma de muestra, las mujeres no accedían a realizarse los análisis, o, por el contrario, que los realizaban en Palenque en laboratorios privados. Un punto fuerte del programa fue que a pesar de que la mayoría de las mujeres se encontraban en seguimiento con las parteras, muchas parteras acudían con sus pacientes a realizarse rastreo obstétrico, además se procura la atención respetuosa para la mujer embarazada.

Como mejoras para el programa, podría trabajarse la relación de él o la pasante con las parteras de la comunidad, así como tener buena comunicación sin vulnerar sus costumbres. Realizar campañas o material informativo sobre la importancia del control prenatal y las complicaciones que pueden suceder y campañas sobre métodos anticonceptivos.

Evaluación y Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y del Niño

Disminuir la morbi-mortalidad en niñ@s menores de 15 años en las diferentes comunidades, implementando estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos detectados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar campañas de salud cada 6 meses, que incorporen actividades como: revisión médica general, control de peso y talla, técnica de cepillado de dientes, aplicación de flúor, desparasitación de las y los menores de 15 años, de preferencia en los meses de abril y octubre.

1. Detectar y canalizar (durante las campañas) a la consulta médica a las y los niños que se les encuentre o sospeche de algún problema de salud, en compañía de madre o padre de familia.

2. Ingresar a pacientes en consulta general que ameriten un seguimiento.
3. Referir a tod@s aquell@s niñ@s menores de 15 años que requieran atención de 2º o 3er nivel de atención.
4. Lograr el seguimiento de las y los niños identificad@s en los censos de consulta y campañas, así como ampliar la cobertura.
5. Orientación a la madre y el niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.
6. Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos.

MATERIAL

1. Balanza con estadímetro.
2. Cinta métrica.
3. Termómetro.
4. Estuche de diagnóstico.
5. Estetoscopio.
6. Abate lenguas.
7. Lámpara.
8. Cama de exploración.
9. Formatos para registrar el control de cada niñ@.
10. Medicamento, cepillos de dientes y flúor.

El total de consultas en menores de 15 años fue de 221 (Gráfica 27), de los cuales 3 ingresaron al programa de Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo de 0 a 5 años. Se dieron 4 consultas totales en el periodo de agosto - diciembre 2021

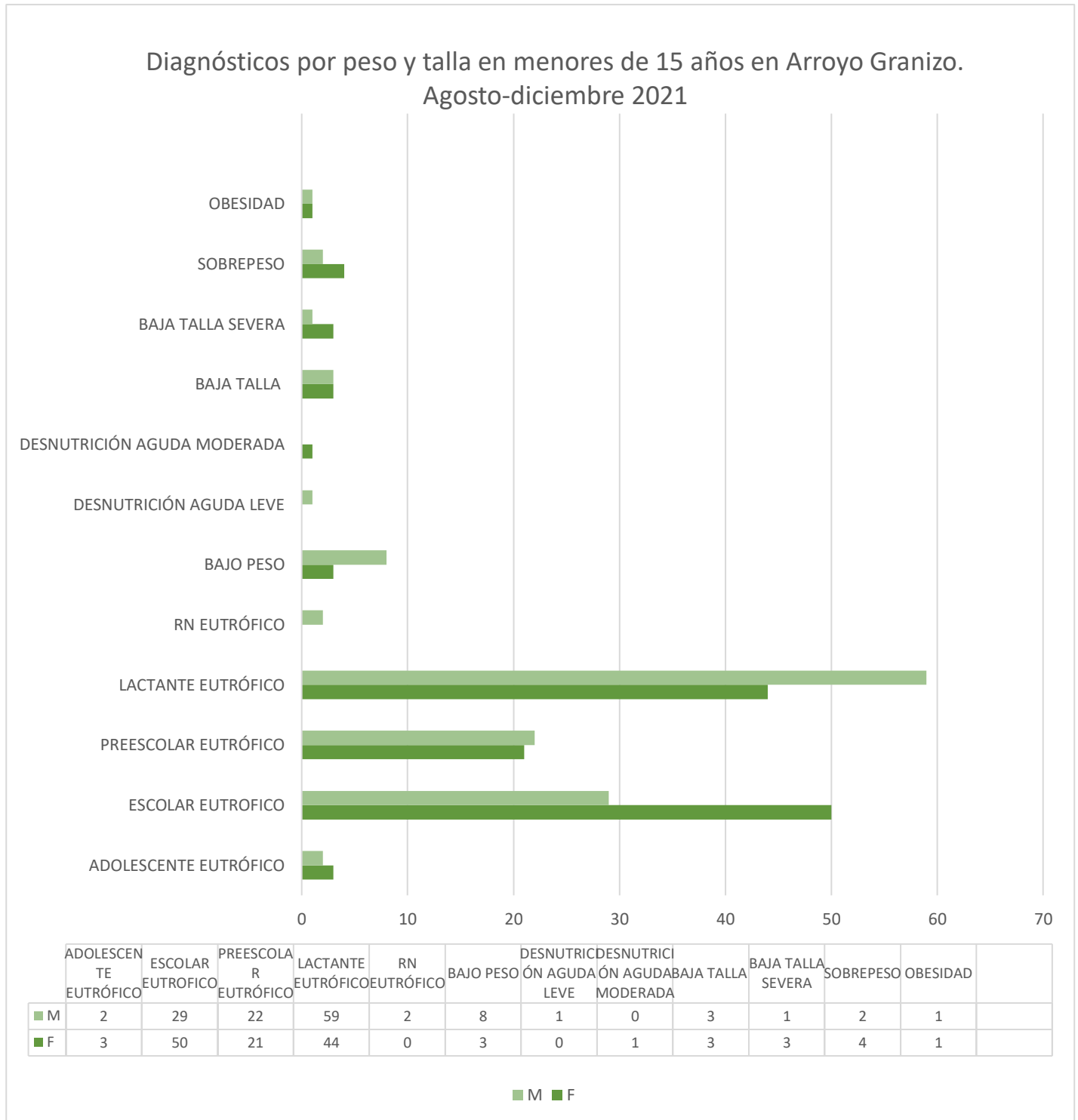
Resultados

En niños de 5 a 15 años se dieron un total de 2 consultas, terminando el periodo con un ingreso al programa.

En la gráfica 31 se ven representados los diagnósticos por peso y talla en menores de 15 años, en su mayoría lactantes, preescolares y escolares eutróficos. Los criterios utilizados fueron: puntuación Z en peso para la edad en menores de 10 años con curvas de la OMS, en talla para la edad en menores de 18 años, peso para la talla en menores de 5 años e índice de masa corporal en menores de 18 años.

De 221 menores de 15 años, el 1% tiene como diagnóstico recién nacidos eutróficos, el 39% lo representan lactantes eutróficos, 16% preescolares eutróficos, el 30% corresponde a escolares eutróficos y el 2% pertenece a adolescentes eutróficos. Del total de menores de 15 años con diagnósticos patológicos respecto al peso y talla, el 2% lo representan los niños y niñas con talla baja, y un 2%

corresponde a talla baja severa. Otro 2% está registrado como diagnósticos de desnutrición aguda leve y 1% con desnutrición aguda moderada, añadiendo un 4% con bajo peso y finalmente 1% con obesidad. (Ilustración 33).



Gráfica 31. Diagnósticos por peso y talla en menores de 15 años en Arroyo granizo. Agosto-diciembre 2021 Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC

Porcentajes de diagnósticos por peso y talla en menores de 15 años en Arroyo Granizo.

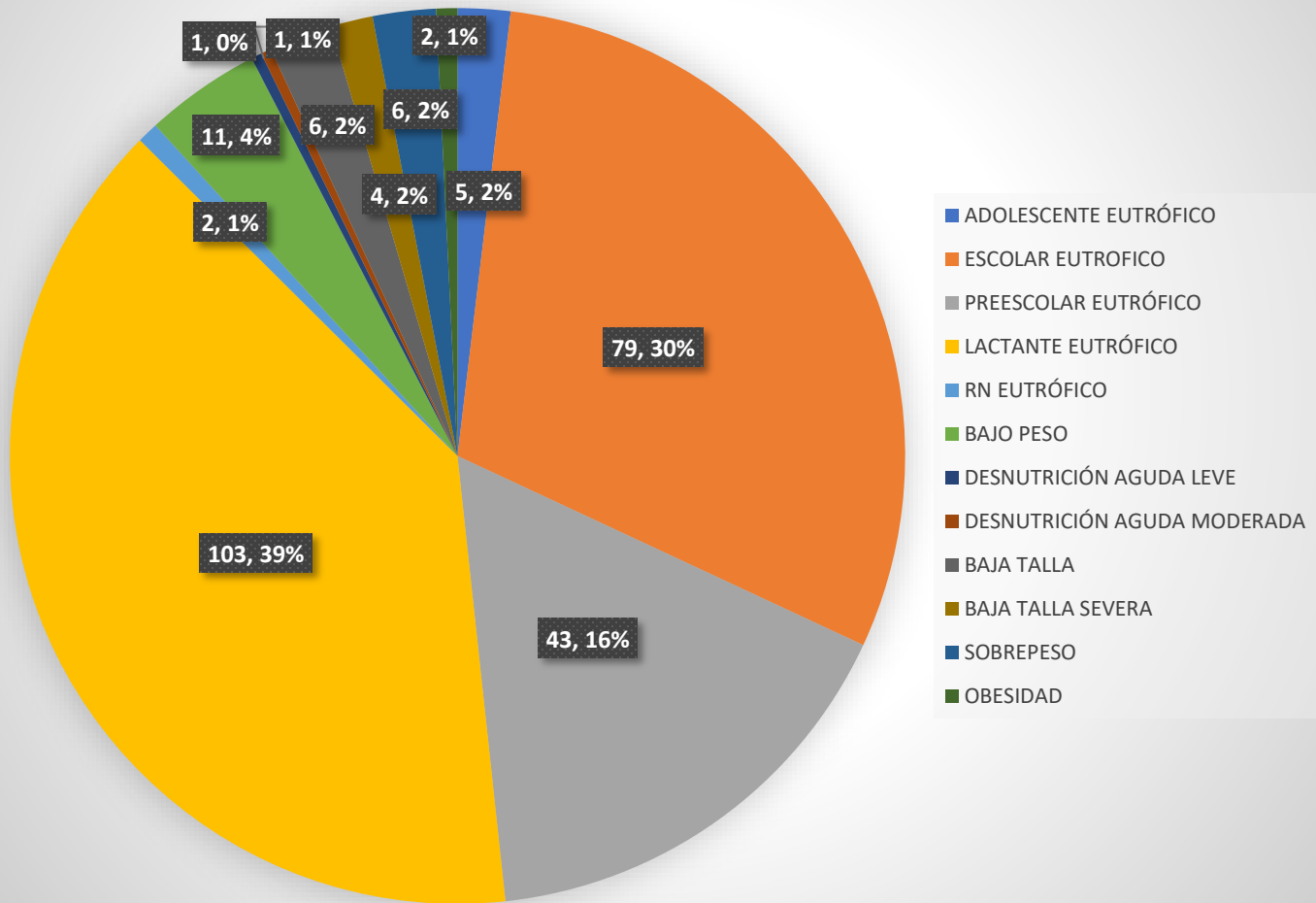


Ilustración 33. Porcentajes de los diagnósticos por peso y talla en menores de 15 años en Arroyo Granizo. Elaboración: MPSS Álvarez

Evaluación del programa

Durante el periodo de Agosto-diciembre solamente fue posible realizar una campaña de salud que comprendió actividades de: control de peso y talla, plática informativa del plato del buen comer, técnica de cepillado de dientes, aplicación de flúor y desparasitación. No se realizó una correcta canalización a la consulta de los niños asistentes a la campaña con problemas de salud debido a que no asistieron madres ni padres de familia, por esa misma razón, es probable que la administración de Albendazol para desparasitación haya sido ineficaz. Durante la consulta general sí se logró realizar referencias a segundo nivel de atención o hacia el Hospital Básico Comunitario en donde se contaba con servicio de consulta de pediatría los fines de semana. La efectividad e impacto de la campaña podría mejorar con la buena comunicación y disponibilidad de las madre y padres de familia para participar en estas actividades ya que ellos son el pilar de la estructura familiar, ellos planean los alimentos, proporcionan la atención médica a los integrantes, administran medicamentos y proveen los recursos. Para la mejora del programa, podría realizarse un mejor trabajo en equipo junto con el personal especialista hospitalario sin olvidar las fechas 'preferenciales de las campañas de salud (abril y octubre) teniendo una buena organización de los expedientes elaborados durante las campañas para no perder el seguimiento.

Control del Paciente con Enfermedades Crónico-Degenerativos.

En los últimos años, las comunidades se han visto afectadas cada vez más por la presencia de enfermedades crónicas – degenerativas, como la Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus, Sobrepeso y Obesidad, Cáncer, entre otras, siendo el resultado de diferentes causas sociales que influyen en los usos y costumbres de las poblaciones y que, a su vez, esto se refleja en la alimentación y la salud.

En SADEC, para atender este problema, se cuenta con el programa de atención a personas con enfermedades crónicas - degenerativas, el cual consta de cinco grupos de padecimientos:

- Hipertensión Arterial Sistémica.
- Diabetes Mellitus.
- Sobrepeso y Obesidad.
- Tuberculosis.

Otras crónicas (ej., cáncer, cardiopatías, etc.).

OBJETIVO GENERAL

Valorar la importancia del control de las personas con enfermedad crónica - degenerativa y establecer estrategias y acciones tanto de prevención como de intervención para reducir la morbimortalidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Captar en consulta general a toda la población con algún padecimiento crónico – degenerativo.
2. Ingresar al programa correspondiente a cada persona detectada con algún padecimiento.
3. Dar seguimiento a las personas con sospecha o diagnosticadas con alguna patología crónica.
4. Captar personas con tos crónica, dar atención médica, BAAR si así se considera y administrar TAES en los casos confirmados.
5. Referir a las personas que requieran atención de 2º o 3er nivel y dar seguimiento.
6. Lograr el seguimiento de las personas identificadas en los censos y ampliar la cobertura.

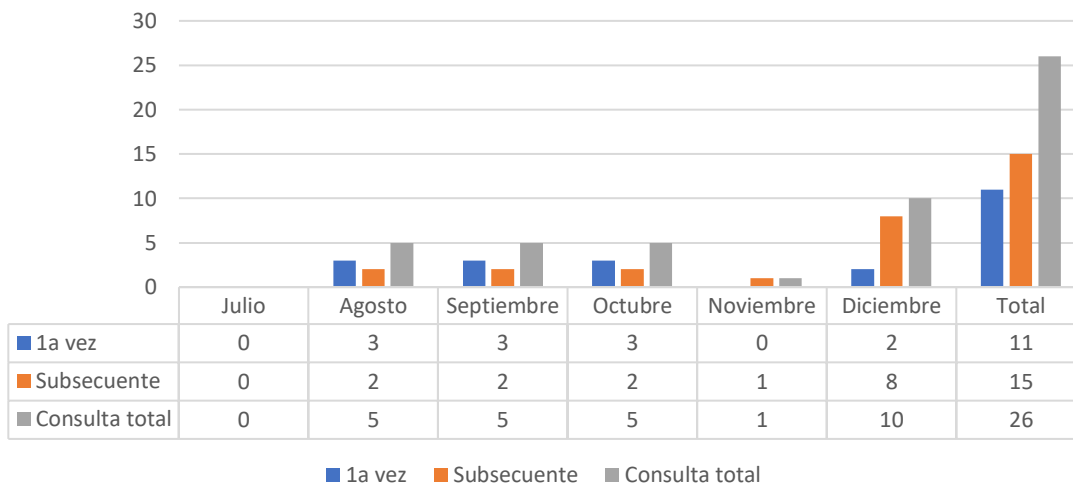
MATERIALES

1. Baumanómetro.
2. Estetoscopio.
3. Tiras reactivas para glucosa (dextrostix)
4. Bascula con estadímetro.
5. Formato de control de pacientes crónico-degenerativos.

Resultados

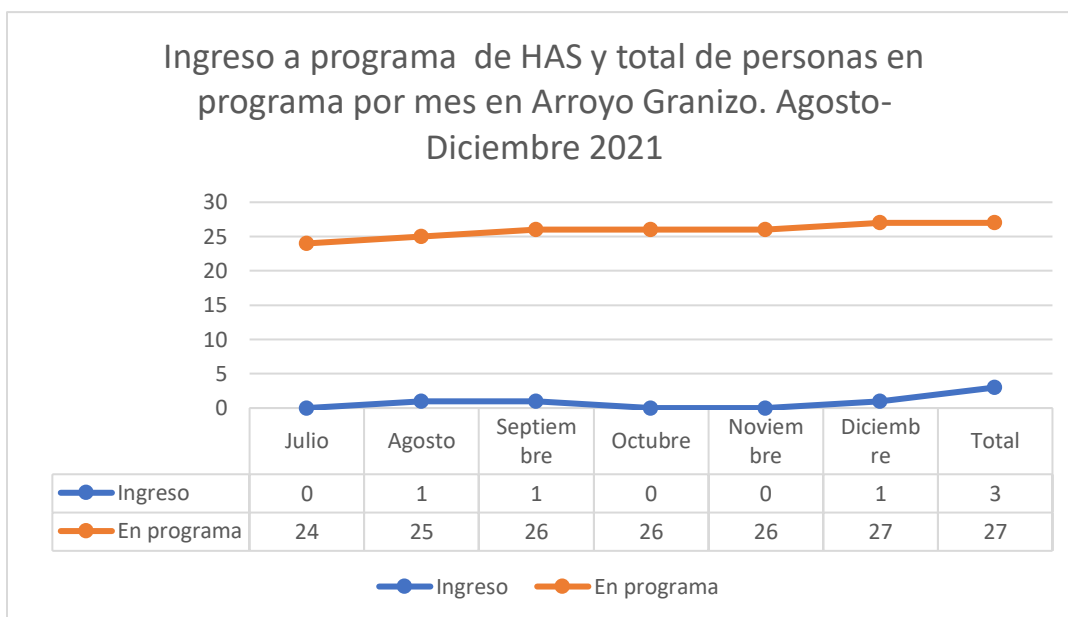
En total se dieron 26 consultas de atención a personas con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), de las cuales, 11 fueron de primera vez y 15 subsecuentes. Es común que las personas con hipertensión no acudan a citas programadas para toma de presión o revisión de control debido a que no presentan sintomatología, así que no es posible tener un seguimiento adecuado (Gráfica 32).

Consulta de personas con hipertensión de 1a vez/subsecuente/consulta total en Arroyo Granizo.
Agosto - Diciembre 2021



Gráfica 32. Consulta de personas con hipertensión en Arroyo Granizo. Agosto-diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC

En el programa de HAS al finalizar el periodo de agosto-diciembre, había 27 personas en programa (Gráfica 33), al inicio del periodo se encontraban 24 personas en el programa, así que se concluye que se ingresaron 3 personas al programa dentro de este periodo.



Gráfica 33. Total de ingreso a programa de HAS en Arroyo Granizo. Agosto-diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

En el programa de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en total se dieron 37 consultas, 21 de ellas subsecuentes y 16 de primera vez (Gráfica 39). Algunos de las personas fueron referidas a segundo nivel para manejo con estudios paraclínicos. La mayoría de las complicaciones fueron por mal apego al tratamiento y cuando se les cuestionaba sobre lo que conocían de su propia enfermedad, respondían no conocer nada. Solamente se guiaban por rumores de consecuencias negativas de los medicamentos y resentimiento hacia los servicios de salud gubernamentales, por ejemplo, el rumor común de que los van a matar dentro del hospital o, por el contrario, que no les van a hacer nada. Este es un punto muy importante del acceso a la información, regresando al problema del inicio del trabajo, que la información está disponible para todos, menos para ellos.

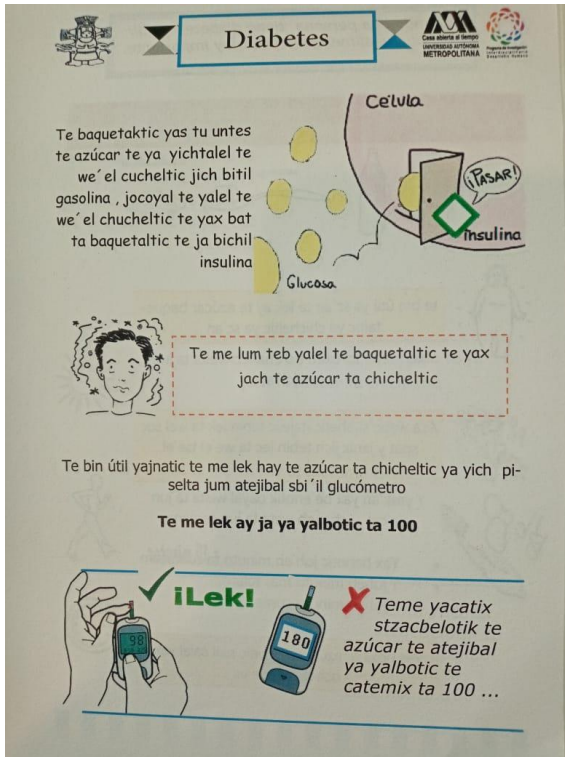
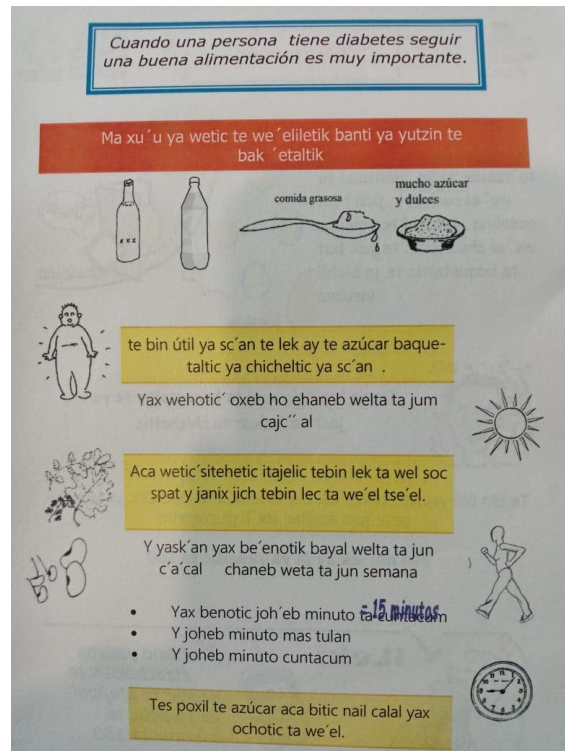
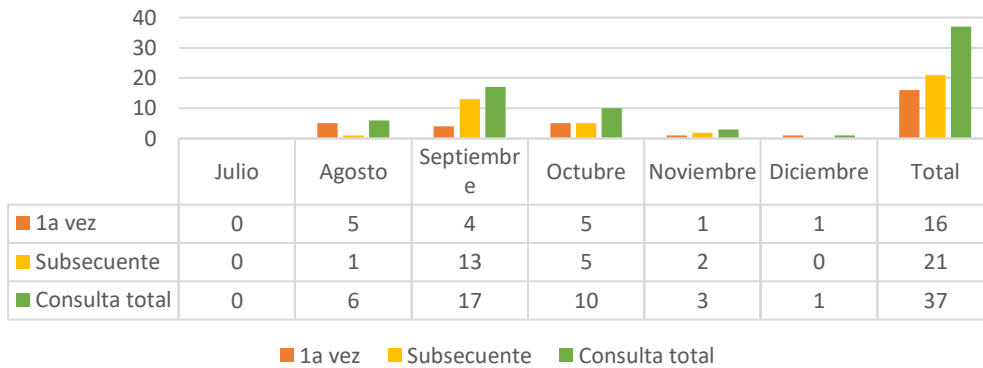


Ilustración 34. Información para personas con DM en la Clínica Autónoma elaborados por SADEC. Foto: MPSS Álvarez

Ilustración 35. Información para personas con DM en la Clínica Autónoma elaborados por SADEC. Foto: MPSS Álvarez



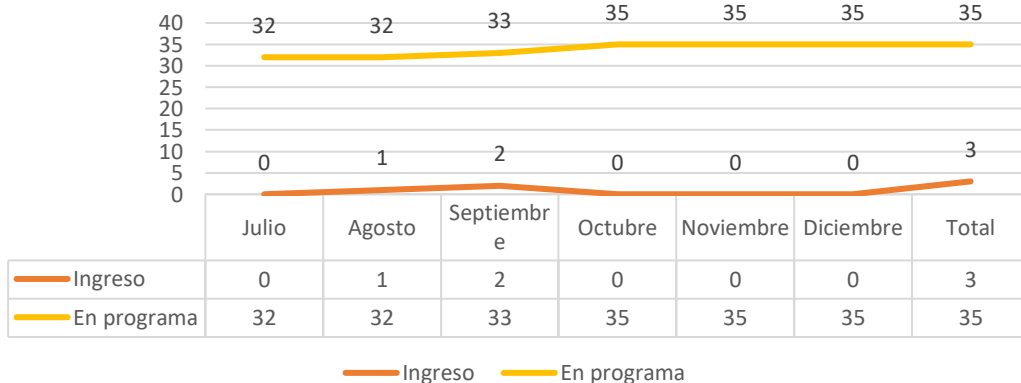
Consulta de personas con DM de 1a vez/subsecuentes/total en Arroyo Granizo. Agosto-Diciembre 2021



Gráfica 34. Consulta de personas con DM de 1a vez/subsecuentes/total en Arroyo Granizo. Agosto-Diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC

En el programa de DM2 terminamos con 35 personas en programa, a inicios del periodo se tenían registrados 32 personas, por lo que se anexaron 3 (Gráfica 40).

Ingreso a programa de DM y total de personas en programa por mes en Arroyo Granizo. Agosto- Diciembre 2021

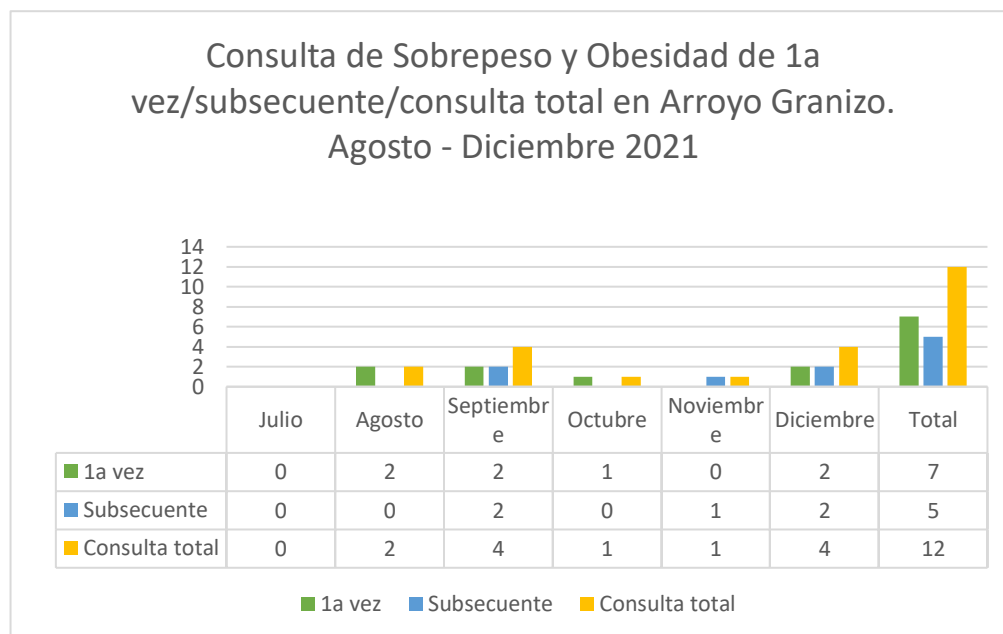


Gráfica 35. Ingreso a programa de DM y total de personas en programa por mes en Arroyo Granizo. Agosto- Diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

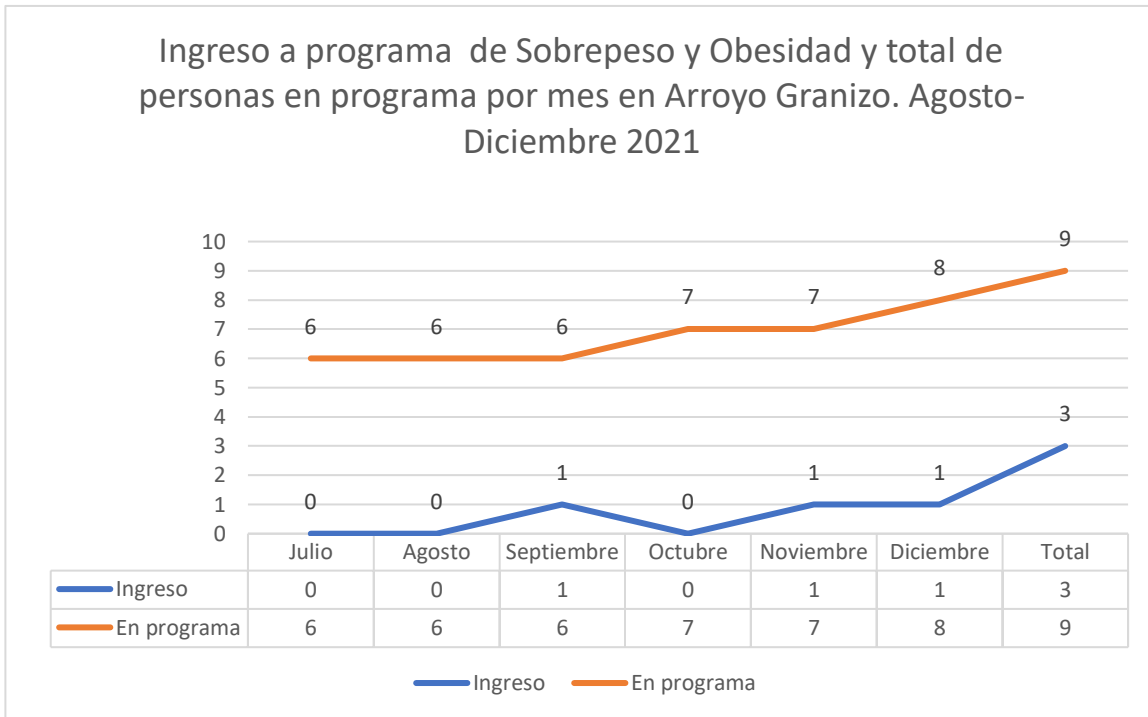
En Sobre Peso y Obesidad (SyO) terminamos con 9 personas en programa. A inicios se encontraban registradas 6 personas, por lo que se anexaron 3. En total se dieron 12 consultas, 7 de primera vez y 5 subsecuentes. En las consultas de SyO se solicitaban estudios de laboratorio para tener un mejor panorama de la salud en cuanto parámetros químicos. Algunas personas tenían glucosa en control, colesterol y triglicéridos y otras tenían comorbilidades, como ovario poliquístico, resistencia a la insulina o DM2 en control en otra institución.



Ilustración 36. Folleto informativo del buen comer para la consulta en lengua originaria, elaborado por SADEC, AC.



Gráfica 36. Consulta de Sobrepeso y Obesidad en Arroyo Granizo. Agosto-Diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.



Gráfica 37. Ingreso al programa de Sobrepeso y Obesidad junto con el total de personas en programa por mes en Arroyo Granizo. Agosto-Diciembre 2021. Autoría MPSS Álvarez con datos del informe mensual, SADEC.

Evaluación del programa

En la población de esta zona ingresaron pocas personas al programa, independientemente del tipo de enfermedad crónica. Como se mencionó anteriormente, lograr el apego al tratamiento de diabetes, hipertensión y sobrepeso y obesidad es un reto. No se planearon campañas de salud para estas patologías, sin embargo, probablemente sean necesarias para dar a conocer las complicaciones de las enfermedades crónicas mal controladas y principalmente para la prevención de las mismas. Las referencias a segundo nivel de atención se dieron en personas sin seguimiento por la clínica. En cuanto a la detección de personas con tos crónica, fue posible realizar una campaña en la comunidad de El Limonar para la prevención y cribado de tuberculosis, en donde se incluyeron actividades de toma de muestras de BAAR y plática informativa, lamentablemente, el seguimiento quedó inconcluso de mi parte porque terminó mi periodo de servicio social. Sigue estando pendiente la erradicación de la tuberculosis en algunas comunidades, por lo que sigue siendo necesario continuar con la búsqueda de tosedores crónicos en la zona.

DetECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO.

Este programa proporcionará a las mujeres en edad reproductiva que hayan iniciado vida sexual activa, acceso a la atención ginecológica básica, con lo que se busca disminuir la morbimortalidad del Cáncer Cervicouterino (CaCu), enfermedades de transmisión sexual y otras patologías propias de las mujeres. Se puntualizará en la pesquisa de la patología en las mujeres de 40 años y más, dado que es el grupo de mayor riesgo de desarrollar displasia de alto grado.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbimortalidad de CaCu en las diferentes comunidades, uniformando estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres que presenten la patología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar promoción de la salud en las comunidades para informar y en la misma medida crear consciencia de la importancia de esta patología.
2. Proporcionar el servicio de toma de citología exfoliativa (Papanicolaou) para la detección temprana de CaCu.
3. Incrementar la detección oportuna de CaCu en las mujeres en grupo de riesgo. Mayores de 21 años o que hayan iniciado vida sexual activa hasta los 64 años de edad.
4. Identificar e incorporar al programa a mujeres que nunca se hayan realizado la toma de citología cervical (Papanicolaou).
5. Asegurar el manejo, tratamiento y seguimiento de los casos en las clínicas comunitarias, clínicas de displasia o en los hospitales de referencia, en base a los resultados de las citologías.
6. Lograr el seguimiento de las mujeres ya identificadas en los censos y ampliar la cobertura.

Resultados

En total fueron 6 consultas, 4 de ingreso al programa y dos entregas de resultado. Se concluyó el periodo con 3 mujeres dentro del programa. Hubo un egreso debido a que la edad de la mujer superaba los 70 años.

En muchos lugares en diferentes comunidades tienen temor al papanicolau. Se han escuchado rumores sobre mujeres han muerto a consecuencia de realizarse papanicolau.

Evaluación del programa

En este programa se ingresaron pocas usuarias por diversas razones. Una de ellas es la desinformación del procedimiento y otra es por la cercanía del Hospital Básico Comunitario, en donde se realizaban campañas de citología periódicamente. Para la mejora del programa es necesario implementar material informativo para las mujeres, materiales didácticos y carteles en lengua originaria.

Detección oportuna de víctimas de violencia

El protocolo que ahora se presenta, se propone para su aplicación en el conjunto de las Clínicas Comunitarias Autónomas atendidas por el personal médico de SADEC. Esperando sea de especial utilidad para los profesionales de Atención Primaria, ya que es a este nivel donde se tiene el contacto más inmediato y directo con las víctimas de violencia, con el fin de permitir impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la prevención de la violencia contra las mujeres. Con ello, se propone algunas medidas necesarias para trabajar en la lucha contra los diversos tipos de violencia.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar a los profesionales de salud pautas de actuación en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano.

La finalidad es ofrecer orientaciones al personal sanitario de SADEC para la atención integral –física, psicológica y social- a las mujeres que sufren violencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Hacer visible el problema de la violencia que viven las mujeres en nuestro quehacer médico cotidiano.
2. Diagnosticar los casos de violencia contra las mujeres.
3. Brindar atención médica y psicológica a las mujeres.
4. Asegurar que nuestras clínicas respeten los derechos humanos de las mujeres.
5. Lograr el seguimiento de las mujeres ya identificadas en los censos y ampliar la cobertura.

Resultados

En detección oportuna de víctimas de violencia se encuentra registrada 1 consulta, la cual fue referida para psicología. Los servicios de psicología son muy difíciles de encontrar, debido a que en ninguna de las comunidades aledañas cuenta con psicóloga/psicólogo, trabajador o trabajadora social. En varias consultas se detectaron conflictos familiares, personales y comunales que afectaban la salud de las personas, en cuestión de cefalea, cifras tensionales alteradas, fatiga, malestar general, desmayos, hasta crisis conversiva. Con la coordinación de promotores de salud, quienes no pierden de vista la salud mental, dimos manejo individualizando la situación. Por otro lado, es importante recalcar que la visualización de situaciones de violencia no es común, debido a que en pláticas fuera de la consulta se han identificado, sin que las mujeres las vean como un problema a resolver, normalizando este tipo de comportamientos.

Evaluación del programa

El programa de detección de víctimas de violencia no tiene el impacto esperado debido a que no se visibilizan los problemas como justamente, un problema. En este caso, la evaluación es similar a la evaluación del programa de CAM. Es importante que se aborde la salud mental en la vida cotidiana, ya sea a través de campañas o a través de orientación en la consulta general, tomando en cuenta también que los problemas de violencia contra las mujeres eran más comentados en pláticas casuales que dentro de la consulta. Las propuestas de mejora del mismo modo, están relacionadas con la implementación de talleres en SADEC para la mejoría de la relación médico paciente o primer ayuda psicológica impartido por personal de psicología.

PERFILES DE MORBILIDAD

PERFILES GENERALES CAM

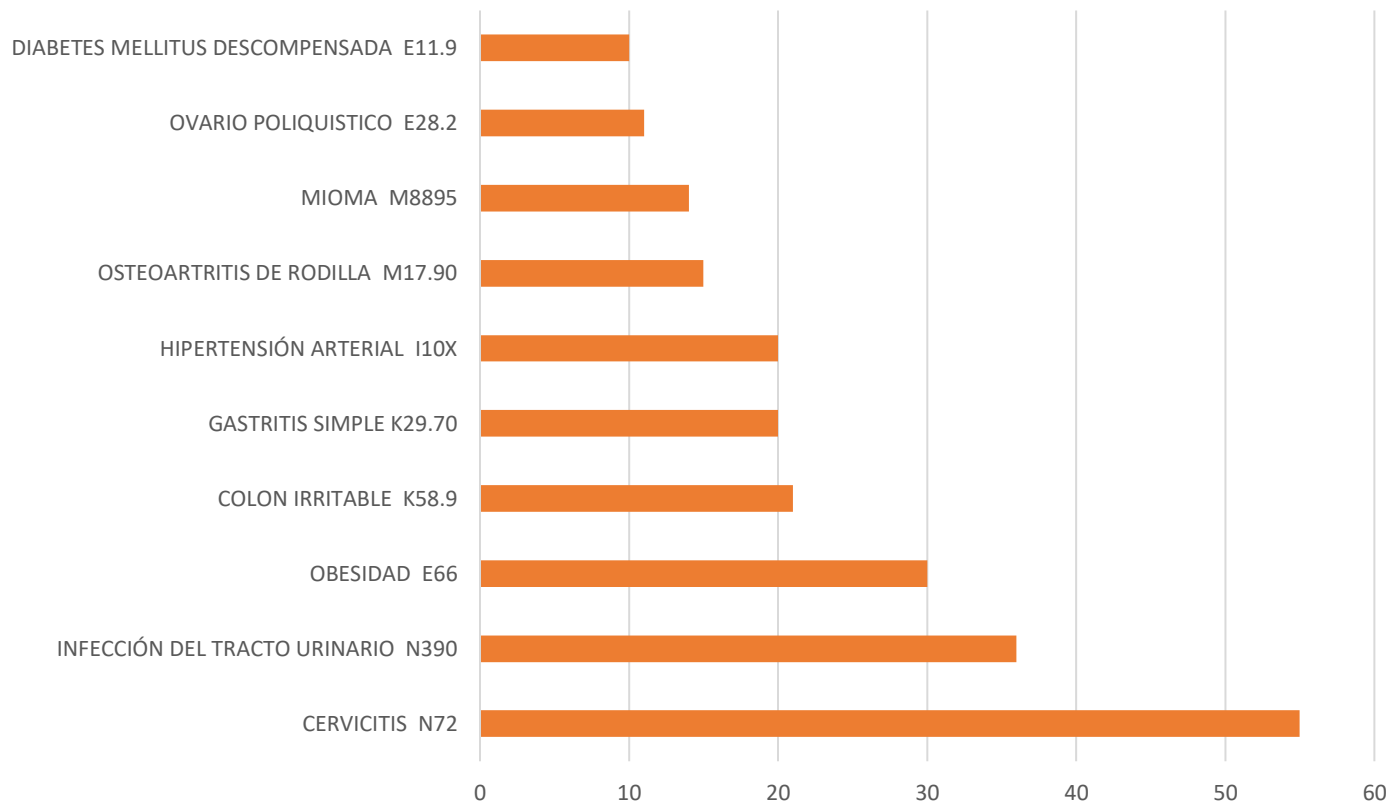
En Casa de la Mujer el periodo de trabajo fue de febrero a julio de 2021. En la gráfica 38 se hace evidente el giro principal de la consulta médica, se observa como primer lugar la cervicitis, además de miomas y síndrome de ovario poliquístico entre los motivos de consulta más socorridos por la población de Palenque. Volteando a ver las demás afecciones, encontramos enfermedades crónico degenerativas, esto porque el grueso poblacional de la consulta son pacientes que oscilan entre los 15 y 44 años, siendo la media entre estas edades el momento de aparición de la hipertensión arterial, la diabetes y las dislipidemias. No podemos dejar atrás también la aparición de la obesidad como diagnóstico frecuente en nuestra consulta, que en suma es un llamado de atención para abordar estas patologías y así evitar la progresión de esta enfermedad. La segunda causa de morbilidad general en CAM coincide con la segunda causa de enfermedad en el estado de Chiapas, la podemos comparar en la ilustración 36.

Veinte principales causas de enfermedad en Chiapas, por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos 2020
Población General

Número	Padecimiento	Código de la lista detallada CIE10a. Revisión	Grupos de edad											Total	
			< 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 44	45 - 49	50 - 59	60 - 64	65 y +		Ign.
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	29 024	56 776	42 505	31 131	24 885	27 730	73 837	23 448	26 394	13 525	17 960	223	367 458
2	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	702	2 530	3 824	3 796	11 243	17 558	37 876	11 318	12 344	6 088	9 084	27	116 430
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09 excepto A08.0	7 725	18 448	12 010	8 894	8 128	9 433	20 711	7 732	8 536	4 431	5 800	159	112 007
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	53	117	318	1 119	2 679	4 258	11 858	5 353	5 438	2 609	2 996	33	36 831
5	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	286	1 234	2 171	2 118	2 301	2 691	5 095	2 247	1 965	884	875	7	21 874
6	Valvulopatías	N76	3	85	191	329	1 949	3 795	7 608	1 597	973	295	220	3	17 048
7	Amoebiasis intestinal	A06.0-A06.3, A06.9	655	3 274	2 395	1 498	937	985	2 416	686	925	437	711	5	15 124
8	Otras salmonelosis	A02	70	296	552	842	1 288	1 886	4 193	1 384	1 418	604	623	13	13 169
9	Conjuntivitis	H10	887	1 062	1 043	827	887	1 051	2 785	863	1 181	604	1 009	6	12 205
10	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	A07.0, A07.2, A07.9	965	2 036	1 654	1 219	1 057	936	1 171	781	588	434	280	5	11 126

Ilustración 37. 10 principales causas de enfermedad en Chiapas por grupos de edad. Copiado de elaboración de SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2020.

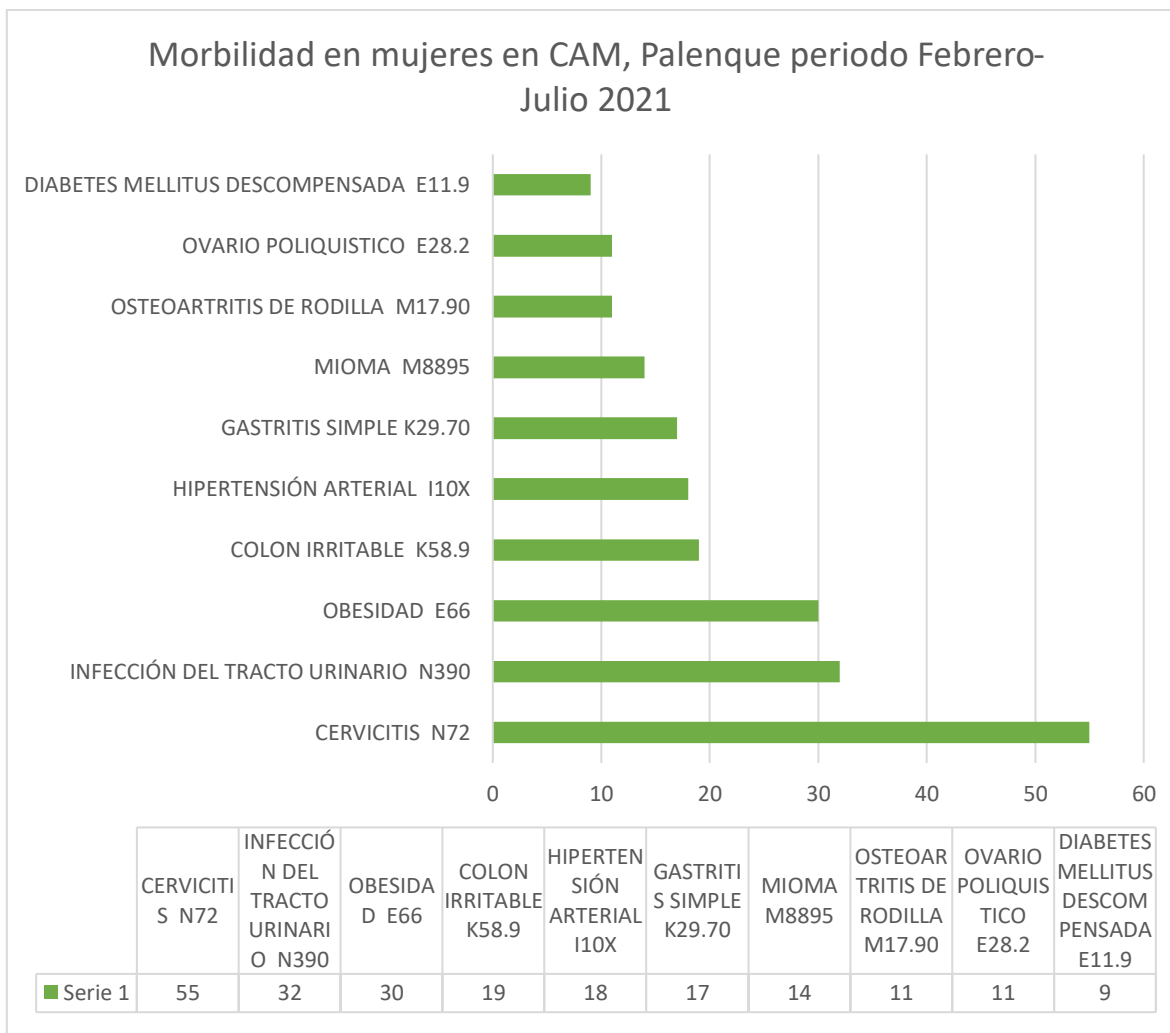
Morbilidad general en CAM, Palenque en el periodo de Febrero-Julio 2021



	CERVICITIS N72	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO N390	OBESIDAD E66	COLON IRRITABLE K58.9	GASTRITIS SIMPLE K29.70	HIPERTENSIÓN ARTERIAL I10X	OSTEOARTRITIS DE RODILLA M17.90	MIOMA M8895	OVARIO POLIQUISTICO E28.2	DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA E11.9
■ Serie 1	55	36	30	21	20	20	15	14	11	10

Gráfica 38. Morbilidad general en CAM, Palenque en el periodo de Febrero-Julio 2021. Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual, SADEC.

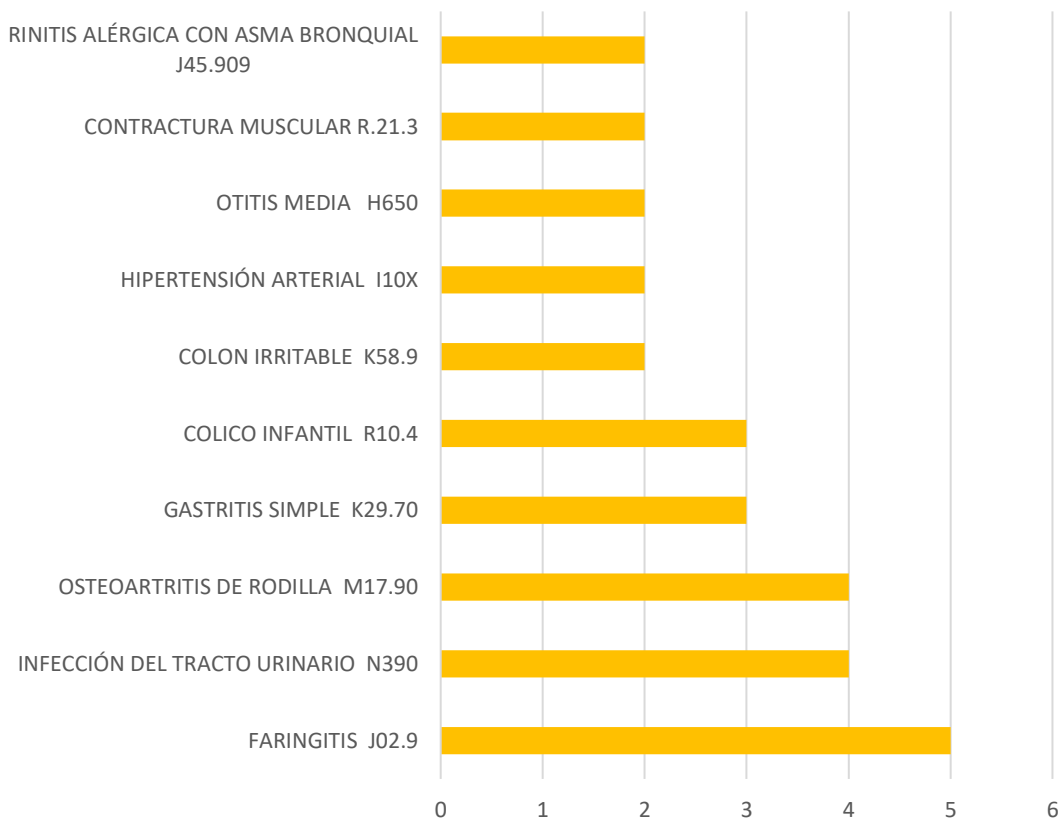
Continuando con la gráfica 39, se hace mención de las causas más comunes de morbilidad en mujeres, teniendo como 3 primeras causas cervicitis (N72), infección de tracto urinario (N390) y obesidad (E66) consecutivamente. Cabe mencionar que el motivo de consulta más común es el embarazo, siendo que éste no es una patología.



Gráfica 39. Morbilidad en mujeres en CAM, Palenque en el periodo de Febrero-Julio 2021. Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

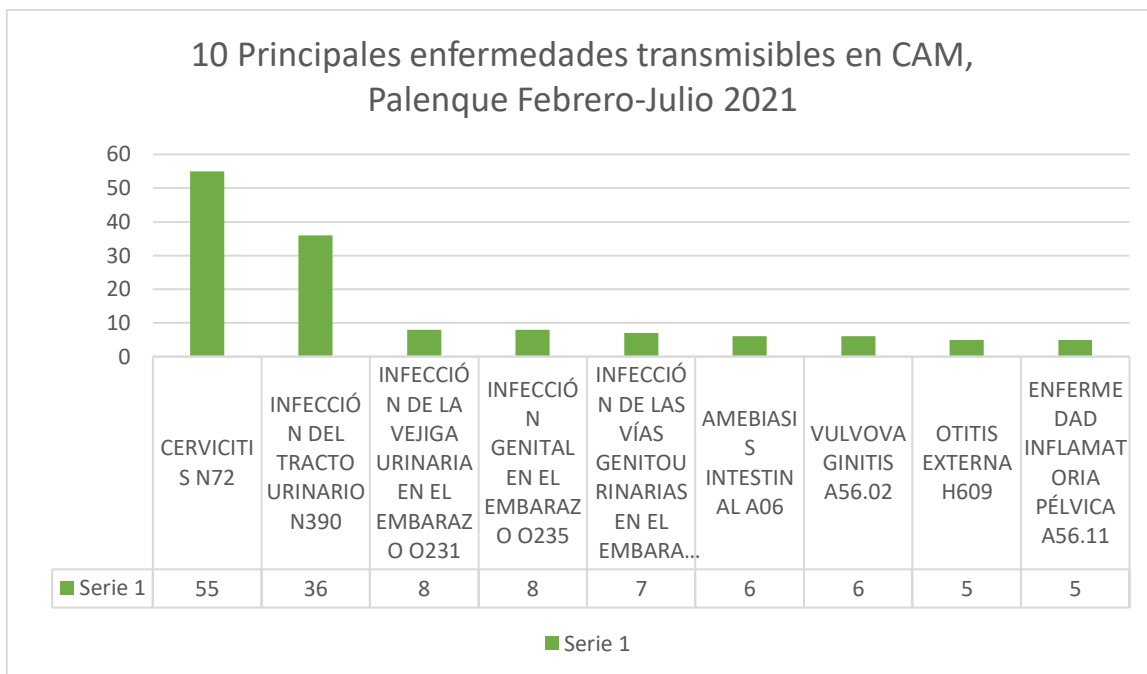
En la gráfica 40 tenemos las principales causas de morbilidad en hombres, donde podemos observar que en primer lugar se encuentra la faringitis (J02.9), seguida de infección del tracto urinario (N390), teniendo el tercer lugar la osteoartritis de rodilla (M17.9). La faringitis está en sincronía con los motivos de enfermedad general de estado de Chiapas (infecciones respiratorias agudas, seguido de infecciones del tracto urinario). Debido a que la población masculina dentro de CAM es muy pequeña y parte de ellos son menores de 18 años, dentro de las 10 principales causas encontramos cólico infantil (R10.4) en el 5º puesto.

Morbilidad en hombres en CAM, Palenque en el periodo de Febrero-Julio 2021

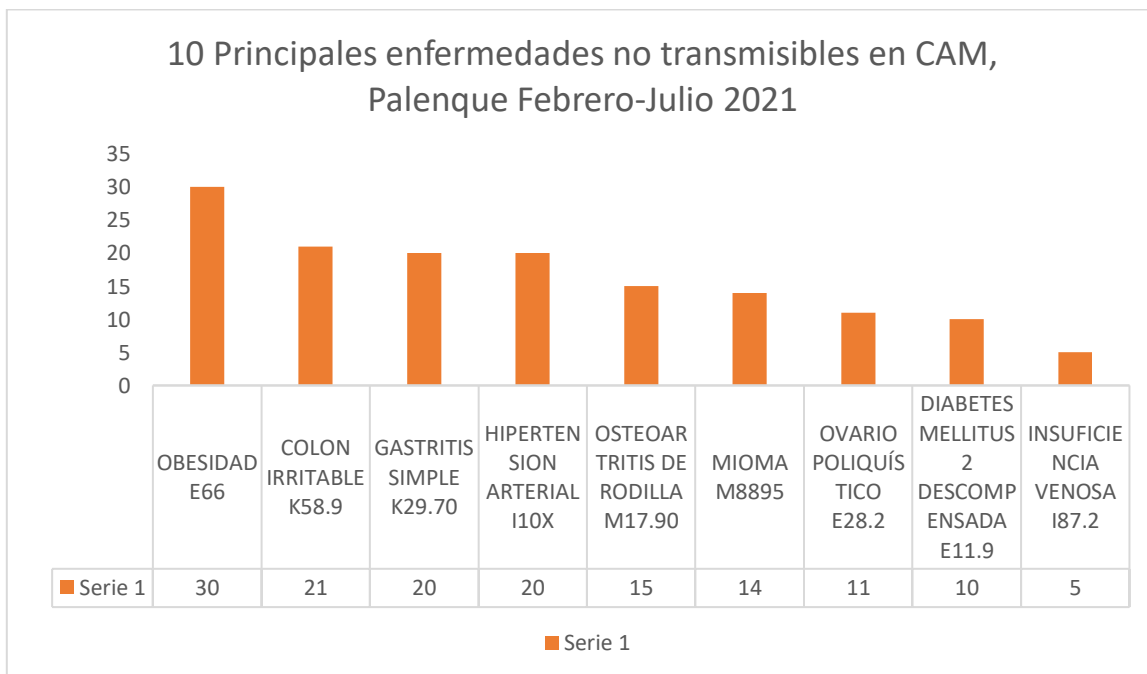


	FARINGITIS J02.9	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO N390	OSTEOARTRITIS DE RODILLA M17.90	GASTRITIS SIMPLE K29.70	COLICO INFANTIL R10.4	COLON IRRITABLE K58.9	HIPERTENSIÓN ARTERIAL I10X	OTITIS MEDIA H650	CONTRACTURA MUSCULAR R.21.3	RINITIS ALÉRGICA CON ASMA BRONQUIAL J45.909
■ Serie 1	5	4	4	3	3	2	2	2	2	2

Gráfica 40. Morbilidad en hombres en CAM, Palenque en el periodo de Febrero-Julio 2021. Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.



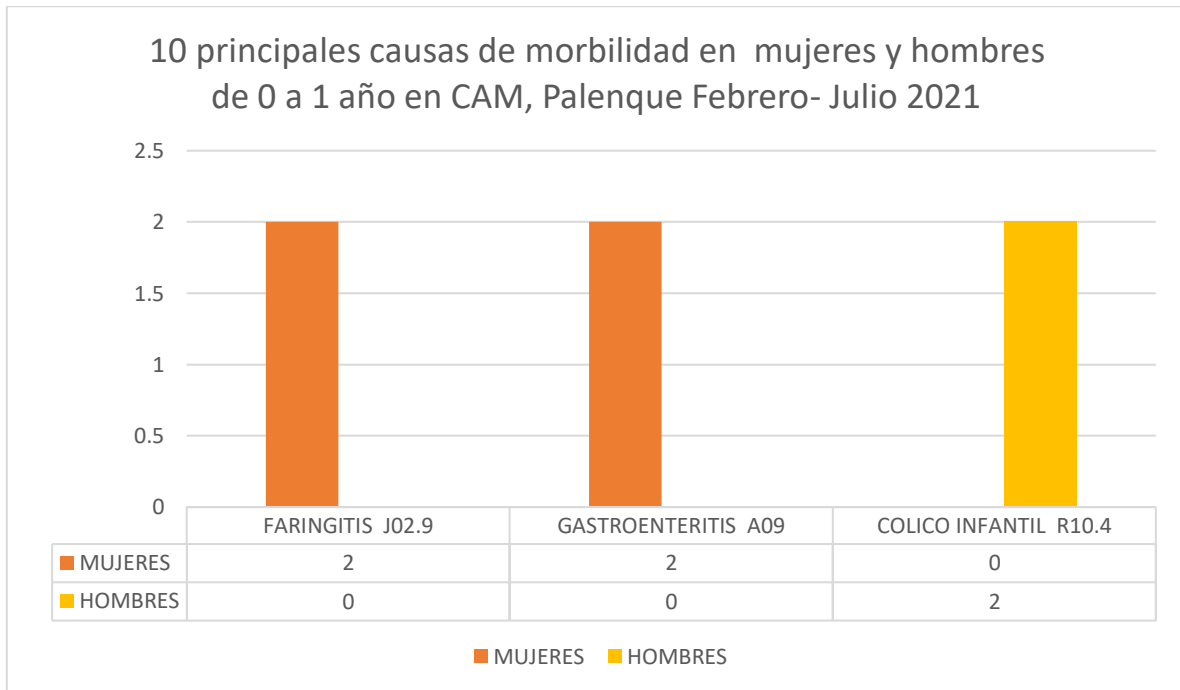
Gráfica 41. 10 principales enfermedades transmisibles en CAM, Palenque en el periodo de Febrero-Julio 2021. Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.



Gráfica 42. 10 principales enfermedades no transmisibles en CAM, Palenque en el periodo de Febrero-Julio 2021. Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

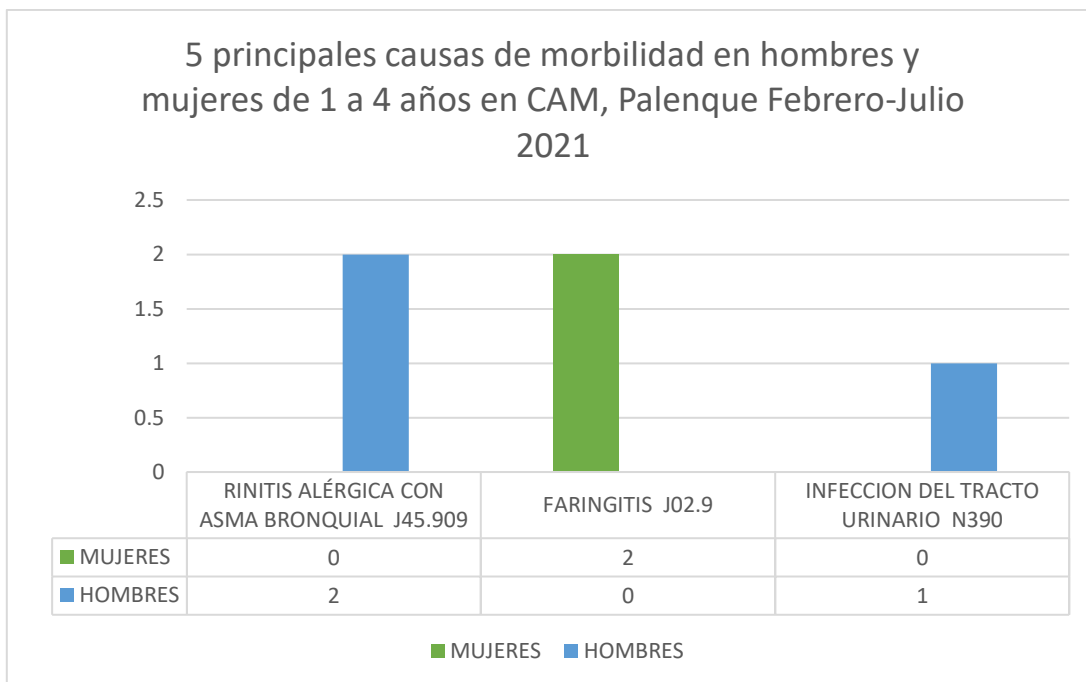
DAÑO DIFERENCIAL CAM

A continuación, se anexan gráficas con las principales causas de enfermedad por grupos de edad, formando 6 grupos: de 0 a 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, 15 a 44, 45 a 64 y mayores de 65. En el grupo de edad de 0 a 1 año la principal causa registrada es la faringitis (J02.9), seguida de gastroenteritis A09. Debido a la poca cantidad de lactantes atendidos de este grupo etario, el resto de las enfermedades no tienen especial relevancia. No obstante, en esta población se puede observar que coincide con las estadísticas nacionales para ese grupo de edad, ya que enlista las infecciones respiratorias agudas seguido de infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas. (SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2020)

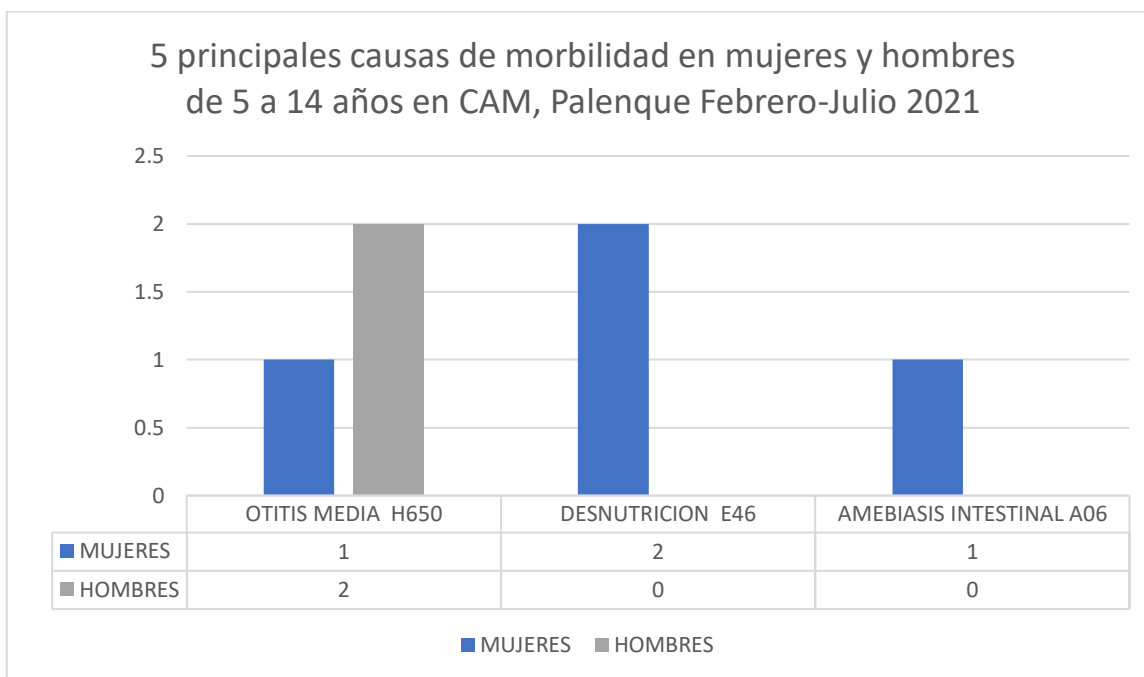


Gráfica 43. Principales causas de morbilidad en niños y niñas de 0 a 1 año en CAM, Palenque Febrero-Julio 2021. Elaboración MPSS Álvarez con datos de informe anual SADEC.

Continuando con el grupo de 1 a 4 años, cuenta con muy poca población al igual que el grupo anterior. en primer lugar, se registró rinitis alérgica con asma bronquial (J45.909) y en segundo lugar faringitis (J02.9).

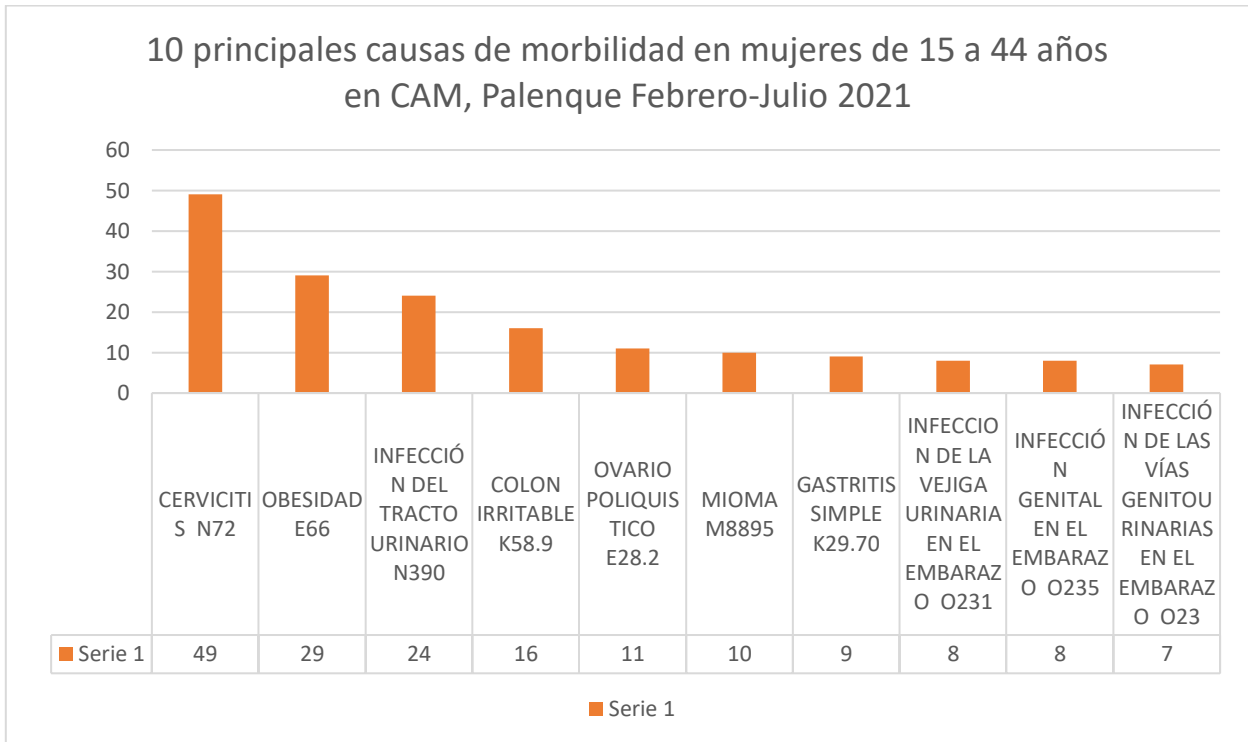


Gráfica 44. Principales causas de morbilidad en niños y niñas de 1 a 4 años en CAM, Palenque Febrero-Julio 2021. Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.



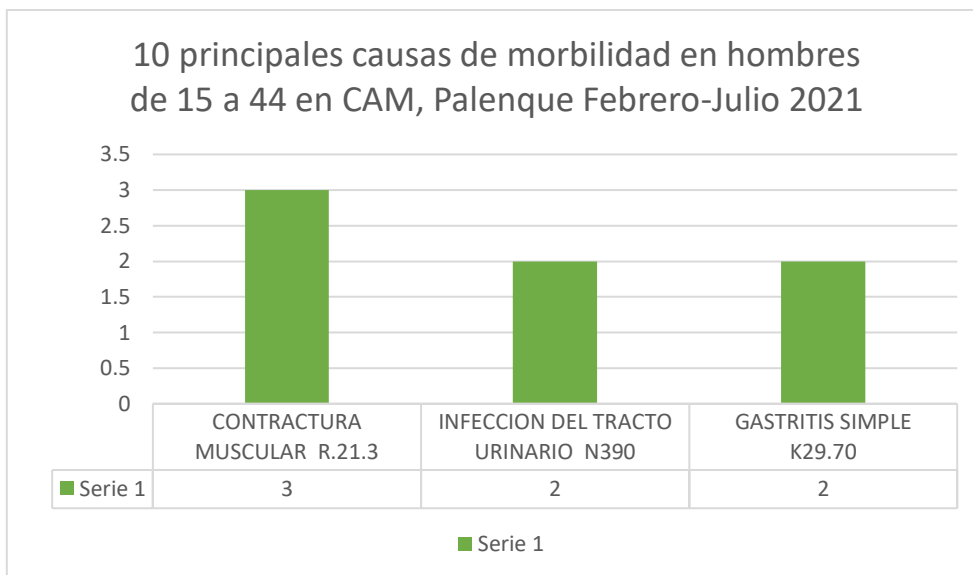
Gráfica 45. Principales causas de morbilidad en niños y niñas de 5 a 14 años en CAM, Palenque Febrero-Julio 2021. Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

En el grupo de edad de 15 a 44 años, se elaboró la gráfica separando hombres y mujeres debido al grueso poblacional. En este caso el primer lugar en causas de enfermedad de las mujeres, lo tiene la cervicitis (N72), seguida de obesidad (E66) e infecciones del tracto urinario (N390). Podemos notar que también se incluyen patologías relacionadas con infecciones en las vías genitourinarias el embarazo debido a que el embarazo es de las principales causas de consulta.



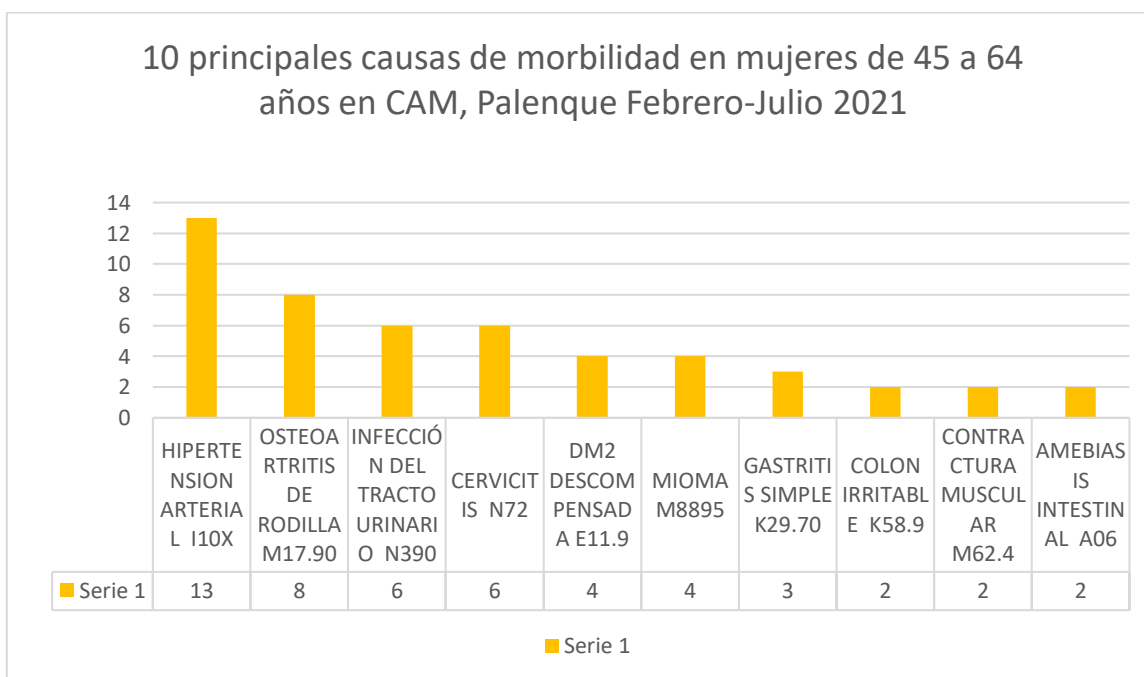
Gráfica 46. Principales causas de morbilidad en mujeres de 15 a 44 años en CAM, Palenque Febrero-Julio 2021
Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

En el caso de los hombres atendidos, la principal causa de morbilidad fue contractura muscular. El resto de los diagnósticos no son significativos debido a la poca población masculina atendida, como se muestra en la gráfica 47.

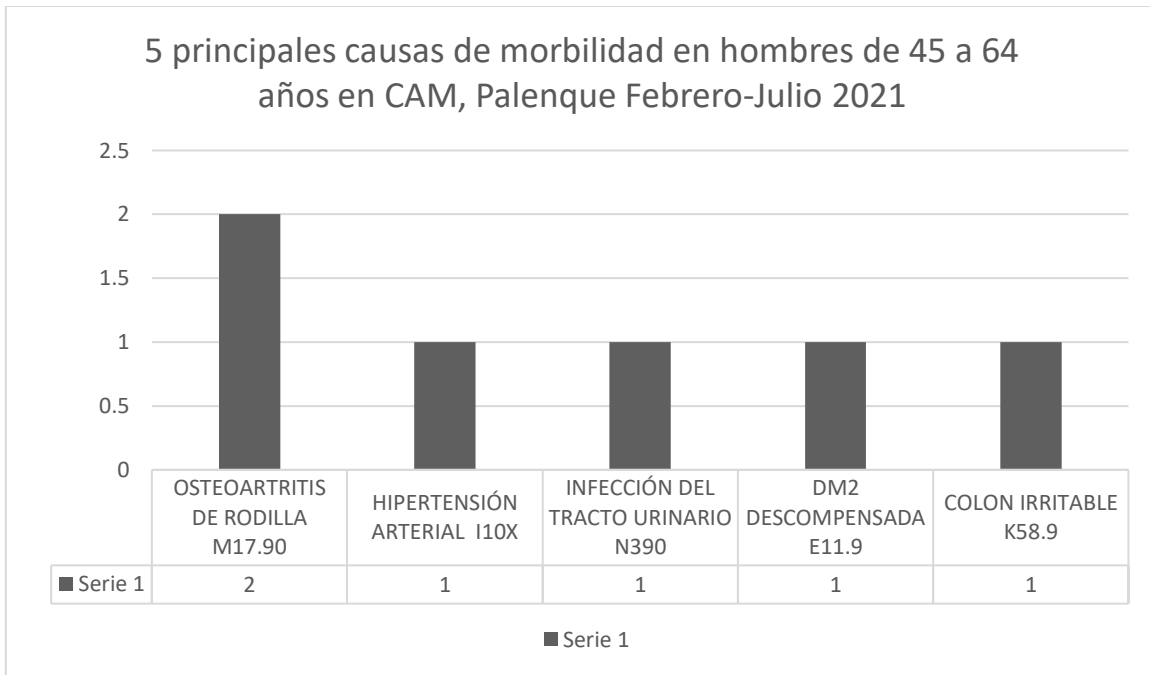


Gráfica 47. Principales causas de morbilidad en hombres de 15 a 44 años en CAM, Palenque Febrero-Julio 2021
Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

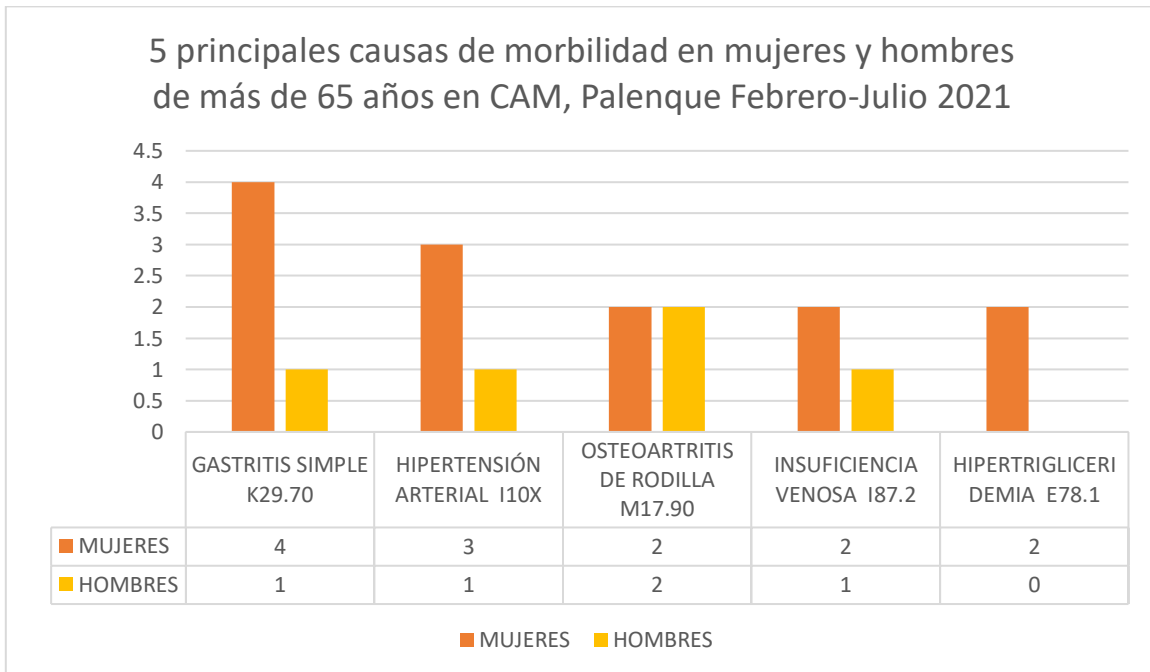
En mujeres de 45 a 64 años la principal causa de enfermedad es la hipertensión arterial (I10X), seguida de osteoartritis de rodilla (M17.90), infección en el tracto urinario (N390) y cervicitis (N72). En este grupo etario predominan las enfermedades crónico-degenerativas, como es ilustrado en la gráfica 48.



Gráfica 48. Principales causas de morbilidad en mujeres de 45 a 64 años en CAM, Palenque Febrero-Julio 2021
Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.



Gráfica 49. Principales causas de morbilidad en hombres de 45 a 64 años en CAM, Palenque Febrero-Julio 2021
Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

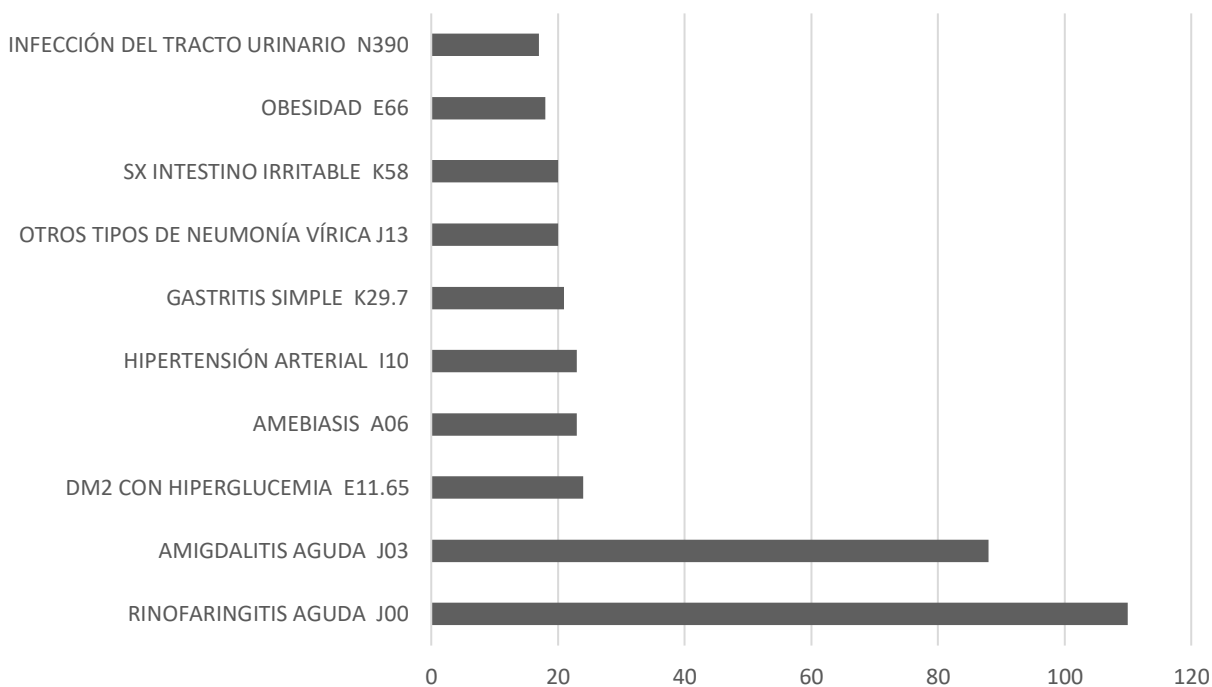


Gráfica 50. Principales causas de morbilidad en mujeres y hombres mayores de 65 años en CAM, Palenque Febrero-Julio 2021
Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

PERFILES GENERALES ARROYO GRANIZO

Las 10 principales causas de morbilidad general registradas en la consulta de la Clínica Autónoma “Lorenzo Espinoza” fueron: en primer lugar, como lo muestra la Gráfica 51 se encuentra la rinofaringitis aguda (J00) de etiología viral. En segundo lugar, está la amigdalitis aguda (J03), de etiología bacteriana principalmente. En tercer lugar, tenemos Diabetes Mellitus tipo 2 con hiperglucemia (E11.65) o descontrolada, seguidos de amebiasis intestinal (A06), hipertensión arterial (I10), gastritis simple (K29.7), otros tipos de neumonía vírica (J13), síndrome de intestino irritable (K58), obesidad (E66) y, por último, infección del tracto urinario (N390). La neumonía vírica fue a causa de la pandemia de la Covid-19. El primer y segundo lugar de morbilidades más comunes en Arroyo Granizo coincide con las estadísticas de Chiapas (Ilustración 36). (infecciones respiratorias agudas). A diferencia de las estadísticas estatales, Arroyo Granizo tiene en tercer lugar una enfermedad crónico degenerativa, en contraste con el segundo lugar estatal que son las infecciones de vías urinarias, seguido de infecciones intestinales. Como fue mencionado en la sección del seguimiento de programas, las enfermedades crónico degenerativas, encabezadas por la DM2 y HTAS, son de difícil control debido a las deficiencias de los servicios de salud y el contexto sociocultural.

10 principales causas de morbilidad en hombres y mujeres en Arroyo Granizo, Agosto 2021-Enero 2022



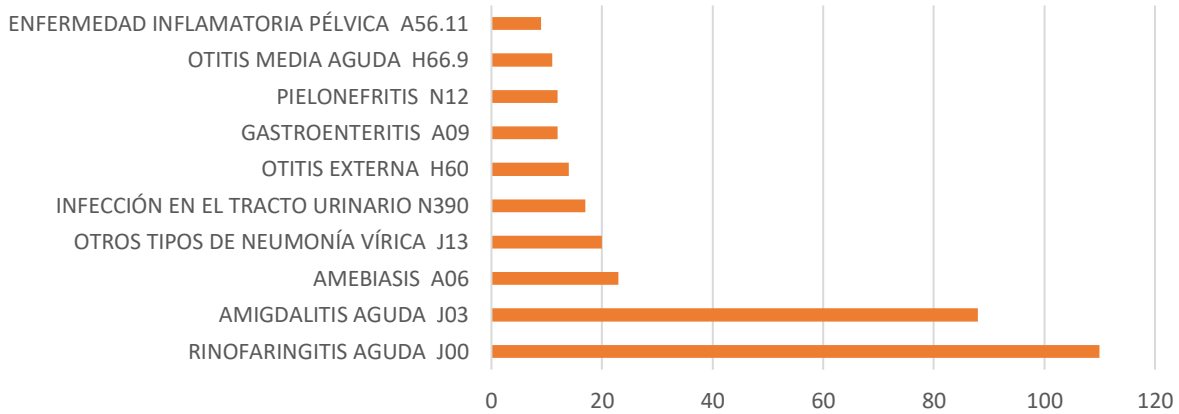
	RINOFARI NGITIS AGUDA J00	AMIGDALI TIS AGUDA J03	DM2 CON HIPERGLU CEMIA E11.65	AMEBIASI S A06	HIPERTEN SIÓN ARTERIAL I10	GASTRITIS SIMPLE K29.7	OTROS TIPOS DE NEUMONÍ A VÍRICA J13	SX INTESTINO IRRITABLE K58	OBESIDAD E66	INFECCIÓ N DEL TRACTO URINARIO N390
■ Serie 1	110	88	24	23	23	21	20	20	18	17

■ Serie 1

Gráfica 51. Principales causas de morbilidad en mujeres y hombres en Arroyo Granizo en Agosto 2021 -Enero 2022
Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

En la gráfica 52 se muestran las principales enfermedades transmisibles, en donde la rinofaringitis aguda (J00) ocupa el primer lugar, seguido de amigdalitis aguda (J03) y a continuación amebiasis (A06).

10 Principales enfermedades transmisibles en Arroyo Granizo Agosto 2021- Enero 2022

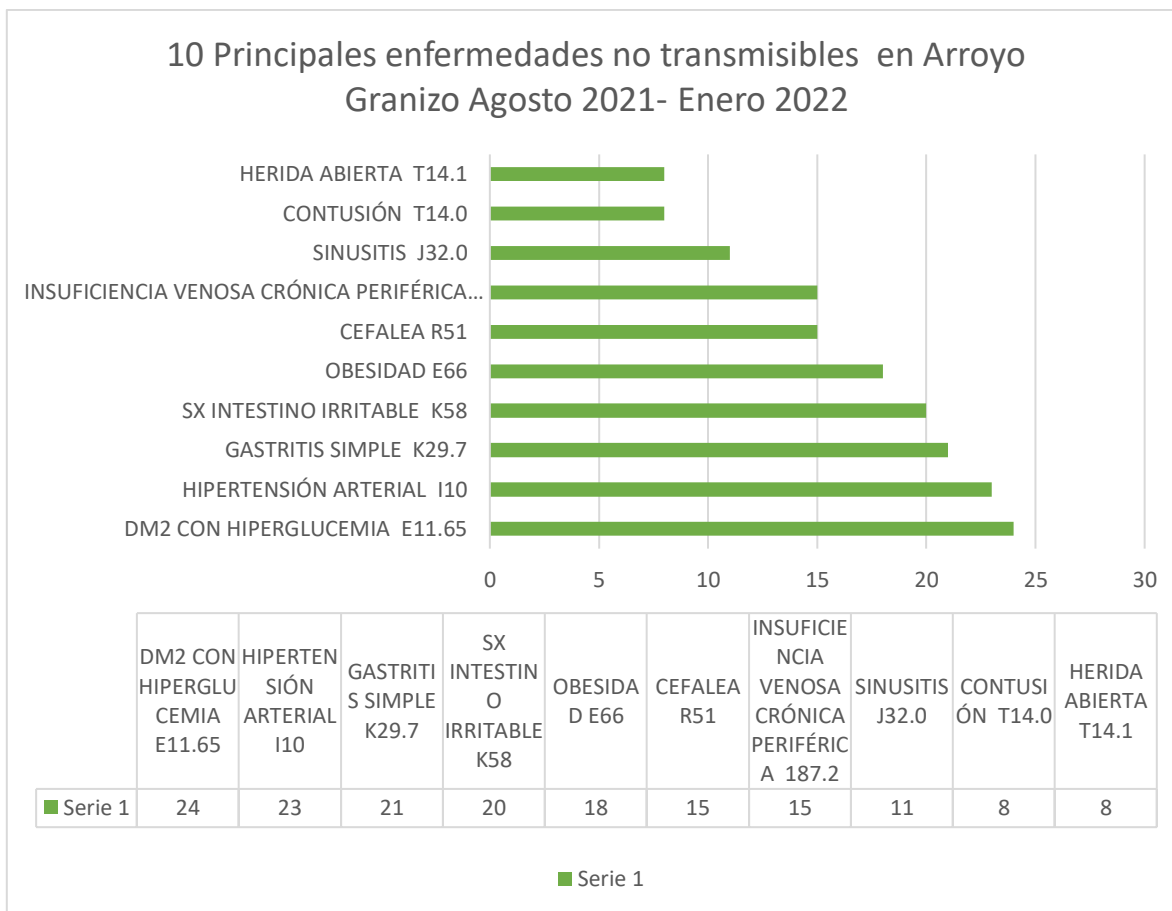


	RINOFARINGITIS AGUDA J00	AMIGDALITIS AGUDA J03	AMEBIASIS A06	OTROS TIPOS DE NEUMONÍA VÍRICA J13	INFECCIÓN EN EL TRACTO URINARIO N390	OTITIS EXTERNA H60	GASTROENTERITIS A09	PIELONEFRITIS N12	OTITIS MEDIA AGUDA H66.9	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA A56.11
■ Serie 1	110	88	23	20	17	14	12	12	11	9

■ Serie 1

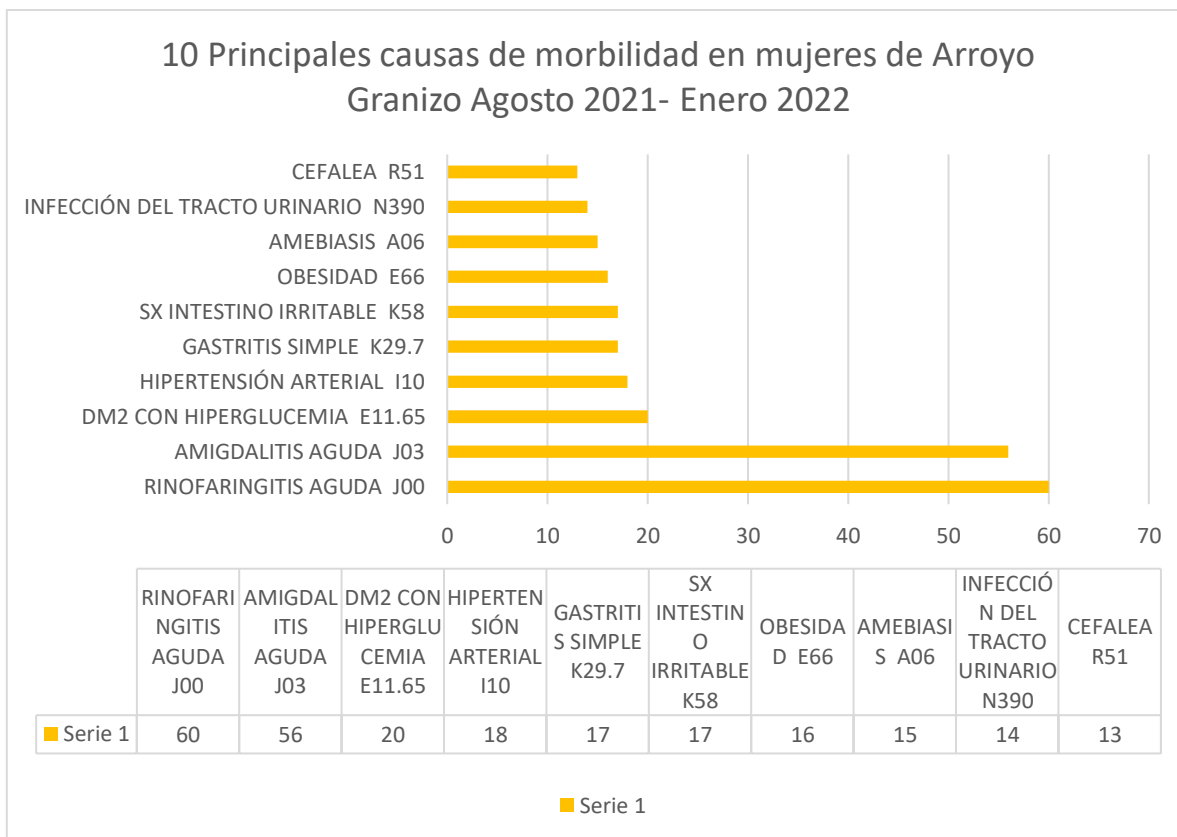
Gráfica 52. Principales enfermedades transmisibles en mujeres y hombres en Arroyo Granizo en Agosto 2021 -Enero 2022 Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, en la gráfica 53 podemos observar que la DM2 con hiperglucemia es la enfermedad que ocupa el primer lugar, seguido de Hipertensión Arterial y Gastritis Simple. A pesar de la vida activa que llevan las personas jóvenes en la comunidad, predominan las enfermedades crónicas, esto es debido al consumo diario de productos industrializados elaborados con ingredientes de baja calidad para mantener el bajo costo, además es evidente alta incidencia alcoholismo y alto consumo de tabaco.



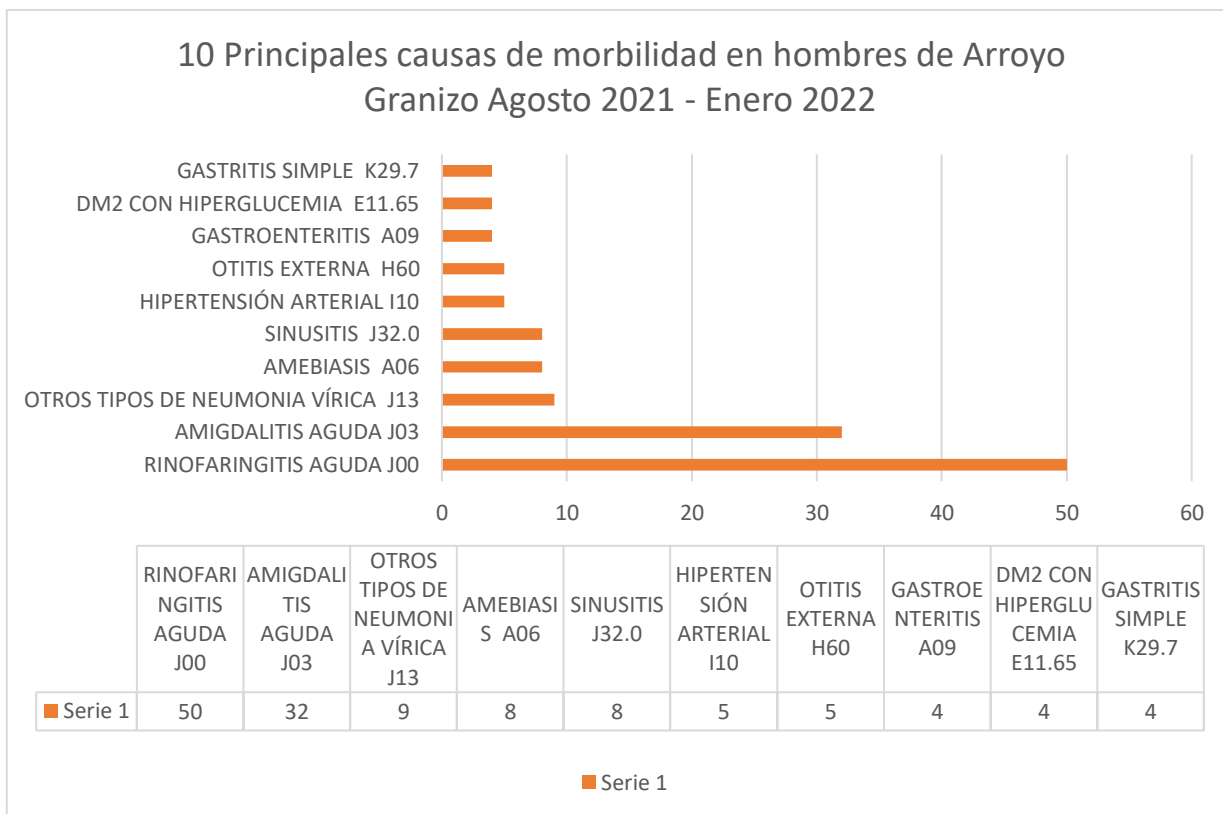
Gráfica 53. Principales enfermedades no transmisibles en mujeres y hombres en Arroyo Granizo en Agosto 2021-Enero 2022 Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

Analizando las causas de morbilidad en mujeres, en la gráfica 54 se ilustra que la principal causa es la rinofaringitis aguda (J00), en segundo lugar, se encuentra la amigdalitis aguda (J03) y en tercer lugar la diabetes mellitus 2 con hiperglucemia (E11.65). Enfermedades como DM2, hipertensión arterial y obesidad están relacionadas con las actividades marcadas por su género, como las actividades dentro del hogar. La gastritis (K29.7), síndrome de intestino irritable (K58) y cefalea (R51) eran principalmente debidas a tensiones de la vida diaria en distintos ámbitos, esto era identificado a través del interrogatorio.



Gráfica 54. Principales causas de morbilidad en mujeres en Arroyo Granizo en Agosto 2021 -Enero 2022 Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

En la Gráfica 55 se ilustran las principales causas de morbilidad en hombres en Arroyo Granizo, siendo que en primer lugar tenemos rinofaringitis aguda, en segundo lugar, está la amigdalitis aguda y en tercero se encuentra las neumonías víricas, clasificadas así por la actual pandemia de COVID-19. Aunque en los primeros 5 lugares se encuentran enfermedades transmisibles, dentro de las 10 principales se incluyen enfermedades crónico degenerativas como hipertensión y diabetes, aunque en menor proporción que la consulta de mujeres.

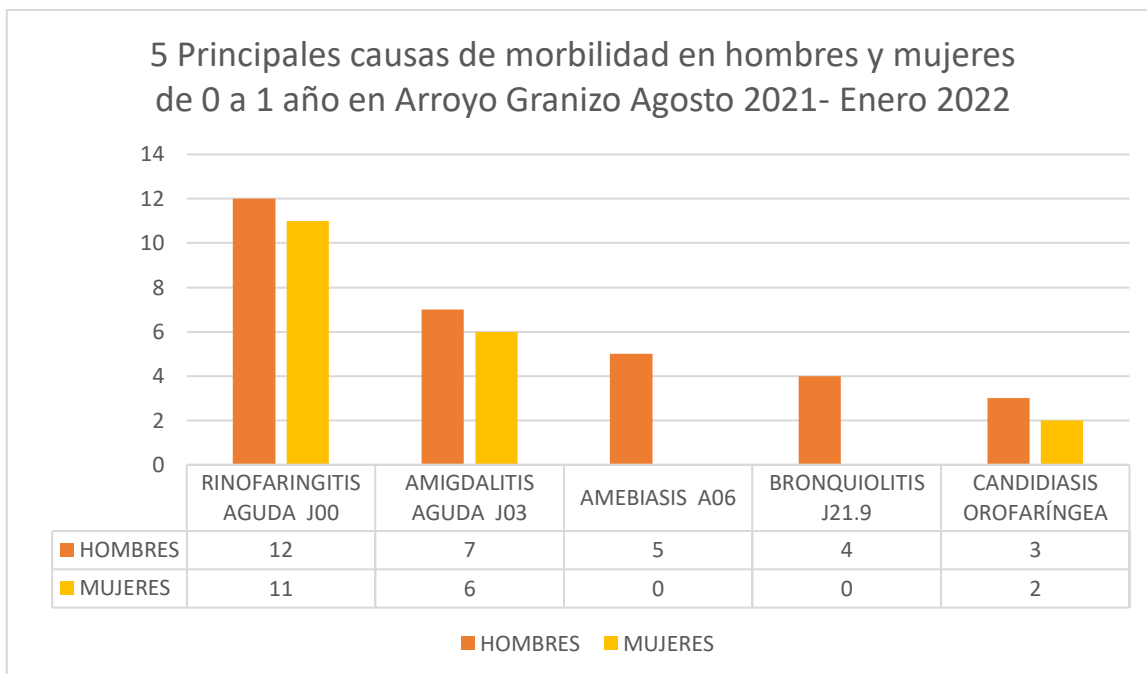


Gráfica 55. Principales causas de morbilidad en hombres en Arroyo Granizo en Agosto 2021-Enero 2022 Elaboración MPSS Álvarez con datos del informe anual SADEC.

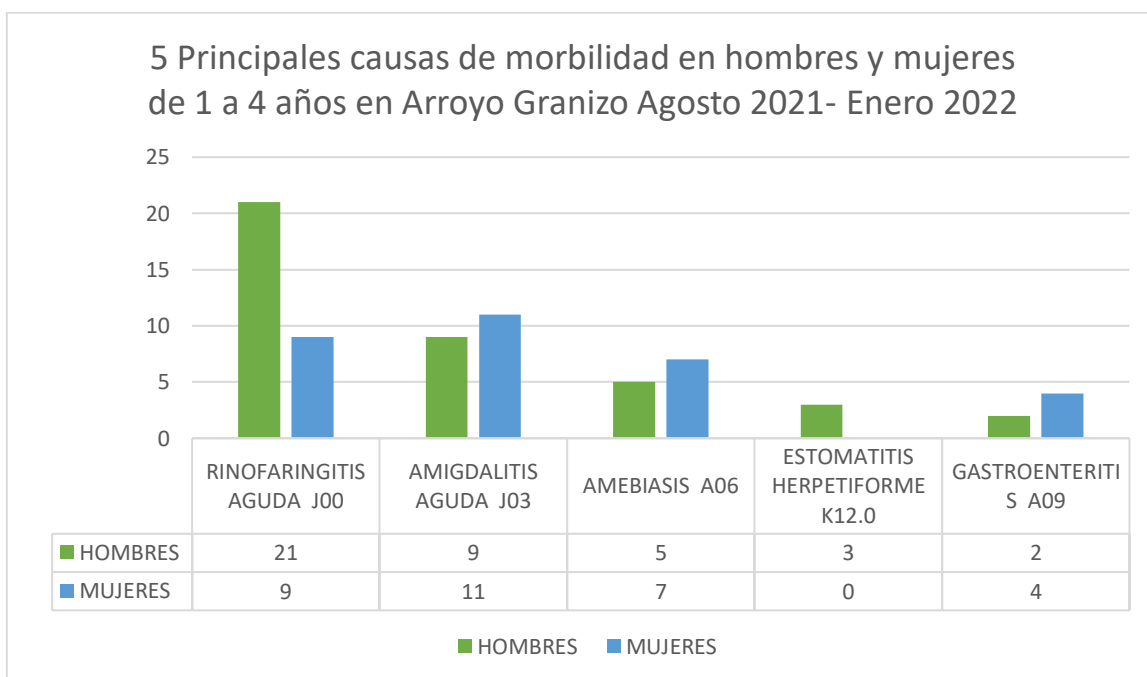
DAÑO DIFERENCIAL ARROYO GRANIZO

En la sección siguiente aparecen gráficas de los principales diagnósticos en la Clínica Autónoma de Arroyo Granizo en los 6 grupos de edad: de 0 a 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, 15 a 44, 45 a 64 y mayores de 65.

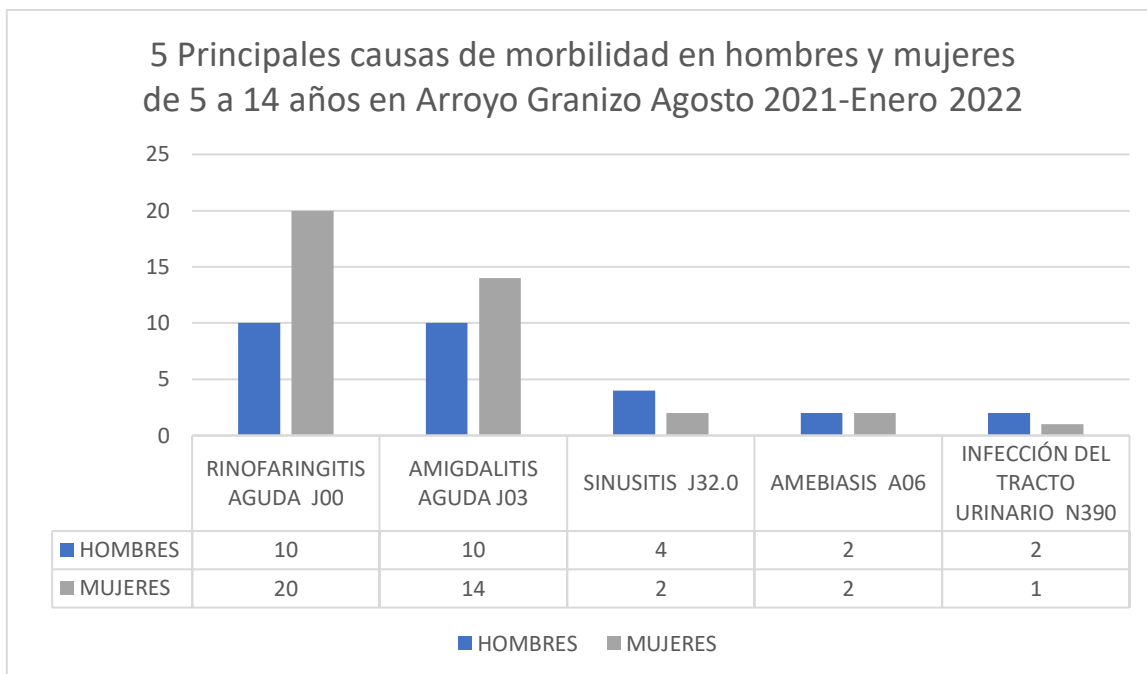
En el grupo de 0 a 1 año (gráfica 56) se presenta en su mayoría, en ambos sexos, la rinofaringitis aguda (J00) junto con amigdalitis aguda (J03). En tercer lugar, se encuentra diagnosticada la amebiasis intestinal (A06).



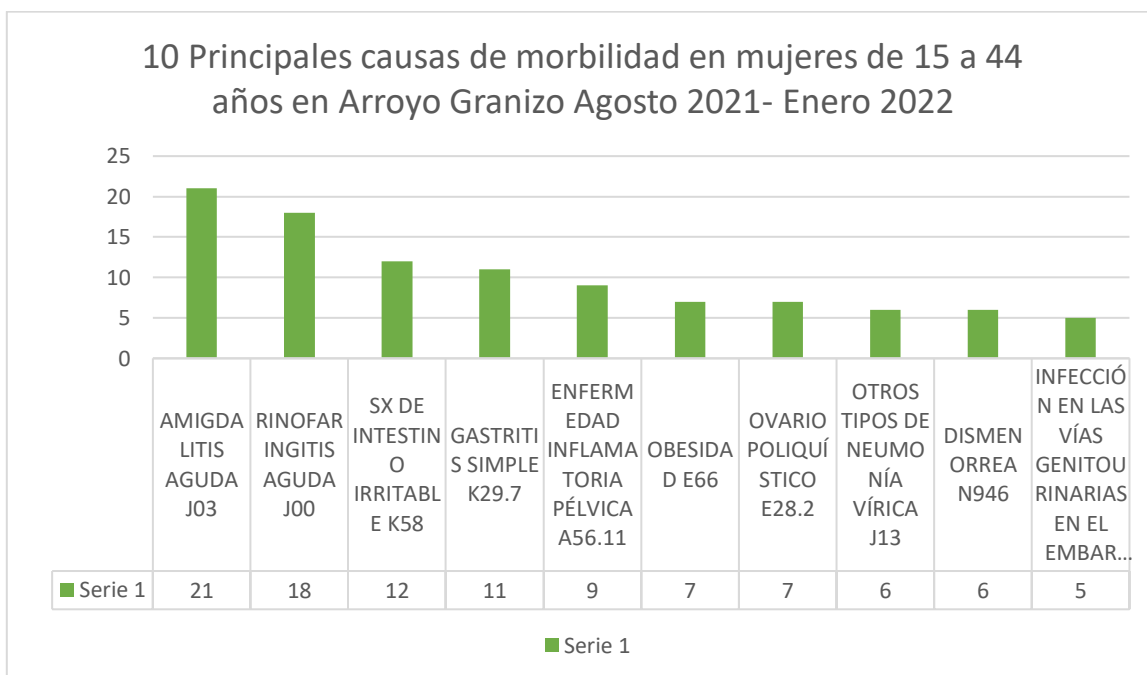
Gráfica 56. Principales causas de morbilidad en niños y niñas de 0 a 1 año en Arroyo Granizo Agosto 2021-Enero 2022. Elaboración MPSS Álvarez con datos de informe anual SADEC.



Gráfica 57. Principales causas de morbilidad en niños y niñas de 1 a 4 años en Arroyo Granizo Agosto 2021-Enero 2022. Elaboración MPSS Álvarez con datos de informe anual SADEC.

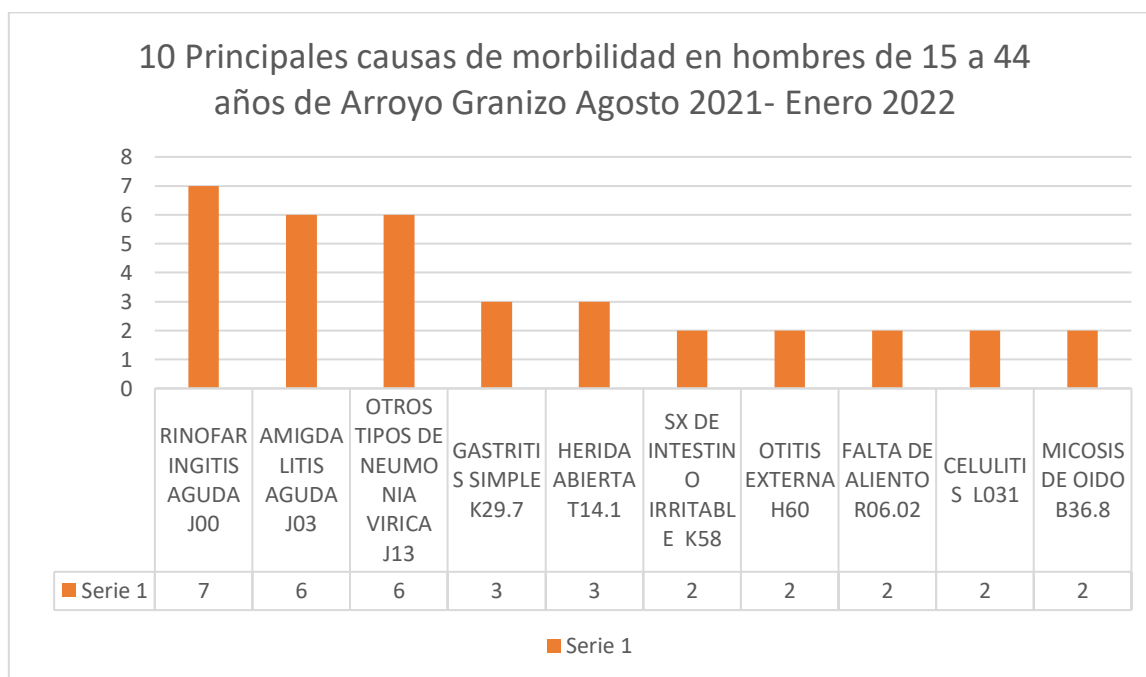


Gráfica 58. Principales causas de morbilidad en niños y niñas de 5 a 14 años en Arroyo Granizo Agosto 2021-Enero 2022. Elaboración MPSS Álvarez con datos de informe anual SADEC.

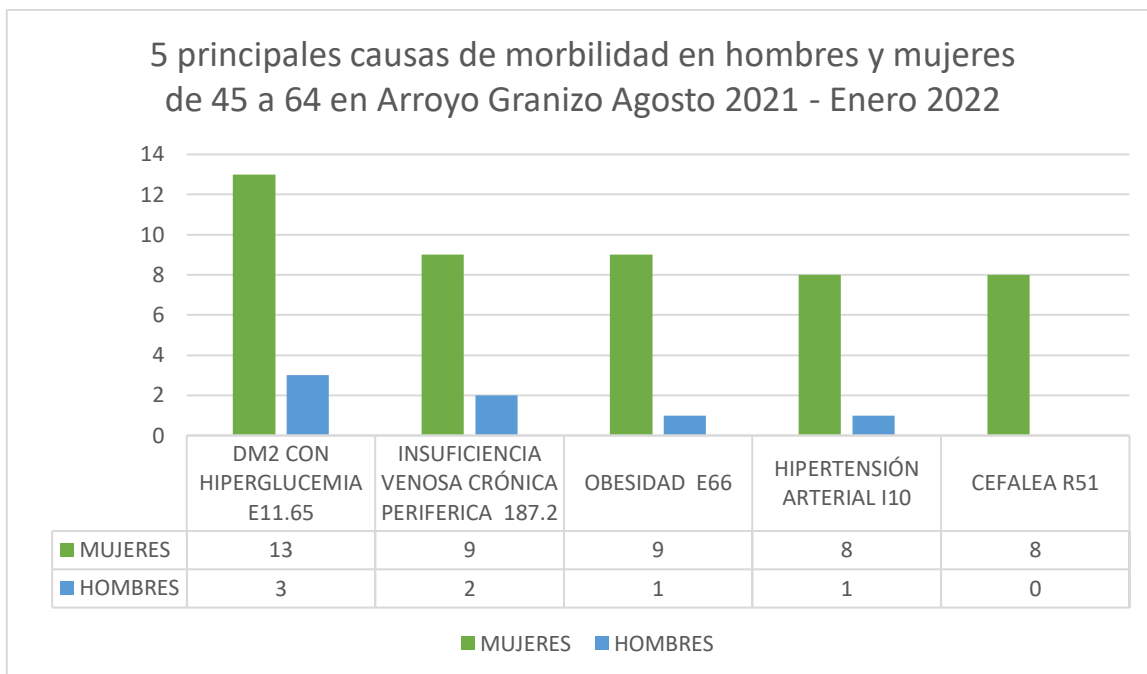


Gráfica 59. Principales causas de morbilidad en mujeres de 15 a 44 años en Arroyo Granizo Agosto 2021-Enero 2022. Elaboración MPSS Álvarez con datos de informe anual SADEC.

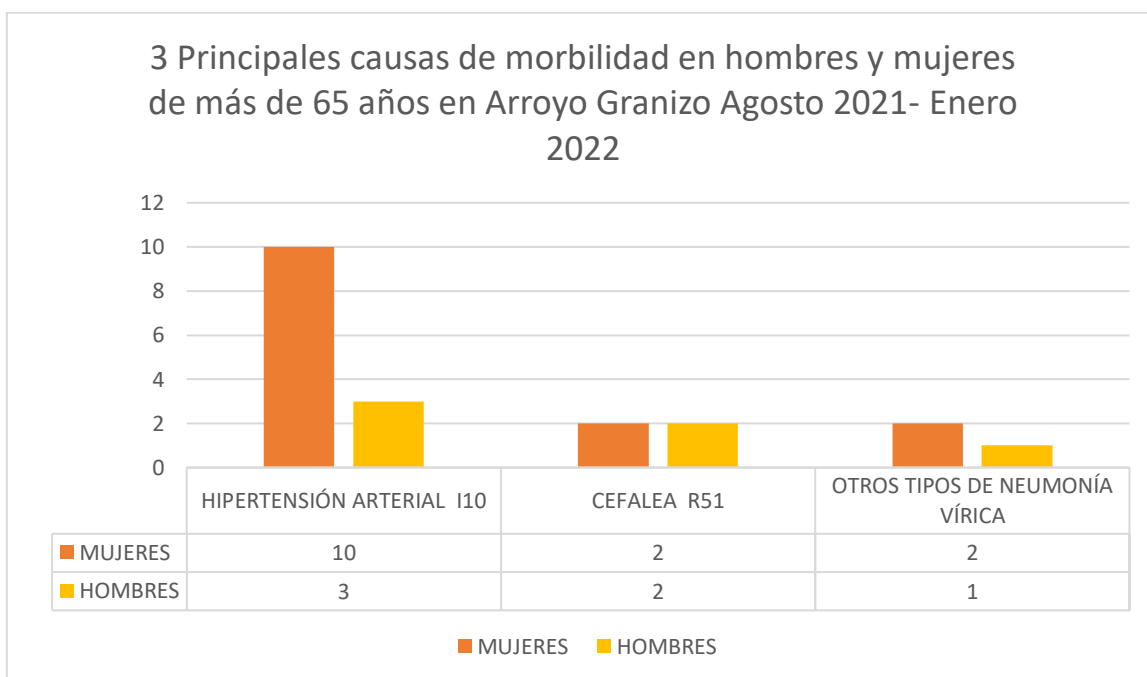
En las gráficas de los grupos de edad hasta los 44 años en hombres y mujeres, se encuentran en los primeros 2 lugares como causas de enfermedad la rinofaringitis aguda (J00) y amigdalitis aguda (J03). Pasando a las edades de 45 hasta mayores de 65 años, las principales causas son crónico degenerativas (gráfica 61).



Gráfica 60. Principales causas de morbilidad en hombres de 15 a 44 años en Arroyo Granizo Agosto 2021-Enero 2022. Elaboración MPSS Álvarez con datos de informe anual SADEC.



Gráfica 61. Principales causas de morbilidad en hombres y mujeres de 45 a 64 años en Arroyo Granizo Agosto 2021-Enero 2022. Elaboración MPSS Álvarez con datos de informe anual SADEC.



Gráfica 62. Principales causas de morbilidad en hombres y mujeres de más de 65 años en Arroyo Granizo Agosto 2021-Enero 2022. Elaboración MPSS Álvarez con datos de informe anual SADEC.

CONCLUSIONES

La mejora de la salud y nutrición de las comunidades se ha dado a paso lento a través de los años. Podemos afirmar que hay una notoria mejoría en estos dos ámbitos, sin embargo, falta un largo camino por recorrer, como lo hemos mencionado a lo largo de todo el trabajo, hay deficiencias en la práctica del cumplimiento de los derechos humanos que sólo son evidentes cuando se es testigo de las mismas. En la teoría, las normativas nacionales están acorde a los requerimientos internacionales de salud y alimentación, por lo que se precisa, fundamentalmente, la concientización de los individuos para la exigencia de sus propios derechos. La marginación y falta de medios de comunicación es un obstáculo importante para lograr los objetivos del autocuidado. La barrera del lenguaje ha representado situaciones de comunicación errónea entre nosotros. Las industrias voraces promocionando productos adictivos conteniendo grandes cantidades de azúcar, roban de poquito en poquito la autonomía de las personas pertenecientes a pueblos originarios, causando impacto ambiental que muchas veces no se señala.

En tema de diferencias de género, como lo mencionamos en el seguimiento de programas, aún no se visibilizan muchas situaciones de violencia y peor aún, que son normalizadas por hombres y mujeres. La salud mental también continúa estigmatizada, dejando en evidencia que existe necesidad de difusión en diversos temas de salud, aunque es importante recalcar que, por situación de pandemia, muchas campañas también fueron aplazadas u omitidas, ya sea por parte de la clínica autónoma como por parte de la Secretaría de Salud.

Todo el contexto cultural de la zona me deja un enriquecimiento satisfactorio. Un sentido comunitario diferente al que tenía en la mente en los inicios del servicio. Una escucha un poco más profunda para las personas atendidas, junto con experiencias personales que puedo atesorar. En el sentido profesional, tuve oportunidad de revisar temas por cuenta propia para una mejor atención de las personas, así como recibir talleres impartidos por SADEC. AC para la sensibilización y capacitación de nosotros como pasantes. La adaptación de la práctica de la medicina al entorno es un factor que interviene de forma importante en el apego a los tratamientos, medidas higiénico dietéticas y la relación médico paciente. Aunque mis raíces no pertenezcan a este entorno, la empatía y el trabajo en beneficio de las personas no son ajenos en esta labor. Al término del periodo de un año es difícil dejar las experiencias, personas y lazos que se crearon, sin embargo, espero tener la oportunidad de aplicar estas enseñanzas en todos los ámbitos de mi vida, sin limitarlo a lo profesional.

Por último, queda expresar mi inmensa gratitud a SADEC y a la comunidad por esta oportunidad, por el apoyo y por su gran trabajo y visión.

BIBLIOGRAFIA

1. SEDESOL (2010). Catálogo de localidades. Recuperado el 29/7/2021, de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=07&mun=065>
2. OMS (2002). Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. 1 ed. Recuperado el 17/11/2021, de
3. Vanegas, L, L (2020). Los desafíos del sistema de salud en México. *ECONOMÍA* Aunam vol. 17, num.51. México.
4. Cámara de Diputados. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2020. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
5. de la Federación, D. O. Secretaría de Desarrollo Social, Acuerdo por el que se emiten y publican las Reglas de Operación del Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa SA de C: V., para el año fiscal 2020. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5584088&fecha=16/01/2020 4/1/22 13:50
6. Compendio de Información Geográfica y Estadística de Chiapas Geografía y Medio Ambiente http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/downloads/productosdgei/CIGECH/GeoMA/cigech_geo_medioamb.html
7. Fisiografía ceieg Chiapas. http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/downloads/2011/05/fisiografia_2011.pdf
8. Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Chiapas, Palenque. <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07065a.html>
9. Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Chiapas, Ocosingo. <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07059a.html>
10. Informe de pobreza y evaluación 2020 chiapas coneval https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Chiapas_2020.pdf
11. Illán M, E. (2021). El derecho a la salud es un derecho humano. *Revista CONAMED*, vol. 26, Núm. 2, pp 89-94.
12. Aguirre Becerra, H., García Trejo, J. F., Vázquez Hernández, M. C., Alvarado, A. M., & Romero Zepeda, H. (2017). Panorama general y programas de protección de seguridad alimentaria en México. *Revista medica electrónica*, 39, 741-749.
13. Moreno, J. A. O. (2017). El Índice de Densidad de Recursos para la Salud (IDRS): una medición indispensable. *BOLETÍN CONAMED*, (12).
14. Saturno-Hernández, P. J., Poblano-Verástegui, O., & Flores-Hernández, S. Planificación de la calidad: enfoque estratégico para la mejora e integración del sistema de salud.

15. SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos. Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de menores de 1 año en Estados Unidos Mexicanos 2020

Anuario de Morbilidad 1984-2020.
https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html

Pérez Garcés R., Silva Quiroz Y. (2019) Enfoques y factores asociados a la inseguridad alimentaria. Revista de Salud Pública y Nutrición, 18 (1), 15-24.