



**Universidad Autónoma Metropolitana**  
**Departamento de atención a la salud**  
**División de ciencias biológicas**

**Reporte de Servicio Social 2020- 2021**

Comunidad San Jerónimo Tulija, Chilón Chiapas.

Clínica en resistencia zapatista, Murcia,

Municipio Autónomo 21 de Diciembre.

**Roles de género y su impacto en la salud de mujeres y hombres.**

MPSS: Pamela Jazmín Santana Zamudio.

Asesor interno: Dr. Joel Heredia Cuevas

Asesora externa: MG. Luz Mariana Echeverría Almaraz

### *Dedicatoria*

*Como muestra de mi esfuerzo por la búsqueda constante de conocimiento, experiencias, afrontando los miedos que intenten parar mi espíritu, agradezco tener la fortaleza y la resiliencia que me impulsan, ansiosa del camino que aún falta recorrer, reconocimiento especial a mi familia por el apoyo, acompañamiento, amor; Agustín, Guadalupe, Alma Rosa, Saraí, Yohan Gael, Caleb, Audrey, Carlos, son mi lugar favorito en el mundo, donde sea que me encuentre siempre están conmigo gracias por todo y por tanto.*



*Ilustración 1: MPSS puente colgante Paraíso, Tulija, 2020.*

## Introducción

El Servicio Social es una actividad esencial que consolida la formación profesional y fomenta en el estudiante una conciencia de solidaridad con la comunidad, la sociedad y el país; resignificar y redimensionar la prestación del servicio social, proyectar a las instituciones y dependencias el objetivo del servicio social universitario, no solo como parte de los requisitos que se tiene que cumplir la UAM en su servicio social proyecto desarrollo humano Chiapas, provee un aprendizaje significativo basado en la propia experiencia, pertenecer por una año a una comunidad ser parte de ella y moverte con ella te lleva de la mano a identificar las problemáticas de la misma reconociendo los ejes centrales de los problemas teniendo como primordial la atención en salud, creando conciencia acerca de esto y poniendo en marcha las herramientas necesarias para aportar no desde lo individual sino de lo colectivo, siendo más inclusivo, justo, humano, empático, solidario buscando mejorar la manera en la que la médica ha sido vista.

“Queremos un mundo, donde quepan muchos mundos”



*Ilustración 2: Personal Médico, hospital San Carlos, Altamirán, 2019.*

## INDICE

### I. PRIMERA SECCION: PROCESO DE ADAPTACION

PROCESO DE ADAPTACION  
RELACION MEDICO PACIENTE  
INSTITUCIONAL  
COMUNIDAD  
CASO CLINICO  
AUTOEVALUACION (FODA)

### II. SEGUNDA SECCION: DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD

INTRODUCCION  
POLITICAS DEL DERECHO A LA SALUD  
LEY GENERAL DE SALUD  
PACTO  
DIAGNOSTICO COMUNITARIO

### III. TERCERA SECCION: SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD

INTRODUCCION...

## 1. APTACION AL SERVICIO SOCIAL

### **Personal**

El servicio social representa una actividad indispensable para los futuros profesionales de la salud, es la oportunidad de poner en práctica lo aprendido, y mediante ellos identificar problemáticas sociales, crear herramientas que nos servirán a lo largo de nuestra trayectoria profesional para coadyuvar a su solución, el servicio social en Chiapas representa todo un reto y abarca aspectos personal, profesional. Es cierto que tomar la decisión fue el primer paso al proceso de adaptación de todas las plazas que se ofertaban en la UAM, la que cumplía con el trabajo que quería desarrollar sin duda era una plaza foránea siguiendo a mis necesidades tanto profesionales como personales, siempre seguir mi corazónada y aventurarme.

A lo largo de este año fui explorando y desarrollando cada uno de los aspectos antes mencionados. Al llegar a Chiapas, el ambiente, todos los integrantes del equipo SADEC, mis compañeros pasantes que están ya por terminar o a mitad del servicio social, en todos percibí una energía que me hizo sentirme en paz, en casa, en un lugar seguro; cabe mencionar que el trabajo que se desempeña en el espacio SADEC, es una piedra angular para el desarrollo y formación de los pasantes de las diferentes licenciaturas.



*Ilustración 3: Familia SADEC, 2020.*

El miedo a lo desconocido a lo que me enfrentaba se difuminó ahí al sentirme en un lugar segura y con la libertad de poder ser yo misma, esa sensación como primera impresión es importante dado que a partir de ahí el proceso de adaptación es parte

de la vivencia, se va dando de manera natural sin presión solo viviendo la experiencia, de la vida, la evolución propia.

*Ilustración 4: Equipo, amigos hospital San Carlos, Altamirano, 2019.*



Así comenzó mi servicio social, posterior a ello me dirigí a la plaza que yo había elegido, en el Hospital San Carlos, en Altamirano, las acciones que FOSSVI como fundación hacen para la atención médica de los

pacientes que abarcan diferentes comunidades de diferentes lenguas hablantes despertó en mí la curiosidad de aprender acerca de su cultura, lengua, tradiciones, manera de comprender la salud, y lo que ellos esperarían de mí, ser receptora de esta información me permitió darme cuenta que debía replantear la razón por la que venía a Chiapas, pues lejos de ayudar estaba siendo receptora de información, que se convirtió en aprendizaje rápidamente, algo realmente maravilloso; el deseo de ser mejor médica cada vez, saber que llegaban pacientes de distancias lejanas con la fe que atenderás su problema de salud, me invita a ser mejor que el día anterior en mi consulta general, convivir con las hermanas de la caridad fue enriquecedor pues mi contacto previo con personas religiosas o con alguna religión no había sido significativo si bien eso no cambia mi ideología aprendí de ellas a ser más respetuosa así como ellas lo fueron conmigo, entendí que el dios que ellas personifican en Jesús para mí es el amor en general, la energía que enviamos al universo para nuestro bien y el colectivo respetando los pensamientos de cada persona, entender que ser diferentes no está mal; y que no se es mejor que nadie solo diferente y poder convivir desde esas diferencias resulta nutritivo en todos los aspectos. Partiendo desde ahí descubrir que la medicina debe enfocarse a esas diferencias, hacen este aprendizaje muy significativo para el actuar médico; adaptarse a las necesidades de los y las pacientes bajo sus propias condiciones y que sobre todo sean los más adecuados para que completen y terminen sus tratamientos, y como consecuencia la preservación de su salud. La siguiente etapa de mi servicio social fue en una comunidad llamada San Jerónimo Tulija en una clínica autónoma de resistencia zapatista (EZLN), hasta este punto no conocía el contexto de este movimiento social. Hablar acerca del zapatismo con el antecedente que no conocía nada, encontré en el discurso del EZLN y con el movimiento en sí mismo un vínculo hacia mis propios ideales, algo que se

despertaba en mí, justicia, equidad, libertad, autonomía por solo mencionar algunas de las demandas, ahora adaptarse a su autonomía sin que trasgreda la de otros es un reto interesante al final solo queda respetar esperar lo mismo.

*Ilustración 5: Clínica en resistencia Zapatista, Murcia, San Jerónimo Tulija, 2019.*



Una de las primicias por las cuales quería mi servicio social lejos de todo lo conocido que hay fuera de mi círculo ¿Que hay con la salud?, y el acceso a ella en sectores donde por mucho no se garantiza el ejercicio a este derecho para una parte importante de la población Mexicana, comprendí lo afortunada que

había sido hasta este momento, yo tuve la oportunidad de pertenecer a un sector de la población con acceso a educación superior y acceso a instituciones de salud por condiciones propias, contribuir a hacer visible la indiferencia, hacia la desigualdad que existe hacia estas comunidades con respecto al derecho a la salud, reforzó mi decisión y de alguna manera resultó mucho más fácil el desapegarme de situaciones, y condiciones que suponía eran indispensables para mí, cambiaron de escalón, ahora no es que no las quiera pero está bien si no están, está bien crecer, aprender y ser diferente, de hecho es parte de mi objetivo de vida evolucionar a partir de tus propias historias, vivencias, errores, aprendizaje; aceptar tanto mis fortalezas como debilidades e incorporarlas a un entorno totalmente diferente, para un bien común, brindar un servicio de salud que no solo fuera la consulta sino el acompañamiento, desde la empatía como ser humano la calidez que en pocas veces tenemos la oportunidad de permitirnos, bajo consultas que duran 10 min, donde el papel como medica sigue una línea muy marcada por una medicina hegemónica y jerárquica que poco a poco vamos perdiendo el contacto con la persona que tenemos de frente; nos deshumaniza, ejercer la medicina bajo estos contextos en Chiapas, fue sumar, aprender, visualizar problemáticas que tal vez de otra manera hubiese tardado más en mirarlas, si bien no dejando de ser yo, encontré una manera diferente de ejercerla, con una cosmovisión mucho más competente e inclusiva, sin trasgredir un constructo social, cultural, geográfico, diferente al mío que conocía, e incorporarme desde otra esfera más real, entonces lo que la comunidad me daba no solo las cosas buenas, o divertidas sino también a aceptar como parte de, los escenarios en los que no estaba cómoda y que no podía hacer más que respetar la individualidad de cada ser humano, resultó ser lo más difícil, si bien veo en ello una área de oportunidad es un proceso dinámico y cambiante día con día, eso para mí significó la adaptación a mi servicio social.

## **Relación Médica- Paciente**

Desde la universidad hemos aprendido un modelo a seguir de la medicina no solo en la interacción con los pacientes sino entre colegas, donde las jerarquías toman un papel fundamental. Durante toda la carrera aprendimos que en la consulta el modelo más común es siendo el médico el proveedor de las indicaciones y conocimientos en un escalón más arriba, y de manera autoritaria, sin embargo en mi primer contacto como médica siendo responsable de mi actuar pude percatarme que ese modelo no me era útil, el aprendizaje es bilateral, se busca un ganarganar, dejar de lado esa dinámica en la consulta resultó mucho más útil, quitar esa línea que había aprendido y que nos separaba para dar paso a una mejor y más humana forma de llevar la consulta, así como menciona Leonardo Viniegra, en su trabajo acerca de la educación participativa “ formación de ciudadanos con potencias cognoscitivas inéditas, capaces de sobreponerse a los atributos degradantes (pasividad, individualismo, competitividad, consumismo) y aproximarse a un mundo hospitalario e incluyente” Mirar al otro lado del escritorio como una fuente que fomenta y provea parte de esta educación participativa hace de la consulta diaria una manera mucho más enriquecedora de aprendizaje bilateral, y que además bajo el contexto que existía, hablando lenguas diferentes genera. Una conexión empática. Lo inclusivo fue mucho más útil, primero, este nuevo ambiente promovía el desenvolvimiento de los pacientes y seguridad para hablar acerca de sus dolencias, la exploración fue más completa entendiendo que ellos eran sujetas, y sujetos activos en mi educación participativa y por ende la resolución de esto un mejor diagnóstico y un tratamiento que sea efectivo pues ellos y ellas me estaban enseñando, me volví receptora y fiel escucha de sus necesidades.



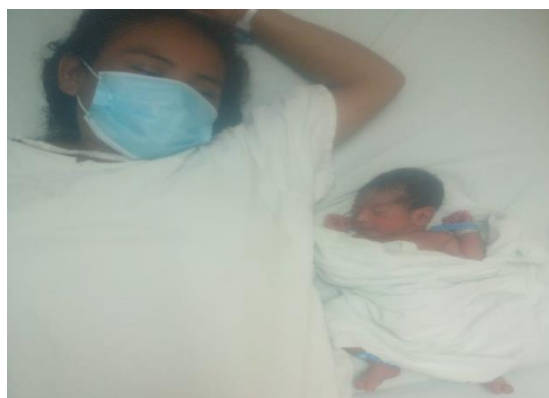
## Historia clínica

### Ficha de identificación

Paciente:	MCGS
Edad:	37 años
Sexo:	Femenino
Localidad:	El Piedron, Chilón, Chiapas.
Lengua:	Tzeltal
Religión:	Católica
Estado civil:	Casada
Antecedentes heredo familiares.	Madre con antecedente de DM2 desde hace 15 años en tratamiento intermitente con metformina. Madre con antecedente de HAS en tratamiento intermitente desde hace 8 años. Abuelos Maternos ambos con DM2 Resto desconoce,
Antecedentes personales de importancia	Epilepsia de diagnóstico hace 6 años en tratamiento con neurología, tratamiento actual carbamazepina 200 mg cada 8 hrs. Resto interrogado y negado.
Antecedentes gineco obstétricos	Menarca 13 años, ciclos regulares 5x30, eumenorreicos, IVSA 16 años, NPS 1, sin métodos de planificación familiar, G4, P3, A0, C0, nunca ha realizado citológico,
Padecimiento actual	María acude a la clínica solicitando una referencia hospitalaria a tercer nivel, para continuar con su valoración y tratamiento para la epilepsia diagnosticada hace 5 años, es atendida actualmente en Hospital general en Villahermosa, refiere no llevar control de su enfermedad desde inicios de la pandemia fecha calculada junio de 2019, refiere que desde hace un mes las crisis epilépticas han sido más frecuentes alrededor de 2 a 3 a la semana, cuando ella refiere ya eran 1 en 3 meses, no cuenta con recursos económicos para acudir con neurólogo particular, refiere sangrado transvaginal en enero ella niega embarazo, sigue tomando carbamazepina 200 mg cada 8 horas que fue la última indicación médica. refiere se le colocó un DIU en la clínica IMSS.
Exploración física	TA120/70, FC 67, FR 20, TEM 36.7, SAT 96% Femenina de edad aparente similar a la cronológica, mesomórfica, normolínea, orientada, cooperadora con adecuado estado de conciencia, facies tranquila, no presenta movimientos

	<p>anormales ni alteraciones del lenguaje, marcha y vestimenta normal. Piel y faneras: Grosor y coloración de piel normales. Temperatura, humedad, elasticidad y textura sin alteraciones. No hay descamación ni lesiones. Cabello grueso, liso, flexible y suave. Bien distribuido, sin sequedad ni fragilidad. Uñas con color, higiene y longitud adecuados, sin signos de fragilidad o lesiones. No dolorosas. Ambas fosas permeables. Mucosa oral hidratada, no hay hiperemia ni descargas. Faltan un molar superior, un canino superior y un molar inferior. No usa prótesis.</p> <p>Tórax y movimientos de amplexión y amplexación simétricos. Vibraciones vocales presentes y de adecuada intensidad. A la auscultación se escucha el murmullo vesicular de buena intensidad, sin ruidos inspiratorios o espiratorios agregados. Ruidos cardiacos de intensidad ligeramente disminuida, sin agregados.</p> <p>Abdomen: piel sin estriaciones ni cicatrices, con abundante vello. Cicatriz umbilical adecuada a la palpación se palpa masa abdominal de tamaño considerable, ella niega embarazo refiere haberle colocado DIU en clínica IMSS, realizo rastreo abdominal encontrando imagen compatible con embarazo por medidas ultrasonográfica embarazo de 22.1 SDG, FCF 145 LPM, altura fondo uterino 18, no se encuentra dispositivo intrauterino por imágenes de ecógrafo. Genitales diferidos, miembros pélvicos íntegros, sin datos de vasoespasmo llenado capilar 2 seg.</p>
Impresión diagnóstica	Epilepsia tipo no especificado (G409) + Embarazo de 22,1 SDG por USG + Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación (Z359).
Plan	<p>Referencia a tercer nivel de atención</p> <p>Valoración por ginecología</p> <p>Valoración por neurología</p> <p>Laboratorios</p> <p>USG obstétrico</p>

Análisis	El caso de paciente C, es un adecuado ejemplo para notar, la falta de acceso a los servicios de salud en estas comunidades, así como la negligencia médica que se puede hacer presente por parte de todos los que ejercemos la medicina, una paciente embarazada con comorbilidades que se embarazó tomando medicamento que basada datos epidemiológicos sugiere que puede haber una asociación entre el uso de medicamento y malformaciones congénitas, con la colocación de un DIU, a las 8 SDG, sin percatarse del embarazo, ¿qué pasa con estas personas con condiciones diferentes cuando alguna de estas situaciones pasa? En este caso paciente C, llevó control prenatal
	y seguimiento estricto durante el resto de su embarazo pudo llegar a término.



*Ilustración 6 : CGS, fotografía puerperio quirúrgico.*

## HISTORIA CLINICA 2

Paciente:	EGM
Edad:	26 años
Sexo:	Femenino
Localidad:	San José Pathuitz. Chilón, Chiapas.
Lengua:	Tzeltal
Religión:	Católica
Estado civil:	Casada
Antecedentes heredo familiares.	Padre con antecedente de HAS desde hace 10 años en tratamiento intermitente. Madre con antecedente de HAS en tratamiento intermitente des hace 8 años.  Resto desconoce,

Antecedentes personales de importancia	Interrogado y negado
Antecedentes gineco obstétricos	Menarca 14 años, ciclos regulares 3x30, eumenorreicos, IVSA 20 años, NPS 1, sin métodos de planificación familiar, G3, P2, A0, C0, nunca ha realizado citológico,
Padecimiento actual	Femenino acude a clínica, en trabajo de parto expulsivo, refiere inicio de contracciones, hace 8 hrs aproximadamente 4/10 min, niega perdidas transvaginal, niega control prenatal
Exploración física	TA 130/80, FC 70, FR 20, TEM 36., SAT 96% Femenina de edad aparente similar a la cronológica, mesomórfica, normolínea, orientada, cooperadora con adecuado estado de conciencia, facies sin alteraciones del lenguaje, marcha y vestimenta normal.. Tórax y movimientos de amplexión y amplexación simétricos.
	Vibraciones vocales presentes y de adecuada intensidad. A la auscultación, sin ruidos inspiratorios o espiratorios agregados. Ruidos cardiacos de intensidad ligeramente disminuida, sin agregados. Abdomen: piel sin estriaciones ni cicatrices, abdomen globoso a expensas de útero gestante embrazo de 38.2 SDG, FCF 134 LPM, altura fondo uterino 31, dilatación 10 cm, contracciones 4 en 10 min. Con 50 seg de duración si ruptura de membranas, periodo expulsivo, flujo vaginal abundante, blanquesino con olor penetrante
Impresión diagnostica	Embrazo alto riesgo debido a problemas sociales (Z357) de 38.1 SDG

Análisis	<p>Paciente es atendida en clínica nace femenino a las 7:00 am, apgar 8-9, alumbra placenta, sin embargo queda con restos placentarios, sangrado activo aproximadamente 1300 ml se coloca balón de bacry, para bajar de referencia al hospital general de Palenque.</p> <p>La constante en estos casos clínicos la falta de acceso a los servicios de salud las condiciones familiares y el rol de las mujeres en estas comunidades, las cuales no tiene control prenatal y que realizan actividades que les implican un riesgo a la salud propio y su fetos durante el embarazo, e inclusive durante el puerperio fisiológico. Aunado a eso está la atención deficiente del hospital general de Palenque que lejos que sea, por recursos limitados, existen otros factores que rechazan la atención, de estas comunidades, lo cual culmina en tener un parto fortuito frente al hospital general de Palenque por que no pudimos demostrar que esta situación representaba una emergencia obstétrica.</p>
----------	---

### HISTORIA CLINICA 3

Paciente:	AGG
Edad:	20 años
Sexo:	Femenino
Localidad:	San isidro Chilón, Chiapas.
Lengua:	Tzeltal
Religión:	Católica
Estado civil:	Casada
Antecedentes heredo familiares.	Madre con antecedente de HAS Y DM2 desde hace 15 años en tratamiento intermitente con metformina. Resto desconoce,
Antecedentes personales de importancia	Interrogado y negado.
Antecedentes gineco obstétricos	Menarca 15 años, ciclos irregulares 3x21, dismenorreicos, IVSA 14 años, NPS 1, sin métodos de planificación familiar, G4, P3, A0, C0, nunca ha realizado citológico.
Padecimiento actual	Paciente acude a clínica a las 3 am, aproximadamente acude por contracciones intensas refiere han empezado a las 8 pm aproximadamente y han subido de intensidad, niega perdidas transvaginales, sin control prenatal; por medico únicamente por partera de su comunidad.

Exploración física	<p>TA220/110, FC 98, FR 24, TEM 36.7, SAT 96%</p> <p>Femenina de edad aparente similar a la cronológica, mesomórfica, normolínea, orientada Ambas fosas permeables. Mucosa oral hidratada, no hay hiperemia ni descargas. Faltan un molar superior,.</p> <p>Tórax y movimientos de amplexión y amplexación simétricos. Vibraciones vocales presentes sin ruidos inspiratorios o espiratorios agregados, campos pulmonares bien ventilados, cardio en taquicardia sin alteraciones en el ritmo, abdomen globoso a expensas de útero gestante, FUM 12 oct-20, embarazo de 39.3 SDG, FCF 132, AFU, 31, contracciones 3 en 10 de 34 seg duración, 10 dilatación 100% borramiento, edema de miembros inferiores hasta rodillas +++, llenado capilar 3 seg.</p>
Impresión diagnóstica	<p>Embarazo (Cie 10 O00) 39.4 SDG +Preeclampsia en el embarazo (Cie 10 0150)+ (Hipertensión preexistente no específica que complica el embarazo, parto y puerperio. (Cie 10 0109)+ Desgarro perineal de segundo grado durante el parto. (Cie 10 0701)</p>
	<p>Paciente acude con crisis hipertensiva, en trabajo de parto fase expulsiva, se canaliza para medicación antihipertensiva IV, así como neuroprotector, paciente que iba a referir a segundo nivel de atención, sin embargo nace femenino a las 3 :20 am, Apgar 89, madre con desgarro perianal de 2° grado, el común paciente sin atención prenatal, los roles de género están tan arraigados que en ciertos casos representan un riesgo para las paciente , ver a las mujeres como objetos que reproducen hijos y que durante la gestación no reciben atención médica adecuada, representa un riesgo pues complicaciones como esta pueden ser evitables si , se realizaran acciones para procurar a las mujeres durante su embarazo.</p>

#### HISTORIA CLINICA 4

Paciente:	MEMD
-----------	------

Edad:	29 años
Sexo:	Femenino
Localidad:	Estrella de Belem, Chilón, Chiapas.
Lengua:	Tzeltal
Religión:	Católica
Estado civil:	Casada
Antecedentes heredo familiares.	Padre con antecedente de HAS en tratamiento intermitente.
Antecedentes personales de importancia	Interrogado y negado.
Antecedentes gineco obstétricos	Menarca 12 años, ciclos regulares 5x28, eumenorreicos, IVSA 17 años, NPS 1, sin métodos de planificación familiar, G3, P2, A0, C0, nunca ha realizado citológico,
Padecimiento actual	Femenino acude a clínica aprox a las 6:30 am, por contracciones activas desde las 4 am, por FUM 42.1 SDG, niega perdidas transvaginales, refiere tener referencia para atención en segundo nivel.
Exploración física	TA130/90, FC 67, FR 20, TEM 36.7, SAT 96% Femenina de edad aparente similar a la cronológica, mesomórfica, normolínea, orientada, cooperadora con adecuado estado de conciencia, facies de dolor, Mucosa oral hidratada, no hay hiperemia. Tórax y movimientos de amplexión y amplexación simétricos. Vibraciones vocales presentes y de adecuada intensidad. A la auscultación se escucha el murmullo vesicular de buena intensidad, sin ruidos inspiratorios o espiratorios agregados. Ruidos cardiacos de intensidad ligeramente disminuida, sin agregados. Abdomen: Globoso a expensas de útero gestante, con contracciones palpables, de aproximadamente 55 seg de duración 42.1 SDG por FUM, FCF 132 LPM, altura fondo uterino 32cm, dilatación 8 cm, borramiento 90%, miembros pélvicos íntegros, sin datos de edema, llenado capilar 2 seg.
Impresión diagnóstica	Embarazo de 41.2 SDG por FUM + Distocia de trabajo de parto.

## HISTORIA CLINICA 5

Paciente:	BMA
Edad:	21 años
Sexo:	Femenino
Localidad:	San Jerónimo Tulija, Chilón, Chiapas.
Lengua:	Tzeltal
Religión:	Católica
Estado civil:	Casada
Antecedentes heredo familiares.	Madre con antecedente de HAS en tratamiento intermitente.
Antecedentes personales de importancia	Interrogado y negado.
Antecedentes gineco obstétricos	Menarca 13años, ciclos irregulares 6x28, eumenorreicos, IVSA 15 años, NPS 1, sin métodos de planificación familiar, G5, P4, A0, C0, nunca ha realizado citológico,
Padecimiento actual	Femenino embarazo de 38.4 SDG, en control prenatal por partera, en su domicilio se realiza tacto vaginal encontrando 7 cm de dilatación, contracciones 2 en 10, no se cuenta con doppler, acude a clínica aprox a las 10:00 am, por tacto vaginal 10 cm fase expulsiva de trabajo de parto, ingresa a sala de expulsión.
Exploración física	TA130/90, FC 67, FR 20, TEM 36.7, SAT 96% Femenina de edad aparente similar a la cronológica, mesomórfica, normolínea, orientada, cooperadora con adecuado estado de conciencia, facies de dolor, Mucosa oral hidratada, no hay hiperemia. Tórax y movimientos de amplexión y amplexación simétricos. Vibraciones vocales presentes y de adecuada intensidad. A la auscultación se escucha el murmullo vesicular de buena intensidad, sin ruidos inspiratorios o espiratorios agregados. Ruidos cardiacos de intensidad ligeramente disminuida, sin agregados. Abdomen: Globoso a expensas de útero gestante, con contracciones palpables, de aproximadamente 55 seg de duración 38.4 SDG por FUM, FCF no audible LPM, altura fondo uterino 32cm, dilatación 10 cm, borramiento 90%, miembros pélvicos íntegros, sin datos de edema, llenado capilar 2 seg.



Impresión diagnóstica	Embarazo de 38.4 SDG por FUM + inserción marginal de cordón umbilical.
Análisis	Este caso clínico, donde si hubo atención prenatal por parte de partera no fue suficiente para llevar un embarazo a término una de las cosas interesantes, si bien si hubo atención no se tuvo la suficiente pericia para saber que algo estaba mal en el embarazo, este caso es específico terminó con una muerte perinatal el diagnóstico de muerte fue inserción marginal de cordón umbilical muerte perinatal.

### HISTORIA CLINICA 6

Paciente:	JMH
Edad:	30 años
Sexo:	Femenino
Localidad:	San Jerónimo Tulija, Chilón, Chiapas.
Lengua:	Tzeltal
Religión:	Católica
Estado civil:	Casada
Antecedentes heredo familiares.	Padre con antecedente de HAS en tratamiento intermitente.
Antecedentes personales de importancia	Interrogado y negado.
Antecedentes gineco obstétricos	Menarca 13 años, ciclos regulares 5x30, eumenorreicos, IVSA 19 años, NPS 1, sin métodos de planificación familiar, G3, P2, A0, C0, nunca ha realizado citológico,
Padecimiento actual	Femenino de 40.1 SDG, acudió a valoración prenatal 3 días previos a trabajo de parto de inicio vigilancia por pb preclamsia.
Exploración física	TA130/90, FC 67, FR 20, TEM 36.7, SAT 96% Femenina de edad aparente similar a la cronológica, mesomórfica, normo línea, orientada, cooperadora con adecuado estado de conciencia, facies de dolor, Mucosa oral hidratada, no

	<p>hay hiperemia.</p> <p>Tórax y movimientos de amplexión y amplexación simétricos. Vibraciones vocales presentes y de adecuada intensidad. A la auscultación se escucha el murmullo vesicular de buena intensidad, sin ruidos inspiratorios o espiratorios agregados. Ruidos cardiacos de intensidad ligeramente disminuida, sin agregados.</p> <p>Abdomen: Globoso a expensas de útero gestante, con contracciones palpables, de aproximadamente 59seg de duración 40.1 SDG por FUM, FCF 132 LPM, altura fondo uterino 36cm, dilatación 8 cm, borramiento 90%, miembros pélvicos íntegros, sin datos de edema, llenado capilar 2 seg. Se ingresa paciente a sala de expulsión, no se toma glucosa los tres días previos, durante el trabajo de parto se encuentra control de la TA, motivo por el cual se había estado, vigilando a las 11: am aproximadamente en el parto sale cabeza del feto sin embargo se atora, una probable distocia de hombro asi como macrostomia fetal, se intenta liberar el hombro del feto sin embargo por falta de pericia de mi parte, el tiempo que pasa en canal de parto es demasiado, a las 11: 25am se declara hora de la muerte.</p>
Impresión diagnóstica	Embarazo de 40.1 SDG por FUM + Distocia de trabajo de parto.
	Fa falta de pericia para la valoración el control prenatal tardío, el no contar con los recursos necesarios para realizar estudios pertinentes, son nuevamente una de las condicionantes o factores que intervienen en la muerte materna.

## **Comunitario**

San Jerónimo Tulija es una comunidad que se fundó en 1953, por campesinos de etnia tzeltal migrantes, entre los factores que los orillaron esta la Reforma Agraria , desde entonces a la fecha la comunidad ha estado habitada por el linaje de las familias que en su momento fueron las fundadoras, la llegada de personas diferentes a eso implica no solo ser el centro de atención sino estar expuesto a la opinión pública y a eso le aunamos ser personal de la salud, diferente a lo que les ha solucionado y ha estado históricamente para ellos, resulta un trabajo diario para lograr incorporarte a la comunidad y que ellos te vean no como una amenaza sino como un aliado que busca coadyuvar a la situación actual, tenemos en primer lugar e que no conocemos su lengua, más del 94% de los habitantes son hablantes del lengua Tzeltal te invita a querer aprender para entenderlo no solo para la consulta sino para la convivencia diaria pues somos seres sociales, hacer relaciones interpersonales con la comunidad. En el actuar como medica te enfrentas a costumbres arraigadas existen hueseros, parteras, hierberos, ellos han estado y seguirán estando para resolver sus condiciones de salud ,caminar de la mano con ellos para la atención de pacientes demanda la apreciación de la salud y la enfermedad desde su concepción, asumir a estos personajes como personal de salud es otra más de las enseñanzas de Chiapas, dado que las escuelas de medicina; donde aprendimos que la medicina alópata y los medicamento más novedosos, caros, son lo mejor a la hora de dar un tratamiento integral; sin embargo estos personajes eje en la comunidad nos enseñan que la medicina como práctica

en estas comunidades abarca grandes ejes liderados por ellos, quienes están dispuestos a dar la cara a sus condiciones de salud, desde el núcleo de sus comunidades, cabe resaltar que la acción de dichas figuras que en colaboración con nosotros los pasantes fortalecen la atención, ahora entender como ellos perciben la salud, la vida o la muerte desde sus costumbres es todo un reto y un trabajo continuo hacia ambos lados siempre poniendo como eje la mejor atención a los pacientes, resulta importante marcar límites sanos con la comunidad estar en el mismo canal para evitar cualquier forma de abuso que puede ser bilateral.

### **Institucional**

La UAM, a través del proyecto de servicio social y en coordinación con Salud y Desarrollo Comunitario A. C. (SADEC), que es una organización civil no lucrativa, independiente, dedicada a la formación de recursos humanos en salud y otras disciplinas afines, busca mejorar la calidad de vida de las comunidades indígenas mediante proyectos de desarrollo comunitario.

Sin embargo, no solo funge un papel como coordinación de pasante en servicio social, SADEC y todos sus colaboradores se convierten en la familia que dejamos atrás en nuestro lugar de origen para abrirnos paso a nuestro crecimiento profesional a través de la realización del servicio social en Chiapas. Los objetivos que persigue la organización son:

- 1) Impulsar la creación de redes locales de salud
- 2) Promover proyectos productivos y de desarrollo social.
- 3) Impulso de metodología educativa y de medicinas alternativas.
- 4) Promover la participación de los pasantes en temas de importancia global que permitan el análisis.
- 5) Establecer alianzas entre los distintos actores sociales
- 6) Promoción de la investigación



*Ilustración 7-8 Equipo SADEC, curso de urgencias obstétricas, 2019.*

FODA

FORTALEZA	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>••</li> <li>••</li> <li>••</li> <li>• Disposición de aprendizaje</li> <li>• Facilidad de interacción</li> <li>• Facilidad para adaptarse</li> <li>• Personalidad fuerte</li> <li>• Resiliencia interés por practicar la medicina desde el primer nivel de atención</li> <li>• Deseo de retribuir a la sociedad</li> <li>• Fácil adaptación a nuevas condiciones de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar lejos del hogar y la familia</li> <li>• Falta de experiencia laboral</li> <li>• Falta de conocimiento sobre las patologías.</li> <li>• Difícil acceso a comunicación</li> <li>• Otro lenguaje</li> <li>• Normas socioculturales diferentes</li> </ul> <p>Beca no suficiente</p>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• • Conocer otra cultura</li> <li>• • Aprender otra lengua</li> <li>• • Poner en práctica lo aprendido</li> <li>• • Seguimiento de los pacientes que llevamos en control</li> <li>• Disfrutar la naturaleza</li> <li>• trabajar con promotores de salud y poder contribuir a su formación</li> <li>• aprender de la partería y medicina tradicional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconfianza hacia mi persona por parte de las personas de la comunidad</li> <li>• Barrera del lenguaje</li> <li>• Falta de acceso a la comunidad</li> <li>• Falta de acceso a la información</li> <li>• Bajos recursos para la infraestructura en la clínica</li> <li>• Falta de interés de las autoridades Zapatistas, a la capacitación constante de promotores de salud, en temas relacionado con el género, salud social.carácter impaciente</li> </ul>

**SECCION II DIAGNOSTICO**  
**DE SALUD COMUNITARIA**  
**SAN JERONIMO TULIJA, CHILON CHIAPAS.**

## **SECCION II: DIAGNOSTICO DE SALUD COMUNITARIA**

### **1. DERECHO A LA SALUD**

En esta sección se realizará un diagnóstico de salud comunitaria, partiendo del análisis de los datos recopilados acerca de las normas, leyes y programas federales, estatales y municipales con respecto al derecho a la salud, así como sobre la Ley General de Salud y las reformas más importantes a la misma, normativas internacionales, como el Pacto internacional sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, y el papel que México desempeña; así como el contexto que se vive actualmente en Chiapas, incluyendo la legislatura que hablan acerca de la paridad de género y por último, San Jerónimo Tulija, comunidad donde llevé a cabo mi servicio social. Se abordarán datos fisiográficos generales, tanto estatales como la microrregión en la que se ubica, e indicadores sociales, demográficos, económicos, políticos y culturales, así como la perspectiva de género y el papel que desempeña con respecto al derecho a la salud, para así poder llegar a un diagnóstico comunitario legítimo e íntimamente relacionado con mi estadía en el poblado antes mencionado.

La salud es comprendida por los humanos como el bien más preciado que poseemos, por lo tanto cuando no está por presencia de alguna enfermedad propia o de algún familiar, suele ser un motivo de preocupación independientemente de la edad, sexo, género, etnia, condición socioeconómica, religión, cultura, es así mismo un derecho humano fundamental para tener una vida digna, derecho a *“disfrutar del nivel más alto de salud física y mental”* este no es un concepto nuevo está incorporado en la declaración de la OMS, desde 1946. Así como se pactó en 1948 en la declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25 *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar.”*

También en el pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), fue reconocido como derecho humano fundamental, se consideró así desde 1948, ahora al hablar de derecho existen aspectos fundamentales tales como accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad estos se han establecido en la observación general 14 del Comité de Derecho Económicos, Sociales y Culturales (par. 12) Sin embargo llegar al máximo grado de salud posible implica muchos más aspectos que estos 4 puntos, no solo es el acceso a la atención sanitaria o construcción de hospitales, este se ve mediado por otros factores determinantes que conllevaran a una vida más digna, estos se pueden agrupar en 2 rubros



importantes 1. Los determinantes básicos para la salud, los cuales incluyen políticas públicas de prevención, promoción difusión, de saneamiento público, el cuidado de medio ambiente y de salubridad para prevenir enfermedades endémicas y epidémicas

- Agua potable, drenaje, alcantarillado
- Alimentación adecuada
- Nutrición y vivienda adecuadas
- Condiciones de trabajo y medio ambiente salubres
- Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud
- Análisis, inclusión de políticas transformadoras de género.

La salud siempre ha sido y será un tema primordial para los individuos, familia y sociedad en general, uno de los gastos más importantes que puede enfrentar una familia es el que refiere al cuidado de la salud, y ante la presencia de las denominadas enfermedades catastróficas como cáncer, sida u otras, éstas pueden significar la pérdida absoluta del patrimonio familiar y en el peor de los casos, el fallecimiento temprano de algún ser querido debido a la falta de recursos económicos que son necesarios para costear la atención médica. Sin embargo el derecho a la salud no debe solo entenderse como un “derecho a ser saludable” dado que eso incorpora muchas más vertientes que no tener enfermedad así lo marca el párrafo 14 de la observación General No. 14 “ el derecho a la salud no debe limitarse a la atención médica, basada en las definiciones que han sido establecidas por organismos internacionales la salud y el derecho a la salud implica más que la accesibilidad a los servicios o la ausencia de alguna enfermedad, los factores de índole social, desde el entorno en el que se desarrolla así como las relaciones que se generan como ser social, económicos, los servicios a los que se tiene acceso, culturales, que parte de las costumbres que rigen o que marcan una línea en mi actuar diario tiene un peso determinante, lo psicológico, emocional y a su vez cada uno analizado desde su particularidad se entrelaza con el otro, las normas y roles de género, el sexo todos estos elementos tanto individuales como colectivos, deben ser tomados en cuenta para lograr una completa satisfacción, así bien la determinación de cada uno de estos no es tan clara o estamos pocos sensibilizados a mirarla como parte del derecho a garantizar el máximo grado de salud posible lo que ocasiona que este se vea constantemente transgredido de manera deliberada o por omisión o inclusive sin darse cuenta de la falta cometida.

Todas las políticas de salud tanto nacionales como internacionales marcan de manera muy clara los determinantes para la salud que buscan , , ver más allá de la enfermedad orgánica y comprender que las condiciones de vida no solo son individuales, también son colectivas, así el medio ambiente, aspectos sociales y culturales juegan un papel importantísimo, es por ello que la convención internacional de la promoción a la salud en la Carta de Ottawa refiere “las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación,

la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. Ahora bien, las acciones de prevención para la salud son las más eficaces para conseguir una vida más sana y digna y por ende gozar de mejores oportunidades para garantizar el derecho a la protección de la salud”.

Así como vemos que el derecho a la salud ahonda más profundo, es interdependiente e indivisible de los derechos humanos, no se puede lograr el pleno goce del derecho a la salud si se es privado de otros derechos, existen grupos de mayor vulnerabilidad como los adultos mayores, mujeres embarazadas y niños, niñas, etnias, migrantes que se han puesto de manifiesto dentro de otros manifiestos internacionales de derechos humanos como; Convención Internacional sobre todas las formas de Discriminación racial de 1965, así como convención internacional de todas las formas de discriminación contra la mujer en 1976; desde la perspectiva de la justicia social, no es de ninguna manera suficiente ni coherente enfrentar las desigualdades entre grupos económicos o étnicos sin abordar paralelamente las desigualdades injustas entre hombres y mujeres que existen en esos grupos y con un punto de vista intercultural.

Incorporar la perspectiva de género y su impacto de las inequidades en cuestiones de salud, implica reconocer algunos términos básicos y su interrelación entre ellos:  
Sexo: Características biológicas, fisiológicas, anatómicas, hormonales.

Género: El género se refiere a un constructo social basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres y, por lo tanto, no es una categoría estática, sino que se produce y reproduce a través de las acciones de las personas pudiendo cambiar de una sociedad a otra y también a lo largo de la historia.

La relación que existe entre estas, desde comprender que las mujeres y hombres enferman de diferente manera, pero también lo masculino y lo femenino son factores determinantes en la dinámica de vida y esto lleva implicaciones importantes para su salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres.

A nivel internacional la perspectiva de género basada en las desigualdades existentes a razón de que se hacen inequidades innecesarias, evitables e injustas ha sido abordada desde la convención sobre eliminación de todas las formas de eliminación contra la mujer (CEDAW, 1979) Programa de acción el Cairo (1994), plataforma de acción de Beijing (1995) declaración del milenio en 2000, es importante resaltar que en este último se declaró que la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer son importantes para el cumplimiento de los otros 7, a nivel federal y municipal en México ha sido aprobado desde hace varios años y se ha implementado la incorporación de la perspectiva de género en los presupuestos

públicos. En 2013 el plan nacional de desarrollo lo incluye así como en el programa nacional para la igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres, PROIGUALDAD.

*Honradez y honestidad*

*No al gobierno rico con pueblo pobre*

*Al margen de la ley, nada; por encima de la ley, nadie*

*Economía para el bienestar*

*El mercado no sustituye al Estado*

*Por el bien de todos, primero los pobres*

*No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera*

*No puede haber paz sin justicia*

*El respeto al derecho ajeno es la paz*

*No más migración por hambre o por violencia*

*Democracia significa el poder del pueblo*

*Ética, libertad, confianza*

*El plan nacional de desarrollo 2019 -2024*

Introducir la perspectiva de género implica voltear a ver las desigualdades, el abordaje de los problemas de salud requiere la consideración de las diferencias en la socialización de mujeres y hombres, las cuales determinan distintos valores, actitudes y conductas, las desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y la profunda división sexual del trabajo. Sin embargo, con frecuencia la introducción de la sensibilidad de género en los estudios de los determinantes sociales de la salud se ha basado en muestras constituidas exclusivamente por mujeres, pero el sexo y el género son también determinantes de la salud de los hombres. Si bien, es cierto que las mujeres han sido más vulnerables, no se excluye que sea al revés, la sistemática subordinación de las mujeres (patriarcado) requiere, entre otras cosas, la demostración de la fortaleza física y la exposición a riesgos para la salud por parte de los hombres. Este modelo de socialización determina que los varones perciban, reconozcan, enfrenten, y busquen solución a los problemas de salud de un modo específico, diferente a las mujeres. Ellos deben mostrarse fuertes y saludables y no evidenciar debilidades, lo cual está implícito en la construcción del género masculino (masculinidad). Desde esta perspectiva se han propuesto hacer una resignificación, incluir nuevas masculinidades positivas donde se intenta eliminar las formas donde se ejerza poder de un género sobre el otro y esto cree desigualdades injustas que pueden ser evitables, los colectivos feministas no somos los únicos que sugerimos diferentes manifestaciones de masculinidad, no sexistas ni heteropatriarcales u homóforas, estas características son las que le dan el significado de positivas, si bien es algo nuevo y que va en contra del sistema que se ha establecido para lo masculino, pero justo de eso se trata de hacer una masculinidad más plural y menos hegemónica. Este modelo de masculinidad

existente implica que el hombre debe ser activo, jefe de hogar, proveedor, responsable, autónomo, no rebajarse ante nada ni ante nadie, ser fuerte, no tener miedo, no expresar sus emociones; pero, además, ser de la calle y del trabajo. En el plano de la sexualidad, el modelo prescribe la heterosexualidad un determinante social de la salud, incorpora el modo en que las asimetrías sociales entre hombres y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención.

Uno de los principales puntos a abordar es el tema de violencia obstétrica, vista como forma de patriarcado a nivel institucional las investigaciones por parte de Luis Villanueva, donde habla a cerca de las carencias de la estructura hospitalaria basado en la violencia que se ejerce a las mujeres a verlas o reconocerlas ignorantes, incapaces para participar activamente en la toma decisiones que tienen que ver con su salud, inclusive desde este? punto de vista puede ser simbólica y puede ser ejercida por una persona hacia sí misma, por influencia de concepciones socioculturales aprendidas lo cual no lleva a impedir la apropiación de su derecho a una atención obstétrica que debería ser fraterna, de calidad y preventiva de casos de morbi-mortalidad materno-infantil. La violencia sobre la salud reproductiva tiene relación, por un lado, con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos y, por otro, es inseparable de la violencia de género. Se encuentra naturalizada en nuestra sociedad patriarcal, entendiendo al patriarcado como un orden sociocultural que genera y legitima relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, que se expresan en múltiples formas de desigualdad, discriminación y

violencia. A través del dominio se construyen y legitiman privilegios para los hombres , obtenidos del trabajo gratuito y explotación de las mujeres, negando y menoscabando el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos por parte de ellas. Otorga a los hombres en su calidad de padres, esposos, jefes o sacerdotes, poder y control sobre las mujeres, sus cuerpos y su trabajo. Consigue la complicidad de la mayoría de los varones, tanto como de las estructuras que rigen las instituciones en las que se ejerce dicha dominación masculina. Así como es importante mirar y redirigir las masculinidades también es importante el empoderamiento femenino para posicionarse desde otra perspectiva, en estos casos, hacerse participe de su salud a partir de tu seguridad de sentirme merecedora de un trato digno tanto de las instituciones como de los trabajadores, pero lo más importante de sí misma, mayor autonomía para las mujeres, a su reconocimiento y a la visibilidad de sus aportaciones. El empoderamiento de las mujeres implica que participen plenamente en todos los sectores y a todos los niveles de la actividad económica para construir economías fuertes, establecer sociedades más estables y justas, alcanzar los objetivos de desarrollo, sostenibilidad y derechos humanos y mejorar la calidad de vida.

En México se encuentra incorporada a partir del 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, en 2009 en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas, La Comisión de Salubridad y Asistencia del Congreso del Estado recordó que la violencia obstétrica en la entidad ya es un delito, esto derivado de una reforma

al Código Penal para el Estado impulsada desde la Legislatura anterior, en donde se contempla castigar a los profesionales de la salud que den un trato deshumanizado a las mujeres, desde el periodo de gestación hasta después del parto.

La violencia institucional y obstétrica perjudica también al personal de salud de diferentes maneras. Es importante entender cómo nuestros servicios médicos han sido permeados por el patriarcado y el androcentrismo, lo cual marca estereotipos, desigualdad de roles, oportunidades, y manejo del poder con respecto al papel de los hombres y mujeres en los servicios de salud. El androcentrismo se refiere a la universalización e imposición de la perspectiva y visión del hombre en la mayor parte de las actividades humanas, naturalizándola. Ha impregnado campos como la religión, la política, la producción, la ciencia y por supuesto la medicina. Este último ámbito se puede evidenciar en comentarios y comportamientos que se naturalizan y también asumen las mujeres profesionales. Posicionarte como una mujer medica que puede liderar un grupo donde mayoritariamente son hombres implica todo un reto, inclusive un privilegio como lo describe la Dra. Volkow, desde ese escenario de medicina hegemónica, jerárquica y patriarcal es necesario empoderarte frente a la situación conforme se acepte y promueva el ejercicio y desarrollo de las mujeres en esta profesión.

Según la Organización Mundial de la Salud, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las niñas de 15 a 19 años en todo el mundo. Entre los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), México ocupa el primer lugar en este tema con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Este fenómeno tan comúnmente asociado a la pobreza, desigualdad y falta del ejercicio de derechos y oportunidades será atendido mediante una estrategia que pretende fortalecer la colaboración, compromiso y trabajo intersectorial. Entre las diversas instituciones que forman parte de la estrategia se encuentran la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), el Instituto Mexicano de la Juventud, el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

## DIAGNOSTICO COMUNITARIO Partiendo de lo general

Los Estados Unidos Mexicanos tienen un total de 126,014,024 miles personas con respecto al censo de población y vivienda 2020. De ellos, 64 540 634 son mujeres (51.2%) y 61 473 390 son hombres (48.8%). México ocupa el lugar número 11 en población a nivel mundial, por debajo de Japón y por encima de Etiopía permanece en el mismo lugar con respecto a (INEGI 2020).

El panorama sociodemográfico de México, según datos INEGI 2020, reportan que por cada 100 mujeres existen 95 hombres.

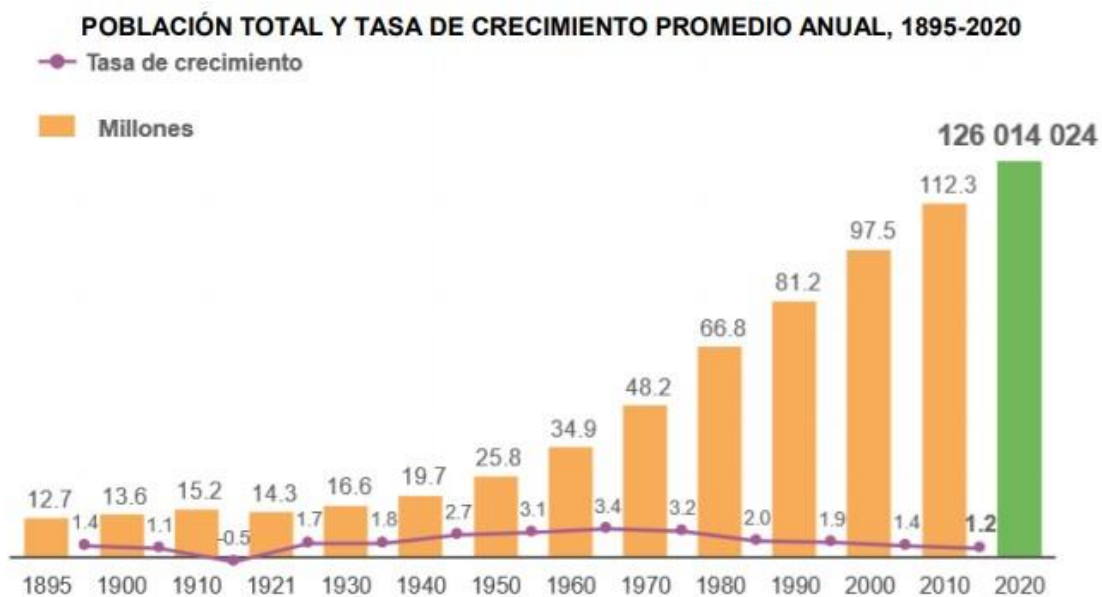
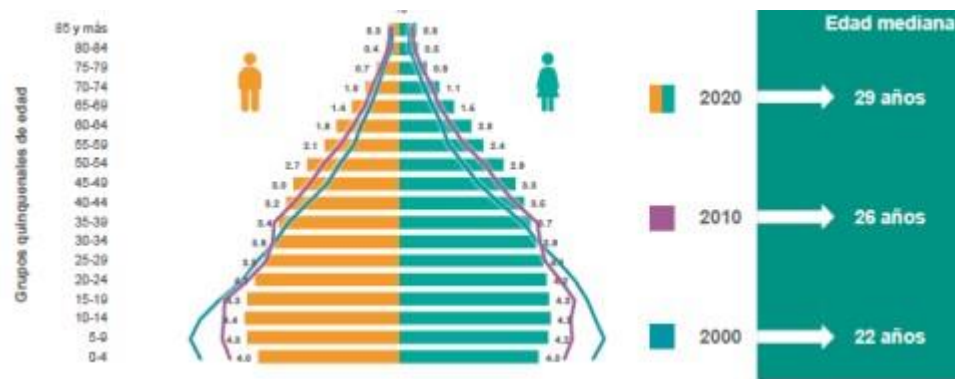


Ilustración 9: Población tasa de crecimiento anual, INEGI 2020.

Esta imagen nos muestra que desde 2010 la población a nivel nacional ha incrementado 13.7 millones con una tasa de crecimiento anual de 1,2%.



ILUSTRACION 10: División por grupo etario, y sexo en retrospectiva INEGI, 2020.

Esta grafica nos muestra la dinámica de la pirámide poblacional en los últimos años, teniendo en cuenta que la población de 60 años y más pasó de 9.1 % a 12% la población se va haciendo más vieja inclusive la edad media pasó de los 26 años a los 29 años. Esta tendencia a reducir su base demuestra un proceso de envejecimiento inherente a la dinámica de población. Así como también nos muestra que la relación entre mujeres y hombres han generado nuevos indicadores que permiten visibilizar y caracterizar no solo la situación de mujeres y niñas, sino también las desigualdades de género; información básica para sustentar la toma de decisiones y diseñar políticas públicas adecuadas, en materia salud poner especial atención a los derechos sexuales y reproductivos. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) constituye desde 1981 para el Estado Mexicano, un compromiso ineludible para establecer las políticas públicas de igualdad entre mujeres y hombres, y para enfrentar la discriminación y la violencia contra mujeres y niñas, no solo por que seamos el sexo con mayor población a nivel mundial, sino porque somos sujetas de derecho y debe garantizarse la accesibilidad a ellos, de manera libre, y legal.

En los últimos veinte años, el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más ha presentado un descenso constante, registrando un promedio de 2.6 en 2000, 2.3 en 2010 y, para 2020, un promedio de 2.1 hijos nacidos vivos para las mujeres en este grupo de edad, lo cual puede variar por diversos factores acerca del posicionamiento de la mujer en el contexto global, teniendo como base, la utilización de métodos anticonceptivos, la libre elección acerca de ellos y la profesionalización cada vez más visible de las mujeres a nivel nacional, así como la disminución de muertes infantiles por lo cual las mujeres tienen menos hijos .

Ilustración : Día internacional de las mujeres indígena



### Principales causas de muerte de enero a agosto de 2020 en México.

ILUSTRACION: Fuente comunicado de prensa INEGI 61/21 DE 2021.

Rango	Total	Hombre	Mujer
1	Enfermedades del corazón 141 873	Enfermedades del corazón 78 929	Enfermedades del corazón 62 713
2	COVID-19 108 658	COVID-19 71 419	Diabetes mellitus 47 429
3	Diabetes mellitus 99 733	Diabetes mellitus 52 136	COVID-19 37 111
4	Tumores malignos 60 421	Tumores malignos 29 749	Tumores malignos 30 623
5	Influenza y neumonía 29 573	Enfermedades del hígado 20 263	Enfermedades cerebrovasculares 12 112
6	Enfermedades del hígado 27 842	Agresiones (homicidios) 20 165	Influenza y neumonía 11 473
7	Enfermedades cerebrovasculares 24 928	Influenza y neumonía 18 063	Enfermedades del hígado 7 544
8	Agresiones (homicidios) 22 798	Accidentes 16 460	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 7 375
9	Accidentes 21 049	Enfermedades cerebrovasculares 12 784	Accidentes 4 552
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 15 847	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 8 455	Insuficiencia renal 4 469

Las defunciones causadas por COVID-19 incluyen tanto los casos con referencia de virus identificado, como aquellos en los que no fue expresamente identificado (sospechoso). Lo anterior será confirmado por la Secretaría de Salud, durante el proceso de confronta previo a generar las cifras definitivas en octubre de 2021.

Las entidades federativas que presentan el mayor número de muertes respecto al año anterior son estado de México con 84 185, Ciudad de México con 82 449, Veracruz de Ignacio de la Llave con 50 842 y Jalisco con 40 158. Para el periodo de enero a agosto el 58.7% (401 766) de las defunciones corresponden a hombres, mientras que 41.1% (280 873) a mujeres; en 1 184 casos no se especificó el sexo. Las causas de enfermedad entre mujeres y hombres no son las mismas y esto está directamente relacionado con los procesos construidos socialmente con respecto a los roles de género establecidos.



## CONTEXTO GENERAL CHIAPAS



Chiapas se localiza al sureste de México; colinda al norte con el estado de Tabasco, al oeste con Veracruz y Oaxaca, al sur con el Océano Pacífico y al este con la República de Guatemala.

Al norte 17°59', al sur 14°32' de latitud norte; al este 90°22', al oeste 94°14' de longitud oeste. Colinda al norte con Tabasco; al este con la República de Guatemala; al sur con la República de Guatemala y el Océano Pacífico; al oeste con el Océano Pacífico, Oaxaca y Veracruz-Llave.



Tiene una superficie territorial 73 311 km<sup>2</sup> (Chiapas es el octavo estado más grande de la República Mexicana). Se conforma por 124 municipios que se dividen en 15 regiones

Ilustración : Ubicación geográfica Chiapas



Ilustración : Población por entidad federativa INEGI, 2020.

Chiapas ocupa el octavo lugar a nivel nacional, en cuanto a población tiene una población de 5 543 826 habitantes , que representa el 4.4% de la población nacional, tiene una densidad de población de 76 personas por kilómetro cuadrado, ocupando el número 16 a nivel nacional Con respecto a la nacional que es de 64 personas por kilómetro cuadrado.

Ilustración : Porcentaje población mujeres y hombres INEGI 2020.



La relación mujeres y hombres no es diferente a la nacional, por cada 100 mujeres existen 95 hombres relación 95.3, la edad media es de 24 años lo que hace a Chiapas el estado más joven, con respecto a la nacional de 29 años.

existen 1 880 176 niñas y niños de cero a 15 años lo cual representa el 34% de la población en general .

En comparación con la esperanza de vida a nivel nacional no es muy diferente para el 2020, se observa cómo la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, estudios demuestran entre muchos otros factores, hormonales, genética, comportamiento y ocupación, sin embargo y no referente a la esperanza de vida en las regiones donde la atención médica es inadecuada, muchas mujeres mueren durante el parto. Además, vivir más tiempo no es necesariamente una ventaja. Aunque las mujeres viven más , también sufren más enfermedades, particularmente en sus últimos años de vida.

### Esperanza de vida 2020

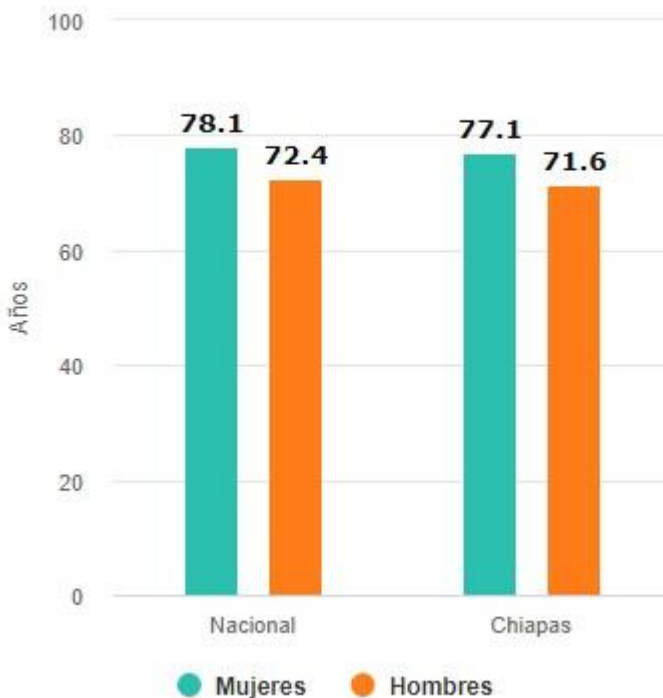



Ilustración: esperanza de vida INEGI 2020

En 2019 se reportaron 49, 776 nacidos vivos y 28317 defunciones, En esta entidad federativa, las principales causas de muerte son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos.

## TIPOS DE VIVIENDAS

En 2020, la población de Chiapas vive en:



 A nivel nacional  
79 % de la población vive en localidades urbanas y el 21 % en rurales.

En Chiapas hay **20,951** localidades rurales y **206** urbanas. A nivel nacional hay **185,243** localidades rurales y **4,189** urbanas.

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

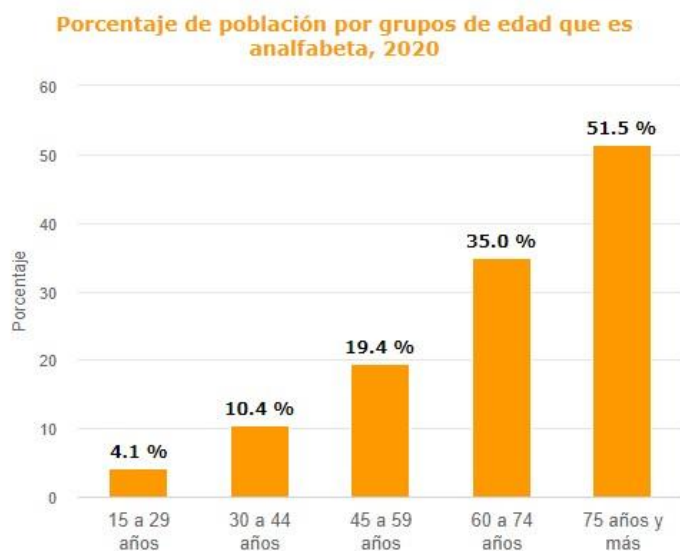
cuadrado cuando a nivel nacional son 64, Chiapas ocupa el lugar 16 en densidad de población de los 32 estados

De las poblaciones o localidades rurales tenemos pueblos originarios, cuyas construcciones de sus casa en su mayoría son de tablas con láminas, un bajo porcentaje de estas son de materiales perdurables.

Hay un aproximado de 76 personas por kilómetros

## ESCOLARIDAD

La escolaridad en Chiapas el promedio de escolaridad en la población de 15 años



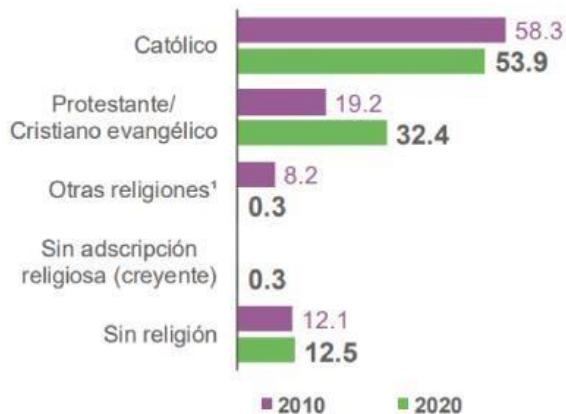
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

y más es de 7.8 lo que corresponde a casi segundo año de secundaria ocupando el último lugar con respecto a las entidades federativas del 2020,, el promedio a nivel nacional es de 9.7 grados de escolaridad los que abarca un poco más de la secundaria terminada, de cada 100 personas 13 no tiene escolaridad, 55 educación básica terminada, 18 la educación media superior y 13 la educación superior. Con respecto al analfabetismo.

A nivel nacional son 5 de cada

100.

## RELIGION



<sup>1</sup> Incluye los grupos religiosos Judaico, Islámico, Raíces étnicas, Raíces afro, Espiritualista y Otras religiones.

FUENTE: INEGI. Censos de Población y Vivienda 2010-2020.

Así como en el resto de la población mexicana la religión católica tiene un porcentaje mayor de seguidores es de 78%, en la gráfica podemos observar el incremento o decremento en algunos casos con respecto a 2010 y la fecha actual.

El conocer la religión profesante es importante dado que esta tiene un gran impacto en la dinámica de una población, es una

institución que tiene influencia en la vida cotidiana así como una relación privilegiada en el poder civil.

### **AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD**

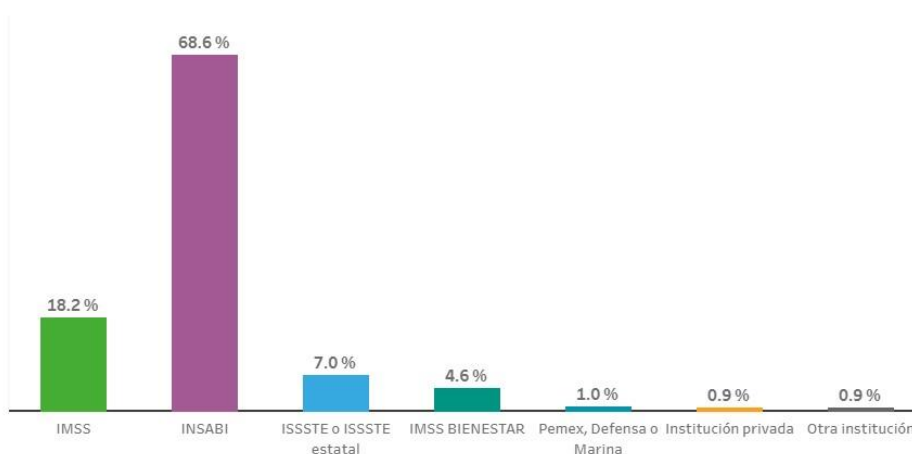


Ilustración : afiliación a los servicios de salud INEGI 2020.

La atención de los servicios de salud en Chiapas corre a cargo de la Secretaría de Salud por medio del programa INSABI, que tiene como objetivo asegurar a la población que se encuentra desprotegida con respecto a otra afiliación gubernamental. Se reportan resultados correspondientes a la ENSANUT que dicen que al igual que a nivel nacional se registró un aumento considerable en los afiliados al Seguro Popular ahora INSABI y se reporta que para este año la mayor proporción de protección en salud fue brindada por el mismo. Y se reporta que la población sin cobertura de servicio médico es menor a la nacional.

Recordemos que en Chiapas pese al creciente avance en la medicina a nivel mundial existe muy arraigada la medicina tradicional la cual la integran las parteras,

hueseros y hierberos en las diferentes comunidades a lo largo del territorio de Chiapas.

El Movimiento de Parteras de Chiapas Nich Ixim, que está conformado por más de 800 parteras, representantes y voceras de 30 Municipios del Estado, donde se ha seguido atendiendo a mujeres embarazadas, partos y postparto, se ha dado testimonios de la gran desinformación que existe en las comunidades, la cual no permite que se desarrollen planes comunitarios de cara al Covid -19.

Las cuales atienden una de las deficiencias del estado con respecto a los derechos reproductivos , sin embargo a pesar de ellos existen casos de persecución por su actuar en la partería.

## **POBREZA EN CHIAPAS**

El crecimiento económico no avanza al ritmo deseado, en ciertas partes de territorio nacional existían pocos puestos de trabajo asalariados y aproximadamente más de mitad de la población carecía de un esquema de aseguramiento médico público. Los únicos sujetos del derecho a la salud que contaban con empleo formal, cuando paradójicamente quienes carecen del mismo están en una posición mucho más vulnerable que el resto, con ello me refiero a la población que se dedica al campo o que tiene un fuente de empleo informal y que está en una situación de vulnerabilidad con respecto al resto de la población, si miramos un poco adentro de este grupo enfocándonos en el rezago histórico de la población de Chiapas en general.

La pobreza es multidimensional, en la dimensión de los derechos sociales se observa un avance en la cobertura de servicios básicos como educación, salud, vivienda y seguridad social; mientras que en la dimensión de bienestar económico (medido a partir del ingreso de las personas), se ha observado un comportamiento fluctuante, el cual se vio afectado por la crisis financiera de 2008-2009, posteriormente tuvo un periodo de recuperación comprendido entre 2014-2018.



Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012, 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

El Índice de Rezago Social (IRS) es una medida que agrega variables de educación, acceso a servicios de salud, servicios básicos en la vivienda, calidad y espacios en la misma y activos en el hogar, con el fin de ordenar a las entidades federativas y municipios de acuerdo con el grado de rezago social en un momento en el tiempo.

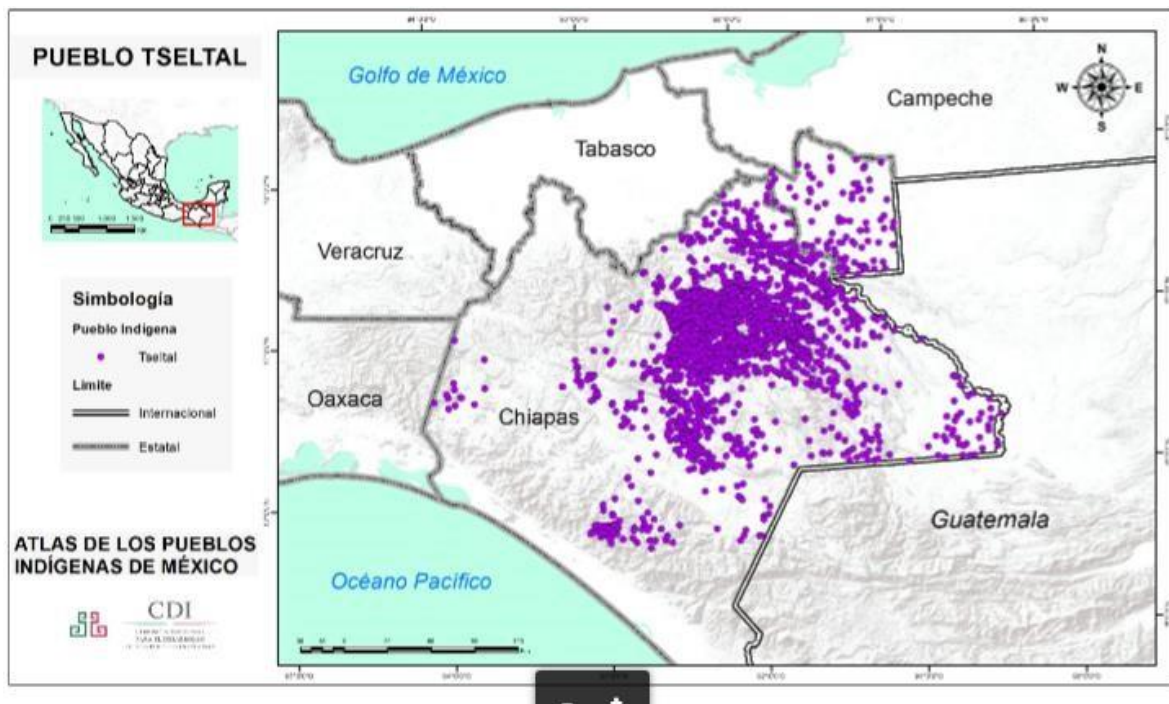
## **PUEBLOS ORIGINARIOS**

En Chiapas existen 14 pueblos originarios hay 1,459,648 personas mayores de 3 años de edad que hablan alguna lengua indígena, es el segundo estado después de Oaxaca con mayor diversidad étnica, así como costumbres y tradiciones, fiestas, lenguas lo que hace de Chiapas un estado realmente rico y no solo eso con una magia excepcional que te atrapa de inmediato.

Lengua indígena	Número de hablantes 2020
Tzeltal	562,120
Tsotsil	531,662
Ch'ol	210,771
Tojolabal	66,092

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

Los tseltales conforman el grupo más numeroso de Chiapas con un total de 562,120 hablantes, se estima que en Chiapas de cada 100 personas que hablan una lengua indígena 12 no hablan español.



Fuente: Distribucion de la etnia tzeltal, SIC Mexico.

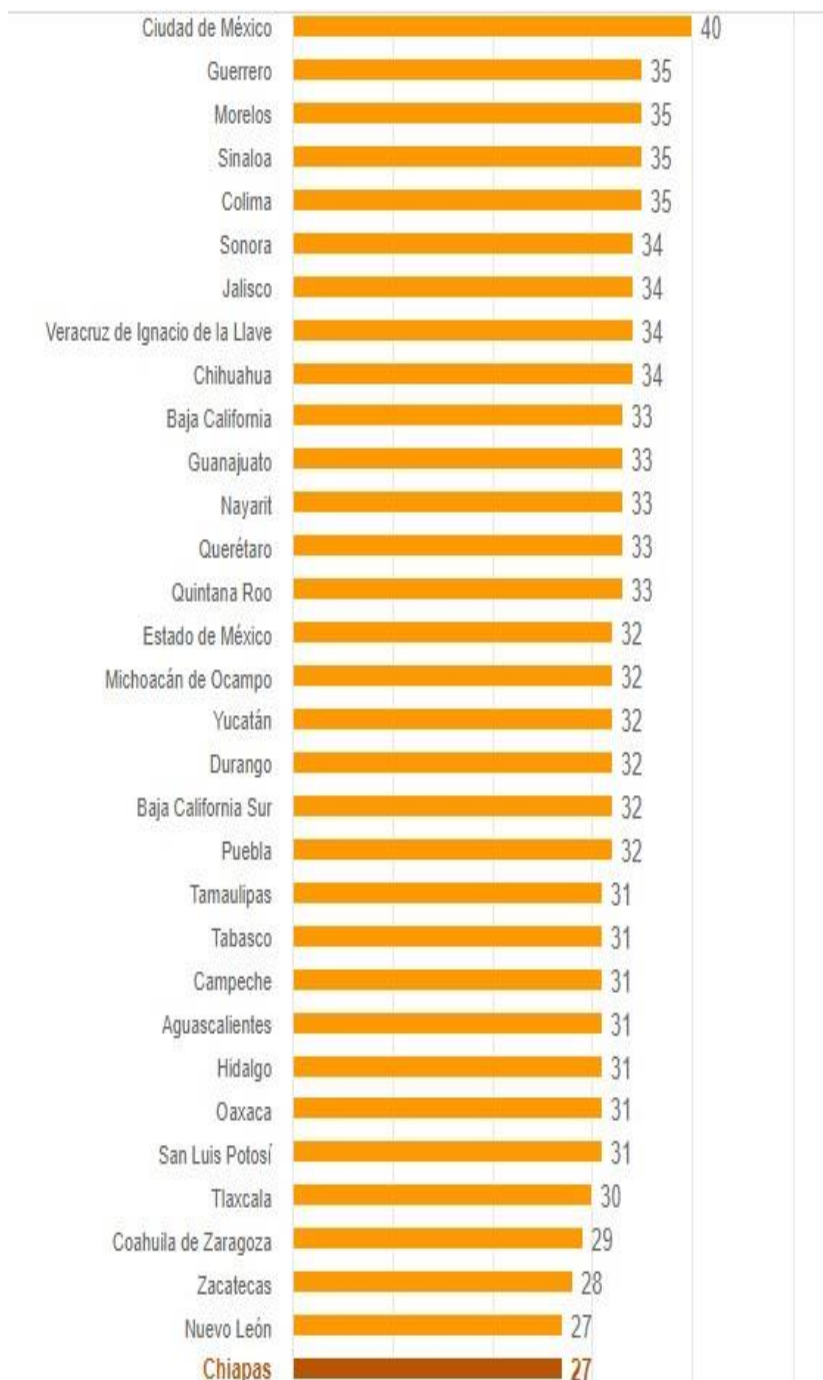
La religión tzeltal presenta un fuerte sincretismo entre elementos de la religión católica y los autóctonos. Conciben al mundo como un todo y lo llaman cielo-tierra (vinajel-balamil). Toda vida se desarrolla en la superficie del cielo y la tierra, mientras que la vida extraordinaria, como la de los sueños, existe en el “otro cielo-tierra”. Sólo los curanderos pueden verlo.





La manera en la que ellos perciben la vida e incluso la muerte tiene una cosmovisión totalmente diferente a la nuestra, es admirable como luchan día con día por preservar su cultura, su lengua, a su gente, son escépticos de la medicina alópata de los hospitales o de los médicos que llegamos a sus comunidades y no es para menos, son una minoría que siempre ha estado bajo la marginación el rezago y la pobreza extrema.

## Distribución de los hogares y del rol de jefe de hogar con respecto a genero

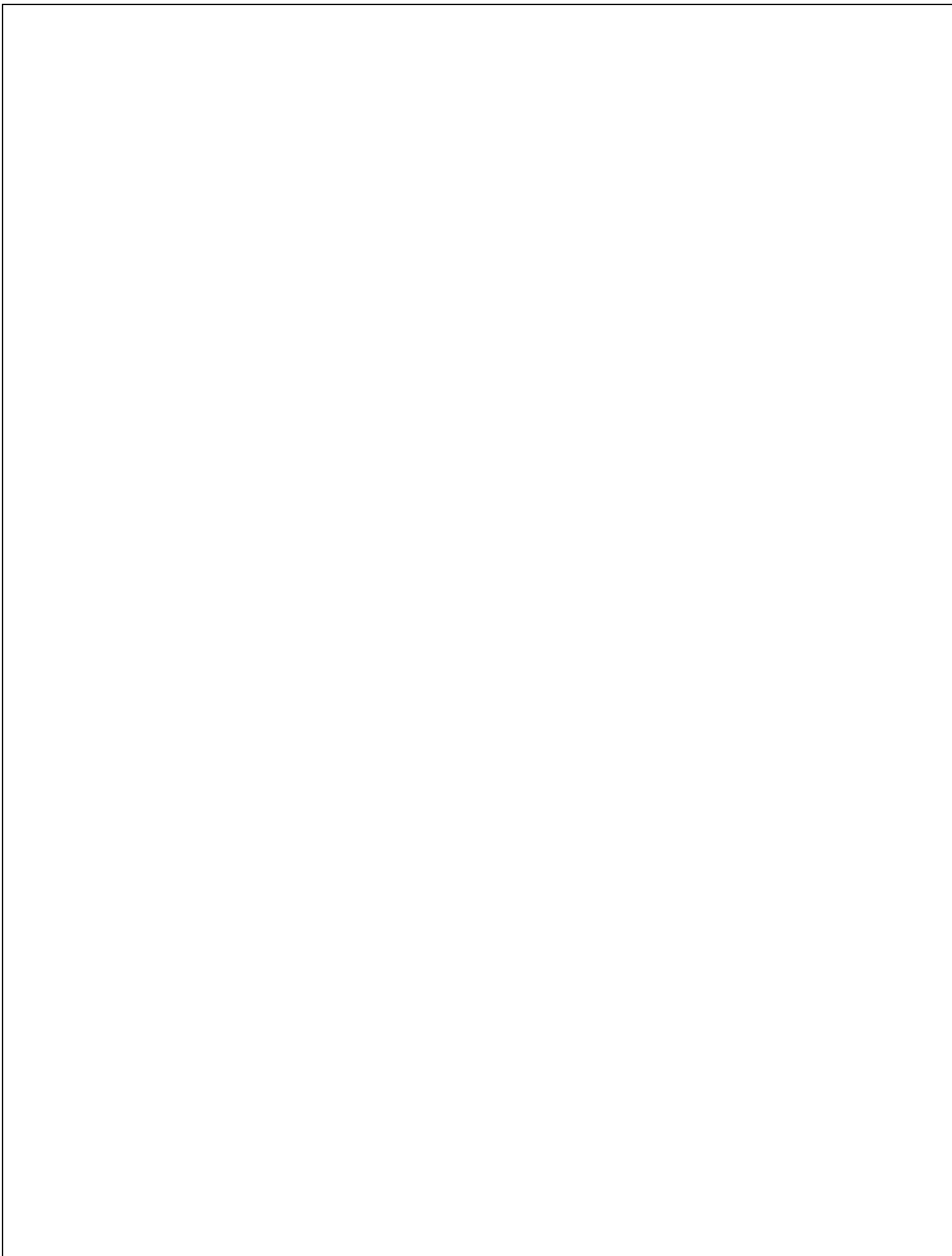


En esta entidad federativa, en **27 de cada 100** hogares reconocen a las mujeres como persona de referencia, lo que significa que son consideradas como jefa de la vivienda. A nivel nacional son 33 de cada 100 hogares.

Gracias a la asignación cultural y social que se ha presentado de forma histórica podemos decir que son las mujeres quienes participan mayormente en el sector del trabajo doméstico; por esta razón, se han visto vulneradas en mayor medida a causa de los recientes acontecimientos que han atravesado al mundo. La informalidad es una característica importante en este sector y en consecuencia de ésta es que se producen una serie de violaciones a derechos, entre los que se encuentran la seguridad social y los derechos laborales.

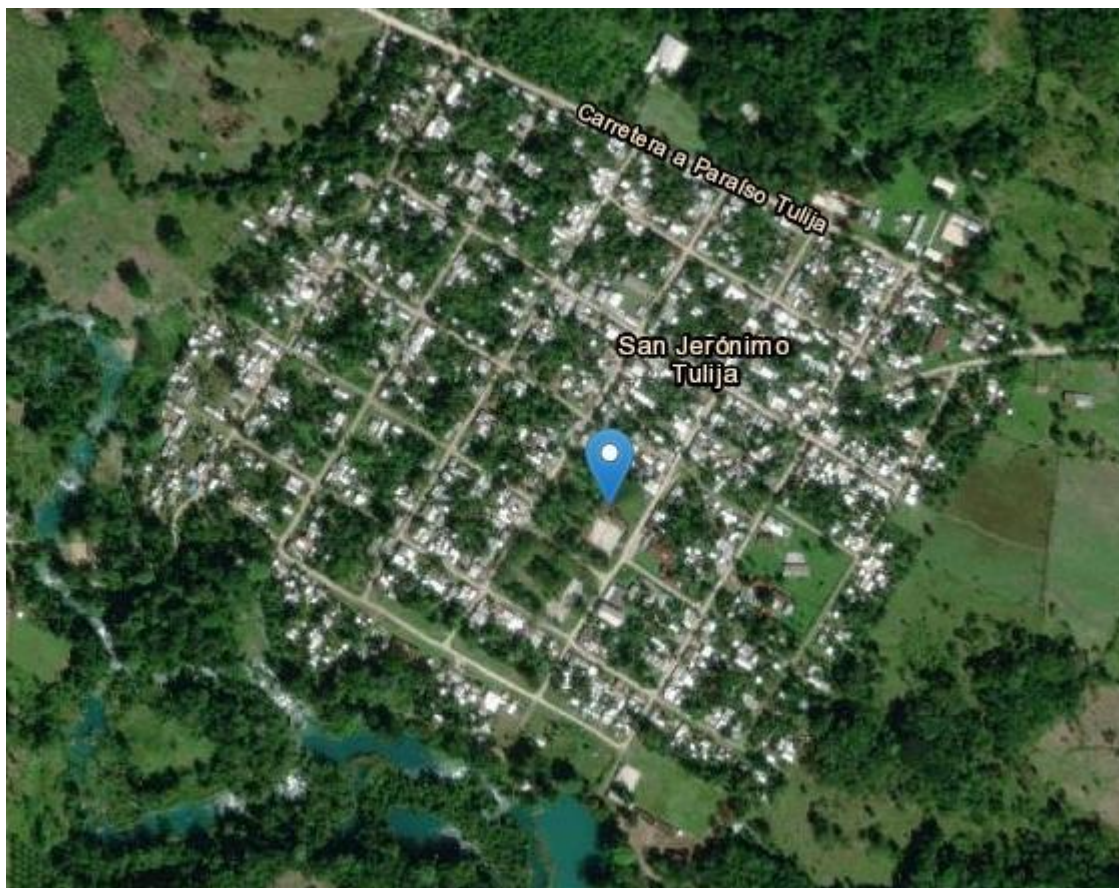
A causa de la precarización e informalidad de dicho

trabajo, las empleadas del hogar no disfrutan de los derechos laborales que conllevan el despido, al cual han sido expuestas en las últimas semanas. Además, el hecho de no contar con un contrato que les otorgue una seguridad laboral las imposibilita en la lucha por el reconocimiento de sus derechos.



## DIAGNOSTICO COMUNITARIO CHILON SAN JERONIMO TULIJA

Conociendo el contexto sociodemográfico de Chiapas en general y ahora mirando una de sus comunidades San Jerónimo Tuija está situada en el Municipio de Chilón, Chiapas.



*Ilustración: Vista satelital San Jerónimo Tuija.*

**Geología/Edafología:** al sur la sierra Norte de Chiapas. Suelos de tipo Luvisol, Nitosol, Gleysol, Acrisol, Rendzina y Regosol.

**Características varias:** clima templado húmedo, cálido húmedo, semicálido húmedo con lluvias todo el año y cálido húmedo con abundante lluvias en verano. Temperatura media anual 18-28°C. Precipitación total anual 2000-4500 mm.

**Biodiversidad:** tipos de vegetación: selva alta perennifolia, selva mediana subcaducifolia, bosques mesófilo de montaña, de pino-encino-liquidámbar, de pino, de encino, vegetación riparia, popal, sabana, pastizal cultivado.

Hay 1,763 habitantes. Dentro de todos los pueblos del municipio, ocupa el número 5 en cuanto a número de habitantes.

## CON UN TOTAL DE 1763 HABITANTES

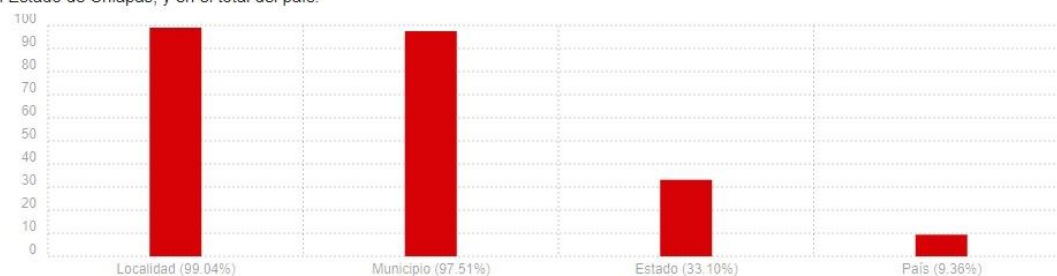
Año	Habitantes Mujeres	Habitantes hombres	Total habitantes
2020	860	903	1763
2010	911	948	1859
2005	858	902	1760

Desde 2005, San Jerónimo Tulija ha tenido un aumento con respecto a su población.

Franja de edad	Número de mujeres	Número de hombres	Total habitantes
Bebés (0-5 años)	123	127	250
Jóvenes (6-14 años)	214	201	415
Adultos (15-59 años)	467	521	988
Ancianos (60 años o más)	56	54	110

ILUSTRACION : GRUPOS ETAREOS INEGI 2020.

Comparación de porcentajes de población indígena en la localidad de San Jerónimo Tulijá, comparado con su municipio, con el porcentaje en el Estado de Chiapas, y en el total del país.



## **EDUCACION**

DATOS DEMOGRAFICOS SAN JERONIMO TULIJA INEGI 2020.

	2020	2010
Índice de fecundidad (hijos por mujer):	3	6.65
Población que proviene fuera el Estado de Chiapas:	0.28%	0.54%
Población analfabeta:	13.78%	12.10%
Población analfabeta (hombres):	6.47%	6.65%
Población analfabeta (mujeres):	7.32%	17.78%
Grado de escolaridad:	7.41	6.66
Grado de escolaridad (hombres):	7.91	7.63
Grado de escolaridad (mujeres):	6.87	5.62

El grado de escolaridad con respecto a la estatal y nacional es más bajo aun, tanto en hombres, pero aun mas en las mujeres escolaridad de 6.8 apenas primaria completa y aunque ha aumentado con respecto a 2010 sigue estando por debajo a nivel nacional está en 9.1 que es secundaria completa.

Existen el poblado cuenta con una escuela primaria oficial, una escuela primaria bilingüe, una secundaria oficial, y un colegio de bachilleres, así como un preescolar y una escuela autónoma zapatista.

En la escuela zapatista La comunidad cuenta con cifras que no son reportadas en el censo

estatal son la que indican la asistencia a la escuela autónoma en la que se da servicio a 22 niños en total cuyas edades son de 4 años a 13 años, con un predominio mayor de mujeres, la educación se basa en las demandas que exige el zapatismo, el fin es educar con autonomía y autogobierno para preservar su dignidad indígena , en este sentido la escuela zapatista es anticapitalista no expide títulos que se cambian por dinero , no se cobra por aprender ni se paga por enseñar, sim embargo la educación que se brinda al pueblo autónomo es una alternativa a un mundo globalizado, para esto cuenta con promotores de educación que son quienes se encargan de dar clases a los niños donde se enseña lo básico con respecto a las escuelas federales, leer y escribir.



Zapatista.

*Ilustración: Actividad con los niños de la escuela*

La población que llega a educación postbásica en el poblado es de 364 habitantes en porcentaje con la población total representa un 20.6%, de eso un 39.55 F Y 60.45 M



*Ilustración: COBACH, San Jeronimo Tulija 2020.*



*ILUSTRACION: Secundaria oficial San Jerónimo Tulija 2020.*

En los que respecta a la educación secundaria el panorama no es tan diferente 195 personas aproximadamente terminan la educación secundaria de entre pobladores de más de 15 años.

## **Viviendas**

En San Jerónimo Tulija existen alrededor de 365 hogares en su mayoría de construcción de madera con un promedio de ocupación de vivienda de 4.8 personas por vivienda o bien 1.4 por cuarto, de un curto representan 18 hogares de 2 cuartos, 92 y de 3 cuartos 255. De estos hogares es reconocido como jefe de familia mujer en 74 de ellos y un hombre con 286 hogares, la perspectiva del rol de género a nivel social está marcada en gran diferencia y concuerda con respecto a la estatal y la nacional reportada por INEGI, 2020.



*Ilustración : Vivienda San Jeronimo Tulija*



Número de viviendas particulares habitadas:	365	317
Viviendas con electricidad:	99.18%	97.71%
Viviendas con agua entubada:	100.00%	97.71%
Viviendas con excusado o sanitario:	89.86%	95.80%
Viviendas con radio:	27.12%	25.19%
Viviendas con televisión:	54.79%	58.02%
Viviendas con refrigerador:	43.56%	40.84%
Viviendas con lavadora:	14.79%	12.21%
Viviendas con automóvil:	8.49%	6.11%
Viviendas con computadora personal, laptop o tablet:	1.37%	1.91%
Viviendas con teléfono fijo:	2.19%	3.05%



*Ilustración : Vivienda San Jeronimo Tulija*

## **Sistema de salud**

En San Jerónimo Tulija poblado cuenta con dos clínicas de atención primaria, una clínica perteneciente al IMSS-Prospera la cual cuenta con médicos por temporadas y los horarios son variables en general es de 8 a 15:00 de lunes a viernes da atención a consultas de primer nivel no atiende urgencias cuenta con sistema de referencia y planes de control prenatal y otra clínica Elisa Irina Sáenz Murcia, que pertenece a la organización zapatista, que por sus características funciona como clínica de atención privada. En la clínica autónoma zapatista se cuenta con un consultorio médico, un consultorio dental que cuenta con equipo de rayos x dental, un equipo de ultrasonido portátil, dos cuartos para hospitalización, un consultorio de salud sexual y reproductiva que cuenta con cama de exploración la cual se utiliza también como sala de expulsión para partos. la clínica cuenta con programas específicos de atención enfocados a ciertos patologías o grupos en específico.

Las médicas y estomatólogas al servicio de esta clínica son pasantes del servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana a cargo de SADEC. Se cuenta con un formato de referencia para 2do y 3er nivel de atención, los pacientes que requieren atención de urgencias en hospital deben ser referidos y acompañados al Hospital General de Palenque para asegurar que los mismos reciban la atención requerida, partiendo desde aquí esta comunidad no cuenta con lo básico e indispensable para que se garantice el acceso del derecho a la salud, primero porque el acceso a la comunidad no es fácil no existe una red de comunicación ni de transporte efectiva el trasladar a un paciente en situación de emergencia de la clínica a el hospital general de Palenque representa un gasto enorme para la población, eso más los gastos que implique ir a Palenque al hospital general donde también se ve violentado su derecho, partiendo desde que son discriminados, ignorados y maltratados, por otra parte los pacientes deben costear los materiales que se van a utilizar cuando debería ser el gobierno quien garantice los insumos, , entonces no se garantiza ni el acceso , ni la procuración del máximo grado de salud pues la clínica IMSS con un horario de 8: am a 15:00, brinda consultas de medicina general, abarcan gran parte de la población para inmunizaciones asi como opera atención prenatal, y la clínica de la organización Zapatista funciona con 3 turnos de matutino 8 am 13 hrs y vespertino de 16pm 20 hrs y un tercer turno de 20pm a 8 hrs, donde únicamente se atienden urgencias, físicamente cuenta con las siguientes áreas, consultorio de medicina general , consultorio de odontología, 2 cuartos para hospitalización que cada uno cuenta con 2 camas, sala de expulsión, sala de reuniones donde se imparten capacitaciones y talleres para promotores y promotoras de salud que pertenecen a la organización Zapatista, cocina, 3 cuartos comunitarios uno para médicas y médicos, otro para promotoras de salud y otro Baronet, Bruno, 2009, Autonomía y educación indígena. Las escuelas zapatistas en Las Cañadas de la Selva Lacandona (Chiapas), tesis de doctorado en Ciencia Social con especialidad en Sociología, El Colegio de México Université de Paris-III, México. Más para promotores.

## Conclusiones

San Jerónimo Tulija, es un ejido que se fundó a mediados del siglo XX, en 1953 para ser exacta, hacia el norte de la selva lacandona en el estado de Chiapas, por campesinos indígenas tzeltales, migrantes o mejor dicho colonizadores provenientes de otra zona más o menos cercana a este ejido : San Jerónimo Bachajon. Las condiciones que han edificado a este ejido han cambiado a lo largo de este tiempo la escolaridad tanto en hombres como en mujeres está por debajo de la nacional que es de 9.1, apenas figurando con el 6.8 que hace referencia a secundaria completa, los servicios básicos de vivienda y alimentación, o acceso a los servicios de salud distan mucho de los indicadores de bienestar. Los factores que intervienen resultan ser interminables, sin embargo modificables, si bien parte de la población de San Jerónimo Tulija pertenece a los que ellos llaman "partidistas", y otro porcentaje menor a los zapatistas, es un hecho que ninguno de los sectores brinda a su población condiciones dignas o justas para vivir, razones por las que esto no pueda ser posible existen muchas, la mala administración de los recursos destinados a estos se desvía a intereses privados a pesar que de ambas partes existen el desarrollo de programas destinados para acciones específicas para el desarrollo de la comunidad, en lo que compete a garantizar el derecho a la salud, aún falta mucho por hacer, no solo en la infraestructura de los que por ahora sostienen la responsabilidad de al menos tener acceso a una consulta médica como lo son el IMSS y la Clínica " Murcia", si bien ellos de la mano de parteras, hueseros y hierberos han sido de gran apoyo para el ejido y los circundantes hay muchas tareas que trabajar, pues el rezago social, tecnológico, económico, en el que han vivido y viven los pueblos originarios queda en manos de todos y todas acciones desde la conciencia y responsabilidad social que esto implica aportar a la mejora de dichas condiciones y demandar al Estado, o al Zapatismo, normativas para garantizar el derecho a la salud.

**TERCERA SECCIÓN**  
**Seguimiento de programas y perfil de morbi- mortalidad.**

## **Introducción**

En esta sección se abordarán las políticas de salud en México, así como los programas vigentes del sexenio actual, asimismo se presentarán resultados de los programas que se manejan en la clínica autónoma a lo largo del servicio social, con la intención de dar un panorama general del año de servicio social y un perfil epidemiológico.

## **Políticas de Salud en México**

Proponer políticas o recomendaciones para intervenir la salud hoy día, requiere reconocer que las políticas sanitarias pretenden resolver estados de salud causados por extrema pobreza e inequidad en distintos estilos y condiciones de vida. El sistema de salud está en una situación crítica, pero como sus principales pilares son las instituciones públicas, a diferencia de otros países, éstas constituyen la base para corregir y reconstruir.

La elaboración del Programa Sectorial de Salud parte de la necesidad de disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, en consonancia con lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024: "el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos".

Teniendo como referente el principio dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo: "No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera", el primer objetivo prioritario corresponde al acceso efectivo, universal y gratuito a la salud con la finalidad de que millones de personas que, no cuentan con afiliación a las instituciones de seguridad

social tengan garantizado el acceso a la atención médica y hospitalaria gratuita, a exámenes médicos y al suministro de medicamentos y materiales de curación.

El segundo objetivo prioritario se sustenta en el principio contenido en el PND, "por el bien de todos, primero los pobres" y se orienta a incrementar la calidad en los servicios, particularmente, para las poblaciones con alta y muy alta marginación, dado que actualmente la asistencia y servicios relacionados con la protección de la salud implican, frecuentemente, tiempos de espera prolongados y atención deshumanizada, lo que propicia, en muchas ocasiones, que los padecimientos se agraven o adopten complicaciones serias, los enfermos sufran innecesariamente y en condiciones precarias y en algunos casos, mueran prematuramente.

Por su parte, el tercer objetivo, se orienta al fortalecimiento y ampliación de capacidades de los servicios en el Sistema Nacional de Salud, especialmente aquellas que prestan servicios a la población sin derechohabiencia y que, en muchos casos, su infraestructura ha recibido poco mantenimiento o escasa ampliación al margen de que, dejaron de contratarse los recursos humanos necesarios para responder a las necesidades de la población. Este objetivo se sustenta, prioritariamente en el principio del PND, en "Honradez y honestidad", considerando que la infraestructura y contratación del personal se relacionan con mecanismos que, históricamente, han sido proclives a la corrupción.

El cuarto y quinto objetivo se alinean con lo referente a "Política Social" en el PND. En el cuarto objetivo se contempla las acciones relacionadas con la vigilancia sanitaria y epidemiológica orientadas a la previsión de emergencias o propagación de daños a la salud que podrían atenderse con acceso a información, asesoramiento, acceso a servicios integrados y estrategias que modifiquen los factores estructurales de riesgo, y así mitigar sus efectos y preparar la capacidad de respuesta del sistema local o regional de salud.

El quinto objetivo tiene como propósito la atención de los problemas predominantes de salud pública, como es la obesidad y las enfermedades no transmisibles, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y adicciones cuya conjunción afectan tanto la salud individual y poblacional.

En resumen, la estructura del Programa Sectorial de Salud se representa de la siguiente manera:

### Estructura del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024



### **Objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2020-2024**

1.- Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

2.- Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.

3.- Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

4.- Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.

5.- Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

---

## **PLANES Y PROGRAMAS**

En la clínica autónoma donde realice mi servicio social, ubicada en San Jerónimo Tulija, se trabaja en torno a cinco programas, cada uno con objetivos, metas, estrategias y actividades específicas, enfocadas a mejorar la atención y seguimiento de la población vulnerable. Estos son:

### **1. CONTROL PRENATAL PARTO Y PUERPERIO**

#### **OBJETIVOS:**

- Disminuir la mortalidad materna.
- Mejorar la calidad de la atención materno fetal
- Disminuir las complicaciones prenatales y la mortalidad

#### **METAS:**

- Capacitación de los pacientes a partir de la segunda consulta
- Seguimiento mensual de embarazo y puerperio

#### **ESTRATEGIAS:**

- Acompañamiento y vigilancia durante el embarazo, parto y puerperio.
- Detectar y referir oportunamente embarazo de alto riesgo

#### **ACTIVIDADES:**

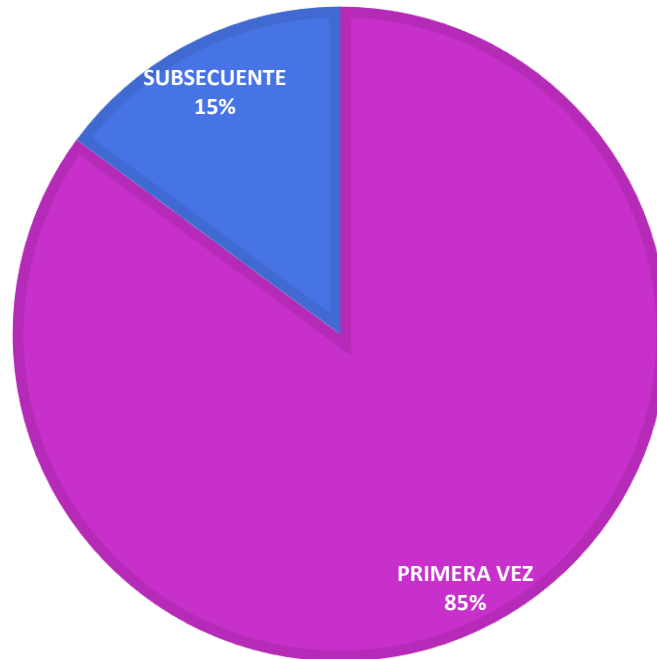
- Exploración ultrasonográfica
- Interrogatorio y exploración física completa
- Orientación nutricional.

Resultados.-



## PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL PARTO Y PUERPERIO

■ PRIMERA VEZ ■ SUBSECUENTE



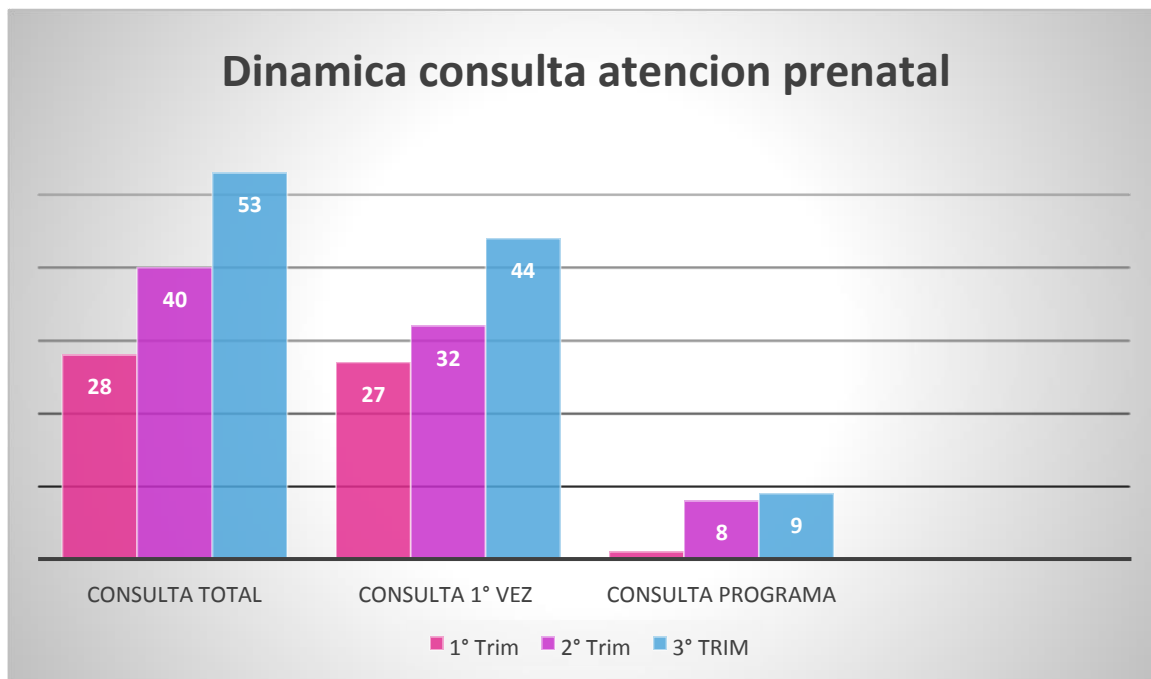
Grafica 1

Fuente: Registro de programa control prenatal, parto y puerperio, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana.

Se atendieron un total de 121 consultas de control prenatal de las cuales el 85.1 % fueron paciente de una sola vez, el 14.8 % pacientes de consulta subsecuente en programa.

Las causas más frecuentes de consulta infección de vías urinarias e infecciones vaginales.

En lo que respecta a los trimestres en los que se presentó la mayor afluencia de consultas.



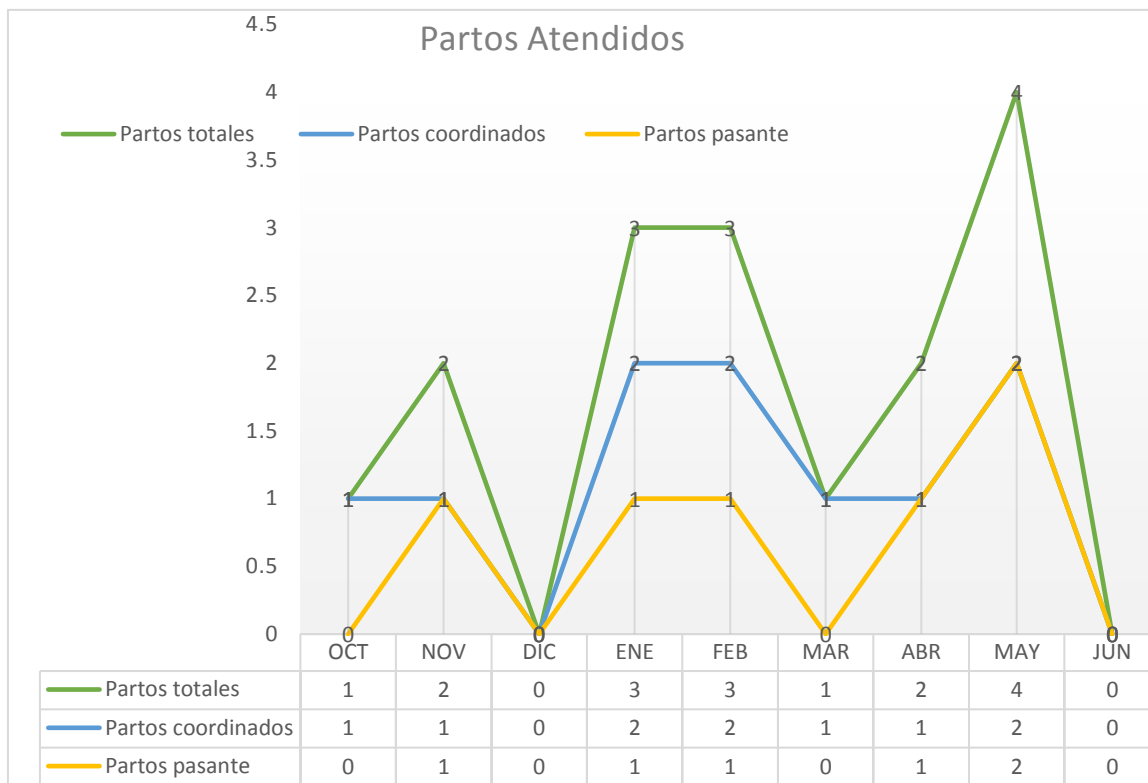
Gráfica 2

Fuente: Registro de programa control prenatal, parto y puerperio, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

La consulta que fue más prevalente en los 3 aspectos fue la consulta de 3er trimestre. En total se atendieron 121 Pacientes, de las cuales estuvieron en programa 5, lo que representa el 6.1 de las pacientes atendidas en consulta de atención prenatal, lo que a su vez representa el 15 % de la consulta total.

Con respecto a las consultas de primera vez el 27% fue de primer trimestre, el 26 % de segundo trimestre, y 36 % de tercer trimestre.

La prevalencia de las consultas en tercer trimestre es una constante tanto en pacientes que estuvieron en programa como pacientes que solo acudieron a una valoración, la cercanía a la terminación del embarazo y el deseo del mejor desenlace es una razón fundamental de solicitar atención médica. Como podemos observar, el porcentaje de pacientes que ingresaron a programa fue muy poca, algunas de las razones que verbalmente las pacientes mostraban fue la falta de recursos económicos, las tareas que realizaban en el hogar que les llevaba todo el día y que no podían transferir a otro integrante de la familia, ver el embarazo como una condición que no requiere atención medica dado que “las mujeres están para tener hijos”, un constructo cultural que bajo estas condiciones pone en riesgo la salud materno fetal. El observatorio de muerte materna reporta para el periodo de 2021 un aumento de 86.3% de la razón de mortalidad materna, RMM 71 un total de, en la semana 3 para 2020 reportaban RMM de 31.2, representa un aumento de 181 % con respecto a 2020, el aumento considerable y alarmante tiene que ver con la pandemia por COVID 19.

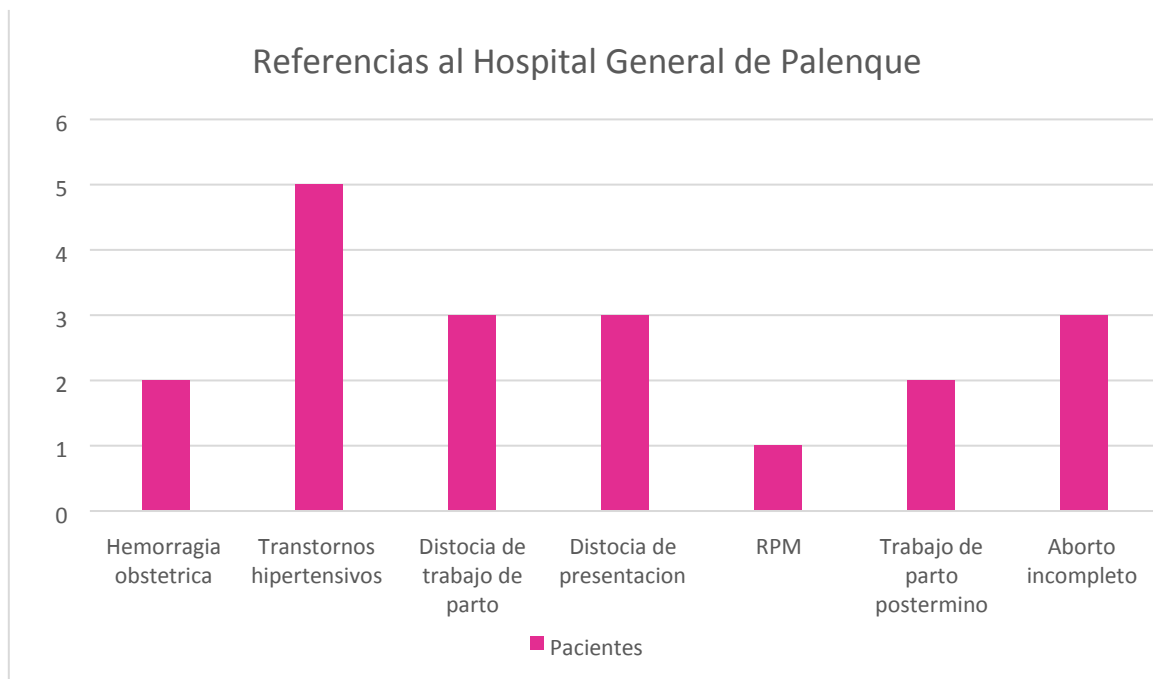


Gráfica 3

Fuente: Registro de programa control prenatal, parto y puerperio, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

Se atendieron un total de 16 partos en 9 meses de los cuales 3 corresponden a pacientes que previamente estuvieron en programa de atención prenatal los 13 restantes pacientes, cuya valoración se realizó durante trabajo de parto, en un porcentaje alto el primer contacto fue en pródromos de trabajo de parto o periodos expulsivos. Un 56% de los partos fue atendido en coordinación con partera de esos 16 partos el 12.5% termino en muerte fetal, sin muerte materna.

De la mano con esto mediante el sistema de referencias al hospital general de palenque durante el periodo de 2020-2021 se realizaron 20.



Gráfica 4

Fuente: Registro de programa control prenatal, parto y puerperio, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

De estas complicaciones referidas las hemorragias obstétricas fueron pacientes que se atendieron en la clínica, la causa hemorragia obstétrica, por retención de restos placentarios, situaciones como estas implican un proceso estresante como pasante, primero la falta de pericia y experiencia en estas situaciones con la responsabilidad que implica la toma de decisiones, informar, explicar y convencer a los familiares entendiendo existen diferencias culturales, sociales, económicos, confianza en personal, la dependencia del traductor para transmitir la información, el miedo a complicaciones por las condiciones del camino, (terrejería, tiempo Costos tipo de transporte), así como la aceptación del Hospital General de Palenque, en este punto se hace presente que las herramientas médicas que adquirimos en la universidad no son suficientes, saber teoría, no es suficiente; empatía, acompañamiento, humanidad hacen la diferencia al momento de informar y afrontar la situación junto con la paciente, los familiares y promotores de salud y por ello un mejor pronóstico, en una situación que nos supera y que nos enseña en lo particular, las áreas de oportunidad para mejorar siempre, y accionar en pro de la reducción del riesgo de mortalidad materna, aun en condiciones sociodemográficas que no estén a nuestro favor y con una estructura patriarcal muy arraigada, con respecto a la posición de las mujeres y el cuidado y atención que implica el embarazo en condiciones de embarazo, parto o puerperio.

Evaluación del programa.

El programa de atención prenatal parto y puerperio fue el programa que más consultas presento, sin embargo fue de los bajos con incorporación al programa en programa, muchos factores En atención de parto sin complicaciones se atendieron 14; pacientes ingresadas al programa fueron pocas, creo que hizo falta promoción a la salud sexual y reproductiva, educación sexual, sensibilización sobre cuestiones de género y embarazo.

Durante el servicio social, SADEC nos capacita con talleres para atender urgencias obstétricas y poder actuar oportunamente en situaciones emergentes, como pasante dentro de la clínica se realizan talleres para a capacitar a promotores de salud y parteras.

## **PROGRAMA VIGILANCIA CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

### **Objetivos:**

- Detección temprana de patologías
- Disminución de la morbi-mortalidad de niños menores de 5 años **Metas:**
- Captación de programa a partir de campañas en las comunidades
- Toma de peso y talla en niños de los 0 a los 15 años

### **Estrategias:**

- Control de peso y talla de los niños entre 0 y 15 años
- Valoración y estimulación del desarrollo de habilidades, físicas mentales y sociales.

### **Actividades:**

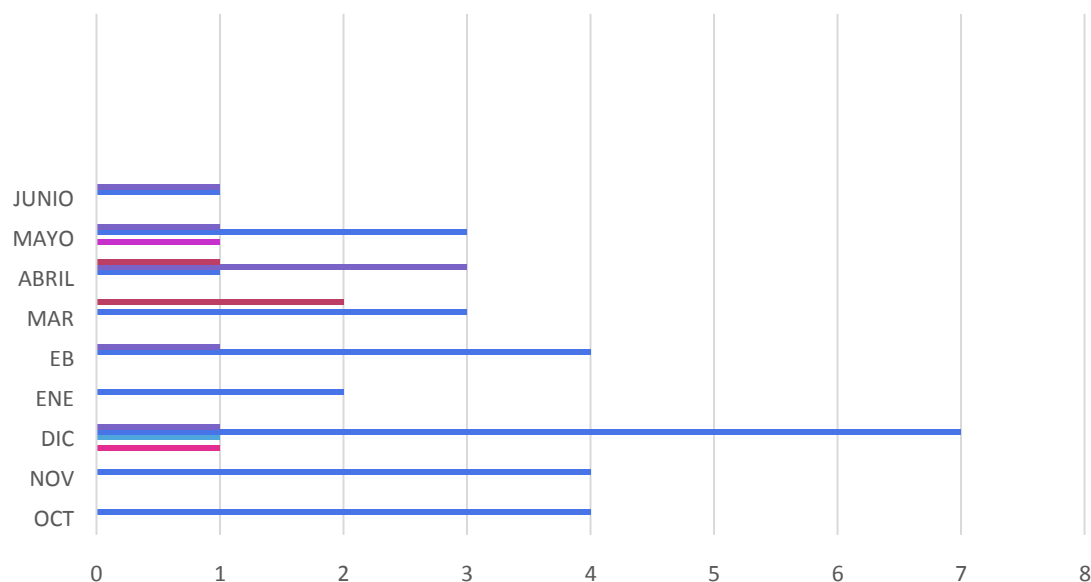
- Toma de peso y talla en las campañas
- Somatometría, desparasitación, aplicación de flúor.
- Visitas semestrales a escuelas autónomas para impartir platicas y talleres.

**Resultados.**

Consulta total programa CYD 0-5 años, y de 5-15 años. De 287 consultas totales 58.6 % corresponden niñas y 41.3 % a niños en los 9 meses de servicio social Con relación a este apartado son pocos los padres que traen a sus hijos a control del niño sano, en el año se tuvieron 3 consultas para control, además de que aquellos que no acuden con regularidad se dieron de baja, y en parte también se vio afectada la consulta debido a la actual pandemia, aun así durante todas las consultas se les brinda orientación a las madres sobre las afecciones más frecuentes y cómo prevenirlas, así como una breve información sobre los alimentos que deben consumir para tener un estado saludable, así como de la importancia de que los vacunen de acuerdo a su edad.

Durante cada consulta de menores de 15 años se les realiza valoración de acorde a peso y talla en menores de 5 años para clasificarlos en: desnutrición grave, desnutrición moderada, desnutrición leve, normal, sobrepeso y obesidad y para el grupo de 10 a 19 años de acuerdo a IMC, para clasificarlos en bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad, dichas consultas se muestran a continuación en las gráficas.

**NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS POR MESES E IMC**



	OCT	NOV	DIC	ENE	EB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO
■ OBESIDAD						2	1		
■ SOBREPESO			1		1		3	1	1
■ NORMAL	4	4	7	2	4	3	1	3	1
■ DESNUTRICIÓN LEVE			1						
■ DESNUTRICION MODERADA								1	
■ DESNUTRICIÓN GRAVE			1						

■ OBESIDAD ■ SOBREPESO ■ NORMAL ■ DESNUTRICIÓN LEVE ■ DESNUTRICION MODERADA ■ DESNUTRICIÓN GRAVE

Gráfica 5

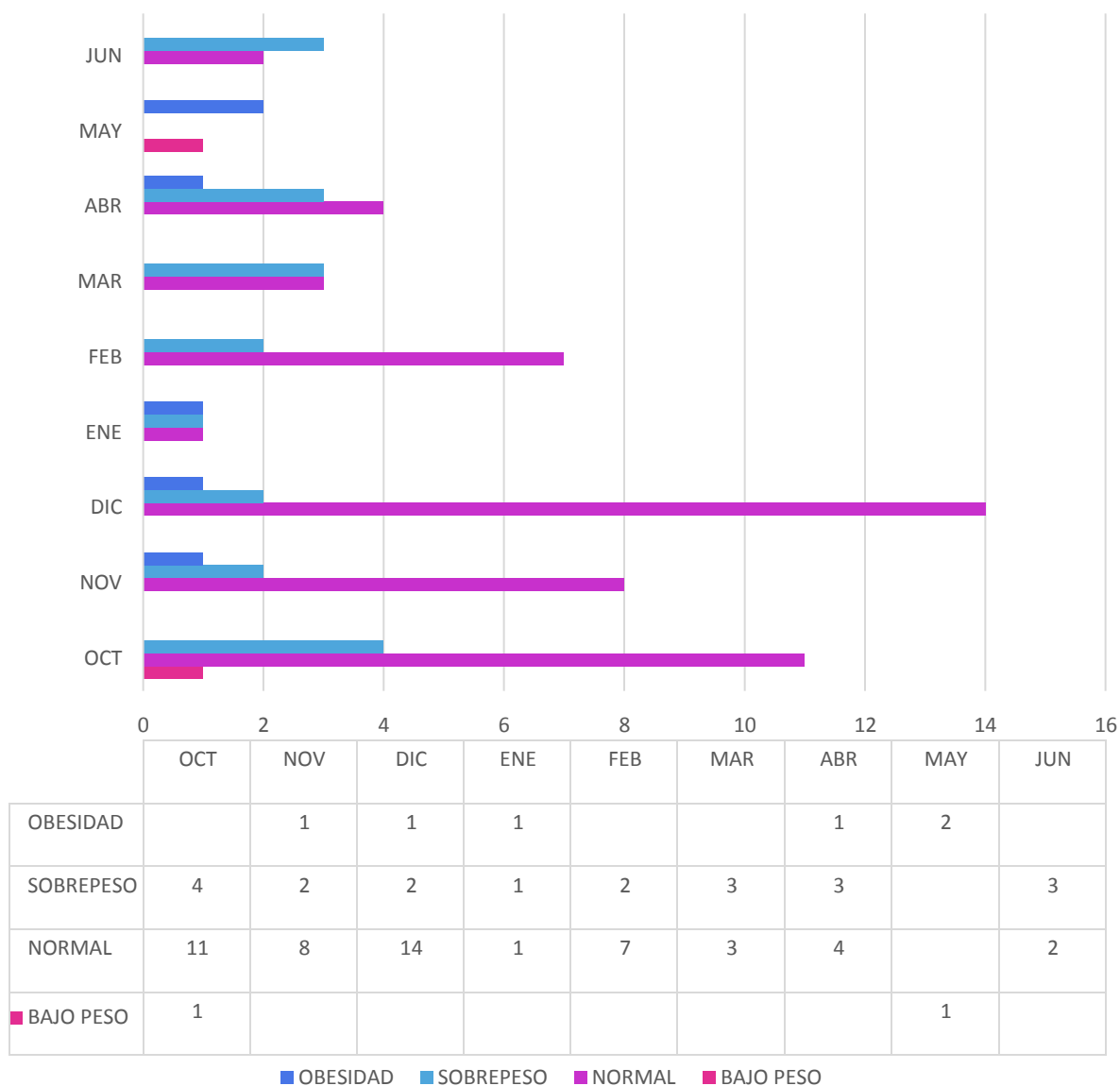
Fuente: Registro programa Vigilancia Crecimiento y Desarrollo , periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

De acuerdo al programa de vigilancia epidemiológica Chiapas tiene un problema muy arraigado con respecto a la desnutrición, gran porcentaje de su población infantil presenta cierto grado de desnutrición leve, moderada, o severa, Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la desnutrición deriva de no tener la suficiente cantidad de alimentos y que los pocos que se ingieren no tienen los suficientes nutrientes. Este problema va más allá de ello, explica la organización, ya que, en el caso de niños, niñas y adolescentes, no sólo no les permite desarrollarse, les impide aprender con normalidad, lo que pone en riesgo su futuro, condenándolos a seguir viviendo en la pobreza, origen de su problema de nutrición.



Por su parte, la organización México Social indica que la magnitud del problema surge de la falta de implementación de políticas que garanticen la seguridad alimentaria y la adecuada nutrición para todas las personas (niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores).

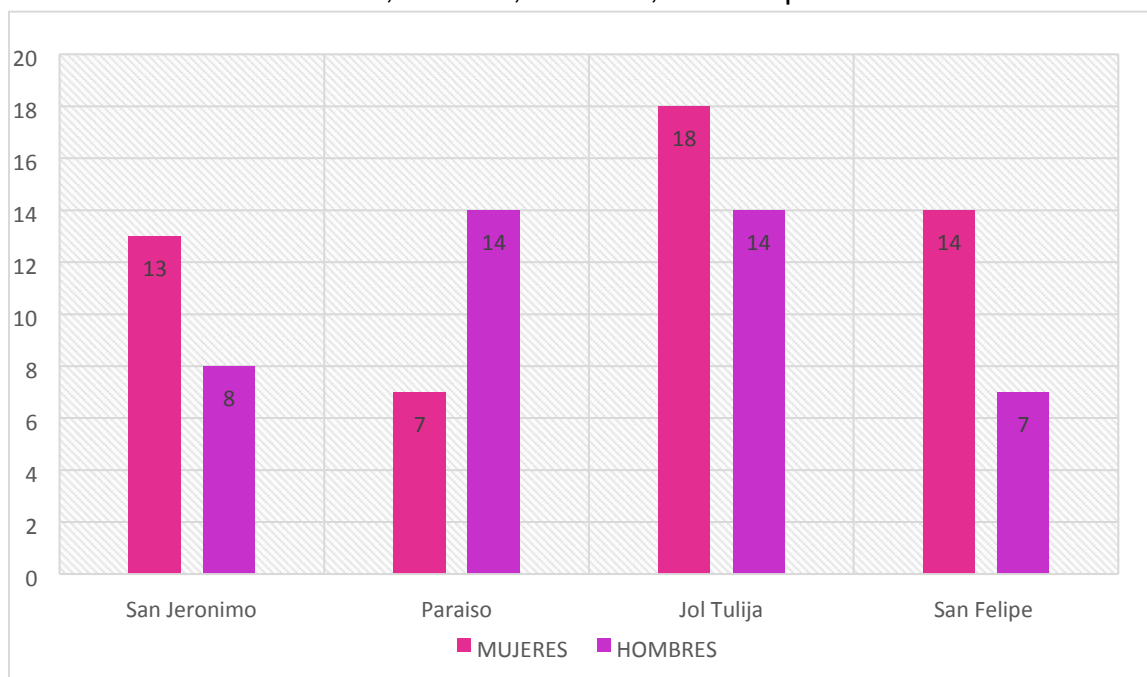
### Niños de 5 a 10 años



Gráfica 5

Fuente: Registro de programa Vigilancia crecimiento y desarrollo, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

Se realizaron un total de 4 campañas con 92 asistentes de los cuales 57 fueron niñas y 38 niños, residentes de cuatro comunidades distintas San Jerónimo Tulia, Paraíso, Jol Tulija, San Felipe.



Gráfica 6

Fuente: Registro de programa Vigilancia crecimiento y desarrollo, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

En las campañas se observó más asistencia de niñas (56%). Los niños son llevados desde pequeños a desempeñar trabajos en el campo, lo que hace que la asistencia sea menor, mismo patrón que se repite en la consulta general donde se tiene más asistencia de mujeres, los hombres se han asociado al rol de proveedores, protectores por lo cual desde muy pequeños se les enseña el trabajo en campo, agricultura, salen con sus padres a trabajar se es más notorio en niños mayores de 5 años sin embargo está presente en todas las edades.

## **PROGRAMA Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICO- DEGENERATIVOS**

### **Objetivos:**

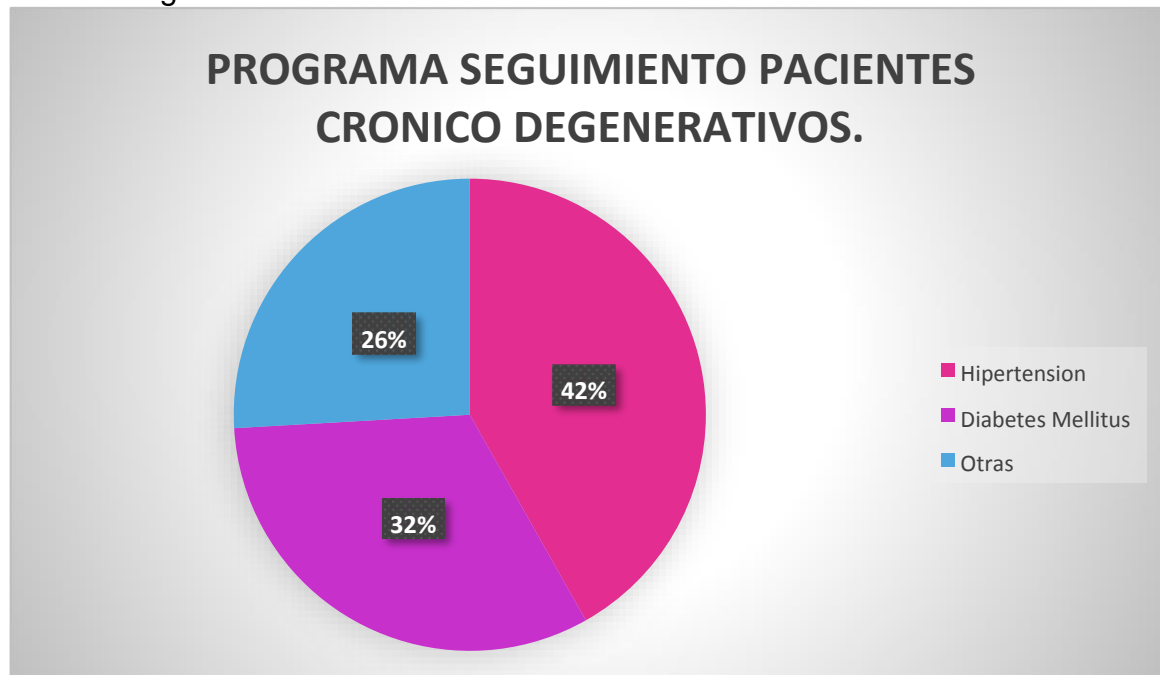
- Disminución de la morbimortalidad de pacientes vulnerables
- Mantener en control las patologías de los pacientes en programa

### **Metas:**

- Captación de pacientes en programa a partir de la segunda consulta
- Seguimiento médico mensual
- Subclasificación de pacientes dentro del programa de acuerdo a la patología Diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial.

## Resultados

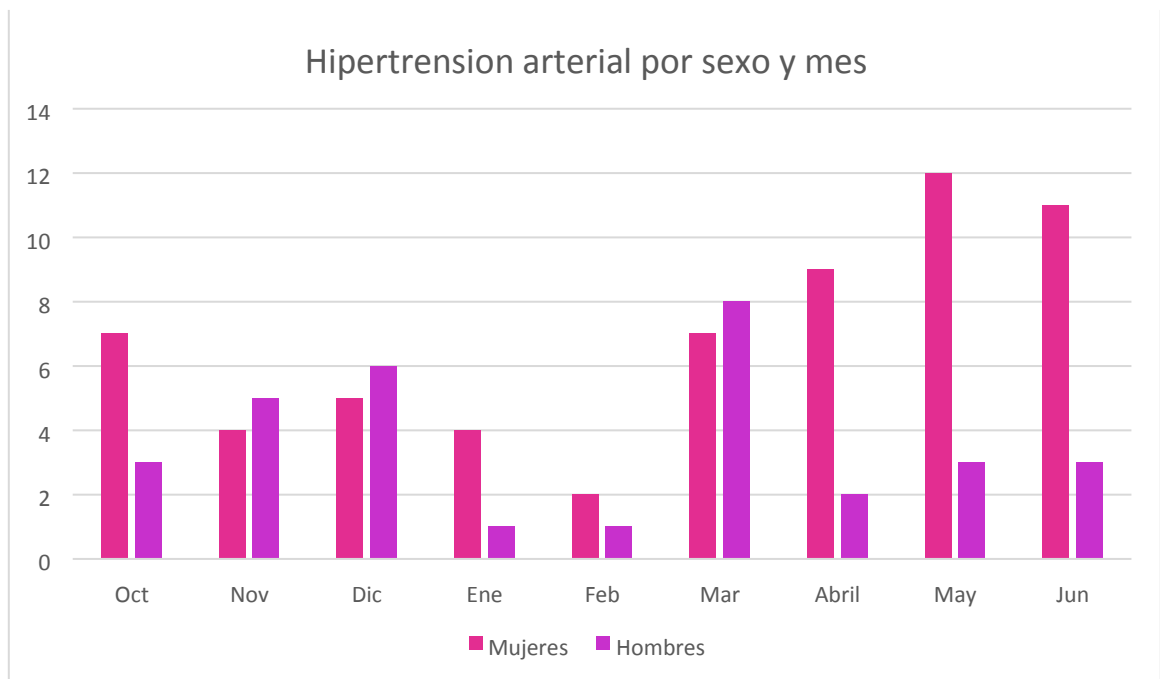
Hubo un total de 277 pacientes de padecimientos crónico degenerativos lo cual representa un 28 % de la consulta total de 92 pacientes de hipertensión esencial, 71 de diabetes mellitus, 57 hacen referencia a otras patología crónico degenerativa.



Gráfica 7

Fuente: Registro de programa, Seguimiento de pacientes enfermedades crónico degenerativas, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

De este porcentaje mostrado en la gráfica las patologías crónico degenerativas que puntúan en esta lista son DM2 y HAS entre las otras figuran insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, trastornos hepáticos en menor incidencia.

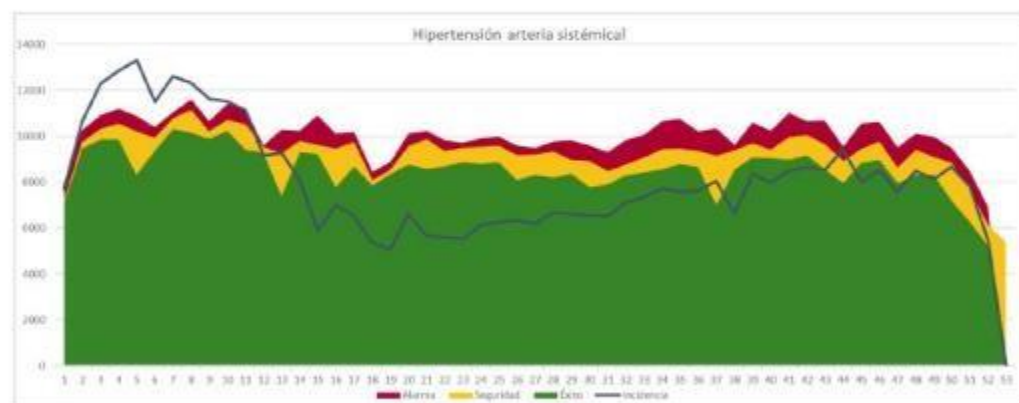


Gráfica 7

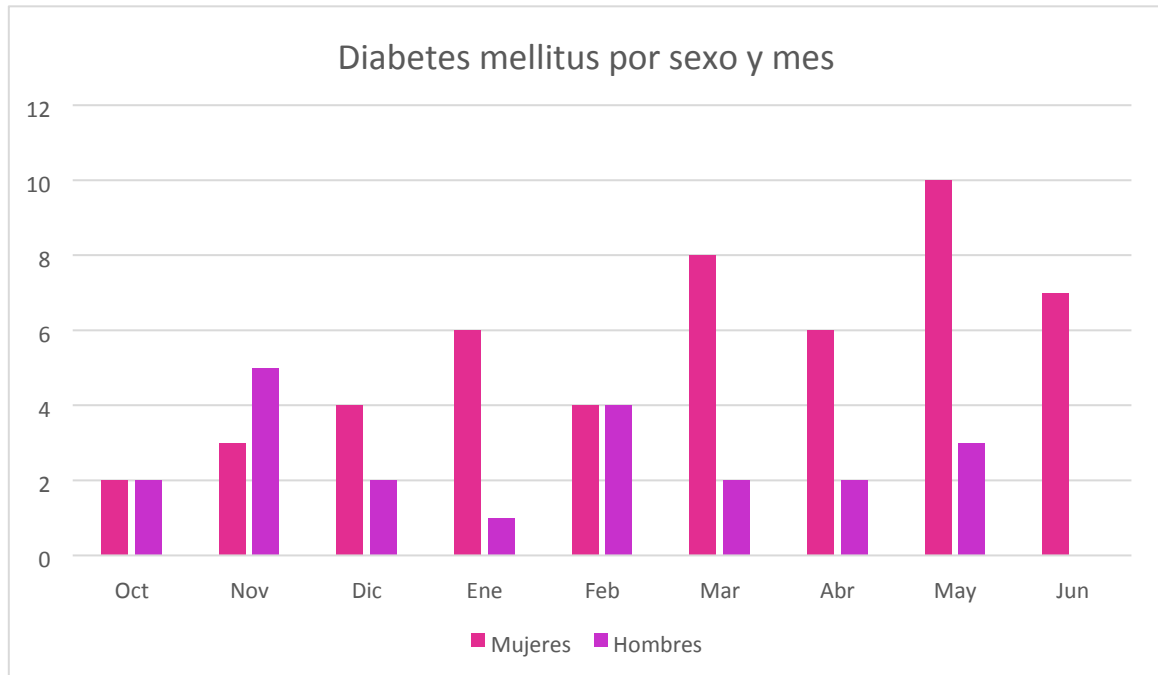
Fuente: Registro de programa, Seguimiento de pacientes enfermedades crónico degenerativas, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

Las personas que acudieron a consulta por hipertensión arterial, sobrepeso, inclusive a los pacientes que acuden por diabetes, les significó más consultas, sin embargo pacientes que ingresaron al programa con más de 2 consultas fue un 6.5% con un promedio de 3 consultas, se mantuvieron cifras 140/ 80, en su mayoría fueron mujeres las que acudieron a consulta, para el 2020 la tasa de incidencia reportada por el SUAVE, fue de 334.3 por cada 100 mil habitantes.

Gráfico 15. Canal endémico de casos de hipertensión arterial sistémica reportados al SUAVE; México 2020.



Fuente: Sistema Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). Información hasta la SE 53 de 2020, corte al 4 de enero de 2021. \*



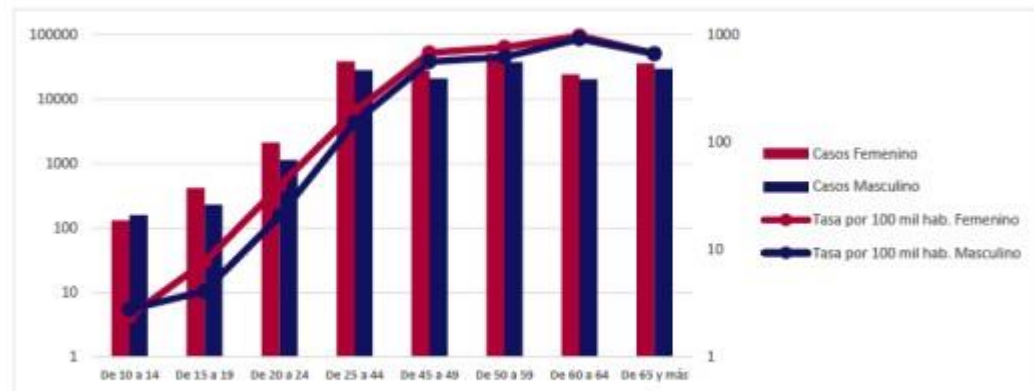
Gráfica 8

Fuente: Registro de programa, Seguimiento de pacientes enfermedades crónico degenerativas, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

Mayo se reporta como el mes con más consulta de pacientes diabéticos , en su mayoría mujeres, una constante en todos los meses es que tuvieron más apego al tratamiento , el porcentaje de mujeres hace alusión de 70.4 % de la consulta total, el ingreso al programa representa un 13.04% se traduce en 12 que acudieron a consulta dentro del programa con un promedio de tres consultas.

En la siguiente gráfica podemos observar que la alza en consultas a nivel nacional es por la semana 26 epidemiológica y coincide con la mayor consulta reportada durante el año de servicio social, así como la incidencia dividida por sexo vemos que al igual que en la consulta en San Jerónimo, a nivel nacional más mujeres acuden a consulta, sin embargo la diferencia ya no es tan significativa en este periodo el porcentaje de consulta masculina corresponde a un 29.6% de ese, los pacientes masculinos que se mantuvieron en control fueron solamente 2 con un promedio de consulta de 3 en el periodo de servicio, con buen apego al tratamiento .

Gráfico 4. Tasa de incidencia de diabetes mellitus no insulino dependiente, tipo 2, por grupos de edad y sexo; México 2020.



Fuente: Sistema Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). Información hasta la SE 53 de 2020, corte al 4 de enero de 2021. \*

## Evaluación

El programa de vigilancia y seguimiento a enfermedades crónico degenerativa tuvo éxito con pacientes que se integraron al programa, el apego y los niveles que reportados de glucosa como de presión arterial fueron disminuyendo con el paso de las consultas, pacientes en programa tuvieron mejor control de sus patologías, por otro lado la afiliación al programa no fue basta, un porcentaje pequeño es el que se reporta, coincido al igual que en otros programas la promoción a la salud como medio de difusión.

#### **4. PROGRAMA DETECCION OPORTUNA DE VICTIMASDE VIOLENCIA**

##### **Objetivos:**

- Disminuir la incidencia violencia intrafamiliar para promover un entorno social más saludable.
- Romper con la normalización de la violencia y promover educación contra el machismo.

##### **Metas:**

- Establecer una relación de confianza con el paciente.
- Capacitación de pacientes en programas a partir de la segunda consulta.

##### **Estrategias:**

- Detectar casos de violencia doméstica en la comunidad.
- Sensibilizar y visualizar la problemática en un entorno controlado.

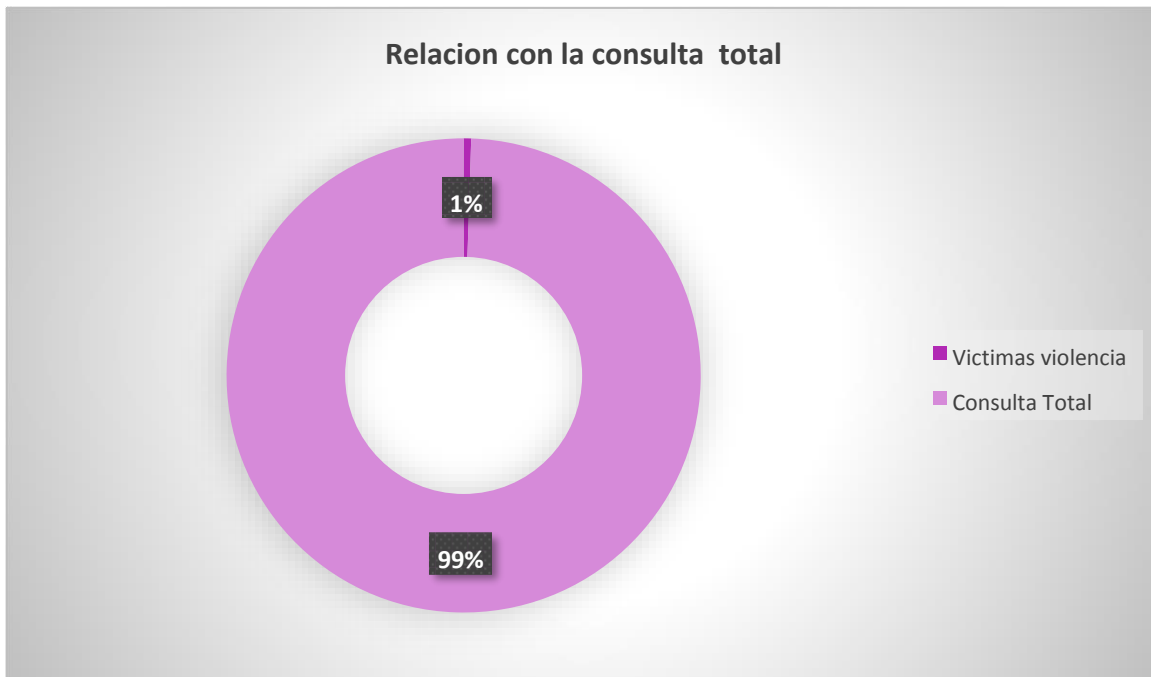


## **Actividades**

- Interrogación y exploración física completa.
- Orientación psicológica.

## **Resultados.**

Durante el año de servicio social se dieron 5 consultas de programa de víctimas de violencia, 4 de ellas fueron a paciente que ya estaba ingresada en el programa y 1 más paciente sin seguimiento. Del total de las consultas reportadas en el año de servicio social, 5 consultas representan el .5%, una cifra alarmante pues pude presenciar más de esas agresiones a diario, la violencia intrafamiliar en los hogares está sumamente normalizada, la violencia es un fenómeno social que se encuentra en todos los ámbitos de la vida humana. Las violencias de género e intrafamiliares siguen siendo un problema de salud pública grave en nuestro contexto latinoamericano y también a nivel mundial. Este problema sigue siendo foco de interés durante la crisis sanitaria que se vive debido a la pandemia por COVID-19, sin embargo las personas que se atreven a buscar ayuda independiente de sexo y género son muy pocas, pues lo perciben como normal.



Gráfica 9

Fuente: Registro de programa, Detección oportuna de víctimas de violencia, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

A manera de autocrítica, reconozco que enfrentarse a una de los problemas más grandes de salud pública en un entorno donde las conductas violentas, machistas, sexista son imperativo de una sociedad, es un tema complicado, establecer un canal de comunicación implica tener estrategias que brindaran confianza, seguridad y el conocimiento de la lengua para no tener traductores, hablar abiertamente de temas de género tiene efectos negativos dentro de la comunidad y sociedad en general, las anécdotas que escuche , inclusive presencié , fueron fuera de la clínica, no como una consulta y me fue difícil encontrar las estrategias para que acudieran a consulta, bajo esas razones , pues son infravaloradas y las toman como parte de lo que es ser mujer, madre, y ama de hogar, o los hijos el castigo por levantar la voz, o no cumplir las expectativas laborales de los padres. Ahora si la violencia la sufría un hombre era más complicado que se dijese algo, o acudieran en busca de apoyo.

## **5. DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO**

**Objetivos:**

- Disminuir la morbimortalidad de CaCU.
- Sensibilizar a la población al respecto de la salud sexual y reproductiva.

**Metas:**

- Capacitación a pacientes desde la primera consulta.
- Revisión periódica.

**Estrategias:**

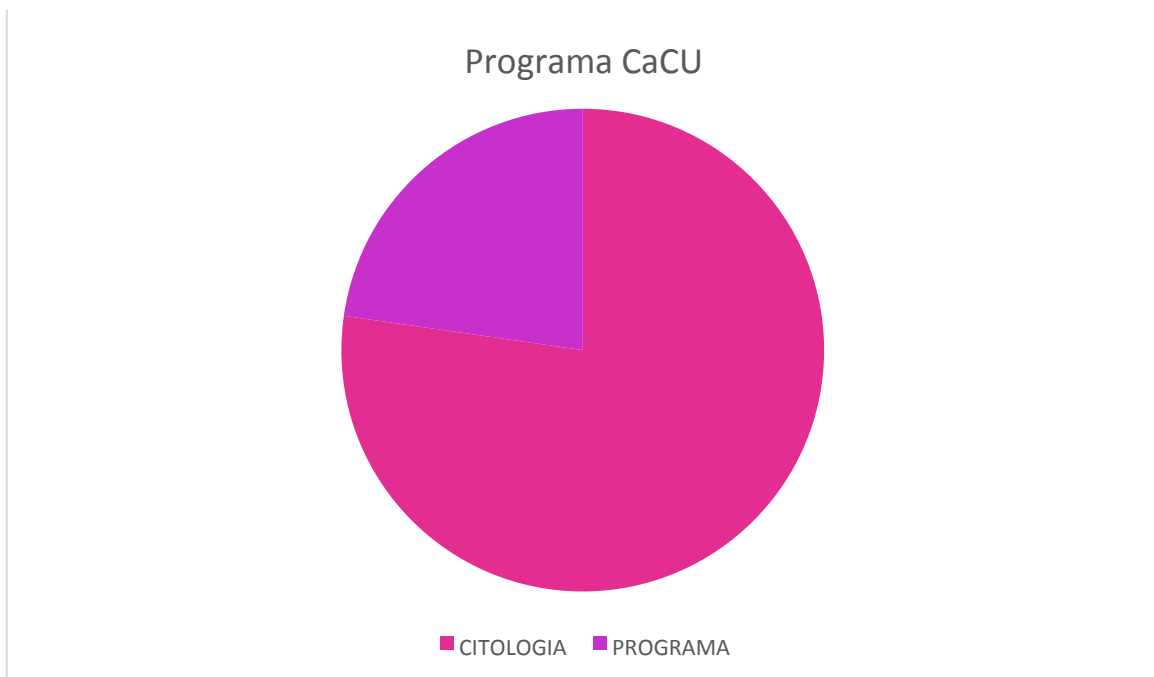
- Formas estrategias e difusión de información para la prevención de CaCU.
- Detectar oportunamente lesiones asociadas al virus de papiloma humano.

**Actividades:**

- Toma de muestra de citología cervical.
- Interrogatorio y exploración física completa.

**Resultados.**

Durante el año de servicio social, se tuvieron 43 pacientes para prevención de CaCU, de las cuales se tomaron 17 muestras de citología cervical lo cual representa un 39.53 % de la consulta, de esas pacientes enteraron al programa 3 con más de 2 consultas, lo que implica 4.6 %.



Gráfica 9

Fuente: Registro de programa, Detección oportuna de cáncer cervicouterino, periodo 2020-2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

De los 17 citologías que se tomaron en la clínica no se diagnosticó ningún caso positivo, el 23% acudió para saber sus resultados corresponde a 3 pacientes. La poca respuesta puede deberse a diversos factores, el desinterés por la salud, la carga excesiva de tareas en el hogar, falta de recursos al ser habitantes de otra comunidad.

Evaluación: El programa de detección de cáncer cervicouterino no reportó ningún caso sospechoso de malignidad, considero que ampliar las campañas de Papanicolaou para más tomas sería un estrategia más contundente para abordar de una mejor manera, no solo la detección de CaCU, también haría conciencia sobre la importancia del cuidado y prevención de la salud en cuestiones ginecológicas.

### **Perfil morbilidad**

Para poder hacer un análisis más profundo de la situación sanitaria de la comunidad se debe conocer el comportamiento de las patologías para así poder establecer una

relación entre estas y el contexto social, económico, cultural y de género de la comunidad.

Durante el periodo de octubre de 2020- a Junio de 2021 se dieron un total de 981 consultas en los 9 meses, de los cuales un 28 % fueron hombres y 72% mujeres, de la misma manera el análisis de la consulta por mes con respecto sexo fue la siguiente:



Gráfica 10

Fuente: Consulta tptal por sexo., periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

### **Mortalidad en México, por sexo, 2021.**

Rango	Total	Hombre	Mujer
1	Enfermedades del corazón 141 873	Enfermedades del corazón 78 929	Enfermedades del corazón 62 713
2	COVID-19 108 658	COVID-19 71 419	Diabetes mellitus 47 429
3	Diabetes mellitus 99 733	Diabetes mellitus 52 136	COVID-19 37 111
4	Tumores malignos 60 421	Tumores malignos 29 749	Tumores malignos 30 623
5	Influenza y neumonía 29 573	Enfermedades del hígado 20 263	Enfermedades cerebrovasculares 12 112
6	Enfermedades del hígado 27 842	Agresiones (homicidios) 20 165	Influenza y neumonía 11 473
7	Enfermedades cerebrovasculares 24 928	Influenza y neumonía 18 063	Enfermedades del hígado 7 544
8	Agresiones (homicidios) 22 798	Accidentes 16 460	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 7 375
9	Accidentes 21 049	Enfermedades cerebrovasculares 12 784	Accidentes 4 552
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 15 847	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 8 455	Insuficiencia renal 4 469

Ilustración: Mortalidad nacional, por sexo 2021.

### **Morbilidad Nacional 2021.**

	Patología	Código CIE 10
1	Infecciones respiratorias agudas	J 00- J06
2	Infección de vías urinarias	N 30- N34
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A 04- A08
4	COVID 19	U07.1- U07.2

5	Ulceras, K25- gastritis, k29 duodenitis
6	Conjuntivitis H10
7	Otitis media H 65.0 aguda
8	Vulvovaginitis N76
9	Hipertensión I10 arterial
10	Gingivitis y K05 enfermedad periodontal

Ilustración : Elaboración propia con datos obtenidos SUEVE/DGE/ Secretaria de salud/ Estados Unidos Mexicanos 2021..

**Morbilidad en San Jerónimo Tulija periodo de oct 20- jun 2021, encontramos los siguientes:**

	<b>Enfermedad</b>	<b>Código Cie 10</b>	<b>Num casos</b>
1.	Faringitis Aguda Viral	JO28	136
2.	Infección de vías urinarias sitio no especificado	N390	128
3.	Parasitosis intestinal sin otra especificación	B829	117
4.	Amigdalitis aguda sin especificar	JO39	96
5.	Colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas	K522	92
6.	Hipertensión esencial primaria	H10	85
7.	Otitis externa aguda, no infecciosa	H605	71
8.	Diabetes mellitus no insulino dependiente	E119	52
9.	Cefalea debido a tensión	G442	49
9.	Heridas		49
10.	Gastritis crónica no especificada	K295	35

Elaboración propia del censo diario, Principales Patologías, San Jerónimo Tulija, Periodo 2020- 2021.

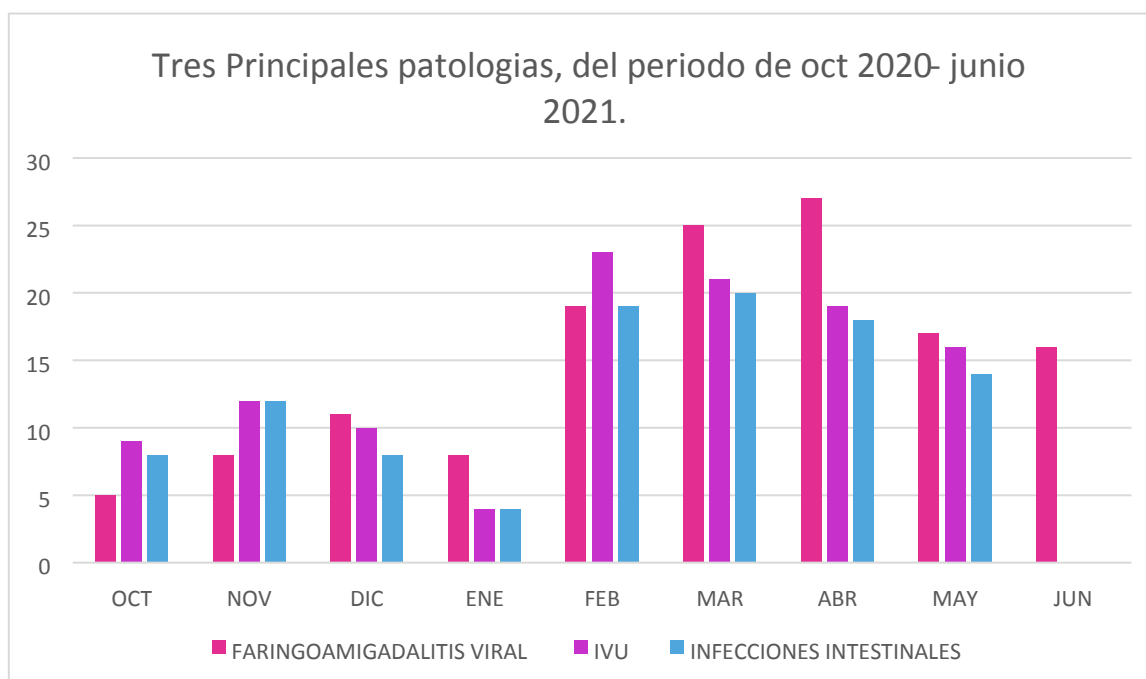
**Comportamiento de las 10 Principales Patologías, en San Jerónimo Tulija, del periodo de Octubre 20, a junio 21.**

	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Total
1	5	8	11	8	19	25	27	17	16	136

2	9	12	10	4	23	21	19	16	15	128
3	8	12	8	4	19	20	18	14	14	117
4	6	9	10	3	16	14	16	10	12	96
5	4	10	8	4	14	14	18	12	10	92
6	7	9	6	6	13	12	15	11	13	85
7	4	7	5	4	9	7	10	13	12	71
8	1	0	3	8	10	9	7	6	7	52
9	2	4	5	3	7	6	11	4	7	49

Elaboración propia del censo diario, Principales patologías San Jeronimo Tulija, por mese, periodo 2020- 2021.

Las 10 primeras patologías de San Jerónimo Tulijá coinciden con la nacional, y la estatal, tal vez no en el mismo orden pero están presentes en ambas.



Gráfica 11

Fuente: Registro de censo diario, Tres principales patologías, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

Durante los primeros meses la consulta fue menor, a partir de febrero la consulta tuvo un lace que ese refleja en la cantidad de consultas, que aumento exponencialmente en los últimos 4 meses con respecto al inicio, podemos ver que la mayor incidencia de faringoamigdalitis fue durante el mes de abril, - mayo. A pesar un mes que no se caracteriza por clima frio, sin embargo la afluencia de la población



a reunirse en el río, por las temperaturas de la temporada puede ser un factor de riesgo. Las infecciones intestinales siguen siendo prevalentes pues es directamente proporcional a las condiciones de baja sanidad de los hogares, el hacinamiento, falta de purificación o desinfección del agua, el fecalismo al aire libre, si bien ya no muy común, hábitos de higiene personal y educación para la salud.

**Las 10 patologías de etiología transmisible con mayor incidencia:**

<b>1</b>	<b>Faringitis viral</b>	<b>J028</b>	<b>Total</b>
<b>2</b>	IVU baja	N390	128
<b>3</b>	Parasitosis intestinal	B829	114
<b>4</b>	Infecciones intestinales	J039	56
<b>5</b>	Amigdalitis bacteriana	A09	55
<b>6</b>	Otitis media	H605	28
<b>7</b>	Rinofaringitis bacteriana	J00	15
<b>8</b>	Cervicovaginitis	N76	13
<b>9</b>	Candidiasis vaginal	N77.1	10
<b>10</b>	Pielonefritis	N10	4



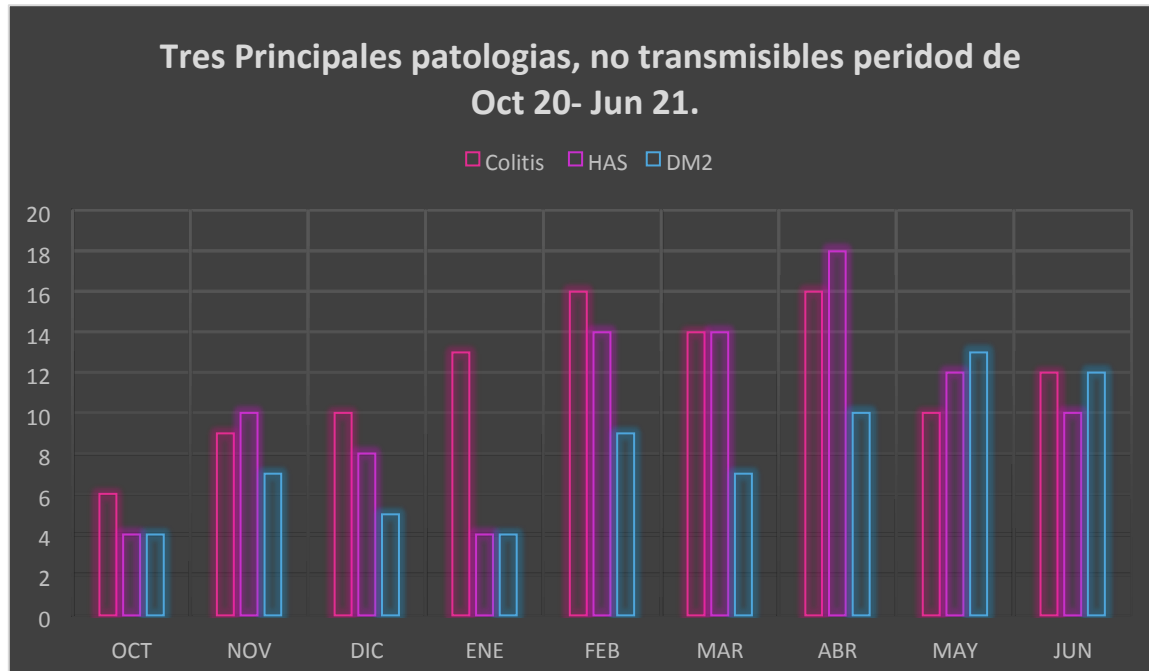
Gráfica 12

Fuente: Registro de pacientes censo diario, periodo 2020-2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

### Las 10 patologías de etología no trasmisible más comunes en San Jerónimo Tulija.

1	Colitis y gastritis alérgicas y dietéticas	K522	Pacientes
2	Hipertensión esencial primaria	H10	97
3	Diabetes mellitus	E119	71
4	Cefalea por tensión	G442	51
5	Heridas	T141	49
6	Epigastralgia	R529	38

7	Gastritis	K245	36
8	Insuficiencia venosa	I839	24
9	Síndrome de colon irritable sin diarrea	K589	25
10	Lumbalgias	M545	20



Gráfica 13

Fuente: Registro de pacientes censo diario, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

### Daño diferencial

Presentaré las patologías con más incidencia de acuerdo a los grupos de etarios y sexo, para tal análisis dividiré a la población en 5 grupos 0-1 año. 2-4 años, 5- 14 años, 15-44 años, 45 – 64 años y más de 64 años.

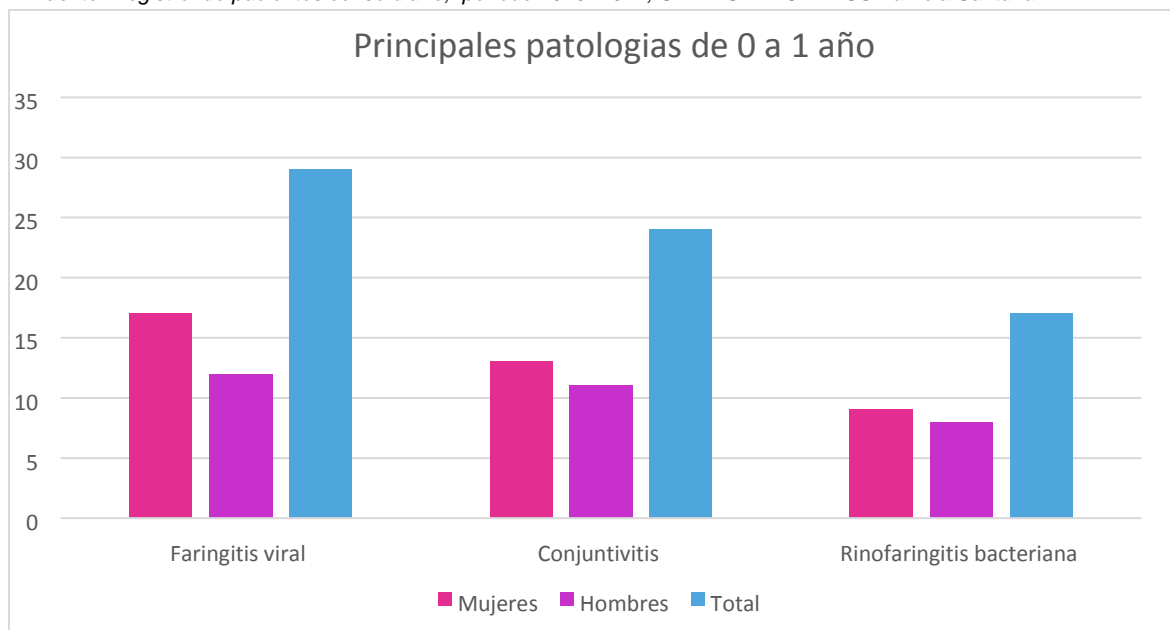
#### Grupo Edad de 0- 1 año.

	Mujeres	Hombres	Total

<b>Faringitis viral aguda</b>	17	12	29
<b>Conjuntivitis</b>	13	11	24
<b>Rinofaringitis bacteriana</b>	9	8	17

Gráfica 14

Fuente: Registro de pacientes censo diario, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana



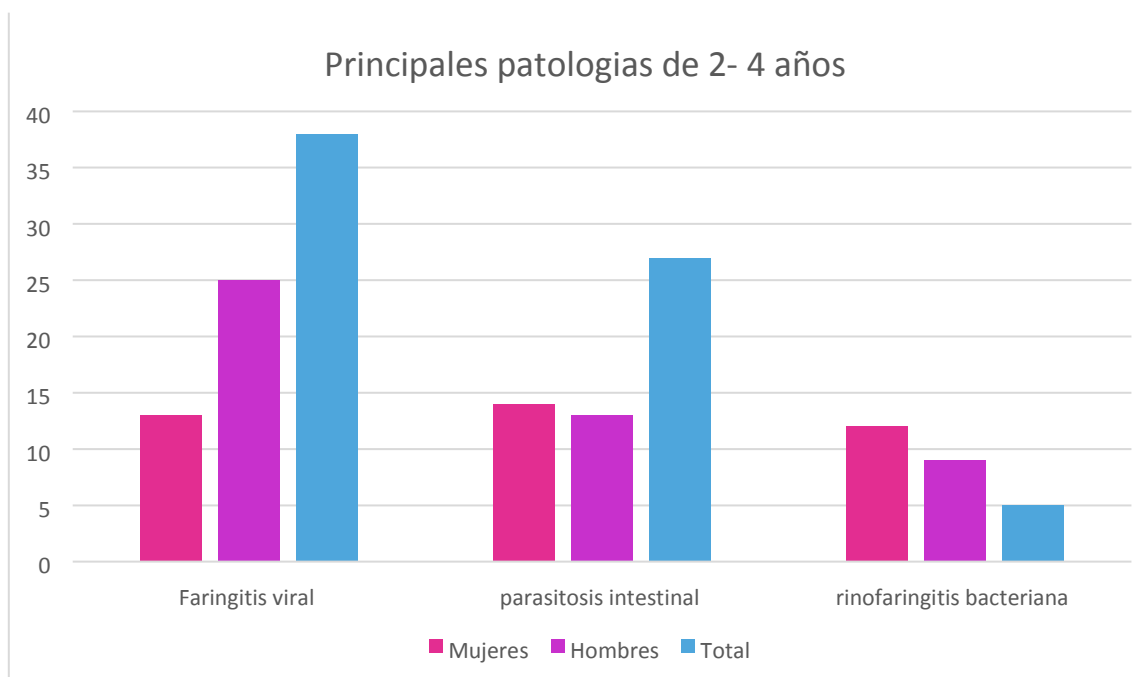
Algo a destacar en este grupo es que las patologías son de origen infeccioso, de las cuales sobresalen las de vías aéreas superiores, si bien no se muestra una diferencia muy significativa entre hombres y mujeres, puedo atribuirlo como factor de riesgo los hábitos higiénicos no efectivos por parte de los y las cuidadoras principales, y es indistinto a su sexo.

### Grupo de 2 a 4 años

#### Principales patologías

	Mujeres	Hombres	Total
Faringitis viral	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>38</b>

Parasitosis intestinal	14	13	27
Rinofaringitis bacteriana	12	9	21



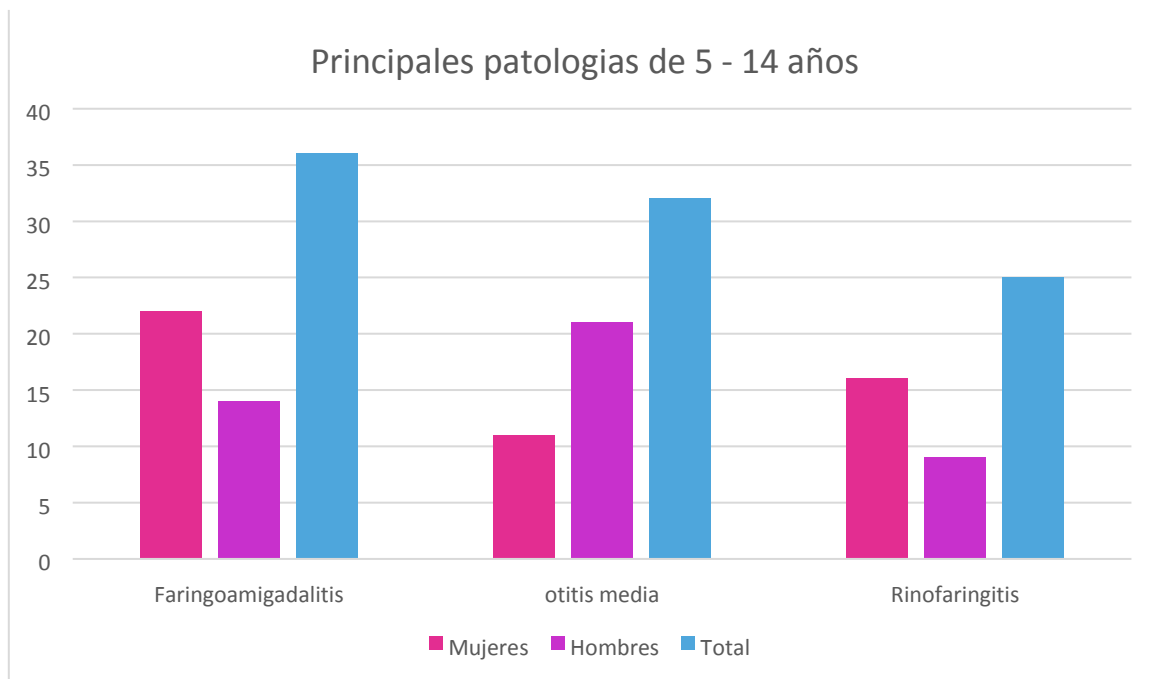
Gráfica 15

Fuente: Registro de pacientes censo diario, , periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

En este grupo de edad nuevamente se hacen presentes las enfermedades transmisibles, se agregan las parasitosis intestinales, uno de los condicionantes es el agua potable, las áreas de esparcimiento para los niños de esta edad y las zoonosis activas de la mayoría de la población, la incidencia entre hombres y mujeres no es muy variable.

**Grupo de 5 a 14 años, principales patologías:**

	Mujeres	Hombres	Total
<b>Faringoamigdalitis viral</b>	22	14	36
<b>Otitis media</b>	11	21	32
<b>Parasitosis intestinal</b>	16	9	25



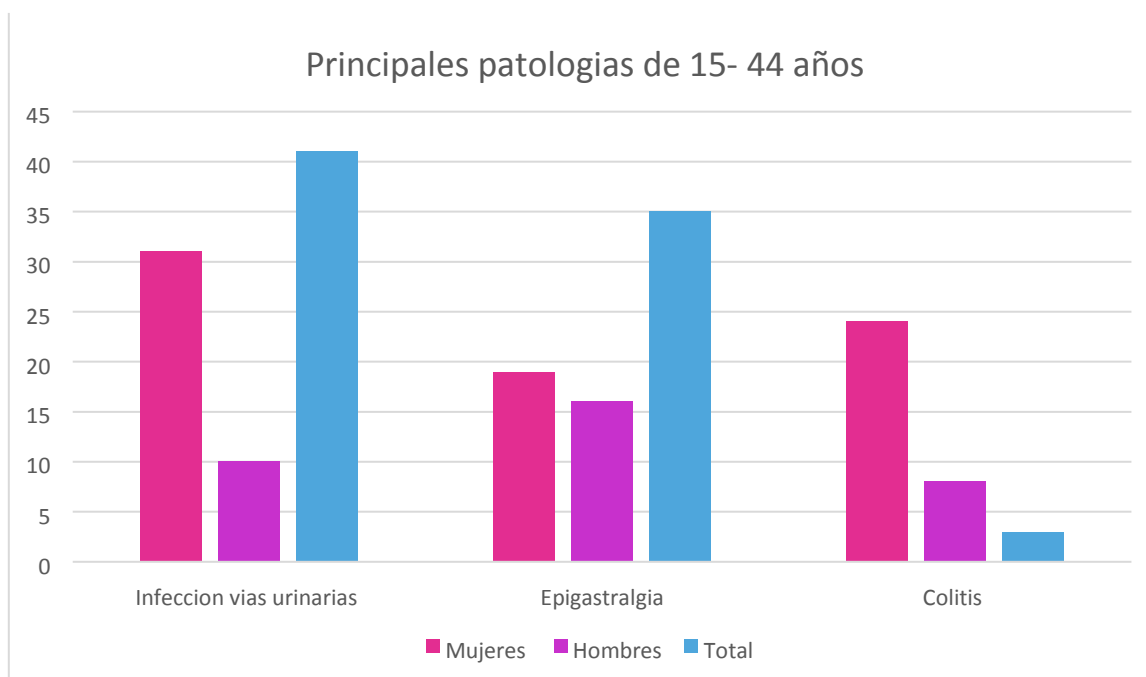
Gráfica 16

Fuente: Registro de pacientes censo diario, periodo 2020-2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

Durante la edad escolar siguen prevaleciendo las enfermedades infecciosas, se mantiene a la cabeza infecciones de vías respiratorias altas, con respecto a la otitis media es más prevalente en los hombres, puede deberse que comienzan las actividades productivas como la pesca a temprana edad, o el tiempo que pasan en el río, y observamos que es más común en hombres que en mujeres.

### Grupo de 15 a 44 años, principales patologías.

	Mujeres	Hombres	Total
Infección vías urinarias	31	10	41
Epigastralgia	19	16	35
Colitis	24	8	32



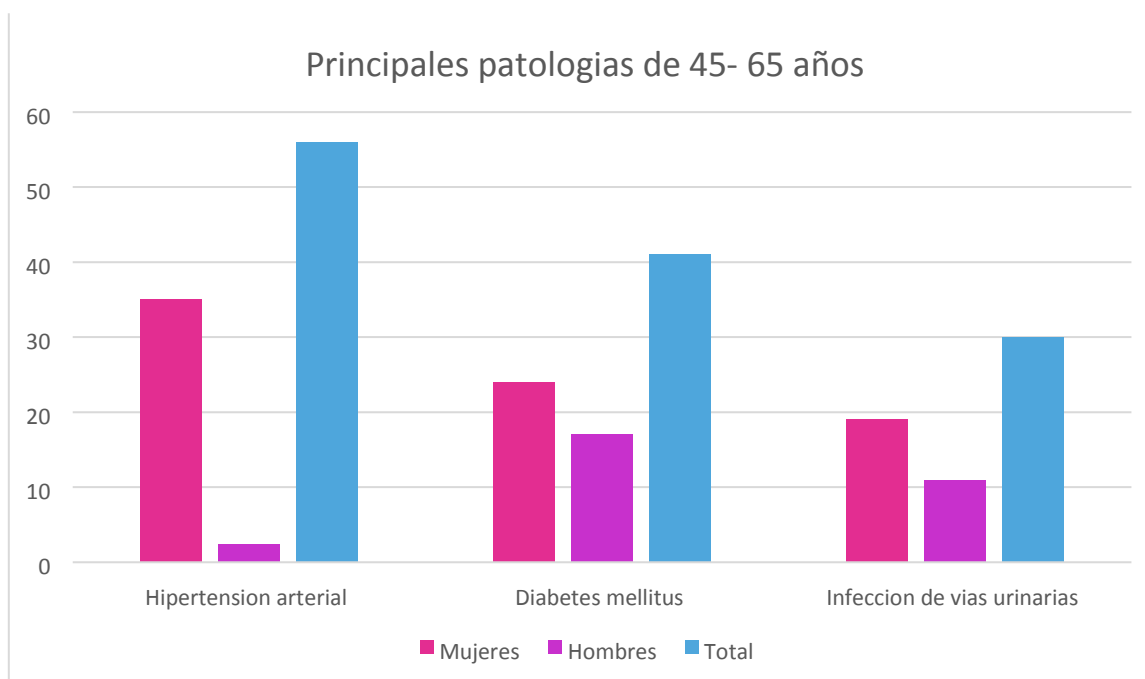
Gráfica 17

Fuente: Registro de pacientes censo diario, , periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

En este grupo comienza a ser un poco más evidente la diferencia entre sexo, las infecciones de vías urinarias en mujeres 300% más alta que en los hombres, las epigastralgias sumamente relacionada con los hábitos alimenticios afecta a ambos sexos y la colitis de igualmente 200% más alta en mujeres, enfermedad que se asocia a niveles altos de estrés.

### Grupo de edad de 45- 65 años, principales patologías.

	Mujeres	Hombres	Total
Hipertensión arterial sistémica	35	21	56
Diabetes mellitus	24	17	41
Infección de vías urinarias	19	11	30



Gráfica 18

Fuente: Registro de pacientes censo diario, periodo 2020- 2021, UAM- SADEC- MPSS Pamela Santana

En este grupo etario la hipertensión tiene un repunte en las mujeres con respecto a los hombres cabe mencionar que muchas fueron de primera vez y no siguieron ni ingresaron al programa, las enfermedades cardiovasculares van teniendo una importante alza, la diabetes mellitus está por debajo, no se comporta de la misma manera que la estatal o nacional, existen pacientes que la diabetes la han comenzado a tratar con medicina alternativa, o han recibido el diagnóstico desde hace mucho tiempo y ya no acuden solo en caso que se lleguen a tener alguna sintomatología.

### Conclusiones

Puedo concluir que El servicio social en Chiapas no se enfoca solamente en la aplicación de los conocimientos adquiridos en la formación académica, dado que



nuestra estancia no se limita a ello, en ocasiones toca ser escucha, apoyo, acompañamiento, consejeros inclusive si no somos las adecuadas, implica un reto académico, social, cultural, personal, vivir desde otras realidades que siempre han existido y que desconocemos implica un trabajo de introspección, aprendizaje continuo al ritmo particular de cada persona.

Chiapas es el octavo estado más grande de la república Mexicana, lleno de riqueza natural y cultural, con un 14.2 % de pueblos originarios del total del país, entre los que predominan, Tzeltal, Tzotzil, Ch'ol, Tojolabal, se estima que todo el estado de Chiapas viven rezago social generalizado, altos índices de pobreza y discriminación a los pueblos originarios.

San Jerónimo Tulija, pertenece al municipio de Chillón, comunidad 99.03% de población indígena, de ellos la mayoría pertenecen a etnia Tzeltal, migrantes provenientes de Bachajon, la comunidad se encuentra en un rezago socio-demográfico- cultural, que condiciona de manera importante la salud y calidad de vida de los habitantes, el 13.78% de la población es analfabeta, el grado de estudios es de 7.41 representa primaria completa en el caso de los hombres y en el de las mujeres el panorama desalentador, las casas en su mayoría no son de materiales perdurables y no cuentan con servicios de vivienda básicos, al acceso a los servicios de salud dentro del ejido son 2, el perteneciente Al EZLN, operado por promotores de salud y pasantes del servicio social de las áreas medicina y estomatología.

En el apartado anterior expuse la productividad de las consultas y los programas que SADEC y los pasantes coordinamos. Encontré, contrastes que se evidencian en la desigualdad social, esto se ve reflejado en el índice de marginación, medida que resume las carencias y privaciones de la población en lo que respecta a las necesidades básicas que contempla las dimensiones de educación, cultura vivienda, , salud y lugar de residencia, carencia económica, la cual influye en el costo de servicios de salud, y permea la asistencia a las consultas en específico para consulta prenatal, de la mano de la violencia de género arraigada a la cultura. Para poder analizar desde una perspectiva de género debemos tener en cuenta que los estereotipos de género siempre prevalecen a nivel psicológico, por lo que no hay que desestimar el daño que éstos pueden hacer, A nivel social, las mujeres tienen en general peores condiciones de vida y de trabajo, con la responsabilidad del cuidado de niños y ancianos, muchas veces sin apoyo por lo que internalizar aunque sea a nivel subconsciente estos estereotipos supone un gran problema para la salud: la ansiedad y la depresión surge en gran medida en las mujeres por esta lucha contra las normas impuestas que las hacen ser invisibles e inferiores desde la niñez, haciendo de la maternidad y el cuidado de la familia una tarea intransferible, que es parteaguas determinante para su salud, costándoles inclusive la vida y en algunos casos muerte perinatal, todo esto junto daña gravemente la salud mental. La cefalea tensional, problemas gastrointestinales en las mujeres fueron de las 10 principales causas de consulta entre las mujeres, por otra parte, pensar la medicina de manera hegemónica no es 100% útil, en estas comunidades tenemos la práctica de la medicina con las parteras, que han dado la cara a la

atención de las mujeres siendo un pilar para el acceso a la atención prenatal bajo estas condiciones. Fomentar el respeto a las mujeres por medio de la educación y las campañas de sensibilización, para que la violencia de género en general y la obstétrica en particular sean erradicadas. La prevención, sensibilización es absolutamente imprescindible, porque para reconocer un problema debemos de nómbralo.

Los programas de vigilancia y seguimiento padecimientos crónico degenerativos representan un reto en cualquier sector de salud, no solo por la prevalencia alta que presentan, ahora aparecen a edades más tempranas con un panorama desalentador, tanto por la parte económica que supone como para la calidad de vida en general, si a eso súmanos el diagnóstico tardío o mal apego al tratamiento es aún más desalentador, poniendo en riesgo la vida.

La comida rica en carga energética que se consume en la comunidad presenta uno de los retos más grandes, muchas veces el pozol, que es un alimento con estas cualidades, es lo único que hay para comer o es básico en la alimentación de los habitantes de San Jerónimo Tulija, de esta manera cómo podemos exigir a los pacientes hábitos higiénico dietéticos, si no se tiene acceso a ellos, pareciera fácil implementar estrategias y políticas pero tristemente la realidad es que los determinantes sociales, culturales, económicos; la pobreza, roles de género, tienen un impacto profundo, directo, negativo en la salud. El reto está en accionar con estrategias, no solo médicas, de tolerancia, acompañamiento, empatía, respeto y trabajo en equipo, de la mano de los promotores de salud, EZLN, SADEC, parteras, Hierberos y hueseros, habitantes de las diferentes comunidades, construir un panorama diferente con las herramientas que se tienen a la mano, no olvidando que promover la conciencia colectiva también es importante, desde nuestra trinchera, para construir un mundo, donde quepan muchos mundos.

### **Bibliografía:**

1. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Documento de trabajo de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. [Internet]. 2011 oct 19-21
1. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la Salud. Ginebra. [Internet]. 2008 Resumen analítico del Informe FinAL. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)

2. Consejo Nacional de Población. Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010. México, D.F.: Secretaría de Gobernación. [Internet] 2010 [citado 10 Ago 2014]. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices\\_margina/mf2010/CapitulosPDF/Anexo%20B2.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/Anexo%20B2.pdf)

3. UNICEF and World Health Organization. Progress on Drinking Water and Sanitation. New York [Internet] 2012 [citado 10 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/media/files/JMPReport2012.pdf>

4. Baronet, Bruno, 2009, Autonomía y educación indígena. Las escuelas zapatistas en Las Cañadas de la Selva Lacandona (Chiapas), tesis de doctorado en Ciencia Social con especialidad en Sociología, El Colegio de México/Université de Paris-III, México.

5. Censo general de población y vivienda 2020, consulta interactiva y base de datos, disponible en línea en: <http://inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/ccpv2020/default.aspx.org>

(2020) Marco estadístico nacional disponible en línea en: <Http://ww.inegimx/geo/contenidos/geoestadistica.aspx>

6. OMS. Hipertensión. 13 de septiembre de 2019. [consultado Mayo 13, 2020] Disponible En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

7. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de las Principales causas de mortalidad general, 2020, 2021, Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>

8. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de las Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres por grupos de edad

2021. México: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>.

9. Del Río A, Rodríguez Y, Robledo C, Blas I. Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: el caso del Programa de Prevención y Control de Diabetes Mellitus en México. GÉNERO Y SALUD en cifras 2019 Enero-abril.