



SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO
SADEC A.C.

LICENCIATURA EN MEDICINA

DIAGNOSTICO COMUNITARIO Y PERFIL DE MORBILIDAD DE
ARROYO GRANIZO, MUNICIPIO OCOSINGO, CHIAPAS
PERIODO: FEBRERO 2022 – ENERO 2023

MPPS:

CARLOS ADONIS TERRATS GALINDO

ASESOR INTERNO:

MAESTRO JOEL HEREDIA CUEVAS

ASESORA EXTERNA:

LUZ MARIANA ECHEVERRIA ALMARAZ

PALENQUE, CHIAPAS

2023

Contenido

Primera parte.....	2
Proceso de Adaptación al Servicio Social	2
Personal	2
Relación médico – paciente	4
Comunitario	6
Institucional.....	7
Segunda parte.....	11
Diagnóstico de Salud.....	11
Introducción.....	11
Derecho a la Salud.....	11
Reformas a la Ley General de Salud	14
Aprovechamiento Máximo de la Salud	15
Panorama general de Chiapas.....	17
Panorama general de Palenque	26
Panorama general de Ocosingo	32
Panorama general de Arroyo Granizo	38
Panorama general de Chilón	42
Conclusión.....	48
Tercera parte	49
Seguimiento de programas y perfil de morbilidad.....	49
Introducción.....	49
Políticas de salud en México y su relación con el Banco Mundial.....	49
Evolución de los programas de salud gubernamentales en México	49
Relación entre el Banco Mundial y las Políticas de Salud en México	50
Programas propuestos en el sexenio actual.....	50
Consulta general	51
Atención del embarazo, parto y puerperio	53
Vigilancia de crecimiento y desarrollo	58
Detección oportuna de cáncer cervicouterino.....	62
Detección de víctimas de violencia	63
Atención del paciente con enfermedades crónico - degenerativas	64
Perfil de morbilidad.....	70
Daño diferencial	74
Conclusiones	78
Bibliografía	80

Primera parte

Proceso de Adaptación al Servicio Social

Personal

Para empezar, me gustaría presentarme, soy Carlos Adonis Terrats Galindo, nacido en CDMX, un 9 de mayo de 1996, tengo 27 años, hijo de una pareja muy comprometida en superarse día a día, de una familia muy unida, de temperamento fuerte y muy amables; soy una persona muy comprometida con sus decisiones y sus principios, con gusto por socializar y conocer, amable y humilde.

El servicio social, como parte de la formación médica y requisito para su titulación, siempre me pareció una etapa lejana de vivirla hasta la selección de plazas, por lo que entonces y meses atrás empezó la preocupación por cómo sería, dónde lo haría, ¿estoy preparado?, entre otras preguntas presentadas. Para el momento de elección de plazas recordé el Adonis en la preparatoria, con muchas ganas de aprender y ayudar; diciendo: cuando sea doctor, iré al pueblo de mi abuela a regalar la consulta, porque ahí hace falta ayudar; el pueblo del que hablo se encuentra en el estado de Guerrero, incluido entre los 3 estados más marginados de la república como lo es Oaxaca y Chiapas, siendo este último mi destino al elegir la plaza para realizar el servicio social.

Durante la formación médica siempre te encuentras con pláticas acerca de lo que muchos médicos vivieron en su servicio social, incluyendo recomendaciones de realizar o no en plazas rurales, casos de violencia o miedo, lugares hermosos por conocer, gente muy grata y amable, en resumen, buenas y malas vivencias; para el punto en el que me encuentro ya me había formado muchas expectativas y habría pensado en algunas adversidades que pudiera presentar. En lo personal, no creo que un año sea suficiente para adaptarse a la experiencia de vivir un servicio social en Chiapas; nunca terminas de conocer a la gente con la que trabajas, las historias de cientos de pacientes, cambiar de un estilo de vida a otro en una decisión, te alejas de tus seres queridos, te pierdes de eventos familiares, abandonas comodidades, pero esto se vive durante toda la carrera de medicina, solo que en el caso del servicio social, en plazas foráneas la distancia se convierte en un obstáculo para la convivencia familiar.

Todo comenzó con preocupaciones y conforme avancé en la etapa desaparecieron, al recibir apoyo constante del equipo de trabajo de SADEC, las múltiples visitas de mis familiares, charlas de apoyo entre compañeros; todo inició cuando supe que algunos amigos nos acompañaríamos al tomar la misma decisión, y como era de esperarse todos, sin saber cómo llegar a Palenque, Chiapas, sede de SADEC, preguntándonos cómo sería la comunidad a la que asistiríamos.

Gracias a las amistades y relaciones creadas durante la carrera, las cuales serían las personas con las que viviría el servicio social pude mantenerme más tranquilo, también es importante mencionar que el espacio SADEC en Palenque nos daba seguridad para seguir, ya que aquí nos reuniríamos mes tras mes para discutir algunos problemas que enfrentarías en las comunidades, lo que permitía una convivencia y charlas que te volvían a centrar en la idea del qué hacemos aquí y por qué lo hacemos.

En mi caso visité dos comunidades, una zapatista y otra no, en el caso de la comunidad zapatista que fue mi primer lugar de trabajo, me sorprendió la manera de vivir de muchas personas de esa comunidad y agudizó mis preocupaciones el saber que la mayoría no hablaba español, afortunadamente la mayor parte del tiempo me acompañó un promotor de salud, que en su mayoría aprendimos a trabajar en conjunto, apoyándonos mutuamente, teniendo sus excepciones. Cabe mencionar que en algunas semanas me acompañaba otra compañera estomatóloga lo que amenizaba mis días en la comunidad.

En el caso de la comunidad zapatista, intenté aprender su lengua para poder comunicarme con los pacientes y también socializar con las personas, la gente era muy agradecida y respetuosa, todos se saludan al verse en la calle, se involucran en todos los temas de la comunidad y de sus vecinos, y en su mayoría te ofrecían comida, aunque en estos casos me daba cuenta de que era para verse involucrada con el equipo de salud que éramos nosotros. En esta comunidad logré visitar algunos lugares como el río o la escuela zapatista, entré a clases de la escuela primaria que estaba casi en frente de la casa de salud y también participé en la creación de carteles en contra de la guerra que se vive en Ucrania, también visité comunidades aledañas acompañado de los promotores de salud y visité algunos bailes y feria que se hacían.

En esta comunidad, hubo problemas con algunos compañeros zapatistas que no estaban conformes con el trabajo, por lo que se tuvo que pedir ayuda para resolver las inconformidades al equipo de SADEC, y al final me cambió de comunidad.

En la otra comunidad que presté servicios, era más urbanizada y con más infraestructura de servicios de salud públicos y privados, el problema en esta comunidad fue la logística de trabajo, ya que se planearon algunas actividades, y al final se realizaron otras, limitadas por la falta de espacios para ofrecer servicios de consulta, falta de organización y mala distribución de actividades, incluyendo el traslado a múltiples comunidades que no se habían mencionado, como la falta de acompañamiento. Cabe mencionar que durante los primeros meses se presentaron una diversa serie de eventos los cuales impidieron continuar el servicio social; desde conflictos con los promotores de salud hasta problemas emocionales personales; incapacitándome para ofrecer una consulta de calidad y aumentando mi inestabilidad. Considero que todo inició desde que uno de mis compañeros y amigo no se encontraba en la mejor situación y después del primer mes decidió abandonar el servicio.

Algunos aspectos que considero una difícil adaptación son los cambios de rutina, los cambios de hábitos alimenticios, la difícil comunicación con tu entorno, el aislamiento al no tener amistades, ni conocidos; llegas a formar relaciones, pero nada comparado con los vínculos creados durante la carrera; esto provocando distimias, burnout, agudiza los miedos y preocupaciones, logrando superar con apoyo psicológico, limitado por la poca accesibilidad a servicios de salud e infraestructura.

Relación médico – paciente

En esta adaptación, cabe mencionar que la relación médico paciente no podría existir sin la participación de los promotores de salud de cada comunidad, formando parte importante del equipo de salud en la casa de salud en la que desempeñamos nuestro servicio social, los promotores de salud, conocedores de las problemáticas sociales de su entorno, compañeros, amigos y parte fundamental ofrecen acceso a servicios de salud de las comunidades zapatistas, acompañan en la mayor parte del tiempo al médico pasante, ayudando con la traducción de la lengua hablada por la comunidad.

En este proceso de adaptación participan en su mayoría los promotores de salud, ya que existen acuerdos que se encargan de tu seguridad, alimentación, responsable en todo momento de ella, pero se llegan acuerdos en los que el pasante compra y lleva algunos productos alimenticios para compartir y a veces se prepare la comida por el promotor o solo el pasante se haga sus alimentos, y el acompañamiento en la consulta diaria; los promotores de salud son personas de las comunidades zapatistas, encargadas de la salud.

La relación entre médico y paciente durante los años de carrera nunca se nos muestra de esta manera, siendo muy diferente lo aprendido del modelo de la medicina hegemónica, desde la relación entre colegas y personal de salud hasta lo vivido realmente en estas comunidades, donde cambió mi perspectiva de una medicina jerárquica y autoritaria por parte del médico hacia el paciente; provocando un cambio de un médico autoritario y que provee de información a uno receptivo, buscando una apertura por parte del paciente e involucrando en todo momento a los promotores, conocedores de otro tipo de tratamientos a los cuales la comunidad tiene mejor aceptación.

Algunos aspectos en los cuales limitaba mi actuar, se encontraban algunas malas costumbres aún muy presentes en los hombres de estas comunidades, siendo estos las autoridades en la familia, restringiendo el actuar de las madres y mujeres, incluyendo su libre expresión, también encontré conflictos entre zapatistas y partidistas para ofrecer los servicios de salud al aumentar los precios de los medicamentos por razón de que los zapatistas no cuentan con ningún apoyo económico y subsidios para todo el correcto

funcionamiento de la clínica, así como la administración y mantenimiento, acuerdo que lleva años en vigor; sin embargo el aumento en el costo de servicios a los no zapatistas repercutía en mi labor al tener pacientes que no lograban alcanzar la cuota en servicios como lo era el caso del rastreo ultrasonográfico; el mal uso de medicamentos importantes como esteroides y antibióticos que se encuentran de libre venta y constante consumo por los pobladores de las comunidades; el desapego y desconfianza hacia el gremio médico, todo esto provocado por una mala praxis; los autotratamientos y la búsqueda continua de medicamentos milagro.

Durante mi estancia en las comunidades también me encontré con múltiples estafadores, promoviendo tratamientos milagro, muy costosos y servicios ficticios para el diagnóstico de múltiples enfermedades, autollamados “especialistas” en este tipo de enfermedades, muchos con títulos de Doctor; todo esto provocaba que múltiples pobladores acudieran a sus consultas creyendo en sus mentiras, gastando una suma importante de dinero sin observar mejoría con el transcurso del tiempo.

En cuanto al cambio personal durante mi servicio social, reencontré mi sentimiento y meta hacia la medicina, provocando una mejor y mayor apertura sobre el sentir del paciente, respetar maneras de pensar, y apoyar la salud mental y psicológica, no solo la física. Me encontré personas desesperadas y agresivas solicitando consulta a altas horas de la madrugada, lo que me ayudó a desarrollar una mayor tolerancia en estos casos y entender que la enfermedad no se preocupa por la hora o día, incluidos los accidentes, lo que me ponía a pensar que cualquiera se puede encontrar en esa situación y quizá actuaríamos de una manera semejante.

Durante mi servicio tuve la fortuna de ver trabajar a parteras y brujos o chamanes de la comunidad, los cuales me permitían formar parte de sus prácticas, las cuales no en todos los casos estaba de acuerdo, aunque siempre manteniendo presente que esas personas son las que los tratan la mayor parte del tiempo; lo que me hizo recapacitar que en vez de negarles el acceso a la información y formación médica, incluirlos y trabajar en conjunto para bien de los pacientes, también apoyando la idea de referencias o asesoramiento en ambas direcciones, ya que me encontré con patologías las cuales el gremio médico no puede resolver, como lo son el espanto o mal de ojo, que, aunque suene absurdo para algunas personas, son enfermedades que llegan a presentar mejoría posterior a la visita con brujos o chamanes.

Comunitario

Arroyo Granizo es una localidad en el municipio de Ocosingo, Chiapas, conformada por 2 poblaciones con distintos intereses políticos, los partidistas y el Ejército Zapatista de Liberación Nacional, las cuales comparten un sistema de salud; un concepto de salud muy diferente a lo aprendido y experimentado durante mi formación en la universidad, prácticas y personas dedicadas a velar por la salud de la comunidad entre los que se encuentran médicos, enfermeros, parteras, hierberos, hueseros; de los cuales existe una continua formación de promotores de salud.

Encontré mayor afinidad por el personal de la localidad frente a las instituciones médicas, en la que preferí estrechar la relación para mejorar el seguimiento de los pacientes, lo que permitió trabajar juntos, con tratamientos naturales, prácticas milenarias por parteras y hueseros.

Entre las experiencias que más interés provocaron en mí, son los padecimientos y dolencias expresados por los pacientes relacionados al alma, su actuar y situaciones en las que, expresados por ellos, se “cayeron”, esto provocaba cansancio, debilidad, preocupación; en las cuales yo no tenía respuesta o tratamiento para esto. Lo que me llevó a investigar más sobre su percepción de salud y muerte en la población, así como los tratamientos y creencias. Una vez me permitieron presenciar algún ritual con alcohol y un huevo frotado por el cuerpo de una mujer que relata que se cayó en el río y después una parte de su alma se quedó ahí, por lo que pidió ayuda a brujo o chaman, para recuperar esta parte de su alma en 3 sesiones de las cuales 1 debía ser en casa del brujo, otra cerca de donde sufrió la caída y la última en su casa, ya que este lugar es donde más se ha desarrollado su alma.

Esta cosmovisión me permitió entender un poco más a la comunidad y relacionarme de manera más personal con los pacientes, aprender sobre su percepción de salud, donde la misma comunidad me compartió sus ideas, de las cuales resaltaría comentarios como: “estar sano o bien es poder levantarme para ir a trabajar, ver de lejos, escuchar el río, poder cuidar a mis hijos”; aunque había poca respuesta para lo que representa la salud mental, donde respondían: “que no me pegue mi esposo, ir a misa, que no se caliente mi cabeza”.

Otros aspectos que considerar en la comunidad son su alimentación a base de frijol, maíz, pozol y carne esporádicamente, así como el consumo de vegetales, el ámbito laboral en el que se desarrolla la mayoría, quienes se dedican al campo, mi incapacidad para lograr transmitir la información por no hablar su lengua.

Lo que respecta a mi experiencia en la comunidad, me hizo darme cuenta de situaciones que muchas veces damos por entendido o aceptamos tener la verdad absoluta, en este caso en relación al concepto de salud entendido de muchas maneras por cada individuo,

donde muchas de las veces los pacientes no cuentan con los recursos necesarios o el acceso a los servicios de salud no están a su alcance, las dolencias o padecimientos no son solo físicos, el estado de ánimo y los problemas personales influyen. Lo que me hizo darme cuenta de las múltiples adversidades que enfrentan día a día las personas de estas comunidades. Considerando así adaptaciones en sus dietas, que no pueden tener cambios de rutina ya que hay pocos tipos de empleos, que cosechan su propia comida, incluyendo sus preocupaciones, problemáticas sociales y de su entorno.

De este modo adapté mi concepto de salud a las necesidades de la comunidad propia, para darme cuenta de que no todo viene en los libros. En algunos casos me sorprendió la renuencia de los pacientes al no creer en algunas enfermedades, por lo que buscaban ayuda en otros lugares, permitiendo darme cuenta de que los tratamientos que damos no son del todo eficaces y muchas veces debemos regresar a las prácticas tradicionales, aunque no en todos los casos.

Institucional

El espacio en el que desarrollo mayor parte mi servicio social es una casa de salud propiedad del Ejército Zapatista de Liberación Nacional, donde se ofrecen servicios de consulta médica y estomatológica, asesoramiento y formación para promotores de salud, atención prenatal, farmacia, centro de capacitación, entre otros.

El EZLN se formó en 1994 con ideales zapatistas, marxistas y el socialismo, organización militar formada con intereses políticos y sociales, partiendo sus metas en la “Declaración de la Selva Lacandona”, considerando la democracia y la libertad como sus bases de lucha.

Continuando con el EZLN, fue un grupo armado e intelectual, organizado para defender los derechos colectivos e individuales de pueblos indígenas en el estado de Chiapa y en México; en mi servicio social me tocó colaborar con una pequeña pero fundamental parte de esta organización, encargada de todos los temas en salud de sus comunidades, un dato importante es que estos individuos se desenvuelven en diferentes temas de seguridad, desarrollo comunitario, política y comercio.

Al incluir a cada individuo de las comunidades en el EZLN, me percaté de que en su día a día son personas como nosotros, pero en condiciones precarias, personas con servicios deficientes, acceso limitado a instituciones sanitarias, personas excluidas por sus creencias, lenguas indígenas o tez de piel.

En mi caso en particular, al venir y ofrecer un servicio social en salud, me recibieron de una manera grata y cordial, me ofrecieron espacios de descanso, trabajo y recreación. Las personas encargadas de la casa de salud intentaban relacionarse de la mejor

manera, creando espacios de actividades fuera del trabajo incluyendo a su familia; no en todos los casos ni con todos los promotores se forman lazos de amistad.

Salud y Desarrollo Comunitario se fundó en 1996, con sede en Palenque, Chiapas, con el proyecto de formar promotores de salud y parteras que lograran encargarse de los principales problemas y enfermedades de sus comunidades; añadiendo tiempo después la participación de médicos y estomatólogos del servicio social, para el acompañamiento, asesoramiento y consulta médica.

Organización Civil dedicada a tratar temas relacionados a la atención primaria a la salud; considerando como ejes el derecho a la salud desde los determinantes sociales. Enfocados en la muerte materna como una expresión de la falta de garantía del derecho a la salud y visto desde lo que implica género, clase social y etnia.

Organización civil que maneja programas como los son:

- Atención prenatal
- Crecimiento y desarrollo
- Control del niño sano
- Control, seguimiento y diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas
- Detección de cáncer cervicouterino
- Detección de pacientes con tuberculosis
- Víctimas de violencia
- Sobrepeso y obesidad

Otro de los espacios en los que también participé en actividades fueron las instalaciones de Salud y Desarrollo Comunitario a cargo de un grupo de profesionales interesados en el tema, espacio que nos permitía dar un descanso del arduo trabajo en las comunidades y poder convivir con amigos y compañeros; algunas de las actividades realizadas eran discutir temas y casos médicos que se presentaban en las comunidades, entrega y resumen de los reportes mensuales, mostrarnos un poco del antecedente histórico tan importante, y temas de importancias como lo son: parto humanizado, muerte materna, urgencias obstétricas, sistema de referencias, acceso a servicios de salud, morbimortalidad, lengua indígena "tzeltal".

SADEC desde el momento en que llegas, crea un ambiente familiar, de seguridad, unión y convivencia, abierto a cualquier opinión, pensamiento o emoción, sin dejar de lado la meta del servicio social. Promueven la convivencia armoniosa en comida, celebran cumpleaños e invierten de su tiempo para conocer a todos los integrantes de esta familia.

En algunas de las actividades tenemos invitados especiales que han sido y son parte de la familia SADEC, al ser ex MPSS, creando de esta manera un mayor gusto por esta asociación y tu desempeño durante tu servicio social; en cuanto al trabajo siempre se intenta hacerlo de forma creativa para que en todo momento no se pierda la atención e

interés en las largas jornadas de trabajo. Para este punto me permito decir que conocí personas increíbles y muy comprometidas con la causa en esta gran y vasta familia.

Otra Organización Civil en la cual participé fue el Centro de Derechos Indígenas, en el proyecto de “Alaetic” que significa niños y niñas, en el cual la principal actividad fue evaluar el estado nutricional de niños en diferentes comunidades en el que propuse crear una nueva tabla de valores para peso y talla en niños, ya que la mayoría de ellos se encontraba en peso o talla bajo para la edad de acuerdo a las tablas de la OMS (Organización Mundial de la Salud), esto provocado por una desnutrición crónica de generaciones en el estado de Chiapas, por la falta de recursos al ser unos de los estados más pobres de la república.

CEDIAC es una organización en su mayoría conformada por Jesuitas, iniciando sus labores hace décadas con la misión de Bachajón, llevando la palabra de Dios a las comunidades indígenas en esos años, organización que con el paso del tiempo ha tomado parte de temas como organización social y política, desarrollo económico y de salud. En cuanto al equipo de salud encargados por la hermana Marisela solo se conformaba por mí y otra enfermera los cuales estábamos encargados del proyecto ya mencionado y actividades dirigidas para aspirantes a promotores de salud, enfocándonos en temas de primer nivel de atención a la salud, primeros auxilios, y principales enfermedades presentadas en las comunidades.

Algunos de los temas desarrollados fueron:

- Concepto de salud y enfermedad
- Correcto lavado de manos
- Material médico
- Herbolaria
- Picadura de insectos
- Correcto uso de AINE's
- Primeros auxilios
- Sistemas de referencia
- Identificar urgencias médicas para su traslado

Los días de trabajo en oficina me correspondía redactar la bitácora y un escrito acerca de las actividades realizadas en las comunidades y sus participantes, organizar el dispensario para los medicamentos que se venderían, preparar exposiciones para los aspirantes, así como evaluar el estado nutricional de los niños. También aprendí sobre el correcto uso de plantas medicinales.

Por último, mencionaré a mi amada universidad, la Universidad Autónoma Metropolitana, mi alma mater, que estuvo y estará presente en mi formación como profesional de salud, tratando de dejar en alto y con orgullo todo el legado de esta gran universidad.

La UAM (Universidad Autónoma Metropolitana) es una universidad pública fundada en 1974, por el presidente Luis Echeverría, al ser un organismo público y autónomo se basa en los principios de libertad de cátedra e investigación, con metas entre las que destacan la resolución de problemáticas sociales, promoviendo la investigación y reinención de la educación pública superior, actualmente cuenta con 5 unidades académicas dentro de la zona metropolitana del Valle de México.

Segunda parte

Diagnóstico de Salud

Introducción

La segunda parte del trabajo está constituida por un marco teórico sobre el Derecho a la Salud enfocado a la región que se abordará del estado de Chiapas basado en experiencias propias. Posteriormente se mostrará información relevante de cada zona en la que se desarrolló el servicio social, incluyendo datos del estado, municipio y localidad, realizando análisis comparativo entre los datos estatales y locales, inclusive nacionales considerando datos fisiográficos, indicadores sociales, económicos, políticos y culturales. Por último, daremos paso a las conclusiones dando abordaje a las experiencias del servicio social y los conceptos relacionados del Derecho a la salud.

Derecho a la Salud

Han pasado ya grandes años y civilizaciones, desde Aristóteles hasta Napoleón Bonaparte, y todo el mundo ha dado su definición de salud, que ha ido cambiando con el paso del tiempo, y jamás dando una respuesta concreta. La pregunta es, ¿Por qué se ha dificultado tanto ponerle un significado definitivo a la palabra “salud”, si es un concepto tan básico? La respuesta siempre es la misma, la salud tiene que ser buena, el problema es el cómo. Dentro de las experiencias vividas dentro de la comunidad, la definición varía, porque no es lo mismo estar en área urbanizada, a estar en la comunidad, frente a frente, lidiando con los problemas que la sociedad no llega a ver.

La definición de salud de acuerdo con la OMS es la siguiente (Alcántara,2008):

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” – OMS 1948

Como se puede leer, la definición es un completo estado de bienestar, en donde no solo interactúa la ausencia de enfermedad, cosa que en medicina se estudia para esto y la definición no ha cambiado nada desde que entró en vigor en abril de 1948 en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York. Para garantizar una buena salud no solo se debe de apoyar del individuo, también de la institución que esté a cargo de la salud, en este caso, el gobierno mexicano, pero a diferencia de la zona

urbanizada, las comunidades rurales difícilmente llegan a tener las mismas oportunidades que las zonas antes mencionadas.

El derecho a la salud y el derecho a la vida están estrechamente relacionados. El derecho a la salud es un derecho fundamental que forma parte del derecho a la vida. Según el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el derecho a la vida es inherente a la persona humana, y la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado incluye la salud y el bienestar. La Organización Mundial de la Salud afirma que el derecho a la salud es indisoluble de otros derechos humanos, como el derecho a la educación, a la participación, a la alimentación, entre otros.

El derecho a la salud es un derecho fundamental que forma parte del derecho a la vida. El derecho a la salud incluye un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana, como el acceso a agua potable, saneamiento adecuado, alimentación segura y condiciones laborales saludables. El derecho a la salud también incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo sin injerencias, así como el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a las personas servicios de salud de buena calidad y apropiados desde el punto de vista científico y médicos.

El derecho a la salud de acuerdo con la definición de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ACNUDH por sus siglas en inglés), presenta varios apartados donde se incluyen:

- Accesibilidad
- Disponibilidad
- Aceptabilidad
- Buena calidad
- Participación
- Rendición de cuentas
- Libertades
- Derechos

A pesar del marco internacional, las disposiciones jurídicas del Derecho Mexicano no han avanzado a la par con los compromisos internacionales. Podemos citar algunos párrafos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el artículo 4º que establece las bases y modalidades del derecho a la salud:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.”

Cabe recordar que, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que el Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad social y el acceso a los servicios de salud para toda la población, y que el personal médico de las clínicas está obligado a velar por la vigencia y el respeto a los derechos humanos y de los pueblos y comunidades indígenas. Estos rubros abarcan:

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir Información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener un segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencias.
- Contar con un expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Por lo anterior, dentro de la capacitación que ha dado la UAM-SADEC a sus médicos pasantes, están todos los puntos anteriores, buscando apoyar a las comunidades marginadas a hacer valer su derecho. Formando médicos con criterio ético basado en la misión y visión de la universidad y proyecto comunitario mismo.

A pesar del apoyo estatal a la salud, este no es suficiente para abastecer las necesidades salubres de la población, esto por diversos factores como lo son, geográficos, políticos, económicos y/o socioculturales. Por el problema mencionado han surgido múltiples asociaciones para llevar atención a la salud accesible y de calidad a las comunidades con mayores factores de riesgo y menor acceso a estos servicios. En caso de Arroyo granizo, su principal ayuda tiene origen en el movimiento Zapatista, organización que ha ayudado a la distribución de los servicios médicos, y ahora trabajando en conjunto con la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) asignando médicos pasantes del servicio social en algunas comunidades de Chiapas.

El deber del Estado es proporcionar un mejor método de distribución de recursos a la población indígena, y seguir cubriendo las normas en cuanto a higiene y salubridad. Estos servicios deben planearse y administrarse en colaboración con la comunidad y en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales de cada municipio para crear un método preventivo y evitar enfermedades, pero las limitaciones siempre están, y no cambiarán hasta crear un adecuado régimen de salud.

Para poder hablar de reformas de salud es necesario tomar como escenario dos momentos importantes en la historia de la salud pública: Antes de 1995-1997 y a partir del año 2000 con la llegada del seguro popular. Como se explicó, la salud es un concepto que abarca muchos otros factores, y uno de ellos es la seguridad social. Para que esta cobertura tenga niveles de salud y bienestar sobre los mexicanos debe tener más elementos como las acciones preventivas y curativas, involucrar un seguimiento total a la salud de las familias y dar acceso a un sistema que permita atender enfermedades de mediana y alta complejidad para lograr una cobertura universal.

Para ello, se usó la estrategia de una cobertura universal efectiva, y se crea en el sexenio de Vicente Fox el seguro popular, el cual es posible ofrecer servicios de salud a toda la población, sobre una base no contributiva como era la Ley IMSS que desapareció en 1997, haciendo depender íntegramente el financiamiento de impuestos generales, y no una tripartita de patrón, empleado y gobierno, que sigue en operación el IMSS, beneficiando a la población que no tiene un trabajo formal o no capitaliza impuestos.

Este esquema fue muy atractivo a la población, sobre todo porque más de la mitad tiene un empleo informal, y el gasto de bolsillo en salud era muy alto, facilita grandemente la continuidad en la atención de la salud de cada hogar, y hacerla totalmente independiente del mercado laboral, sin embargo, la desventaja es que impondría un esquema excesivo en las finanzas públicas al caer toda la recaudación en México, por lo que debería generar recursos adicionales para sustituir las cuotas del obrero y patronales que se cobran en cualquier instituto de salud, que se calcula aproximadamente en un 3.2% del PIB del país. (Dávila, 2000)

El plan nacional de salud del sexenio de Vicente Fox marcó un cambio importante, conocido como la democratización de la salud en el país, que incorporó los aspectos más importantes del modelo de reforma vigente en los ochenta, y se le añadieron elementos nuevos, llegando a toda la población. Con esta idea nace un sistema de seguridad social en el campo de la salud, cuyo componente principal será el establecimiento de la seguridad social. El financiamiento será un modelo tripartito con un 80 % de fondos federales, o sea, el porcentaje restante provendrá de fondos estatales y de los hogares, exentos de pagar los hogares inicialmente en el decil I de ingresos. y II, y a partir del 2010 se incluyen también las divisiones III y IV. A través de esta reorganización, se ha asumido la responsabilidad de salvaguardar los servicios de salud pública y el cuidado personal a nivel nacional y municipal. (Programa Nacional de Salud 2001-2006).

El financiamiento se estructuró desde el método de los subsidios a la demanda a través del Seguro Popular, mientras que se trató de introducir la competencia entre prestadores públicos y privados. Aunque en algunos estados se han subrogado servicios que fue el caso de Chiapas, que se realizó con el IMSS, la red de prestadores de servicios sigue

integrada principalmente por los centros de salud y hospitales de los servicios estatales de salud. Sin embargo, la presencia privada se ha extendido en otros aspectos como la contratación de farmacias privadas para la dotación de medicamentos y en el suministro de servicios de lavandería y vigilancia.

Desde la perspectiva planteada, se logró una distribución de poder más equilibrada y evitar el monopolio en el sector público y la disminución en el sector privado, pero los actores debían consolidarlo, y el problema fue la reorganización financiera y la separación de funciones de presentador las instituciones, sin control completo de la salud. (Uribe, 2013)

Aprovechamiento Máximo de la Salud

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

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

Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona. (OMS, s.f.)

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud

El concepto del "más alto nivel posible de salud", referido en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, considera las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona y los recursos con que cuenta el Estado. Varios aspectos que no pueden abordarse solo desde el punto de

vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, uno no puede garantizar la buena salud ni protegerse de las posibles causas de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de las facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud. (UN, 2000)

La salud de la población mejoraría de manera importante si se establecieran estrategias en salud considerando las desigualdades sociales, es decir con enfoque de abordaje mediante los determinantes de la salud, esto desde un enfoque multidisciplinario, donde se considere lo biológico, lo social, los estilos de vida y el entorno ambiental, es decir, que los resultados serán positivos.

Garantizar acciones efectivas y anticipatorias de promoción de la salud e invertir en promoción de la salud constituye una garantía para contribuir en el mejoramiento de la salud de la población, esto es positivo, de no invertir los resultados serán negativos. Generar procesos educativos que permitan a las personas conocer, identificar y asumir su papel corresponsable en el autocuidado de la salud, representan un pilar fundamental para la práctica de la realización de hábitos y comportamientos saludables, esto significa obtener resultados positivos, si los procesos educativos generan corresponsabilidad.

La posición de una persona en la sociedad tiene su origen en diversas circunstancias que la afectan, como los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales. Las inequidades en salud pueden aparecer cuando estos sistemas dan lugar a una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad y estas impactan de manera negativa. La educación para la salud es una oportunidad para lograr el aprendizaje, mejorar la alfabetización sanitaria de la población, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales para el autocuidado de la salud individual y colectiva. Resulta trascendente señalar que es ya emergente enfatizar la atención primaria, si no, los resultados apuntan a ser negativos, para nada es positivo actuar en el ámbito curativo sin considerar el ámbito prioritario de la prevención. (De la Guardia, 2020)

A medida que la medicina avanza, se descubren nuevas formas de atender personas, la medicina se vuelve más sencillo. Este es el típico relato de un cuento ficticio, una utopía que parece cada día alejarse del caso mexicano. La política mexicana es sabida de legislar cualquier proceso benéfico para la población, siempre en campañas para proceso de funcionario, presumen en una nueva ley que abarque la universalidad de la salud, pero quedan cortos a la hora de aplicación. La salud no llega a lugares remotos, y la falta de una política social adecuada, enfocada y orientada a población, siempre requerirán que acudan a otros medios para cubrir sus necesidades básicas en salud, como el servicio social.

Panorama general de Chiapas

El estado de Chiapas siendo uno de los 32 estados de la República Mexicana, se encuentra en el sureste del país, posicionado geográficamente en las coordenadas 16° 24' 36" de latitud norte y 92° 24' 31" de longitud oeste.

El estado se fundó en 1824, cuenta con 124 municipios, entre los cuales Tuxtla Gutiérrez es su capital. Tiene una población de 5'543'828 habitantes en una superficie territorial de 74,415 km², es el octavo estado más grande de la República Mexicana representando el 3.8% de la superficie del país y con una altitud máxima de 4,080 metros sobre el nivel del mar. Colinda al norte con el estado de Tabasco y al suroeste con el océano pacífico, al este con la República de Guatemala y al oeste con los estados de Oaxaca y Veracruz.

En 1999 se promulgó la Ley de Derechos y Cultura Indígenas del estado de Chiapas, cuyo objetivo es garantizar el respeto y la protección de los derechos humanos y culturales de los pueblos indígenas, siendo el estado con mayor diversidad cultural dividida por regiones.

Se distribuye en 15 regiones: Metropolitana, Valles Zoque, Mezcalapa, De los Llanos, Altos Tsotsil-Tseltal, Frailesca, De Los Bosques, Norte, Istmo-Costa, Soconusco, Sierra Mariscal, Selva Lacandona, Maya, Tulijá Tseltal Chol y Meseta Comiteca Tojolabal.

El sistema de salud público de Chiapas ha operado con niveles de disponibilidad tanto de recursos materiales como humanos insuficientes para hacer frente a la demanda. El gobierno de México ha anunciado el fortalecimiento de los servicios de salud en Chiapas, con la inauguración de nuevos centros de salud y la ampliación de la cobertura de servicios médicos.



Mapa 1. Mapa de Chiapas. Maps of World, 2021.

Los principales motores económicos son la minería y agricultura. El café, plátano, maíz y coco se cosechan casi en todas partes, la hidroelectricidad se ha convertido en un recurso muy importante gracias a los dos ríos principales el Río Grijalva y Usumacinta. La industria del turismo ha tomado fuerza gracias a los sitios arqueológicos del mundo maya y sus hermosos paisajes, de las cuales destacan Palenque, Bonampak o Yaxchilán situados en La Selva Lacandona. Hermosas ciudades coloniales como San Cristóbal, Comitán de Domínguez y Chiapa de Corzo, con numerosos monumentos y catedrales como el Templo de Santo Domingo de Guzmán o la Catedral de San Cristóbal de las Casas. Sus reservas ecológicas y áreas naturales como el Parque Nacional Cañón del

Sumidero, con sus impresionantes escenarios naturales, la imponente Selva Lacandona, y los Lagos de Montebello, con sus lagunas multicolores.

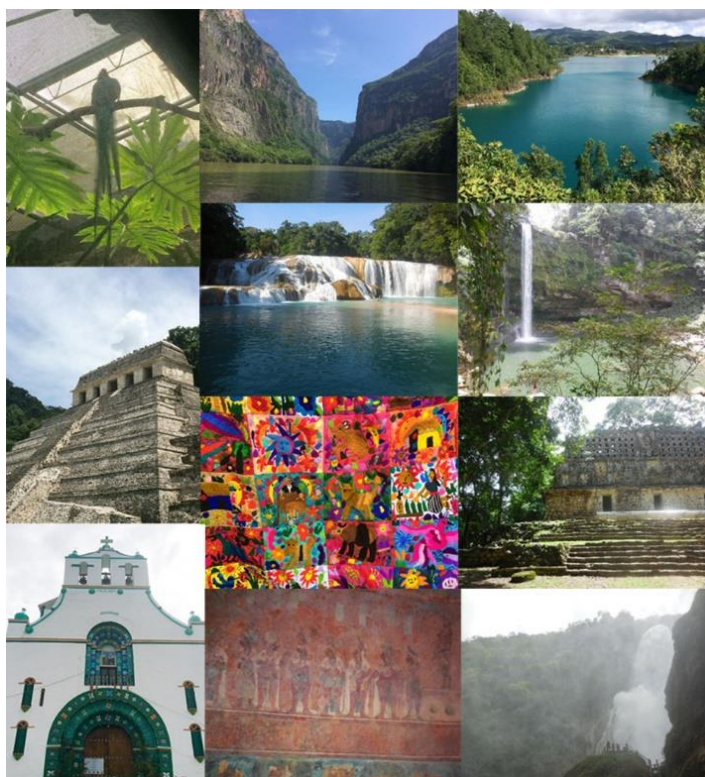


Ilustración 1. Visita Chiapas, México. Amo viajar, 2018.

En su integración territorial, el Censo de Población y Vivienda 2010 reconoce la existencia de 20,047 localidades o asentamientos humanos que van desde las principales ciudades hasta poblaciones de uno y dos habitantes. Del total, 19,873 son rurales con menos de 2,500 habitantes, y 14,585 menores de 100 habitantes, que demuestra un alto grado de dispersión de la población rural. Para 2015 el número de localidades se incrementó a 22,417. El crecimiento de los asentamientos humanos rurales se debe a la formación de localidades que en promedio tienen menos de 150 habitantes.

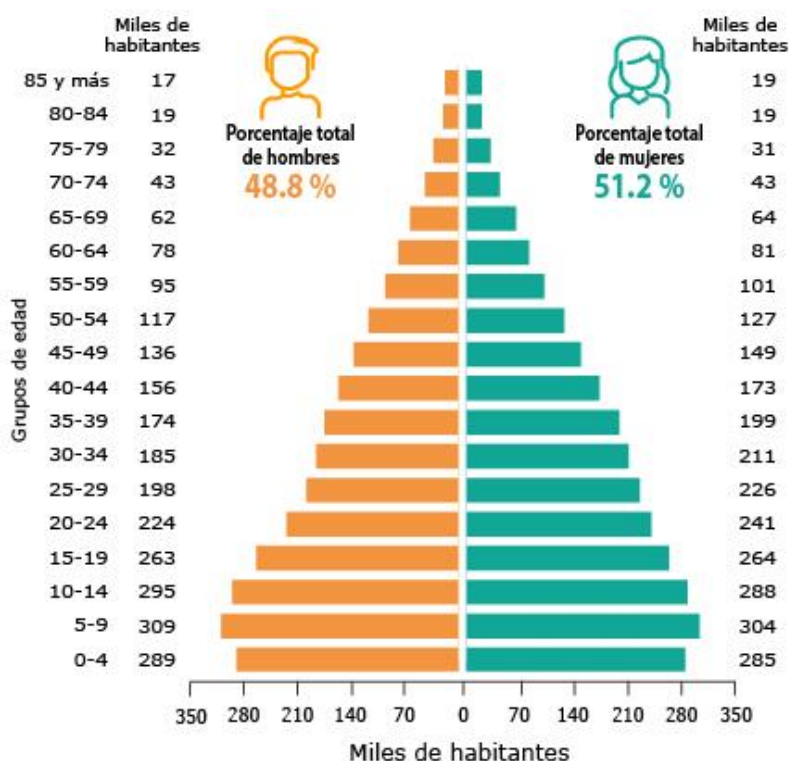
La propiedad social, que comprende los regímenes de tenencia ejidal y comunal, ocupa dos tercios del territorio estatal y está sujeta de manera directa a la administración de las asambleas ejidales y comunales. La Carta Catastral del Estado publicada por el INEGI y el Registro Agrario Nacional indican que la propiedad privada ocupa 28% del territorio estatal y la federal 6%. La información del Marco Censal Agropecuario del INEGI muestra que los terrenos que comprenden la propiedad social son 51% bosques y selvas, 24% pastizales naturales e inducidos ocupados en la ganadería y 23% dedicados a la agricultura.

La Población Económicamente Activa (PEA) de Chiapas se estima en 1,921,492 personas, según el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) de 2019. Esta población está compuesta por personas de 15 años o más que trabajan por cuenta propia o por cuenta ajena, o bien, están buscando empleo.

El estado de Chiapas ocupa el lugar número 15 a nivel nacional en PEA, con el 6.7% del total de la PEA mexicana. Los sectores de servicios, industria y construcción concentran el 65.3% de la PEA del estado. El empleo informal es el más común en Chiapas, con 815,732 personas (42.2%).

La PEA de Chiapas se divide en una cantidad de personas de 15 a 29 años, que representan el 41.2% de la PEA (787,896 personas). Estas personas buscan trabajo en el sector informal, en la agricultura, pequeños negocios y comercio.

En general, la PEA de Chiapas es mayoritariamente rural, con el 59.7% de los trabajadores (1,133,913 personas) provenientes de zonas rurales. La PEA rural está compuesta principalmente por trabajadores del sector primario de la economía, especialmente en agricultura.



Gráfica 1. Censo de población y vivienda. INEGI 2020.

El rezago social en Chiapas se refiere a los problemas de desigualdad, falta de acceso a recursos, educación, salud, nutrición y empleo que enfrentan las comunidades indígenas y la población rural del estado. Estas comunidades enfrentan dificultades de

distribución de recursos, falta de acceso a servicios básicos, pobreza y otros problemas. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 51.3 % de la población de Chiapas vive en pobreza extrema. Además, el estado es el tercero más pobre de la República Mexicana, sólo después de Oaxaca y Guerrero respectivamente.

Otros problemas de rezago social que afectan a Chiapas incluyen la desnutrición, el alto índice de analfabetismo, la falta de acceso a agua potable, la falta de servicios de salud adecuados, la inseguridad y la violencia. Las comunidades indígenas son vulnerables a estos problemas por su falta de acceso a recursos y servicios. Además, la violencia ha aumentado en los últimos años debido a la disputa por los recursos naturales, especialmente la tierra. Esto ha llevado a la migración forzosa de muchas comunidades, lo que ha contribuido a la desigualdad social y al rezago social en el estado.

Entidad Federativa	Grado de rezago social 2000	Grado de rezago social 2015	Lugar en el contexto nacional 2000	Lugar en el contexto nacional 2015
Oaxaca	Muy alto	Muy alto	2	1
Guerrero	Muy alto	Muy alto	3	2
Chiapas	Muy alto	Muy alto	1	3
Veracruz	Muy alto	Muy alto	4	4
Puebla	Alto	Alto	5	5
Michoacán	Alto	Alto	8	6
San Luis Potosí	Alto	Alto	7	7
Hidalgo	Alto	Alto	6	8
Campeche	Alto	Alto	9	9
Yucatán	Medio	Alto	12	10
Nayarit	Medio	Medio	17	11
Durango	Medio	Medio	16	12
Guanajuato	Medio	Medio	13	13
Tabasco	Medio	Medio	10	14
Tlaxcala	Medio	Medio	14	15
Morelos	Medio	Bajo	18	16
Zacatecas	Medio	Bajo	11	17
Baja California Sur	Bajo	Bajo	25	18
Quintana Roo	Medio	Bajo	20	19
Querétaro	Medio	Bajo	15	20
Sinaloa	Medio	Bajo	19	21
México	Bajo	Bajo	21	22
Tamaulipas	Bajo	Bajo	22	23
Chihuahua	Bajo	Bajo	26	24
Sonora	Muy Bajo	Bajo	27	25
Colima	Bajo	Bajo	24	26
Jalisco	Bajo	Bajo	23	27
Baja California	Muy Bajo	Bajo	28	28
Aguascalientes	Muy bajo	Muy bajo	29	29
Coahuila	Muy bajo	Muy bajo	30	30
Ciudad de México	Muy bajo	Muy bajo	31	31
Nuevo León	Muy bajo	Muy bajo	32	32

Tabla 1. Grado de rezago social de las entidades federativas. CONEVAL, 2020.

En Chiapas, el acceso a los servicios de salud es limitado, sobre todo por la falta de financiamiento y recursos para la atención médica. La mayoría de los recursos se destinan a la atención de enfermedades graves, dejando a los pacientes con trastornos menos graves sin atención. Además, muchos de los hospitales y clínicas carecen de equipos adecuados y personal calificado. Esto se ve agravado por la situación económica

de la región, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud para la mayoría de la población. La falta de educación sobre salud también contribuye a la situación, ya que muchas personas no conocen bien sus derechos y no tienen los medios para exigir una atención adecuada.

Componentes	Porcentaje						Miles de personas					
	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Población afiliada al Seguro Popular	30.2	48.6	61.1	67.0	71.8	69.4	1,445.0	2,394.2	3,095.6	3,484.3	3,831.0	3,793.7
Población afiliada al IMSS	8.1	10.6	10.1	9.7	11.6	9.5	388.2	520.7	512.2	505.6	620.7	519.2
Población afiliada al ISSSTE	4.3	4.2	3.2	3.6	3.1	4.1	204.1	207.4	162.4	186.6	167.3	222.2
Población afiliada al ISSSTE estatal	1.6	1.5	1.8	1.3	1.7	1.0	78.9	72.8	90.7	69.0	89.0	53.1
Población afiliada a PEMEX, Defensa o Marina	0.3	0.3	0.5	0.8	0.4	0.4	15.0	14.9	23.0	41.1	20.0	21.1
Población con seguro privado de gastos médicos	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.2	2.9	4.8	7.3	9.2	16.8	8.2
Población con acceso a servicios médicos por seguridad social indirecta	1.1	1.1	1.0	0.9	1.0	0.8	51.0	53.8	51.9	45.4	55.3	41.1
Población afiliada a otra institución médica distinta de las anteriores	3.7	0.7	0.5	0.7	0.7	0.5	176.5	32.4	23.7	35.8	37.3	29.5

Tabla 2. Incidencia y número de personas en los componentes del indicador carencia por acceso a los servicios de salud en Chiapas, 2008-2018. CONEVAL, 2020.

En Chiapas, el acceso a los servicios básicos de vivienda es un gran problema. Según el último informe del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la mayoría de los hogares en la entidad carece de agua potable, alcantarillado, energía eléctrica y drenaje. Además, el estudio destaca que la población rural es la más afectada, con el 81.6% de los hogares careciendo de al menos uno de estos servicios. La falta de estos servicios básicos afecta la calidad de vida de la población, ya que el acceso a una vivienda segura y saludable es un derecho humano básico.

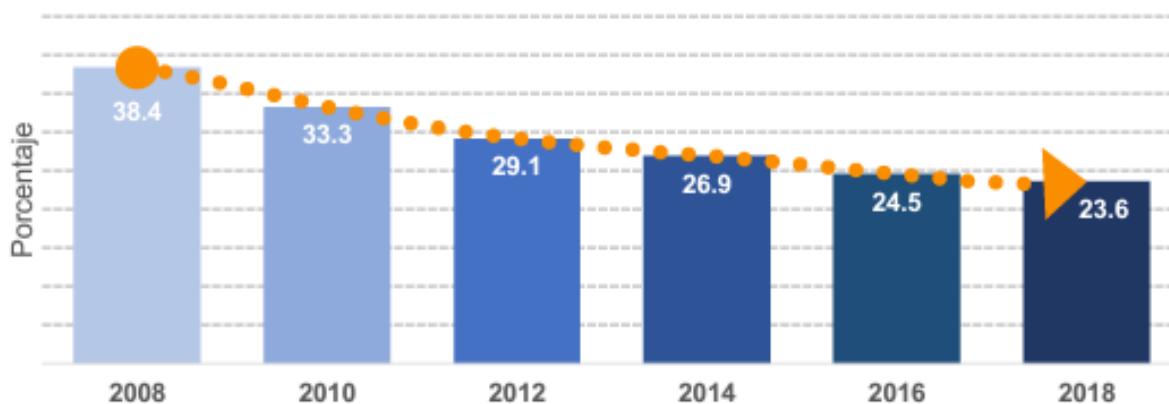
Además del acceso a los servicios básicos, el informe también señala que el nivel de vivienda en Chiapas es uno de los más bajos de México. Según el informe, el 40% de los hogares en la entidad vive en condiciones precarias y el 15% no tiene acceso a una vivienda segura y saludable. Esto significa que hay un gran número de personas que viven en condiciones insalubres, en su mayoría, personas de bajos ingresos. Esta

situación es preocupante, ya que puede afectar la salud de la población, especialmente de los niños.

Para abordar este problema, el gobierno de Chiapas ha implementado varias medidas para mejorar el acceso a los servicios básicos de vivienda. Entre ellas, se destaca el programa "Vivienda Digna", que proporciona un subsidio para la construcción y mejora de viviendas en zonas rurales. Además, el gobierno ha implementado programas para mejorar el acceso a agua potable, energía eléctrica y alcantarillado.

A pesar de estos esfuerzos, Chiapas sigue siendo una de las entidades con el menor acceso a los servicios básicos de vivienda. Por ello, es necesario seguir implementando medidas para mejorar la calidad de vida de la población y garantizar el acceso a una vivienda segura y saludable para todos.

En la siguiente grafica se muestra el avance del indicador de carencia por calidad y espacios de la vivienda en Chiapas entre 2008 y 2018. Se observa una disminución de 14.8 puntos porcentuales en este periodo. En términos absolutos, se traduce en una disminución de aproximadamente 545,200 personas en esta situación, al pasar de casi 1,833,800 en 2008 a alrededor de 1,288,600 en 2018.



Gráfica 2. Evolución de la carencia por calidad y espacios de la vivienda en Chiapas, 2008-2018. CONEVAL, 2020.

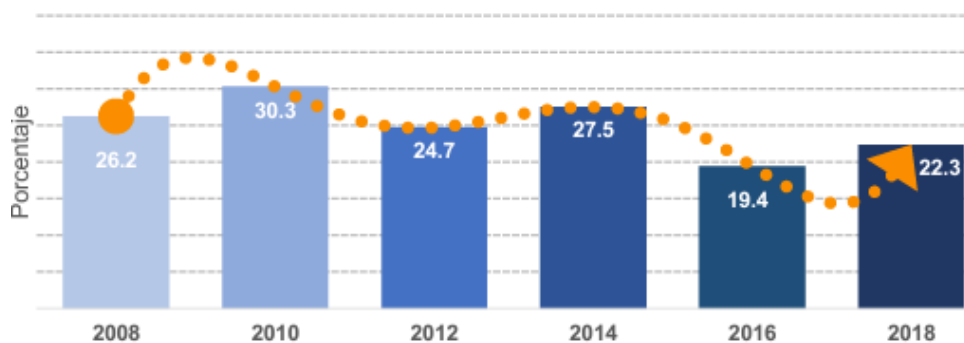
La carencia de alimentos en Chiapas es un problema creciente que afecta a miles de personas. La mayoría de las personas en Chiapas vive en la pobreza y no tienen acceso a alimentos nutritivos suficientes para satisfacer sus necesidades diarias. Esto les obliga a recurrir a la alimentación no saludable, lo que contribuye a los problemas de salud relacionados con la nutrición.

Otra causa de la carencia de alimentos en Chiapas es el acceso limitado a la tierra y los recursos naturales. Muchas personas en esta región no tienen acceso a tierras fértiles, los cuales podrían usar para cultivar sus propios alimentos. Esto también les impide ahorrar dinero para comprar alimentos.

Por último, la falta de oportunidades para generar ingresos y mejorar su calidad de vida también contribuye al problema de la carencia de alimentos en Chiapas. Esto se debe a la escasa oferta de empleo y a la falta de educación adecuada para obtener un trabajo. Esto hace que sea difícil para la gente tener acceso a los alimentos necesarios para mantener una dieta saludable.

Se requiere un esfuerzo conjunto para abordar el problema de la carencia de alimentos en Chiapas. Esto incluye el apoyo de las autoridades locales para mejorar el acceso a la tierra y los recursos naturales, así como la creación de oportunidades de empleo y educación adecuada para mejorar la calidad de vida de la población. Además, se necesitan programas de apoyo para ayudar a las personas a obtener alimentos nutritivos y ahorrar dinero para comprarlos.

En la siguiente grafica se muestra el avance del indicador de carencia por acceso a la alimentación en Chiapas entre 2008 y 2018. Se observa una disminución de 3.9 puntos porcentuales en este periodo. En términos absolutos, se traduce en una disminución de aproximadamente 32,400 personas en esta situación, al pasar de casi 1,253,000 en 2008 a alrededor de 1,220,700 en 2018.



Gráfica 3. Evolución de la carencia por acceso a la alimentación, Chiapas, 2008-2018. CONEVAL, 2020.

En los últimos años, los indicadores de rezago en Chiapas han mejorado significativamente. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Índice de Marginación de Chiapas (IMC) bajó de un valor de 0,637 en 2010 a 0,574 en 2017. Esto significa un descenso del 9.7%. El indicador de rezago educativo también ha mejorado, con el porcentaje de personas de 15 años o más que no saben leer ni escribir reduciéndose de 8.9% en el año 2010 a 7.3% en el año 2017.

Además, según el último censo realizado por el INEGI en el año 2020, el porcentaje de personas que viven en condiciones de pobreza en Chiapas se redujo de 42.2% en el año 2010 a 39.6% en el año 2020. Esto significa un descenso de casi 3 puntos porcentuales en el último decenio. Por otra parte, el porcentaje de personas en extrema pobreza ha disminuido de 16.4% en 2010 a 13.5% en 2020.

En conclusión, los indicadores de rezago en Chiapas han mejorado significativamente en los últimos años. Esto se debe principalmente a los esfuerzos del gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y educativas de la región. Sin embargo, Chiapas aún se ubica entre los primeros estados a nivel nacional con los indicadores más altos de rezago social, por lo que aún es necesario continuar mejorando las estrategias y evaluando resultados.

Mortalidad de Chiapas 2021			
	SIE 10	Causa de muerte	No. de casos
1	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	10,307
2	E00-E90	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	6,665
3	C00-D48	Tumores (neoplasias)	3,844
4	K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	3,583
5	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	3,208
6	U00-U49	Asignación provisoria de nuevas afecciones de etiología incierta o de uso emergente	3,119
7	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1,924
8	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1,900
9	N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	1,437
10	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,159

Tabla 3. Mortalidad en Chiapas. INEGI 2021.

Pese a que en la tabla anterior muestra diferentes causas de muerte en el año 2021, la mortalidad materna es un problema de salud pública en Chiapas. El Estado cuenta con una tasa de mortalidad materna de 82.7 por 100 mil nacimientos vivos, la más alta de México y una de las mayores del continente.

La principal causa de la tasa tan alta de mortalidad materna en Chiapas es el acceso limitado a la atención médica adecuada, especialmente en áreas rurales. El estado tiene una proporción relativamente baja de médicos por cada 100 mil habitantes, lo que contribuye a la falta de acceso a la atención médica. Las mujeres embarazadas también enfrentan obstáculos financieros y culturales para recibir atención médica.

Los problemas de salud materna en Chiapas también están relacionados con el bajo nivel de educación y la falta de información sobre salud sexual y reproductiva. Muchas mujeres no saben cómo cuidar su salud durante el embarazo o cómo prepararse para el parto. Esto contribuye al alto número de muertes maternas en el estado.

Panorama general de Palenque

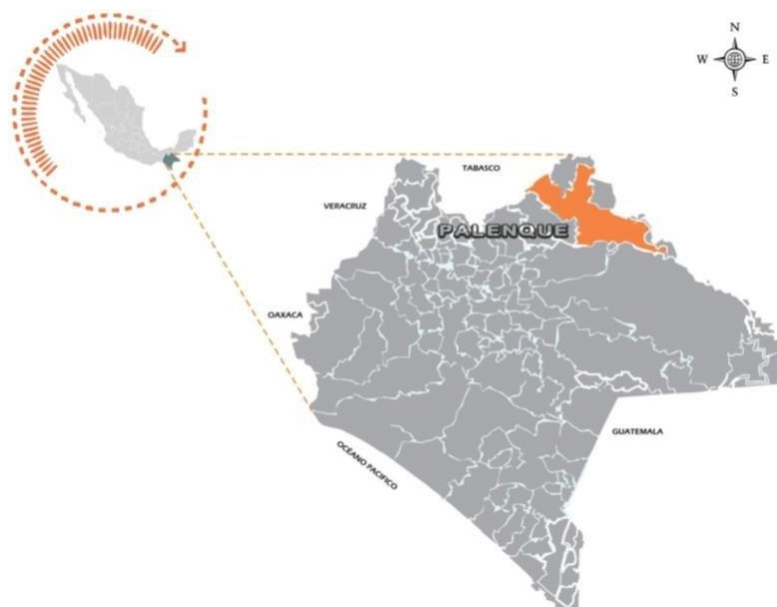
A continuación, se presentará información sobre el municipio de Palenque, ya que a pesar de que Arroyo Granizo pertenece al municipio de Ocosingo, para fines de acceso a servicios de salud se encuentra a menor distancia de cualquier otra cabecera municipal.

Palenque es una ciudad del estado maya de Chiapas, y es uno de los sitios más impresionantes de esta cultura. Ubicada cerca del río Usumacinta, con su principal atractivo turístico la zona arqueológica de Palenque, destacada por su acervo arquitectónico y escultórico.

Palenque se encuentra al sur por la carretera federal a San Cristóbal de las Casas, hacia el sureste por la carretera federal con el sitio arqueológico de Bonampak y la Reserva de la Biósfera de Montes Azules. Debido a su ubicación entre los límites montañosos del norte y oriente del estado de Chiapas y de la llanura del Golfo, el relieve de la localidad es muy variado, con terrenos accidentados y semiplanos.

La localidad de Palenque se encuentra en el municipio de Palenque, el cual limita al norte con el municipio de Catazajá, al este con La Libertad, el Estado de Tabasco y la República de Guatemala, al sur con Ocosingo y Chilón, al oeste con Salto de Agua y el Estado de Tabasco.

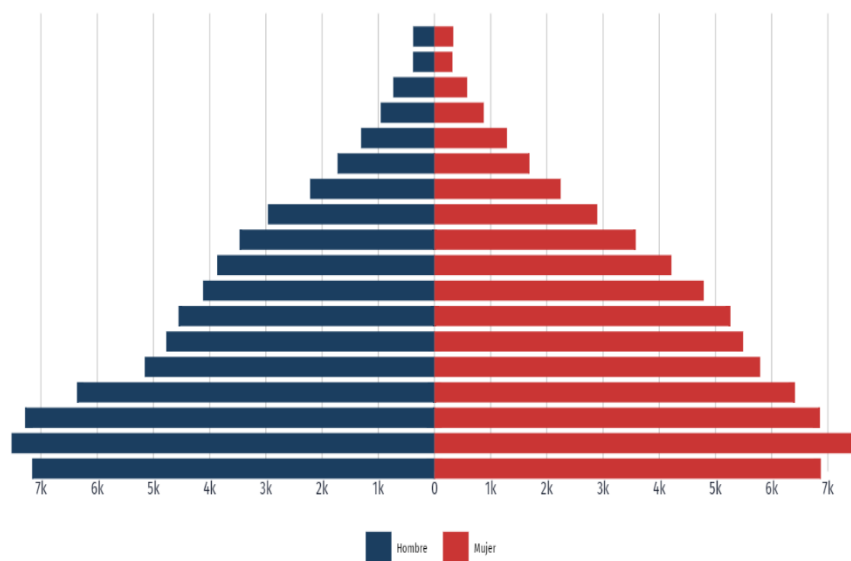
La localidad de Palenque se encuentra a una longitud de 91°58'51.720" W, latitud de 17°30'32.880" N y altitud de 80 m sobre el nivel del mar y tiene una población total de 51, 797 habitantes, ocupando el 0.58% del territorio total del municipio. (INEGI 2021).



Mapa 2. Mapa de Palenque en Chiapas. Gobierno de Chiapas 2015.

Población

La población total de Palenque en 2020 fue 132,265 habitantes, siendo 50.8% mujeres y 49.2% hombres. Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron 5 a 9 años (15,019 habitantes), 10 a 14 años (14,143 habitantes) y 0 a 4 años (14,033 habitantes). Entre ellos concentraron el 32.7% de la población total. (INEGI, Data México 2020)



Gráfica 4. Pirámide poblacional Palenque 2020. INEGI 2020.

Mortalidad.

Como se muestra en la siguiente tabla, analizando los dos primeros lugares y considerando los problemas en la alimentación de la población y la saturación en los servicios de salud. De igual forma es importante considerar la cantidad de personal de salud tan limitado en la región, sin mencionar la falta de infraestructura.

Mortalidad de Palenque 2021			
	SIE 10	Causa de muerte	No. de casos
1	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	381
2	E00-E90	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	141
3	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	77
4	C00-D48	Tumores (neoplasias)	76
5	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	71
6	K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	45
7	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	25
	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	25

8	N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	21
9	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	19
10	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	14

Tabla 4. Mortalidad en palenque. INEGI 2021.

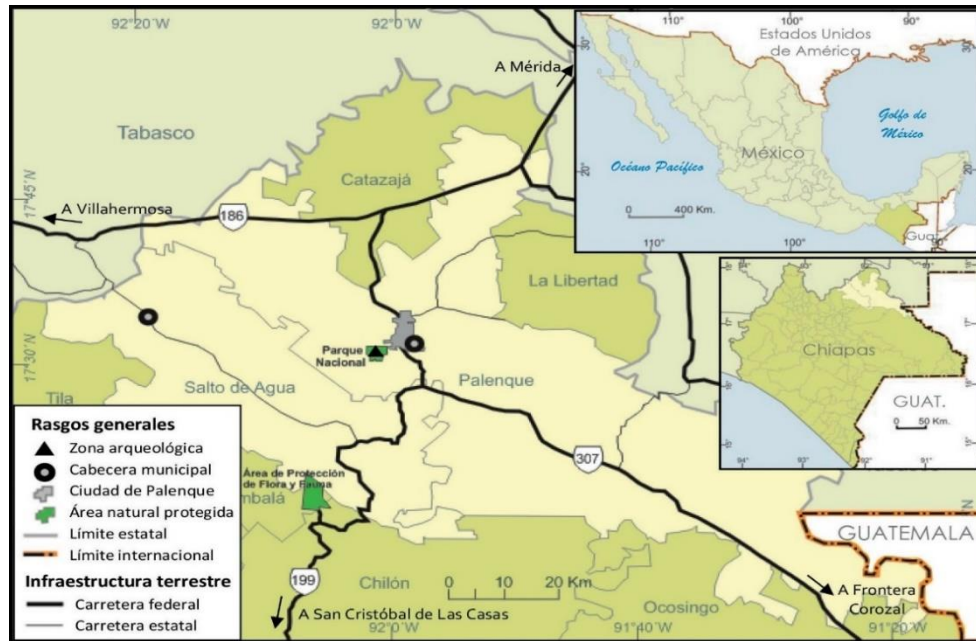
Comunicación y vías de acceso.

Palenque tiene diferentes vías de acceso, incluyendo un aeropuerto y vías de comunicación terrestres; como la carretera federal con rumbo Tabasco y Campeche, diversas carreteras estatales, que ofrecen acceso a diferentes comunidades. Además de contar con una terminal de autobuses con diferentes destinos nacionales. También hay transporte destinado al turismo local de Chiapas con diferentes destinos como lo es San Cristóbal de las Casas, múltiples cascadas y ríos como destinos turísticos y municipios aledaños como lo es Ocosingo. Cabe mencionar que está en marcha la creación del Tren Maya que cruza la localidad, lo que reducirá costos y tiempo de mercancías, pasajeros y turistas en la península, atravesando los estados de Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo, para impulsar la economía regional.



Ilustración 2. Logística del Tren Maya. Gobierno de México 2022.

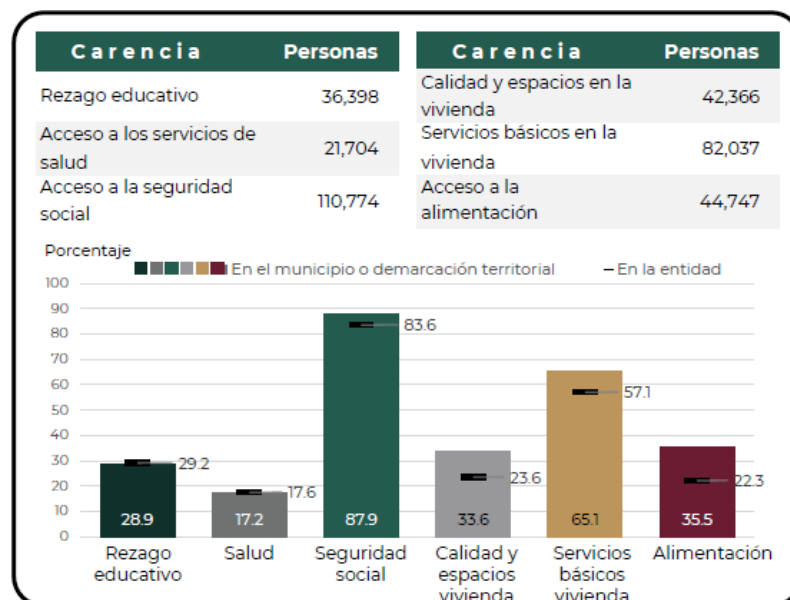
En cuanto al transporte local usado para comercio y transporte de pasajero se cuenta con taxis particulares o compartidos que te llevan por la localidad de palenque o a comunidades cercanas, existen camionetas tipa van o redilas que también incluye viajes dentro de la localidad u otras comunidades un poco más lejanas.



Mapa 3. Infraestructura para el transporte en la localidad de Palenque. INEGI 2017.

Servicios básicos.

Palenque es una ciudad pavimentada, que cuenta con todos los servicios de urbanización, incluyendo servicios de basura municipal, alumbrado público y drenaje. Según INEGI en el 2020 solo el 1.3% de todas las viviendas de la localidad tenían piso de tierra y menos del 0.1% no contaba con algún o ningún servicio de urbanización. Cuenta con servicios de educación pública y privada desde primaria hasta educación media superior.



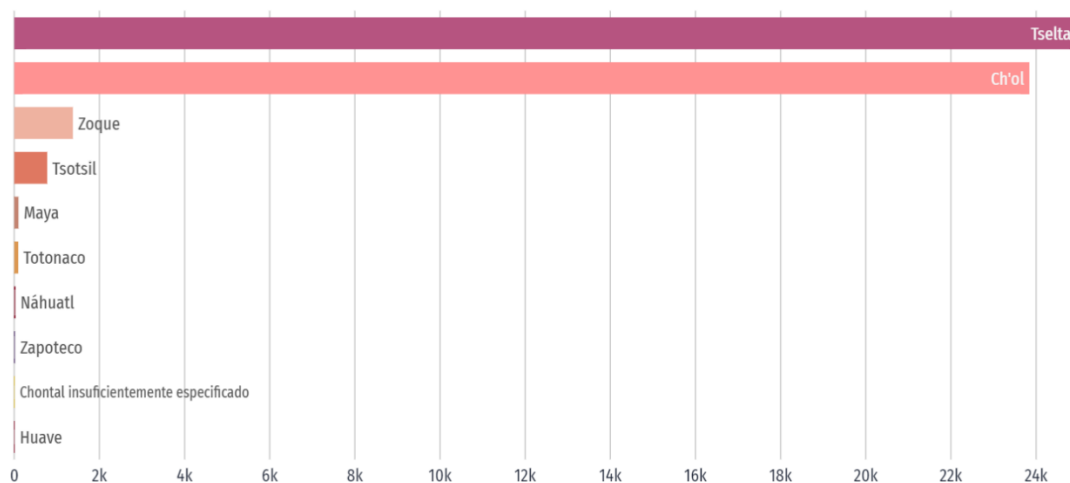
Gráfica 5. Indicadores de carencias sociales en Palenque. CONEVAL 2021.

En la gráfica anterior, hay un alto porcentaje de población con carencias sociales en el municipio de Palenque, entre las que destacan el acceso a la seguridad social, la calidad y espacios de vivienda, servicios básicos en la vivienda y el acceso a la alimentación, ya que el porcentaje es mayor que el estatal.

Cultura

Dentro de la localidad se habla español en su mayoría, inglés en pocos casos para el turismo y algunas lenguas indígenas, ch'ol y tzeltal hablada por nativos de distintas comunidades.

La gráfica 6 principales lenguas indígenas habladas por la población de Palenque. La población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena fue 51.3k personas, lo que corresponde a 38.8% del total de la población de Palenque. Las lenguas indígenas más habladas fueron Tzeltal (25,043 habitantes), Ch'ol (23,842 habitantes) y Zoque (1,377 habitantes). (INEGI 2020)



Gráfica 6. Principales lenguas indígenas habladas por mayores de 3 años en Palenque 2020. INEGI 2020.

En cuanto a la alimentación existe una gran variedad por la disponibilidad de mercados o tianguis en distintos lugares que ofrecen alimentos de la región, varias tiendas de abarrotes distribuidas por la localidad, tiendas Super Sánchez que ofrecen productos de la canasta básica de alimentos, dos centros comerciales Chedraui y Bodega Aurrera, y por último también se encuentran fondas de comida o restaurantes que ofrecen platillos típicos de la región, hasta alimentos internacionales como la pizza o tacos.

Palenque, al ser una ciudad, se convirtió en un centro de comercio importante para diferentes comunidades, que surten productos para sus negocios, incluyendo el comercio farmacéutico, alimenticio, entretenimiento y tecnología, vestimenta entre muchos otros. La localidad cuenta con tiendas departamentales, comercios pequeños, múltiples servicios turísticos incluyendo hospedaje y guías turísticas, también se encuentra el

mercado de artesanías, el acceso a la zona arqueológica, cuentan con balnearios y un zoológico, entre una gran diversidad de negocios.

Salud.

En cuanto a los servicios de salud, se encuentran organizaciones civiles como lo es SADEC, Casa de la mujer, Brigadas de Médicos sin Fronteras, entre otras; cuenta con servicios médicos privados como lo es El Buen Pastor, consultorios particulares y centros asistenciales, que ofrecen servicios de consulta general y especializada en cardiología, oftalmología, ginecología y pediatría principalmente.



Ilustración 3. Casa de la mujer, CAM "Ixim Antsetic". Google maps.

En el sector público de primer nivel se encuentra el Centro de Salud de Palenque y en segundo nivel se cuenta con el Hospital General de Palenque (HGP) con 60 camas censables y cuenta con una plantilla personal de 542 trabajadores. La Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud emite anualmente un documento llamado "Observatorio de Desempeño Hospitalario" el cual nos hace referencia de los estándares de comparación en el ámbito nacional de los servicios de unidades Hospitalarias. Tomando en cuenta el mencionado documento que se realizó en el año 2011 se hace un análisis profundo de la situación en la que se encuentra el Hospital General Palenque obteniendo como resultado lo siguientes puntos:

1. El número de camas como indicador de 1 cama cada 1,000 habitantes, en el HGP es de 0.23 que se encuentra por debajo del estándar nacional y estatal que son de 0.6 y 0.4 respectivamente.
2. En cuanto a quirófanos por 100,000 habitantes el indicador en el Hospital General Palenque es de 0.77 muy por debajo del estándar nacional y estatal de 2.8 y 2.0 respectivamente.
3. Referente al recurso humano encontramos que en el Hospital General Palenque se cuenta con 93 médicos en contacto con pacientes de los cuales el 47.31% son médicos generales, el 36.56% médicos especialistas y el 16.13% son médicos en

adiestramiento, que al realizar en análisis del perfil del médico encontramos que hay un sobre abasto de médicos generales y un déficit de médicos especialistas tomando en cuenta que a nivel nacional el promedio es de 18% de médicos generales, 58% de médicos especialistas y 24% en adiestramiento. Lo anterior se ve reflejado en una baja capacidad resolutive por falta de personal especializado para la demanda que se presenta.

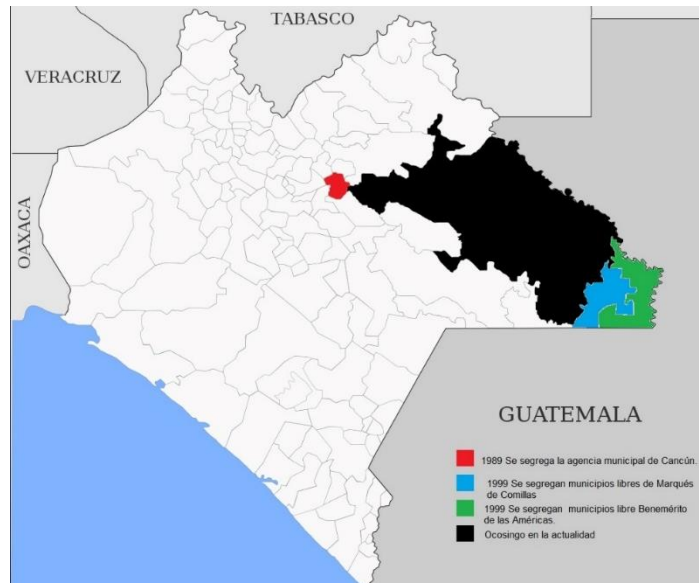


Ilustración 4. Hospital General de palenque. Google maps.

Panorama general de Ocosingo

Ocosingo es una ciudad ubicada en el estado mexicano de Chiapas. Está al sureste del estado, a 44 km al sur de Palenque, en el corazón de los Altos de Chiapas, cerca de la frontera con Guatemala. Está rodeada de montañas y selva tropical.

La economía de Ocosingo se basa principalmente en la agricultura, la ganadería y la explotación forestal. Las principales cosechas son el café, el algodón, el maíz y el cacao. La industria local incluye la producción de muebles y artesanías. Además, el turismo está creciendo rápidamente. La ciudad tiene atracciones turísticas, como la Reserva de la Biosfera Montes Azules, el Bosque Lacandón y la ciudadela maya de Palenque.



Mapa 4. Ocosingo en el tiempo. Chiapas en el mundo 2020.

En los últimos años, Ocosingo ha experimentado una fuerte inmigración de personas de otros estados mexicanos buscando trabajo y un nuevo comienzo. Esta inmigración ha cambiado la población, la economía y la cultura de la ciudad.

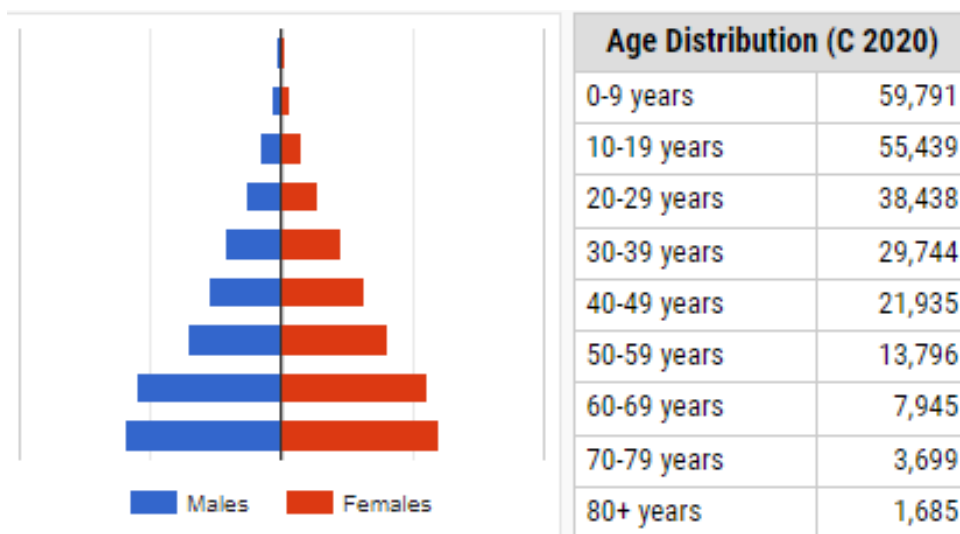
El municipio de Ocosingo al ser el municipio más grande del estado de Chiapas cuenta con una extensión territorial de 9520.117 km², extendiéndose por todo el oriente del estado hasta los límites con Guatemala en el río Usumacinta. Sus coordenadas son 16° 05' - 17° 15' de latitud norte y 90° 39' - 92° 22' de longitud oeste.

Limita al norte con el municipio de Palenque, al sur con los municipios de Altamirano, las Margaritas y Maravilla Tenejapa, al sureste con Marqués de Comillas, al oeste con los municipios de Chilón, Oxchuc y San Juan Cancuc, incluyendo en su territorio gran parte de la selva Lacandona.

De acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda de 2020 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la población total de Ocosingo es de 234 661 habitantes, lo que representa un crecimiento promedio de 1.7% anual en el período 2010-2020 sobre la base de los 198 877 habitantes registrados en el censo anterior. Al año 2020 la densidad del municipio era de 24,49 hab/km².

El 49.3% de los habitantes (115 769 personas) eran hombres y el 50.7% (118 892 personas) eran mujeres. El 78.1% de los habitantes mayores de 15 años (111 544 personas) estaba alfabetizado. El 84.54 % (198 387 personas) eran indígenas.

En el año 2020 estaba clasificado como un municipio de grado alto de vulnerabilidad social, con el 46.2% de la población en situación de pobreza moderada y 46.3% en situación de pobreza extrema. La población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 5.22%, mientras que la población vulnerable por ingresos fue de 0.95%.



Gráfica 7. Pirámide poblacional por grupo de edades del municipio de Ocosingo. Citypopulation 2021.

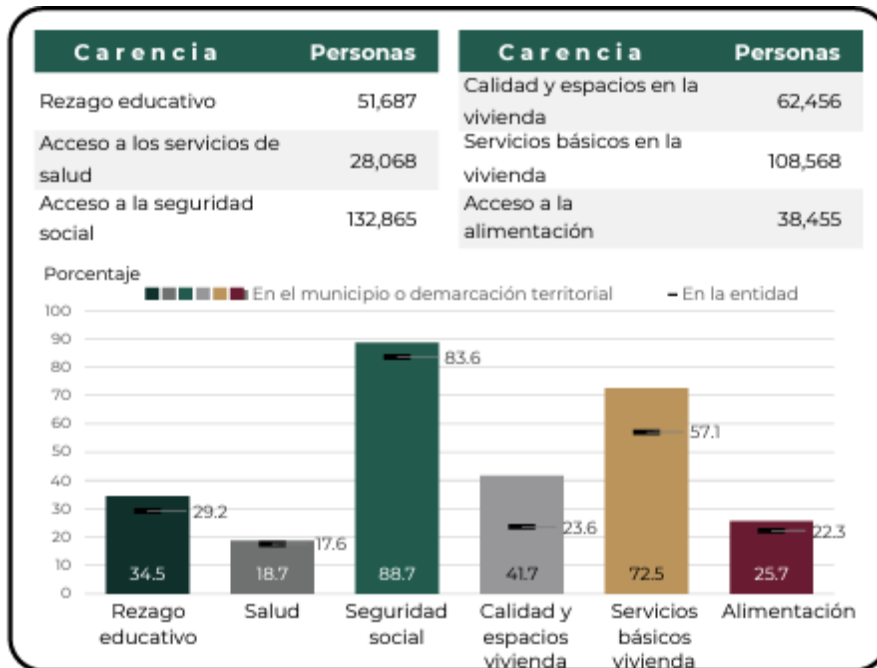
Ocosingo tiene diferentes vías de acceso principalmente la carretera federal que parte de Palenque, que atraviesa San Cristóbal de las Casas y otros poblados, y hay alternativas de rutas terrestres por carreteras estatales atravesando múltiples comunidades. En la localidad también hay terminal de autobuses que te llevan a diferentes destinos. Ocosingo no cuenta con aeropuerto o vía ferroviaria.

Otros transportes locales son los taxis compartidos o camionetas tipo van o redilas, dedicadas al comercio, transporte de pasajeros y turismo, los cuales cuentan con múltiples destinos a diferentes comunidades aledañas u otros poblados.



Mapa 5. Principales vías de comunicación en la región. Maps of Chiapas.

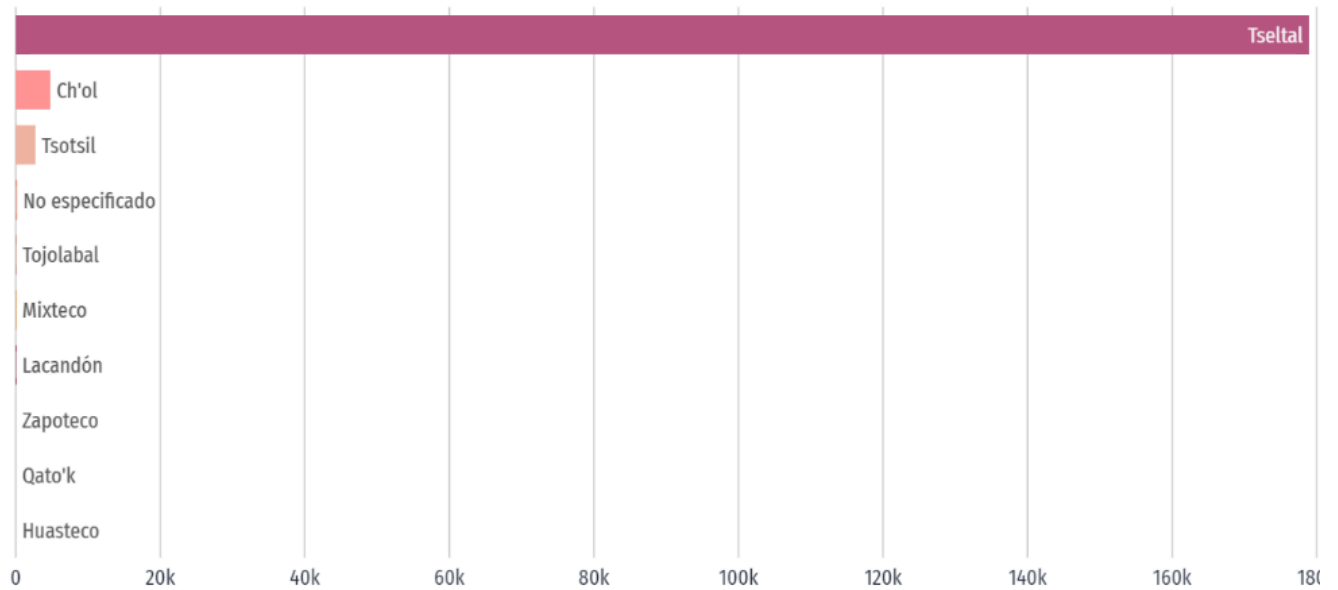
Ocosingo al ser el municipio con mayor extensión territorial y el octavo con relación a la concentración de población, muestra diferentes panoramas sobre las carencias sociales en las diferentes comunidades, observando una gran desigualdad social, ya que la mayor parte de su población se encuentra en pobreza extrema con un total de 75'917 según el informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2021. Como se observa en la siguiente gráfica, los indicadores de calidad y espacios de vivienda junto a los servicios básicos de vivienda están muy arriba en el porcentaje comparado con el obtenido por la entidad federativa, sin dejar de lado los otros indicadores.



Gráfica 8. Indicadores de carencias sociales en Ocosingo. CONEVAL 2021.

Respecto a la educación en Ocosingo, existen múltiples primarias públicas y privadas en la región, contando con múltiples secundarias, entre las que destacan la telesecundaria “José María Morelos y Pavón” y la secundaria técnica N°16 y N°47, incluyendo múltiples colegios que integran el nivel de secundaria y bachillerato, como los son el Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario N°91, El Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica 262 "CONALEP 262" El Colegio De Bachilleres de Chiapas N°16; para el nivel de educación superior, existen múltiples universidades distribuidas en la región, limitadas con planes de estudios solo para algunas carreras, destacando la Universidad Tecnológica de la Selva.

Las lenguas indígenas que se hablan en este municipio son el tzotzil y el ch’ol. El español también es hablado por la mayoría de la población. El tzotzil es la lengua materna de la mayoría de la población de Ocosingo, aunque el ch’ol también se habla en algunas comunidades. La gráfica 7 muestra las principales lenguas indígenas habladas por la población de Ocosingo. La población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena fue 187k personas, lo que corresponde a 79.6% del total de la población de Ocosingo. Las lenguas indígenas más habladas fueron Tseltal (178,952 habitantes), Ch’ol (4,773 habitantes) y Tsotsil (2,714 habitantes)



Gráfica 9: Principales lenguas indígenas habladas por la población de 3 años y más en Ocosingo.

La localidad de Ocosingo es un centro de comercio para múltiples comunidades y otros municipios, destacando actividades como la ganadería y la agricultura. Existen una gran variedad de negocios destinados al turismo, múltiples restaurantes que ofrecen variedad de alimentos, centros comerciales con tiendas tipo super, entre otros.

Salud

En Ocosingo hay muchos servicios de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas a los que puedes acudir, entre los que destacan:

1. Hospital General de Ocosingo: Ofrece servicios de atención médica y quirúrgica de urgencia, cirugía general, ginecología, pediatría, traumatología, cardiología, medicina interna, neurología, diagnóstico por imagen, laboratorio clínico, terapia intensiva, hemodinamia y emergencias.
2. Centro de Salud Mental Ocosingo: Esta clínica ofrece servicios de salud mental, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos alimentarios, trastornos del comportamiento infantil, trastornos de la conducta, trastornos de la sexualidad, trastornos del sueño, entre otros.
3. Centro de Salud Ocosingo: Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental, enfermedades infecciosas, nutrición y dietética, salud bucal, medicina general, salud ocupacional, salud reproductiva, visual, auditiva, laboral, maternal y neonatal, entre otros.
4. Clínica de Salud Ocosingo: Esta clínica ofrece servicios de medicina general, medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología, endocrinología, traumatología, urología,

cardiología, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, rehabilitación y terapia física, entre otros.

5. Unidad de Salud Ocosingo: Esta unidad ofrece servicios de atención médica de urgencia, medicina general, cirugía general, ginecología, pediatría, traumatología, cardiología, medicina interna, diagnóstico por imagen, laboratorio clínico, rehabilitación y terapia física, entre otros.

Incluyendo el hospital rural del IMSS y el hospital básico comunitario 20 camas; también existen una gran cantidad de farmacias y consultorios particulares.



Ilustración 5. Hospital Básico "20 camas" de Ocosingo. Google maps.

En la siguiente tabla se muestran las 10 principales causas de muerte en el municipio de Ocosingo en el año 2021; considerando que es uno de los municipios con mayor población del estado de Chiapas, sus cifras son menores en comparación con otros.

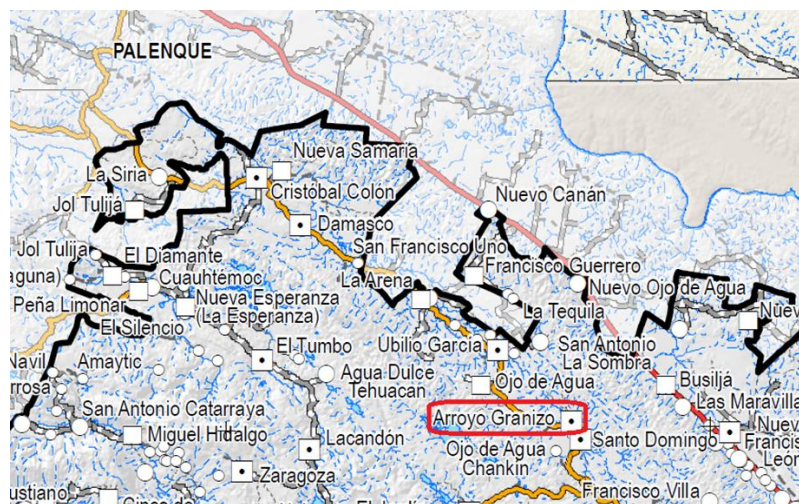
Mortalidad de Ocosingo 2021			
		Causa de muerte	No. de casos
1	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	207
2	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	189
3	E00-E90	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	160
4	C00-D48	Tumores (neoplasias)	88
5	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	68
6	K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	66
7	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	33
8	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	30
9	N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	29
10	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	23

Tabla 5. Mortalidad en Ocosingo. INEGI 2021

Panorama general de Arroyo Granizo

La localidad de Arroyo Granizo se ubica a una longitud de 91°25'27.360" W y latitud de 17°02'10.399" N con altitud de 454 m sobre el nivel del mar dentro del municipio de Ocosingo. Su población total es de 1032 habitantes, por lo que es catalogada como un poblado tradicional, con 513 mujeres y 519 hombres, siendo el 100% de la población indígena (INEGI, 2020)

Aunque en un censo realizado por promotores de salud hace 3 años arroja una población de cerca de 2000 personas entre zapatistas y partidistas (Medardo 2022)



Mapa 6. Carretera federal hacia Arroyo Granizo. CEIEG 2020.

Arroyo Granizo se encuentra a 73.0 kilómetros (en dirección Este) de la localidad de Ocosingo, que es la que más habitantes tiene dentro del municipio, para llegar a la comunidad desde Palenque existen dos sitios de combis, las cuales se toman cerca del hospital general de Palenque, se dirigen por la carretera federal, la cual cruza por varios poblados hasta llegar a la comunidad de Arroyo Granizo con transcurso del tiempo de aproximadamente 2 horas y 30 minutos.

Arroyo granizo no está pavimentando, exceptuando la carretera que lo atraviesa, es una comunidad que no cuenta con todos los servicios de urbanización, el 40% de las viviendas cuenta con piso de tierra y el 100% con techo de lámina, cabe mencionar que, en su totalidad, la comunidad cuenta con abasto de agua desde un manantial y río distribuidos por tuberías, el cual se ve comprometido en época de lluvias por la basura y ramas de árboles arrastrados por la corriente en estas fechas. La comunidad no cuenta con servicios de recolecta de basura municipal por lo que la mayoría de los pobladores queman su basura, y otros la desechan por las calles por lo que existe mucha basura en algunas calles; solo un poco más de la mitad de la comunidad cuenta con alumbrado público y un alrededor de una docena de viviendas no cuentan con servicios de electricidad los cuales se ven afectados de igual forma por lluvias; cerca del 75% de las viviendas cuentan con excusado o sanitario tierra y en su totalidad cuentan con servicios básicos o al menos uno de ellos, ya sea luz, agua o drenaje. (INEGI 2020)

La lengua que se habla en la comunidad es el Tzeltal, que se habla por el 100% de la población, también se habla español, aunque en su mayoría es hablado por la persona a cargo de la familia ya que es la que se dedica a realizar las compras en la cabecera municipal o la que se encarga del negocio del hogar, siendo casi en su totalidad el hombre de la casa, de esta manera se observa aun una cultura machista.



Ilustración 6. Panorámica del parque central de Arroyo Granizo. Google maps.

La comunidad de Arroyo Granizo está dividida por dos grupos sociopolíticos, los partidistas y el Ejército Zapatista de Liberación Nacional, por lo que hay escuelas dedicadas a cada grupo, 2 tipos de oficiales del orden para la comunidad y administraciones diferentes para la organización de la comunidad, de los cuales el EZLN junta con el buen gobierno formado por individuos de la sociedad que cumplen diferentes roles; también se distingue respeto a los servicios de salud ofrecidos por el EZLN.

La comunidad cuenta con escuela primaria tanto para hijos de familias partidistas y la escuela del EZLN, existe una secundaria, pero no cuentan con preparatoria, ni educación superior. Los niños que continúan estudiando se dirigen al COBACH más cercano, que está en la comunidad Santo Domingo, a unos 30 minutos de pie.

Los negocios comunitarios se basan en una tienda de abarrotes, tiendas de ropa y, en menor medida, venden productos de jardín, productos de maíz y cenas como tamales, empanadas y tacos en el mismo pueblo. La dieta se basa en productos derivados del maíz, frijol y plátano. La carne y las verduras que no son de cosecha propia son difíciles de conseguir, ya sea por la disponibilidad en las tiendas de comestibles o por la asequibilidad. Por lo que la comunidad también pesca o recolecta caracoles o cangrejos para su alimentación diaria. Toda la población toma agua de la llave. La comunidad también cuenta con una tienda DICONSA.



Ilustración 7. Tienda DICONSA en Arroyo Granizo. Foto: MPSS Álvarez.

La comunidad cuenta con un centro de salud por parte de Secretaría de Salud, el cual la mayor parte del tiempo se encuentra cerrado y solo se abre en casos de campañas de vacunación a cargo del servicio de enfermería. No ofrecen servicios de consulta.

Por parte del EZLN cuentan con la clínica autónoma “Lorenzo Espinoza”, a cargo de un grupo de promotores de salud, la cual ofrece servicios de consulta general y farmacia todo el año y en casos de urgencias se atiende las 24 horas del día. La clínica autónoma tiene un vínculo estrecho con la asociación civil SADEC, por lo que la mayor parte del año cuenta con un médico pasante apoyando en la consulta y la formación de nuevos promotores con múltiples cursos y capacitaciones; también ofrece recursos y material médico; la organización del EZLN cuenta de igual forma con parteras reconocidas por sus comunidades.

Ya que la Secretaría de Salud no tiene atención médica en Arroyo Granizo, se creó una red de apoyo entre la clínica autónoma del EZLN y el Hospital Básico Comunitario en la comunidad vecina Santo Domingo, que se encuentra a 10 minutos en carro aproximadamente. El Hospital Básico Comunitario cuenta con área de urgencias médicas y consulta externa, incluyendo un servicio de laboratorio.

Pese a que cuenta con los servicios ya mencionados, múltiples familias de diferentes comunidades prefieren recibir la atención en la clínica autónoma, ya que el hospital ha recibido múltiples quejas por discriminación, abuso de autoridad, clasismo, o simplemente comentan que les han negado la atención a los pacientes; también comentan les han hecho pagar por los servicios ofrecidos y en casos que se ha requerido la ambulancia para traslado a otro hospital, se les ha cobrado la gasolina llegando al destino o la ambulancia está en reparación, cabe mencionar que la mayoría de los casos el hospital no cuenta con personal suficiente, incluyendo médicos, enfermeros, laboratoristas, camilleros o conductor de la ambulancia.





Ilustración 8. Centro de salud de Secretaría de salud junto a la Clínica Autónoma “Lorenzo Espinoza” del ELNZ, Foto: Álvarez.

Panorama general de Chilón

El municipio de Chilón se encuentra al noreste del estado de Chiapas, en la región socioeconómica Tulijá-Tseltal-Chol; tiene una superficie aproximada de 1680 km², sus coordenadas geográficas son 92°24'08.28" W, 91°38'52.44" W de longitud oeste y 16°56'12.12" N 17°16'38.28" N de latitud norte.

Limita al noreste con el municipio de Palenque, al noroeste con el municipio de Tumbalá, al norte con el municipio de Salto de Agua, al oeste con el municipio de Yajalón, al sureste con el municipio de Ocosingo y al suroeste con los municipios de Pantelhó, San Juan Cancuc y Sitalá.

Mapa 7. Ubicación de Chilón en Chiapas. Mapas de Chiapas 2015.

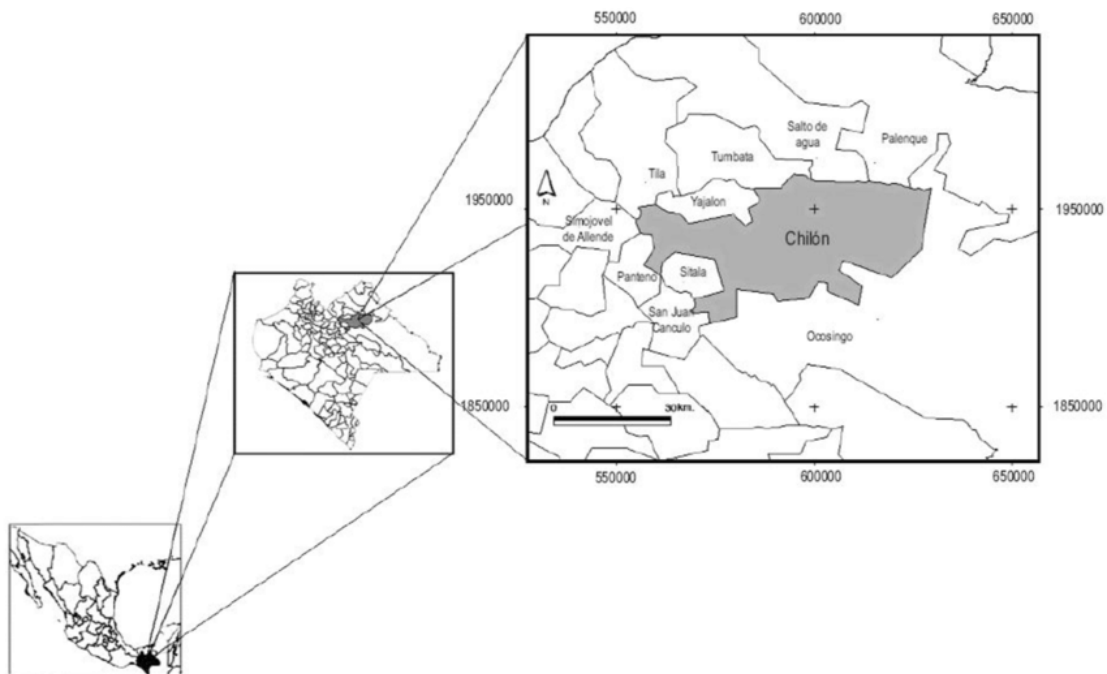
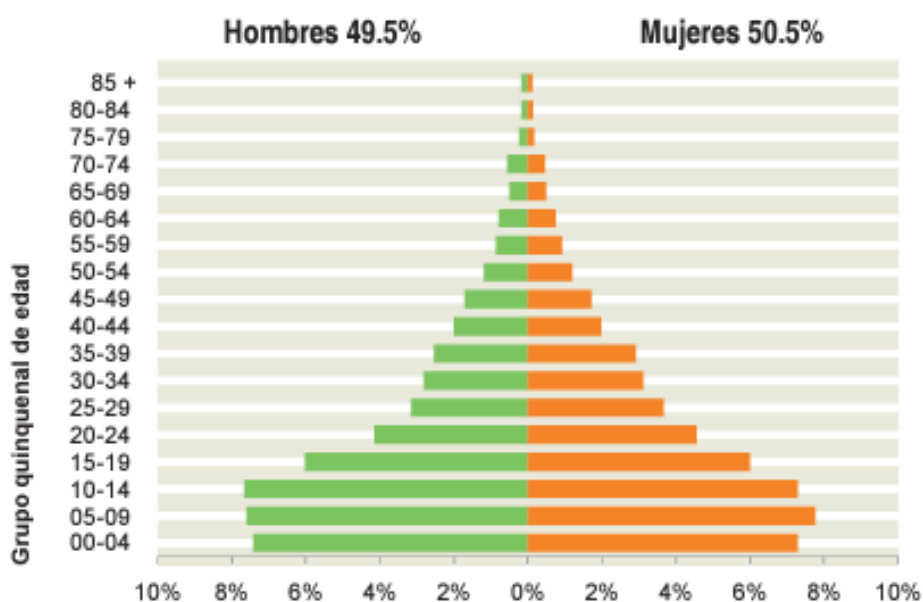


Ilustración 9. Hospital Básico Comunitario en Santo Domingo. Foto Terrats.

Según INEGI 2020, la población total del municipio es de 137 262 habitantes, lo que representa un crecimiento promedio del 2,1% anual en el período 2010-2020 sobre los 111 554 del censo anterior. Al año 2020 la densidad del municipio era de 81,72 hab/km².

El 49% de los habitantes eran hombres y el 51% eran mujeres. El 73.4% de los habitantes mayores de 15 años estaba alfabetizado y prácticamente el 100% de la población es indígena; Según los datos obtenidos en el censo de 2020, la situación de pobreza extrema afectaba al 53.2% de la población.

En la siguiente gráfica se mostrará la pirámide poblacional del municipio de Chilón en el año 2010 según los datos de INEGI, lo que nos permite una comparativa entre los datos obtenidos en el 2020, mostrando un aumento en la densidad poblacional.



Gráfica 10. Pirámide poblacional del municipio de Chilón. INEGI 2010.

Según datos del censo de 2010 la población del municipio se concentraba en 618 localidades, de las cuales 586 eran pequeños núcleos urbanos de menos de 500 habitantes.

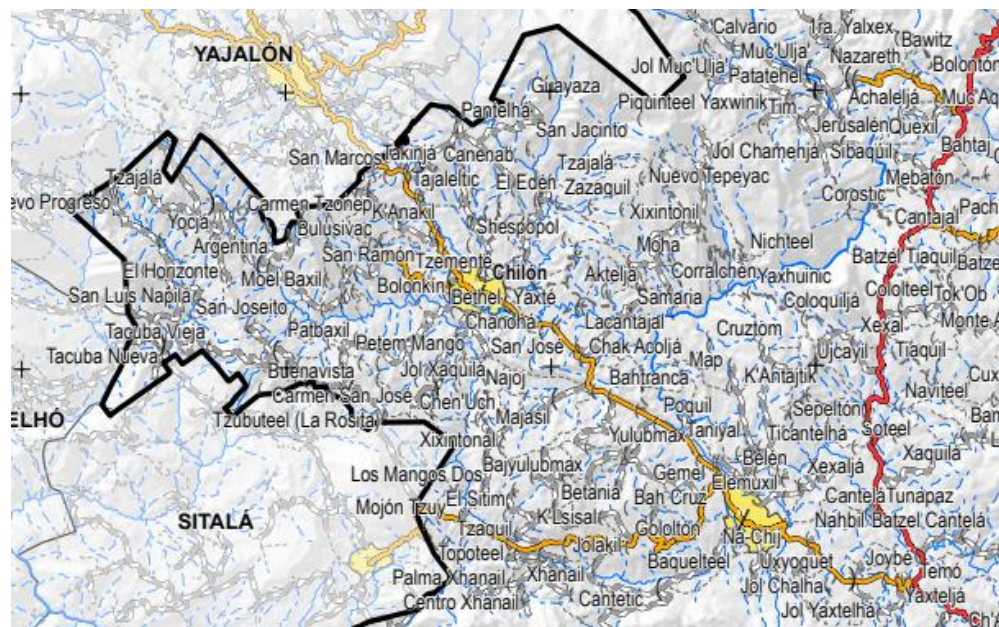
La información relevada en el censo de 2020 señala que las 15 localidades más pobladas en orden de mayor a menor población son:

1. Chilón la cabecera municipal con 8982 personas
2. Bachajón con 6677 personas
3. Guaquitepec con 3511 personas
4. Tzajalá con 2882 personas
5. Alán-Sac'jún con 1782 personas
6. San Jerónimo Tulijá con 1763 personas
7. Tacuba Nueva con 1581 personas

8. San Antonio Bulujib con 1522 personas
9. El Mango con 1483 personas
10. Tzobojitile Jotoaquil con 1362 personas
11. Jol Sacún con 1280 personas
12. Santiago Pojcol con 1240 personas
13. San José Pathuitz con 1233 personas
14. Chiquinival con 1176 personas
15. Aurora Grande con 1161 personas

Por lo que todas las demás comunidades cuentan con una población menor a 1150 habitantes.

La carretera federal 199 que va de Palenque a Ocosingo es por tierra, para luego atravesando el cruce Temo tomar la carretera estatal hasta la localidad, ya que no tiene aeropuerto o vías férreas que cruzan la zona.



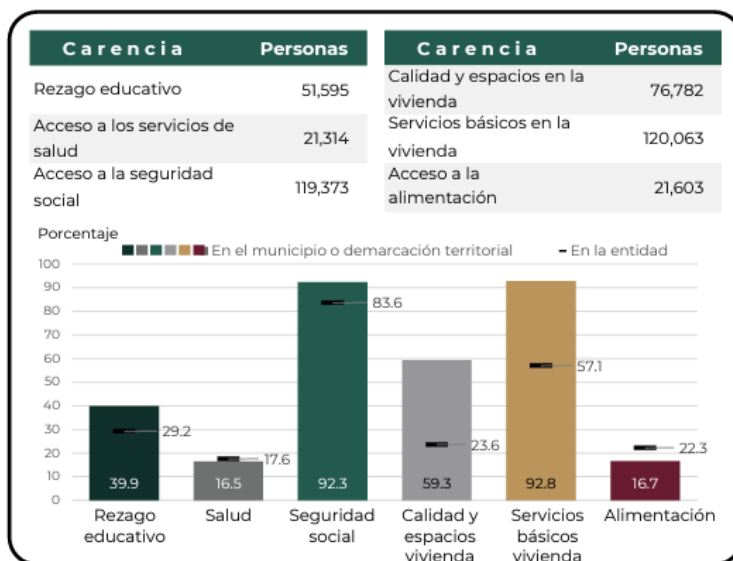
Mapa 8. Comunidades rurales de Chilón. CEIEG 2020.

El transporte a la localidad se realiza en vehículo particular o camionetas y taxis compartidos que tienen bases en los diferentes cruces de la zona; dentro de la localidad existen mototaxis con cuotas dependiendo tu lugar de destino, aunque las tarifas no son altas.

El municipio de Chilón tiene una alta carencia respecto a los servicios básicos y la calidad de las viviendas, respecto a la entidad; según el informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2021 en el municipio de Chilón cuenta con el 29.2% de viviendas con piso de tierra, y hasta un 30.6% con viviendas en hacinamiento. Respecto a los

servicios el 15.1% de viviendas no cuenta con acceso al agua y hasta el 27.9% sin drenaje, mientras que solo el 8.7% no cuenta con electricidad.

En la siguiente gráfica se mostrará los indicadores de carencias sociales en el municipio:



Gráfica 11. Indicadores de carencias sociales en Chilón. CONEVAL 2021.

El municipio de Chilón se encuentra fuertemente influenciado por “La Misión de Bachajón”, la cual comenzó su labor en 1958, y hoy en día cuenta con varias sedes en toda la región. Existen múltiples asociaciones civiles a cargo de la orden jesuita, misma que comenzó con La Misión de Bachajón, entre las que destaca la AC CEDIAC, que cuenta con un gran peso sociopolítico, ya que aún está presente en muchas de las decisiones tomadas por el gobierno comunitario dentro de la región.

En Chilón, Chiapas, se ofrecen diversos programas educativos para la población. Estos incluyen programas primarios, secundarios y superiores. La educación primaria es proporcionada por la Secretaría de Educación Pública del Estado de Chiapas (SEP) y la educación secundaria y superior es ofrecida por el Instituto de Educación Superior de Chilón (IEMS).

Respecto a la educación superior existen escasas universidades que ofrecen planes educativos relacionados a las principales fuentes económicas de la región como lo es la agricultura y veterinaria.

En el municipio se encuentran algunos servicios de salud para la comunidad, como lo son:

1. Hospital Centro Médico Regional San José: Es un centro de atención de salud que ofrece servicios de urgencias, hospitalización, laboratorio clínico, rayos x, servicio de farmacia, quirófano, servicio de traumatismo y servicios especializados.

2. Centro de salud con servicios ampliados Dr. Manuel Velasco Suarez: este centro ofrece servicios primarios de salud, como consultas médicas, vacunación, control de salud, exámenes de laboratorio y servicio de farmacia.

3. Múltiples centros de salud macrorregionales: los cuales ofrecen servicios primarios de salud, como consultas médicas, vacunación y servicio de farmacia.

4. Centro de Atención a la Discapacidad: Este centro ofrece servicios de rehabilitación física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, apoyo psicológico y asesoramiento legal a personas con discapacidades.

Así como múltiples farmacias con consultorio y hospitales privados que ofrecen servicios desde el primer nivel de atención hasta especialidades médicas.



Ilustración 10. Centro Médico Regional San José. Google maps.

El principal motor económico de Chilón es la agricultura, especialmente el cultivo de café, que es el principal cultivo del municipio. Además, se producen otros productos agrícolas como el maíz, el frijol, múltiples especies de plátano, el cacao, la caña de azúcar y diversas plantas comestibles y medicinales.

También hay una industria ligera en Chilón, que incluye la fabricación de pantalones y blusas para la exportación, así como la producción de artesanías. Otros sectores económicos importantes son la ganadería, la silvicultura y la pesca. Incluyendo el turismo como una fuente de ingreso importante para el municipio.

Según datos del Censo Económico 2019, los sectores económicos que concentraron más unidades económicas en Chilón fueron Comercio al por Menor (620 unidades), Servicios de Alojamiento Temporal y de Preparación de Alimentos y Bebidas (168 unidades) y Otros Servicios Excepto Actividades Gubernamentales (103 unidades).

En la siguiente tabla se muestran las principales de muerte en Chilón 2021, según INEGI basadas en el SIE 10, que en comparación con las tablas anteriores se muestra un patrón al repetirse las enfermedades del sistema circulatorio, endócrinas, nutricionales y metabólicas, lo que nos habla de múltiples problemas respecto al primer nivel de atención y la saturación del segundo y tercer nivel.

Mortalidad de Chilón 2021			
	SIE 10	Causa de muerte	No. de casos
1	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	170
2	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	142
3	E00-E90	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	114
4	C00-D48	Tumores (neoplasias)	49
5	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	35
6	K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	35
7	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	29
8	N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	10
9	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9
10	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6
	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	6

Tabla 6. Mortalidad en Chilón. INEGI 2021.

Conclusión

La salud de las comunidades indígenas de Chiapas enfrenta problemas diarios por la falta de acceso a servicios sanitarios de calidad y la ineficacia del sistema de salud en el país; incluyendo la poca inclusión de los indígenas al no contar con información traducida a sus lenguas, la constante discriminación y la poca aceptación de ambas partes.

Uno de los problemas más frecuentes es la errónea distribución de instituciones dedicadas a brindar servicios de salud, y la poca presencia de especialistas en comunidades rurales, y equipos diagnósticos, produciendo un gran desplazamiento de personas de bajos recursos buscando servicios de salud de calidad.

La ineficacia del sistema salud, se da por la gran cantidad de población que debe abarcar un equipo de salud, incluyendo el desabasto de insumos y materiales, la poca capacitación y supervisión del personal, provocando un servicio de pésima calidad y saturando el sistema de salud.

Otro aspecto importante es la discriminación del personal de salud por una ideología hegemónica y la idea de que los indígenas no entienden por su analfabetismo o creencias, observando la no inclusión de pueblos indígenas, analfabetas o con otras creencias, negando el derecho universal a la salud. De esta manera se observa la nula información en la promoción de salud traducida a lenguas indígenas, el mal trato o desinterés por parte del personal de salud.

La aceptabilidad por parte del sistema de salud hacia algún tipo de práctica médica o no, que no se enseña en las universidades de medicina, ha sido criticada por el gremio médico en su mayoría, provocando un rechazo a la partería milenaria de los pueblos indígenas, a hueseros, chamanes o brujos que tratan el alma, entre otros.

Por parte de las comunidades la poca aceptabilidad se muestra porque la mayoría de los tratamientos son idealizados en zonas urbanas, donde hay la mayoría de los servicios, tratamientos sostenidos por la economía del paciente o familiares, por lo que la teoría solo se contextualiza en áreas idóneas para la salud, responsabilizando al paciente y poniendo como autoridad absoluta al médico sin considerar aspectos importantes del estilo de vida del paciente.

Cabe mencionar que se debe continuar trabajando en las políticas públicas para garantizar el derecho a la salud de los pueblos originarios, permitiéndoles usar, mantener, desarrollar y administrar sus propios servicios de salud. Además, es necesario que se les brinde acceso a servicios sanitarios de calidad y se les proporcione asistencia técnica y crédito para mejorar sus condiciones de vida, priorizando la educación.

Tercera parte

Seguimiento de programas y perfil de morbilidad

Introducción

Para la tercera sección se presentarán el seguimiento de los programas de salud llevados a cabo durante el año de servicio social, incluyendo los perfiles de morbilidad, basados en los resultados obtenidos. Describiendo los objetivos de cada programa, las metas propuestas y las estrategias para cumplirlas, actividades realizadas y un análisis de cada programa. Después se mostrarán los perfiles de morbilidad y las gráficas obtenidas de los resultados de los informes mensuales para SADEC, respecto a la consulta ofrecida en las diferentes localidades, dividida por grupo etario y sexo, de igual manera se hará la división entre enfermedades transmisibles y no transmisibles. Al final se ofrecerá una conclusión sobre el panorama personal y lo aprendido en el servicio social, enfocado en las diferencias del servicio de salud en una institución en área urbana y una rural.

Políticas de salud en México y su relación con el Banco Mundial

La salud es un tema prioritario en la agenda de desarrollo en México. El derecho a la salud se establece en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y existe una Política Nacional de Salud que tiene como objetivo prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas. En este sentido el Banco Mundial ha sido un actor importante en el financiamiento y apoyo a las políticas de salud en México. Apoyando las iniciativas que emprende para compartir la prosperidad mediante la transición hacia la cobertura universal de los servicios de salud. Además, ha respaldado los esfuerzos de México para profundizar la inclusión financiera y ampliar el acceso al financiamiento.

Evolución de los programas de salud gubernamentales en México

La salud pública en México se modernizó en el siglo XIX y se incorporó al concierto mundial en el siglo XX. Durante la primera mitad del siglo XIX, el cuidado de los enfermos dependía en parte de la caridad religiosa. Posteriormente se introdujo y consolidó la llamada atención benéfica pública bajo la presidencia de Benito Juárez en 1856 y continuó bajo Porfirio Díaz de 1880 – 1910. La Revolución Mexicana trajo consigo de

que la asistencia sanitaria pública es responsabilidad social del Estado. (A. Rodríguez, M. Rodríguez, 2006)

La Política Nacional de Salud es una estrategia para prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas. Está diseñada en torno a tres prioridades: acceso efectivo, calidad en el servicio y prevención. La visión a largo plazo es igualar la calidad de los servicios y hacer posible que los mexicanos puedan ser atendidos en cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud Pública. (Diario Oficial de la Federación, 2020)

Relación entre el Banco Mundial y las Políticas de Salud en México

El Banco Mundial ha sido un actor importante en el financiamiento y apoyo a las políticas de salud en México. HealthStats es una amplia base de datos del Banco Mundial que contiene estadísticas sobre salud, nutrición y población. Además, el Banco Mundial ha apoyado programas de salud en México, como el Programa de Protección Financiera en Salud, que tiene como objetivo mejorar el acceso a servicios de salud de calidad y reducir la pobreza relacionada con los gastos en salud. (Banco Mundial, 2020).

En 2020, el Banco Mundial lanzó sus primeras operaciones de respaldo sanitario para la lucha contra la COVID – 19 en países en desarrollo, incluyendo México. El programa económico más amplio ofrecerá hasta 160 000 millones de dólares en los próximos 15 meses. Además, el Banco Mundial trabaja en todo el mundo para redireccionar los recursos de proyectos actuales financiados por la institución, por hasta 1700 millones de dólares, mediante la reestructuración, el uso de componentes de respuesta contingente en casos de emergencia y la activación de la opción de giro diferido ante el riesgo de catástrofe en cada región. (Banco Mundial, 2020)

El Banco Mundial ha adoptado la cobertura universal de salud como elemento esencial para eliminar la pobreza absoluta para el 2030 e impulsar la prosperidad compartida, aumentando sus recursos para responder a la mayor demanda de servicios observada en el tiempo. (Banco Mundial, 2020)

Programas propuestos en el sexenio actual

El Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024 es un programa derivado del Plan Nacional de Desarrollo que establece los objetivos, estrategias y acciones para dicho periodo. El programa se enfoca en 3 objetivos prioritarios: acceso efectivo, calidad en el servicio y prevención; algunas de las estrategias y acciones propuestas incluyen:

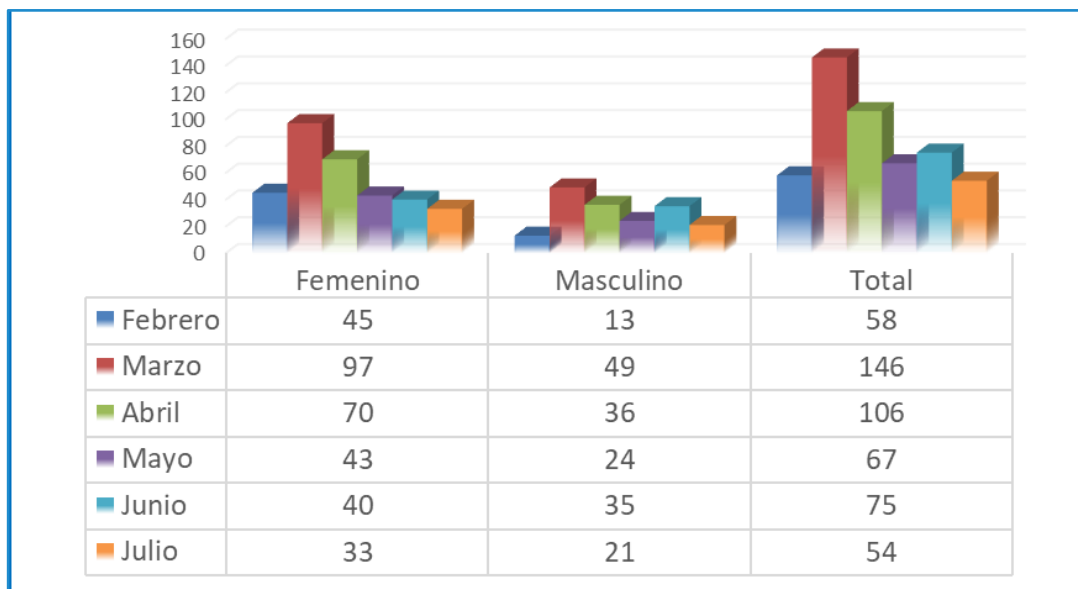
- Fortalecimiento de la atención primaria a la salud
- Ampliación de la cobertura de servicios de salud
- Mejora de la calidad de los servicios de la salud
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Reducción de las brechas de desigualdad en salud
- Fortalecimiento de la investigación en salud
- Mejora de la gestión y gobernanza del sector salud

El seguimiento al cumplimiento de las metas del Programa Sectorial de Salud es conducido por la Dirección General de Evaluación del Desempeño. (DOF,2020)

Consulta general

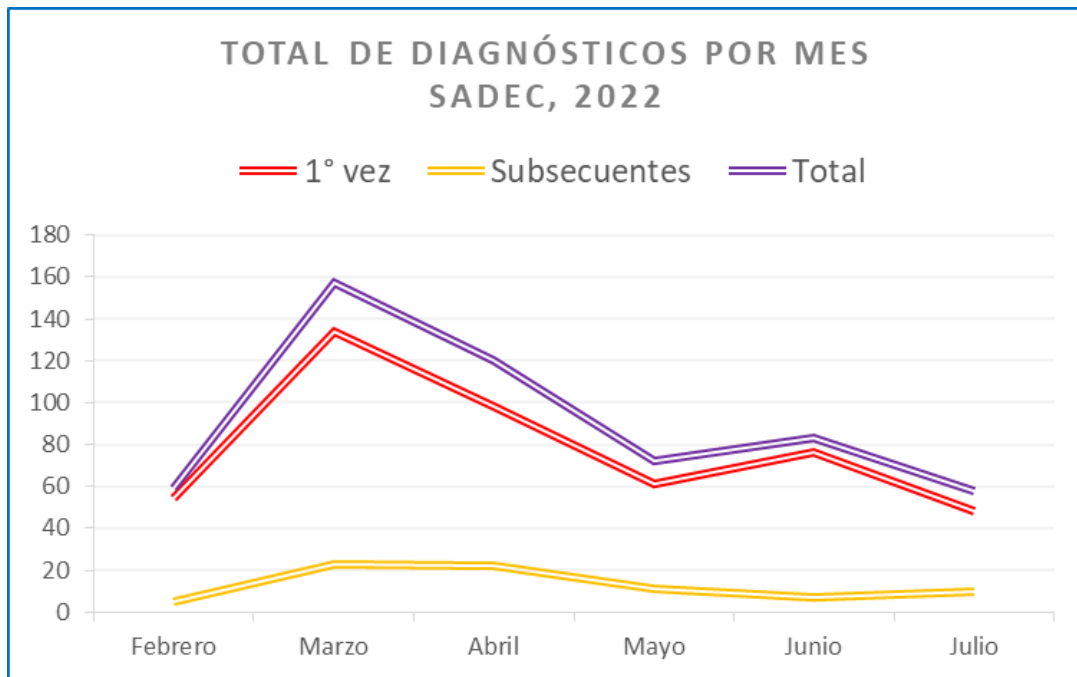
En las siguientes gráficas se exponen el total de consultas atendidas en la clínica “Lorenzo Espinoza” en la comunidad de Arroyo Granizo, Ocosingo; en el periodo comprendido entre los meses de febrero a julio del 2022, analizando la diferencia entre las consultas ofrecidas por sexo.

En la siguiente gráfica se aprecia el total de consultas atendidas en el periodo antes mencionado, dividido mes a mes y por sexo, obteniendo un total de 506 consultas, 7 de ellas se atendieron en el domicilio del paciente y 19 se refirieron. En marzo se atendieron más consultas con un total de 146, registrando 97 mujeres atendidas y 49 hombres durante el mes.



Gráfica 12. Total de consultas en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

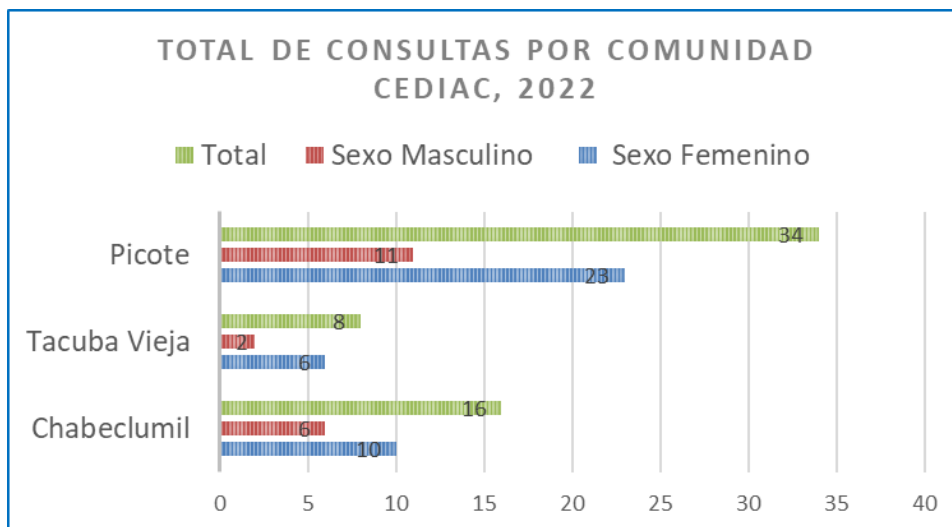
En la siguiente gráfica se mostrarán los diagnósticos de primera vez y los subsecuentes, para apreciar que la cantidad de diagnósticos supera la cantidad de consultas ya que los pacientes acuden a consulta por uno o múltiples motivos, o en algunos casos se les informa de patologías de las que no conocían, obteniendo 549 diagnósticos durante el periodo mencionado.



Gráfica 13. Total de diagnósticos de consulta en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

Los resultados obtenidos en el municipio de Chilón solo comprenden el mes de agosto del 2022, fueron recabados en 3 comunidades diferentes, no se cuenta con una gran cantidad de consultas por el periodo tan corto de servicio ofrecido a la asociación civil Centro de Derechos Indígenas (CEDIAC); al graficar se hará la división por sexo y comunidad; y no se contará con gráfica de total de diagnósticos ya que todos fueron de primera vez, al ser el primero en retomar el servicio social en ese municipio después de tantos años sin haber alguna solicitud de pasantía por parte de CEDIAC.

Con un total de 58 consultas y 68 diagnósticos en el mes de agosto del 2022 en el municipio de Chilón se muestra la siguiente gráfica, y en comparación con los resultados de Arroyo Granizo, nos permite confirmar que acuden con mayor frecuencia las personas del sexo femenino a consulta. Como se observa hubo una mayor cantidad de consulta en la comunidad de Picote, esto debido a la mayor población de la localidad; muy por debajo de las consultas ofrecidas en Arroyo Granizo por mes.



Gráfica 14. Total de consulta por comunidad CEDIAC, 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

Atención del embarazo, parto y puerperio

Este programa está dedicado al cuidado de la mujer relacionado a todo el proceso de salud reproductiva, con objetivos claros al intentar garantizar una maternidad saludable y sin riesgos para cualquier mujer, y disminuir la morbilidad materno – fetal. El programa ha permitido identificar a mujeres con posibles riesgos durante el embarazo y así activar el sistema de referencias para canalizar a la paciente al nivel de atención necesario.

Es necesario contar con personal capacitado y acceso a insumos necesarios para garantizar el cumplimiento del programa, por lo que se cuenta con un médico pasante, parteras y promotores de salud de la comunidad, así como un espacio el cual cuenta con cama de exploración y sábanas limpias, equipo de ultrasonografía y Doppler (excepto en Chilón); también se cuenta con báscula, estetoscopio y baumanómetro, cinta métrica, botiquín de urgencias obstétricas y un formato de historia clínica y otro para control prenatal elaborado por SADEC.

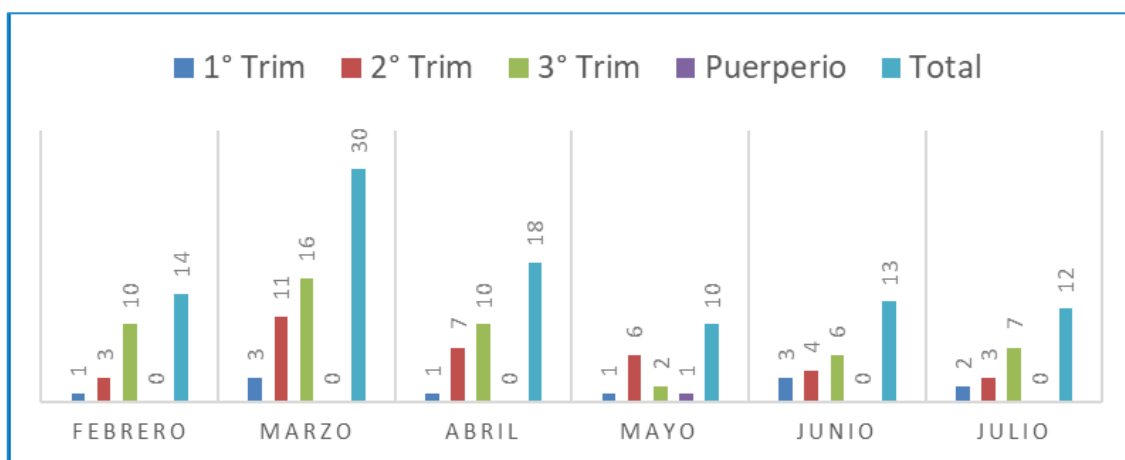
Es importante continuar promoviendo y difundiendo información mediante campañas de salud, fomentando la participación de las comunidades, comunicando de manera clara para todas las mujeres y parejas, de esta manera alcanzando mayor cobertura, permitiendo un control prenatal oportuno y de calidad.

Gran cantidad de mujeres atendidas en la Clínica Autónoma Lorenzo Espinoza se encontraban en el programa, gracias al trabajo previo de la MPSS Alvarez, sin embargo, la constante participación de dos parteras de la comunidad permitió que la mayoría de las mujeres continuaran en el programa y en algunos casos identificarlas con algún factor de riesgo de padecer alguna complicación, de esta manera se logró canalizarlas de manera oportuna, ya que todas las mujeres han visto al menos una vez, para valoración, a alguna partera o se tratan con ellas.

Con 97 consultas, donde 89 de estas mujeres estaban en el programa cada 30 días para consulta de seguimiento, de las cuales la mayoría llevó control con partera y en la clínica, de las que solo 3 mujeres no tuvieron valoración previa. La mayoría de las mujeres asistían por rastreo ultrasonográfico al saber que se contaba con este recurso en la clínica, sin embargo, también se les ofrecía un servicio completo al tomar signos y síntomas en cada consulta. Cabe mencionar que se promovía la asistencia de la pareja en las consultas que pudiera participar, ya que comúnmente asistían solas o acompañadas por la madre o suegra de la paciente.

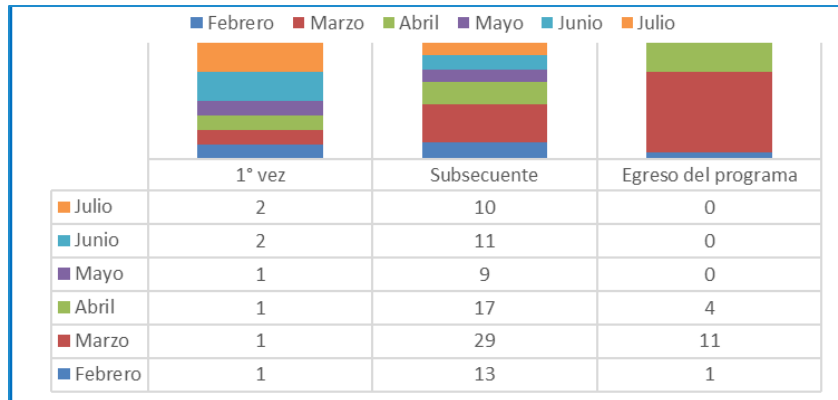
En la población atendida se incluían las comunidades de Arroyo Granizo, Santo Domingo, Ojo de Agua, El Limonar, Ubilio García, Nuevo Jerusalén y San Antonio La Sombra, entre otros.

En la siguiente gráfica se muestra el total de consultas ofrecidas a mujeres mes tras mes en el periodo comprendido de febrero a julio del 2022; dividida por trimestres obteniendo el mes de marzo con mayor cantidad de consultas, evidenciando que la mayoría de las consultas de control prenatal era a mujeres en su tercer trimestre del embarazo.



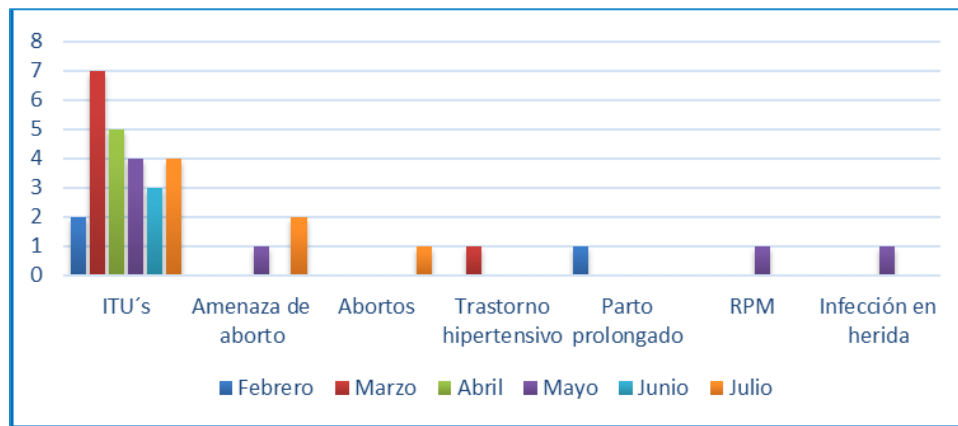
Gráfica 15. Total de consultas atendidas por trimestre a mujeres embarazadas SADEC, en el periodo febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

En la siguiente gráfica se mostrarán las consultas de primera vez, las subsecuentes y los egresos del programa, de esta manera se aprecia el seguimiento constante y adecuado para cada mujer que ingreso al programa.



Gráfica 16. Total de consulta prenatal de primera vez, subsecuente y egresos SADEC, en el periodo febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

Al llevar control prenatal con partera y MPSS se logró identificar de manera oportuna a mujeres con complicaciones, las cuales se mostrarán en la siguiente gráfica divididas mes tras mes. Haciendo uso de su cartilla de control prenatal, promoviendo la ingesta de ácido fólico y fumarato ferroso, ofreciendo un servicio completo gracias al recurso del ultrasonido también se lograron prevenir múltiples complicaciones a diferentes mujeres embarazadas, pese a las limitantes en cada caso, ya sea por la lejanía a un servicio más completo de salud, los recursos económicos y sociales.



Gráfica 16. Complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio SADEC, de consultas en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

Como se observa en la gráfica anterior con 33 complicaciones, se aprecia que las infecciones urinarias tuvieron una mayor incidencia con 25 y que en marzo se presentaron el mayor número de complicaciones; cabe mencionar que no se presentaron complicaciones como diabetes gestacional, hemorragia obstétrica o algún problema con la presentación del bebé. De las complicaciones identificadas, se realizaron 16 referencias al siguiente nivel de atención: 1 fue referida por la partera y el resto por el MPSS. No se realizó ninguna atención de parto en la clínica autónoma.

Es importante mencionar que aun en las comunidades existe un gran número de mujeres desinformadas o con información errónea y desconfianza hacia el sector salud; mujeres con abortos previos, con edad avanzada o muy jóvenes, considerados factores de riesgo para algunas complicaciones; de igual manera se presenta un gran rechazo a los métodos de planificación familiar, sin embargo, se ha logrado informar de manera adecuada a un grupo reducido de mujeres, las cuales han aceptado las inyecciones anticonceptivas.

Por el corto tiempo de servicio social ofrecido en Chilón solo se tiene registro de una mujer embarazada atendida, que solo presentó una infección urinaria durante su embarazo y a la cual no se le pudo realizar ultrasonido, ni dar seguimiento, sin embargo, se tiene registro de que lleva su control con la partera de su comunidad. Se le ofrecieron datos de alarma y una evaluación general de su embarazo, promoviendo la ingesta de hematínicos y ácido fólico.

Al hacer un análisis personal del programa y donde se aplica, se observan grandes limitantes como lo son:

- El cambio constante de pasantes que dificulta la relación médico paciente y la subsecuente adherencia terapéutica y seguimiento a su estado de salud.
- El rechazo de las parteras al trabajo en conjunto con la clínica, considerando que ellas son parte fundamental para la continua asistencia de las pacientes al programa. Por ejemplo, en ocasiones negándonos la información para censar a la mayor población de embarazadas, desconociendo los motivos.
- La escasez de recursos, al no contar con laboratorios cercanos a las comunidades; la distancia entre un nivel de atención y otro, sobre todo para traslados o referencias por complicaciones y la falta de personal capacitado.

Sin embargo, es un programa con un alto valor para las mujeres ingresadas, ya que se cuenta con equipo de ultrasonografía y un MPSS que puede hacer una referencia en caso de considerar necesario.

Algunas recomendaciones es continuar con las campañas de salud, promoviendo la participación de la pareja y no solo de la mujer embarazada, recalcando la importancia del control prenatal y sus complicaciones, de igual manera es importante estrechar la relación con las parteras de las comunidades, sin vulnerar sus costumbres.

El programa se enfoca en ofrecer consulta a la mayor cantidad de niños sanos menores de 15 años, permitiendo conocer el perfil de salud de cada uno; haciendo uso de las tablas para peso y talla de la OMS, evaluando capacidades motoras, de aprendizaje y lenguaje, así como sus habilidades sociales. El programa permite prever patologías en niños, pero el estilo de vida y la desnutrición de muchas generaciones previas en Chiapas, resulta en una población con menor estatura o peso para la edad.

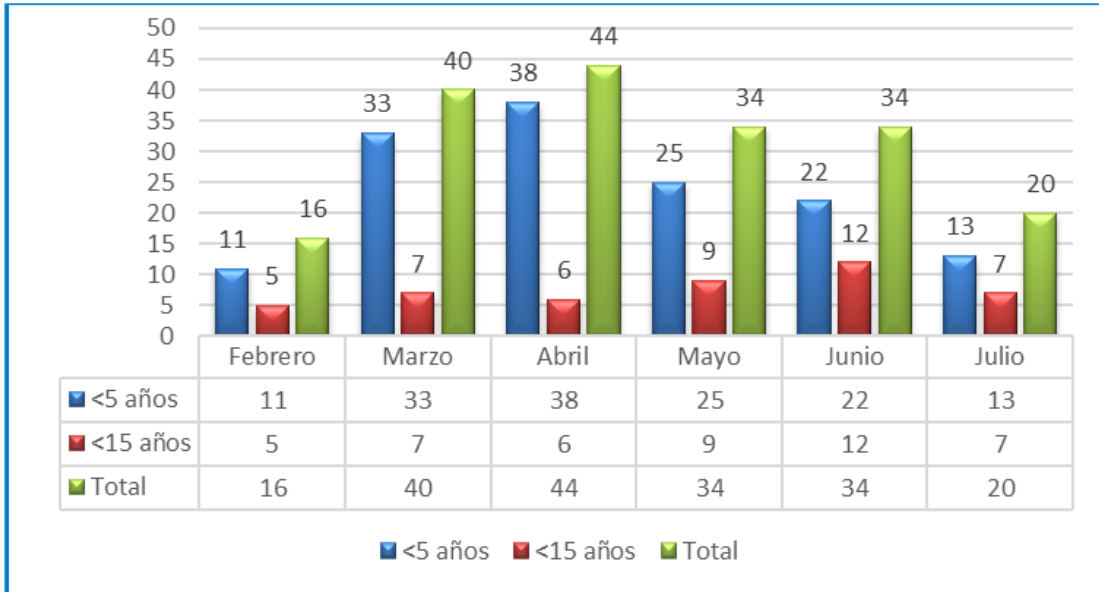
El programa ha implementado nuevas actividades, añadiendo campañas para la salud dental y mental, así como talleres educativos para todos los niños de las comunidades que deseen participar, buscando alcanzar las metas propuestas y cumplir con los siguientes objetivos:

- Realizar campañas de salud, que incorporen actividades como: revisión médica general, control de peso y talla, técnica de cepillado de dientes, aplicación de flúor, desparasitación.
- Detectar y canalizar a la consulta médica a todos los niños que se les encuentre o sospeche de algún problema de salud, en compañía de los padres.
- Ingresar a pacientes en consulta general que ameriten un seguimiento.
- Referir a todos aquellos niños que requieran atención de 2º o 3er nivel de atención.
- Lograr el seguimiento de los niños identificados en los censos de consulta y campañas, así como ampliar la cobertura de ésta.
- Orientación a los padres y el niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.
- Promoción de la higiene personal y del hogar, con énfasis en el lavado de manos, cepillado dental, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de esta, así como en el manejo de alimentos y clasificación de la basura.

Para asegurar un seguimiento del programa se les ofrece a los niños un formato de registro que deben presentar en la siguiente campaña que acudan, donde se anota el nombre completo del niño junto al de su tutor presente, edad, peso, talla, y algunos comentarios relacionados a las actividades realizadas; también se hace uso de equipo médico y dental, todo para ofrecer un servicio completo y de calidad.

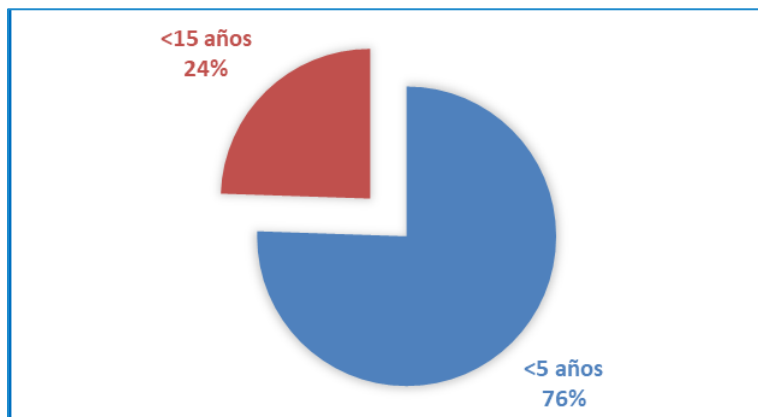
Durante el periodo de servicio en la clínica autónoma no se realizó ninguna campaña de salud para niños, limitando de esta manera los objetivos del programa; la cantidad de niños censados se limitó a los que se presentaron a la consulta general, de esta manera solo se logró dar seguimiento a los niños que presentaban una patología de base y era necesario la atención médica.

Como se muestra en la siguiente gráfica tenemos 188 niños atendidos en consulta general, 142 menores de 5 años y 46 de edad de entre 5 y 14 años. En esta gráfica se aprecia que abril tuvo la mayor cantidad de niños atendidos con 44, seguido de marzo con 40 y en tercer lugar están empatados con 34 en mayo y junio. En abril se atendió a la mayor cantidad de niños menores de 5 años con 38 consultas y en junio a niños de entre 5 y 14 años con 12 consultas.



Gráfica 17. Total de niños atendidos en consulta en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

En la siguiente gráfica pastel se divide el porcentaje de consultas ofrecidas a menores de 5 y 14 años, para observar la tendencia poblacional de las consultas relacionadas con el programa, obteniendo que un 76 % de las consultas del programa se ofrecen a niños menores de 5 años.



Gráfica 18. Porcentaje poblacional SADEC, 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

CEDIAC tiene un programa dedicado a la evaluación general de los niños de las comunidades llamado “Alaetic” que significa niños y niñas en la lengua indígena de la región; el proyecto tiene el claro objetivo de mejorar el estado nutricional de niños en situación de pobreza y vulnerabilidad; este proyecto busca incidir en los niños de 13 comunidades que viven en extrema pobreza y alta marginación. Con metas de atender a más de 300 niños con problemas nutricionales, con la ayuda y colaboración de promotores de salud de cada comunidad, incluyendo autoridades y padres de familia. Promoviendo la ingesta diaria alimentos de la región, mejorar sus hábitos de higiene y el cuidado del medio ambiente.

Algunas de las actividades en las que me toco participar fue la evaluación del estado nutricional de algunos niños en las comunidades de Picote y San Antonio Bulujib, sin embargo, al no haber participado durante todo el proyecto no cuento con la información completa de éste y por lo tanto no cuento con los resultados finales del proyecto.

A continuación, se colocarán imágenes de las tablas realizadas en las comunidades mencionadas para identificar la logística del proyecto. Espacios donde se registra el total de niños evaluados por día en cada comunidad con su respectivo nombre completo, edad de cada uno, peso y talla y comentarios relacionados al estado de salud de cada niño.

YUTSIAL ALAETIC
YUTSIAL ALAETIC

Lista de Valoración del estado de salud del Niño
Peso, talla, piel, uñas, ojos y cabello

Comunidad: Picote fecha: 30-Junio-2022

Nombre completo	edad	Yalal soc snatil	Comentarios
Cesquiel Manaci Cruz Cruz	2 años	Peso: 10 Talla: 72 cm	Riesgo de desnutrición, estatura baja para su edad, buena coloración de tejidos blandos.
Maria Alejandra Gomez Cruz	10 años	Peso: 24 Talla: 1.20 cm	Riesgo de desnutrición, estatura baja para su edad, se observa buena coloración de tejidos blandos.
Jesús Ismael Espinosa Gómez	8 años	Peso: 23 Talla: 1.30 cm	Riesgo de desnutrición, estatura baja para su edad, se observa buena coloración de tejidos blandos.
Fabian Nicolas Gomez Cruz	8 años	Peso: 19 Talla: 1.10 cm	Riesgo de desnutrición para su edad, talla baja para su edad, se observa palidez en la cara.
Victor Cruz Nuñez	11 años	Peso: 28.500 Talla: 1.24 cm	Peso bajo para su edad, talla baja para su edad, buena coloración de tejidos blandos.
Silvia Lorena Espinosa Gómez	12 años	Peso: 32 Talla: 1.28 cm	Peso normal de acuerdo a su edad, talla normal para su edad.
Maja Jimenez Gomez	5 años	Peso: 14 kg Talla: 94 cm	Desnutrición, talla baja para su edad esto según la edad, se observa palidez, brillo en la cara.
Edgar Antonio Jimenez Gomez	2 años	Peso: 10 Talla: 81 cm	Riesgo de desnutrición, bajo estatura para su edad, deshidratado, buena coloración de tejidos blandos.
Marbella Jimenez Gomez	10 años	Peso: 4.850 Talla: 52 cm	Desnutrición aguda, el peso para su edad es inferior, se observa con palidez, uñas frías.
Maria Guadalupe Cruz Nuñez	11 años	Peso 26.500 Talla: 1.14 cm	Riesgo de desnutrición, talla baja para su edad, se observa buena coloración de tejidos blandos.
Marco Antonio Sanchez Gomez	11 años	Peso: 26 Talla: 1.26 cm	Riesgo de desnutrición, estatura baja para su edad, se observa con palidez, manchas en la cara.
José Alberto Sanchez Gomez	5 años	Peso: 14 Talla: 94	Riesgo de desnutrición ya que su peso es inferior al que corresponde, baja estatura baja para su edad, palidez en la cara.
Maria Guadalupe Sanchez Gomez	8 años	Peso: 8 kilos Talla: 65	Riesgo de desnutrición, ya que su peso es inferior al que corresponde, tiene mala coloración de tejidos blandos.
Landy Rosario Gomez Udez	6 meses	Peso: 9 kilos Talla: 69	Peso superior al que corresponde, se considera sobrepeso según la edad, estatura normal.
José Juan Juan	3 años	Peso: 12.00 Talla: 1.05	Peso superior al que corresponde a su edad según la edad, sobre peso, estatura normal, buena coloración de tejidos blandos.
Josefa Juan Juan	8 años	Peso: 22.500 Talla: 1.20	Riesgo de desnutrición, estatura baja para su edad, se observa buena coloración de tejidos blandos.

Ilustración 12. Lista de valoración del estado de salud del niño Picote, 2022. Autoría MPSS Terrats, Proyecto Alaetic, CEDIAC.

Comunidad: San Antonio Bulujib fecha: 19 de Julio 2022.

Nombre completo	edad	Yalal soc snatil	Comentarios
Monona Alvarez Cantales	8 años	28 kg 1.12 cm	Peso correspondiente para su edad, Talla Normal, se observó buena coloración de tegumentos.
Antonia Alvarez Gonzalez	2 años	Peso: 13 kg Talla: 75 cm	Peso correspondiente a su edad, estatura baja para su edad, se observó buena coloración de tegumentos.
Juan Manuel Perez Cruz	5 años	Peso: 19 kg Talla: 93 cm	Peso Normal a su edad, Estatura baja para su edad, se observó buena coloración de tegumentos.
Jesica Lopez Hernandez	9 años	Peso: 28-100 kg Talla: 1.18 cm	Peso Normal correspondiente a su edad, estatura Normal, se observó deshidratación, color Normal de tegumentos.
Pedro Lopez Hernandez	8 años	Peso: 26 kg Talla: 1.10 cm	Peso Normal a su edad, Talla Normal para su edad, se observó una buena coloración de tegumentos.
Petrona Lopez Hernandez	6 años	Peso: 18 kg Talla: 91 cm	Peso Normal para su edad, Talla baja para su edad, se observó buena coloración de tegumentos.
Juan Carlos Gomez Lopez	9 años	Peso: 25 kg Talla: 1.12 cm	Peso Normal para su edad, Talla Normal para su edad, se observó una buena coloración de tegumentos.
Pedro Gomez Lopez	8 años	Peso: 25 kg Talla: 1.11	Peso Normal para su edad, Talla Normal para su edad, se observó una buena coloración de tegumentos.
Manoel Lopez Gomez	8 años	Peso: 27 kg Talla: 1.11 cm	Peso Normal para su edad, Talla Normal para su edad, se observó una buena coloración de tegumentos.
José Nicolas Lopez Gomez	7 años	Peso: 20 kg Talla: 99	Peso Normal para su edad, Talla Normal para su edad, se observó una buena coloración de tegumentos.
Jana Hernandez Gomez	6 meses	Peso: 6-18 kg Talla: 61 cm	Peso Normal para su edad, Talla Normal para su edad, se observó una buena coloración de tegumentos.
Isabel Lopez Gomez	5 años	Peso: 18-100 Talla: 70	Peso Normal para su edad, Talla Normal para su edad, se observó una buena coloración de tegumentos.
Marcos Antonio Gomez Aguilar	9 años	Peso: 20 kg Talla: 1.12	Peso Normal, Estatura Normal para su edad.
Valeria Hernandez Gomez	11 años	P: 30 kg T: 1.27	Peso Normal para su edad, Talla Normal para su edad.
Rosalinda Perez Hernandez	6 años	P: 21 T: 85	Peso bajo para su edad, Talla baja para su edad, se observó una buena coloración de tegumentos.
Tomásina Lopez Hernandez	10 años	P: 26 T: 1.15	Peso Normal para su edad, Talla Normal para su edad, se observó una buena coloración de tegumentos.

Ilustración 13. Lista de valoración del estado de salud del niño San Antonio Bulujib, 2022. Autoría MPSS Terrats, Proyecto *Alaletic*, CEDIAC.

La principal recomendación para el programa de SADEC y el proyecto de CEDIAC es realizar nuevas tablas de referencia para peso y talla en niños, ya que las de la OMS se obtuvieron de una media de niños sin desnutrición transgeneracional, que a diferencia del estado de Chiapas la mayoría de su población es de menor estatura y peso a causa de la desnutrición que se ha venido viviendo desde hace ya muchos años transmitida de generación en generación.

Cabe mencionar que es importante continuar con la capacitación a promotores de salud, ya que pueden ofrecer campañas reduciendo el tiempo entre unas y otras al pertenecer a cada comunidad, mejorando así el seguimiento del programa de manera personalizada para cada niño. Aumentar la cobertura del programa depende en su mayoría del equipo de salud encargado del programa, por lo que se recomienda integrar mayor personal dedicado solo a las campañas, reforzar el sistema de referencias entre los diferentes niveles de atención y mejorar la calidad de los expedientes de cada niño.

Detección oportuna de cáncer cervicouterino

El programa se enfoca en ofrecer servicios de ginecología básicos y consulta general a toda aquella mujer que haya iniciado vida sexual, ofreciendo información clara de salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y todo lo relacionado al cáncer cervicouterino buscando disminuir la morbilidad de todas las mujeres en su edad reproductiva y mujeres mayores de 40 años ya que es el grupo con mayor riesgo de desarrollar displasia de alto grado.

El objetivo general es disminuir la morbilidad de cáncer cervicouterino de la mayor cantidad de mujeres en las comunidades, mejorando las estrategias y criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento de manera personalizada para cada mujer que haya iniciado vida sexual. Dentro de los objetivos específicos se incluyen:

- Realizar campañas de salud informando a la población acerca de los factores de riesgo para presentar esta enfermedad, así como medidas preventivas.
- Ofrecer el servicio de toma de citología exfoliativa (Papanicolaou) para la detección y prevención oportuna de cáncer cervicouterino.
- Incrementar la detección oportuna de cáncer cervicouterino de mujeres en grupo de riesgo. (Mujeres mayores de 21 años o que hayan iniciado vida sexual hasta los 64 años de edad)
- Identificar e incorporar al programa a mujeres que nunca se hayan realizado la toma de citología cervical (Papanicolaou).
- Asegurar el manejo, tratamiento y seguimiento de los casos en las clínicas comunitarias u instituciones de referencia que ofrecen el servicio.

Durante mi servicio en las distintas comunidades enfrenté distintos problemas para llevar a cabo el programa entre los que identifiqué uno muy importante, el cual es ser hombre, ya que las mujeres de las comunidades aún se ven limitadas en sus decisiones por sus parejas al no permitirles acudir a consulta o revisión; también tuve casos en los que la mujer solicitaba no comentar nada a sus familiares o parejas, pese a la confidencialidad médico - paciente.

En algunos otros casos existía un rechazo por parte de la mujer al método de revisión u exploración al comentar que solo deben ser tocadas por sus parejas o que no tienen confianza en el hombre médico. En otros casos, mujeres negaron la existencia de este tipo de patologías y no aceptaban la atención, así como el temor a realizar la citología ya que existían algunos mitos entre ellas, comentando que mujeres habían muerto a causa de éste.

Algunas recomendaciones para el programa en general son, que en todo momento durante las campañas se cuente con personal femenino para realizar las muestras,

estrechar la relación con las parteras de las comunidades ya que ellas de cierta manera también se encargan de la salud reproductiva de las mujeres de las comunidades. También se debe continuar con la difusión de información para eliminar los mitos erróneos de estas enfermedades, incluyendo su diagnóstico y tratamiento.

Detección de víctimas de violencia

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

El objetivo general se enfoca en proporcionar a los profesionales de salud pautas de actuación en los distintos casos de violencia, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano. La finalidad es ofrecer orientaciones al personal sanitario de SADEC para la atención integral –física, psicológica y social- de personas que sufren violencia.

Los objetivos específicos son:

- Recalcar la importancia del valor humano de cada persona, despertando la atención de las comunidades sobre la violencia al ser un problema presente e importante.
- Crear una campaña de salud mental que permita dialogar entre personas que han sufrido este tipo de situaciones para ofrecer herramientas de cierre para este proceso doloroso.
- Identificar y ofrecer apoyo a toda persona que haya sufrido algún tipo de violencia, ofreciendo terapia emocional en el caso de que lo requieran y orientar de manera muy básica sobre el aspecto legal.

En la consulta externa logré identificar personas que sufrieron algún tipo de violencia, sin embargo, las mismas víctimas lo normalizaban a causa del machismo que se vive en todas las comunidades que visité. Y que en la mayoría de los casos la víctima no presenta apoyo por ningún tipo de institución, por lo al entrevistar a algunas mujeres identifiqué que tienen miedo de hablar o defenderse.

Uno de los casos que se intentó ingresar al programa, es el de una mujer embarazada de la comunidad del Limonar, la cual era víctima de violencia física por parte de su

esposo. Se trato de hablar con ella al activar el protocolo y solicitar acudir a consulta sin la compañía del violentador, sin embargo, la mujer negó ser víctima y decidió hacer caso omiso del apoyo que se le ofreció.

Así como éste, existen muchos casos de personas en las comunidades que sufren de violencia y deciden callar por miedo a vivir experiencias más violentas, ya que no existen instituciones dedicadas a este tipo de programas; por lo que recomiendo mejorar el protocolo al hacer aviso a las autoridades pertinentes y no permitir que estas personas vuelvan a vivir algún tipo de violencia u experiencia similar.

Atención del paciente con enfermedades crónico - degenerativas

El programa está dirigido para toda persona con factores de riesgo para presentar algún tipo de enfermedad crónico degenerativo o que ya presente la enfermedad. SADEC ha desarrollado un programa dedicado a este tipo de patologías en las que se encuentran:

- Hipertensión arterial sistémica
- Diabetes mellitus
- Sobrepeso u obesidad
- Tuberculosis
- Otras (cáncer, cardiopatías, neumopatías, enfermedades reumáticas, etc.)

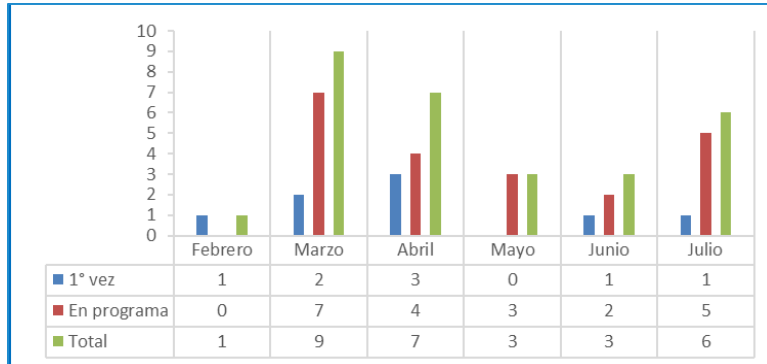
El objetivo general es desarrollar estrategias y acciones que permitan la reducción de la morbimortalidad de este grupo de enfermedades; los objetivos específicos incluyen:

- Captar a la población enferma con alguno de estos padecimientos.
- Realizar campañas de salud tocando temas preventivos para este tipo de patologías, incluyendo factores de riesgo y prevención de estos.
- Dar seguimiento a casos sospechosos, hasta lograr un diagnóstico certero con las pruebas necesarias.
- Activar el sistema de referencia para todo caso que necesite alguna valoración o tratamiento del siguiente nivel de atención.

La hipertensión arterial es una patología crónico-degenerativa que, con una adecuada exploración y evaluación del paciente, se logra diagnosticar oportunamente, con la toma de la presión arterial. En las comunidades es muy complicado que una persona con HAS acuda a su cita mensual de seguimiento ya que es una patología que no presenta síntomas específicos en sus primeras etapas.

En la siguiente gráfica se muestra el total de personas atendidas de primera vez y las que ya pertenecían al programa entre febrero y julio del 2022, con 29 pacientes

atendidos, 21 ya estaban en el programa y 8 se atendieron de primera vez, de los que no se presentó a consultas de seguimiento.



Gráfica 19. Total de pacientes con hipertensión arterial sistémica atendidos en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

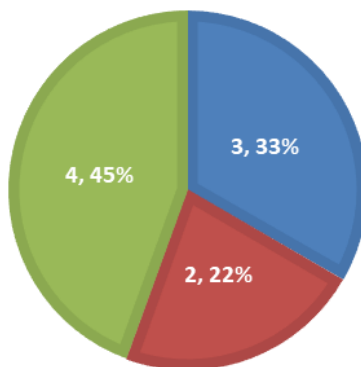
De los pacientes atendidos con HAS, mantengo presente uno de ellos que lleva años dentro del programa, pero ha empeorado su salud por su apego intermitente al tratamiento y su escasa participación en consultas mensuales de seguimiento para su patología; en este caso, en particular, ya era necesaria la intervención de un especialista del servicio de oftalmología si el paciente no deseaba perder la vista. Durante el contacto con el paciente, llegó a manejar presiones por encima de 150/100 milímetros de mercurio, categorizándolo como emergencia hipertensiva ya que refiere perder la vista espontáneamente y no progresivamente.

El paciente es padre de un promotor de salud el cual refiere darle seguimiento en casa, comentando que por esta razón no acudía a sus consultas mensuales; no obstante, se le ofreció una referencia desde la primera emergencia hipertensiva que presentó durante mi periodo de servicio, dirigido al servicio de medicina interna para valoración y cambios en su tratamiento.

Por los limitados resultados obtenidos en Chilón debido al corto tiempo de servicio ofrecido y que se atendió a todos los pacientes por primera vez, en la siguiente gráfica se mostrará el total de pacientes por comunidad. En agosto del 2022, 9 pacientes fueron atendidas de entre todas las comunidades.

TOTAL DE PERSONAS CON HAS ATENDIDAS POR COMUNIDAD CEDIAC, 2022

■ Chabeclumil ■ Tacuba vieja ■ Picote



Gráfica 20. Total de personas con hipertensión arterial sistémica atendidas por comunidad CEDIAC 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

La diabetes mellitus y la hipertensión no muestran signos tan específicos durante las primeras etapas y añade que hay personas autoproclamándose médicos que van por las comunidades ofreciendo productos milagrosos, provocando que muchas personas de las comunidades con esta enfermedad no acudan a sus consultas de seguimiento o que no crean en ella.

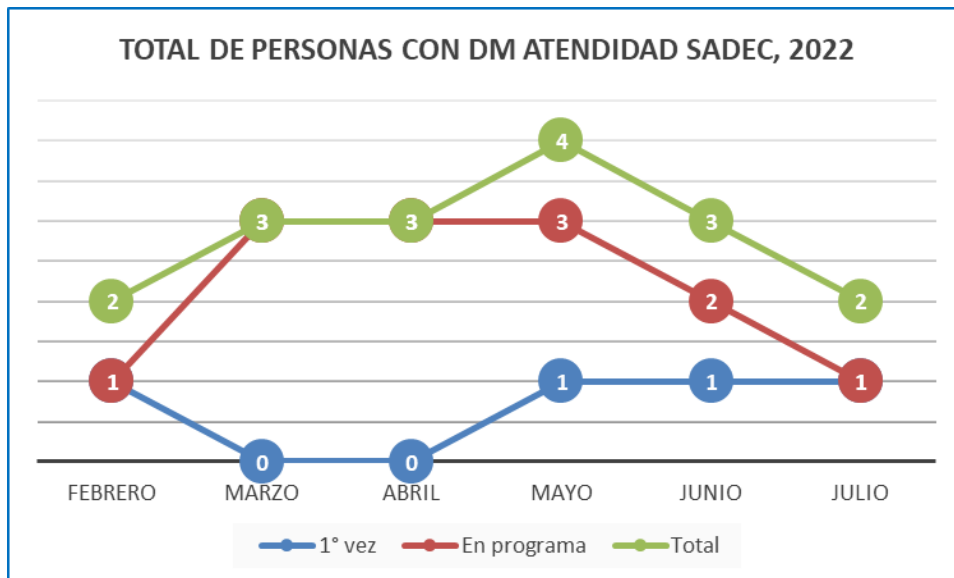
Otro aspecto importante es la desinformación de las comunidades o la información errónea sobre los efectos negativos de algunos tratamientos como el uso de la insulina o la atención en el hospital, provocando miedo de los pacientes al escuchar que mataron a algún conocido o que no lo atendieron, entre otras circunstancias.

En la siguiente gráfica se muestra el total de personas dentro del programa y las que acudieron a consulta de primera vez, en las que se encontraban 13 pacientes atendidos e ingresando durante el periodo febrero a julio de 2022 4 nuevos pacientes, dando un total de 17 atendidos actualmente.

De igual manera no fue posible ingresar a más personas ya que no se realizaron las campañas de salud adecuadas o la misma población no le da la importancia necesaria a este tipo de enfermedades. Sin embargo, las personas del programa, que recibieron información completa y precisa, continuaron con sus citas mensuales, monitorizando su azúcar en sangre y atendiendo a las indicaciones ofrecidas.

De los múltiples casos que recuerdo, un par de señoras de edad avanzada, amigas, que llevaban un control distinto, una era muy rigurosa con las indicaciones médicas y otra le aconsejaba que no se preocupara tanto, que compraran el medicamento milagro; una

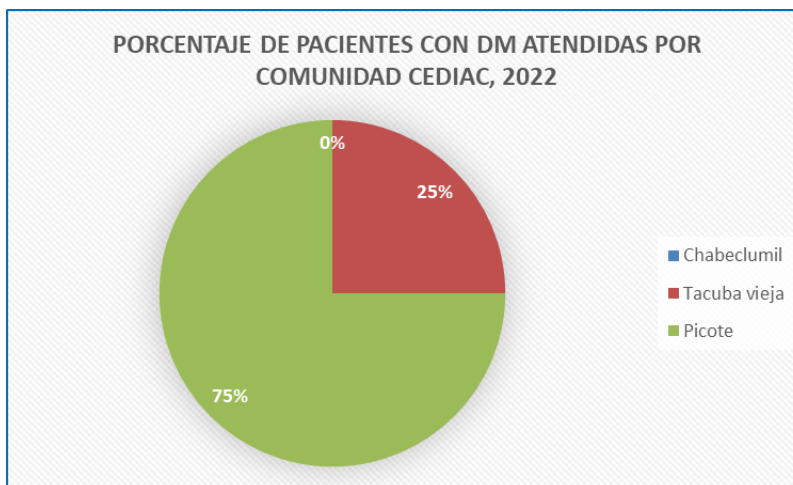
empeoro su condición al presentar neuropatías y pérdida de la visión y la otra mantuvo su salud, ya que es una enfermedad que no se cura, pero si se puede controlar.



Gráfica 21. Total de personas con diabetes mellitus atendidas de consultas en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

Como se observa en la gráfica anterior de un total de 17 consultas atendidas en el periodo ya mencionado, existe la tendencia de que las personas dentro del programa acuden mensualmente a sus consultas y que al menos una persona al mes llega para su valoración inicial.

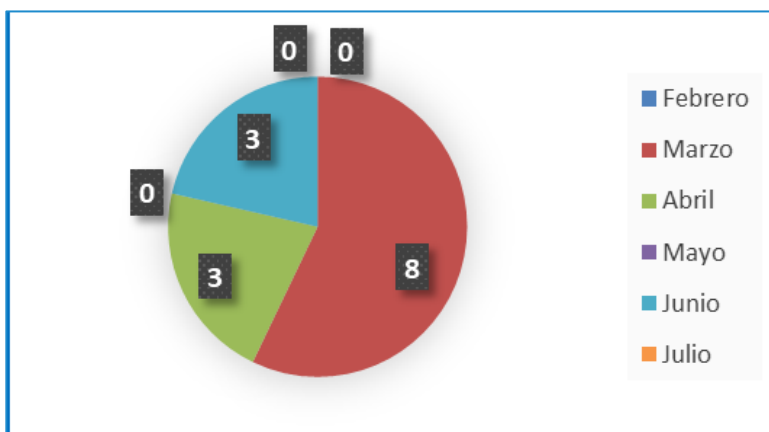
De las consultas ofrecidas en las diferentes comunidades del municipio de Chilón, solo se atendieron 4 pacientes que ya sabían de su padecimiento, y acudieron a la consulta para monitorizar su azúcar en sangre y comprar medicamento.



Gráfica 22. Porcentaje de personas con diabetes mellitus atendidas por comunidad CEDIAC 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

El sobrepeso y obesidad son condiciones médicas que se definen por la acumulación anormal o excesiva de adipocitos que puede ser perjudicial para la salud. El sobrepeso tiene 3 grados con base al índice de masa corporal (IMC); grado 1 de 25 – 30, grado 2 de 30 – 35 y grado 3 de 35 de 40, siendo el grado más alto la obesidad mórbida con un IMC igual o superior de 40.

Cabe mencionar que en múltiples ocasiones el paciente se siente ofendido por el médico al hablarle de su padecimiento, y que, en la mayoría de estos casos, el médico no reconoce que no se expresa de la mejor manera y puede llegar a herir los sentimientos de los pacientes, siendo que puede no ser fácil de vivir este tipo de condición para el paciente. Mencionando esto, considero que en la mayoría de las veces el paciente no menciona su sobrepeso en las consultas o no atiende su padecimiento por el propio rechazo del médico.



Gráfica 23. Total de personas con sobrepeso u obesidad atendidas en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe mensual, SADEC.

En periodos previos debido a la falta de asistencia continua por parte de los pacientes no fue posible realizar un adecuado seguimiento al programa, considerando esto, durante el periodo de servicio social se reingresan los pacientes captándolos nuevamente durante la consulta externa incluso si su motivo de consulta no estuviera relacionado con el programa.

Dicho lo previo, la gráfica anterior nos muestra la cantidad de 14 personas que permitieron informarse del programa, invitando a llevar una alimentación más balanceada y a realizar actividad física, la mayoría eran mujeres mayores de 45 años, lo que limitaba la actividad física o cambios en su dieta. Aclarando estos aspectos no se logró ingresar a ningún paciente al programa, sin embargo, se logró formar un equipo de caminata vespertina para todas las personas interesadas a realizar al menos 15 minutos de actividad dedicada al ejercicio.

En Chilón solo se ofreció información a un caballero en la comunidad de Tacuba vieja, al que se le entregaron folletos del plato del buen comer y una plática sobre los beneficios

de realizar actividad física, sin embargo, mostró preocupación por el plan alimenticio al decir que no tiene los recursos suficientes para llevarlo a cabo

El programa de tuberculosis se enfoca en la identificación de personas con tos crónica, en las comunidades, ya que es una enfermedad endémica del estado, muy contagiosa y puede provocar la muerte. Para el programa es importante realizar múltiples campañas de salud al ampliar la cobertura y atender a familias enteras, así se hacen las pruebas necesarias u ofrecer hojas de referencia para hospitales del segundo nivel de atención.

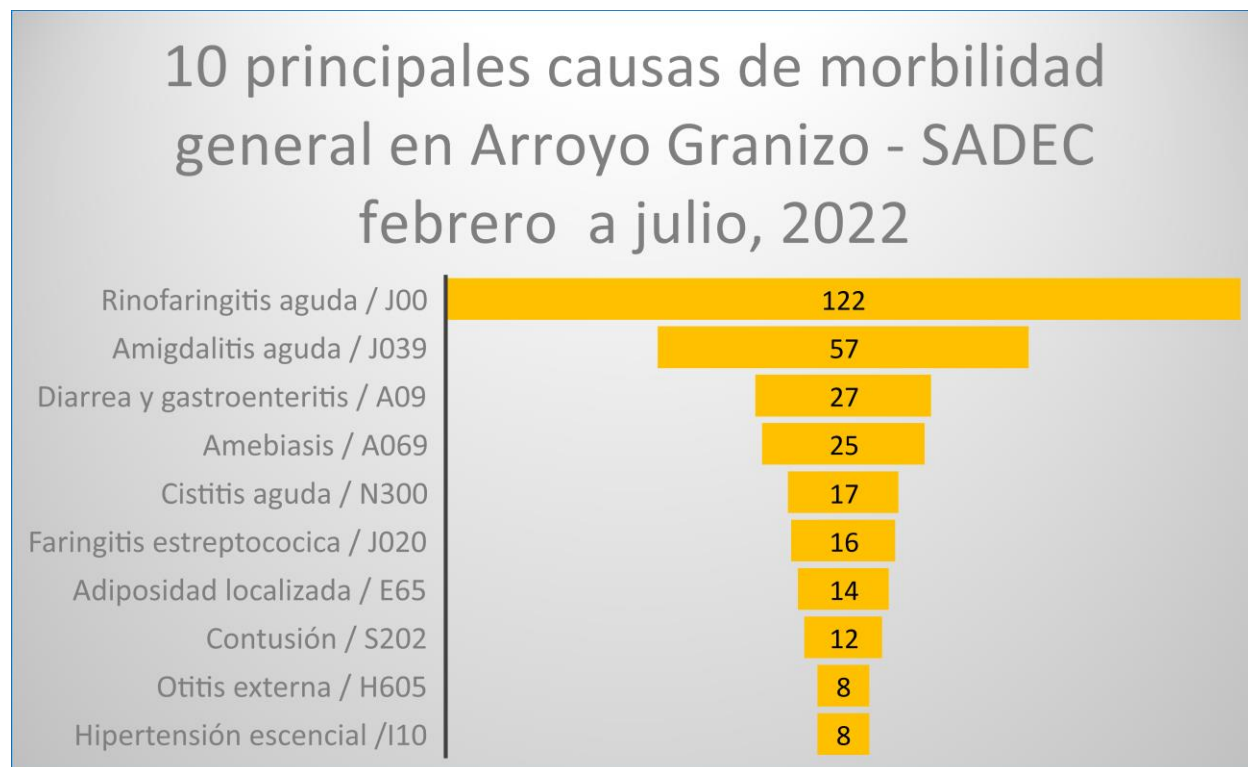
Durante mi servicio no hubo campaña, aunque se siguió a tres personas identificadas con probable tuberculosis en el periodo anterior, de las cuales el adulto mayor falleció entonces y los otros dos eran 2 niños menores de 10 años, dependientes meramente de los padres. Al pertenecer a otra comunidad se solicitó dar aviso por las autoridades, pidiendo que se presentaran a la clínica para activar el sistema de referencia, ya que las pruebas realizadas antes salieron inconclusas, de las que solo uno acudió acompañado de su madre.

En las comunidades de Chilón tampoco se realizó ninguna campaña de salud y al solo estar un día por comunidad no se logró identificar a ningún caso probable de tuberculosis.

Como ya se mencionó lograr el apego a este tipo de programa resulta un reto por múltiples razones, y considero que está muy abandonado, por lo que recomiendo la reactivación de campañas de salud periódicamente, con diferentes tipos de actividades, creando grupos dedicados con los mismos pacientes, proponiendo metas o horarios de diálogo u actividades dedicadas al ejercicio, permitiendo de esta manera interiorizar en cada paciente la importancia de este tipo de enfermedades y que si no son atendidas pueden resultar en la muerte. Cabe mencionar que algunas de las referencias, pese a que se les ofrece al paciente o familiares, no se realizan ya que no cuentan con los recursos necesarios o que su percepción de la vida y la salud no es la misma, por lo que acuden hasta presentar un estado avanzando de la enfermedad que los incapacita en su día a día.

Perfil de morbilidad

El perfil de morbilidad se realizó con base al CIE 10 permitiendo así catalogar y organizar los diagnósticos realizados en la clínica autónoma Lorenzo Espinoza en Arroyo Granizo entre febrero y julio del 2022. En la siguiente gráfica se mostrarán de mayor a menor las 10 principales causas de morbilidad general registrada en la consulta diaria, donde se aprecia que las enfermedades respiratorias obtienen los primeros lugares, seguido de las gastrointestinales y las crónico-degenerativas.

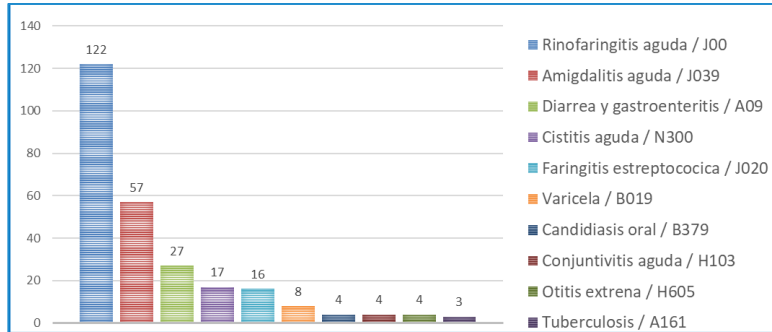


Gráfica 24. 10 principales causas de morbilidad general en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

Al analizar la gráfica anterior e identificar el panorama del estado de Chiapas, se demuestra que el sistema de salud presenta demasiadas carencias, principalmente en los primeros niveles de atención, ya que las 10 principales causas de morbilidad son altamente prevenibles y no deberían tener una incidencia tan elevada.

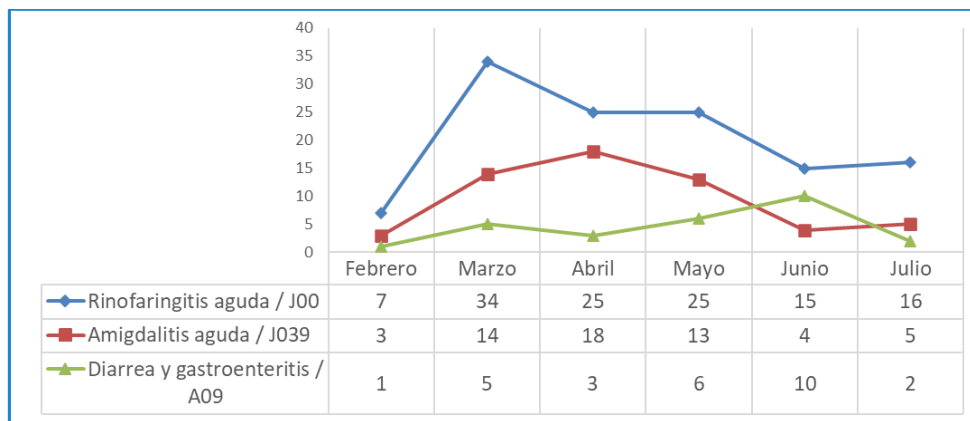
En la siguiente gráfica se mostrarán las 10 principales causas de morbilidad por enfermedades transmisibles, observando que las enfermedades respiratorias lideran los dos primeros lugares y las enfermedades gastrointestinales le siguen en el tercer lugar, observando la tendencia de que son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en la consulta general. Aunque la enfermedad de tuberculosis está en último

lugar, me parece infradiagnosticada por la ausencia de campañas de salud dedicadas a este tipo de enfermedad y que la población no logra identificar la sintomatología de esta.



Gráfica 25. 10 principales enfermedades transmisibles en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

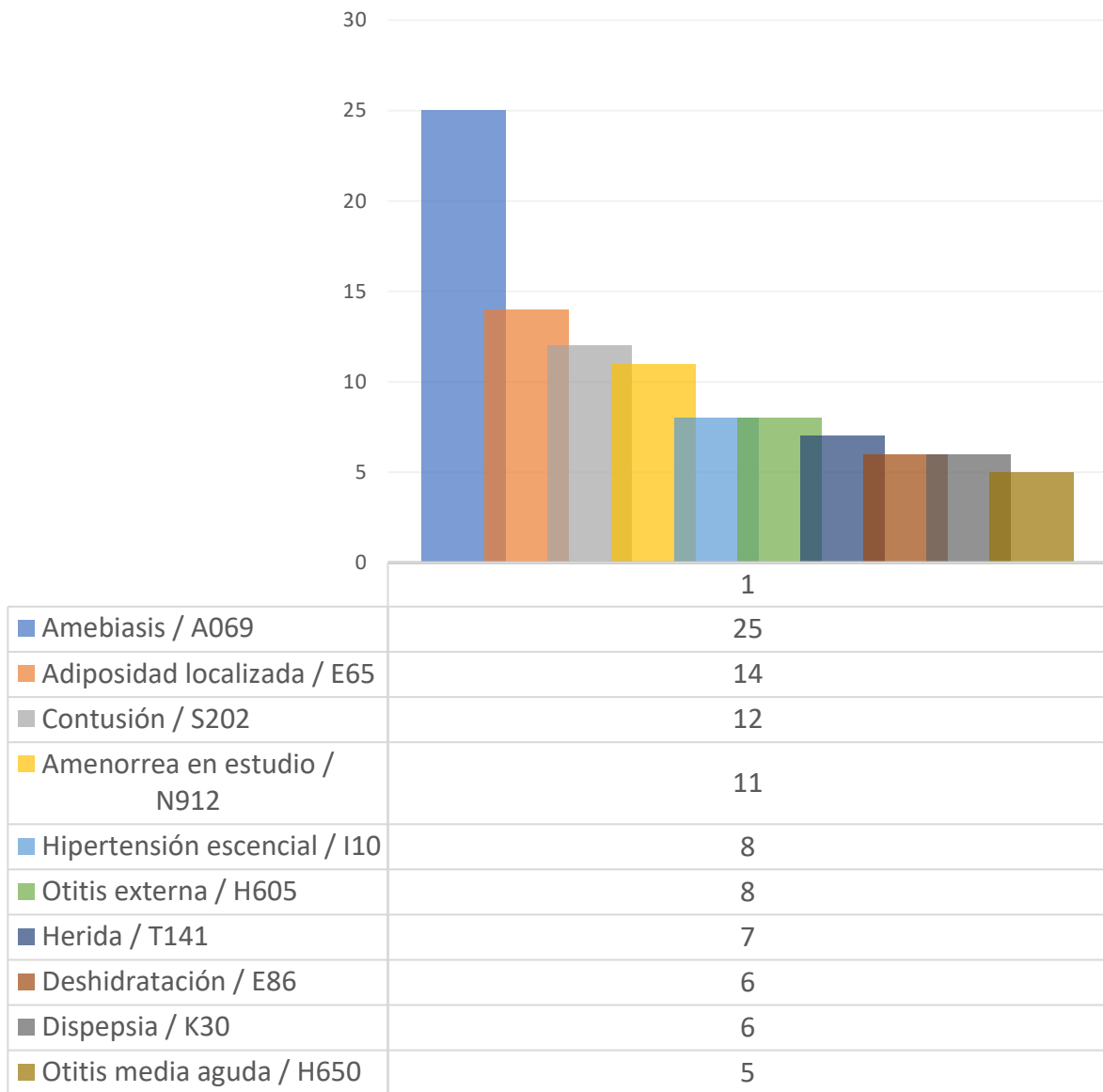
En la siguiente gráfica se muestra la tendencia de las 3 principales enfermedades transmisibles presentadas en Arroyo Granizo, observando más enfermedades respiratorias en marzo, abril y mayo; siendo junio con la mayor cantidad de diagnósticos de enfermedades gastrointestinales.



Gráfica 26. Tendencia de las 3 primeras enfermedades transmisibles de consulta en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

De igual manera se graficaron las 10 principales causas de morbilidad por enfermedades no transmisibles, liderando las parasitarias o relacionadas, en seguida continúan los traumas físicos.

10 PRINCIPALES ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN ARROYO GRANIZO SADEC FEBRERO A JULIO, 2022



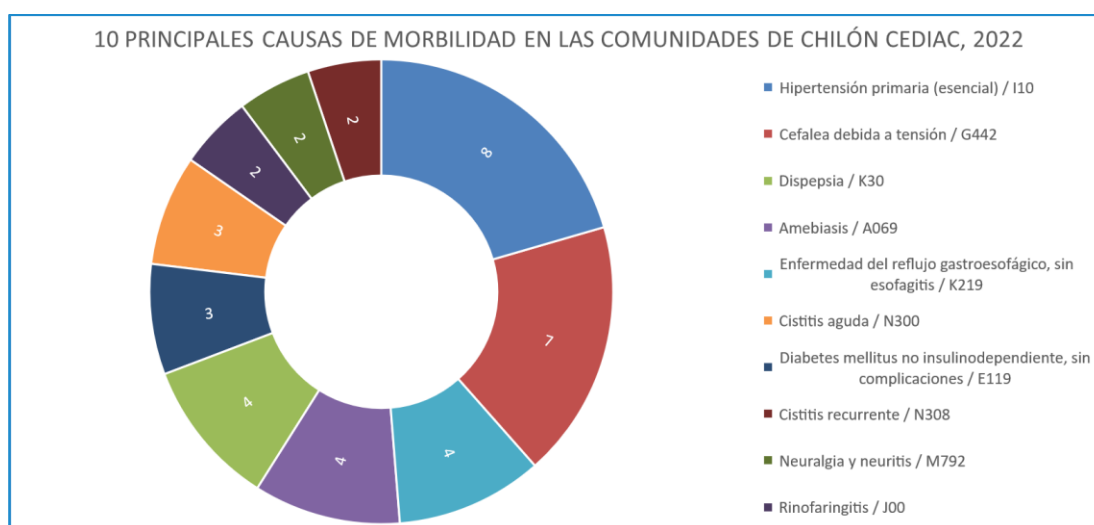
Gráfica 27. 10 principales enfermedades no transmisibles en Arroyo Granizo-SADEC, de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

En la siguiente gráfica se muestra la tendencia de las 3 principales enfermedades no transmisibles en el periodo de febrero a julio, observando que la mayoría de los casos atendidos se presentaron entre los meses de marzo y abril, descendiendo en mayo.



Gráfica 28. Tendencia de las 3 primeras enfermedades no transmisibles en consulta de Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

En el municipio de Chilón no se cuenta con la información necesaria para realizar un perfil de morbilidad por el corto tiempo, pero en la siguiente gráfica se mostrarán las 10 principales enfermedades de los 3 días de servicio en las 3 distintas comunidades. Donde se observa que está la hipertensión esencial; segundo la cefalea tensional; tercero la dispepsia frecuentemente confundida con la gastritis en las comunidades, con la misma frecuencia se presentaron la amebiasis y las enfermedades por reflujo gastroesofágico; para cuarto puesto están las cistitis agudas y la diabetes mellitus tipo 2; y, por último, empatan las cistitis recurrentes, las neuralgias y neuritis y las rinofaringitis agudas de origen viral.



Gráfica 29. 10 principales causas de morbilidad en las comunidades de Chilón CEDIAC, 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

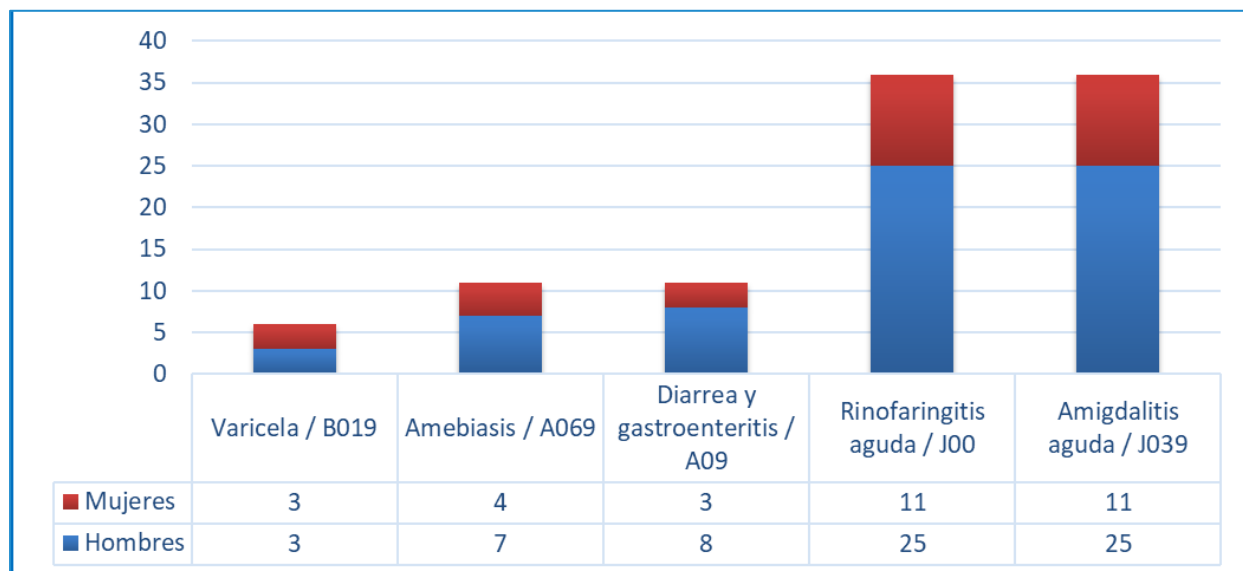
Como se observa en la gráfica anterior, se vuelven a presentar en los primeros lugares enfermedades crónico-degenerativas, como las gastrointestinales y respiratorias; añadiéndose dispepsia y ERGE a las gastrointestinales, posiblemente por el estilo de vida y mala alimentación de las comunidades, sobre todo por la tendencia en aumento de la ingesta de comida chatarra en las generaciones jóvenes; también la nula presencia de alguna institución del sistema de salud, provocando otra causa que es la automedicación descontrolada que se venden en las 3 comunidades, con la ingesta desmedida de antibióticos o antiinflamatorios no esteroideos.

Daño diferencial

En la siguiente sección se mostrarán gráficas de las principales enfermedades presentadas por grupo de edad, así que distinguiremos algunas patologías que por su número de casos no se observó en las 10 principales, pero que representa una tasa alta según el grupo de edad.

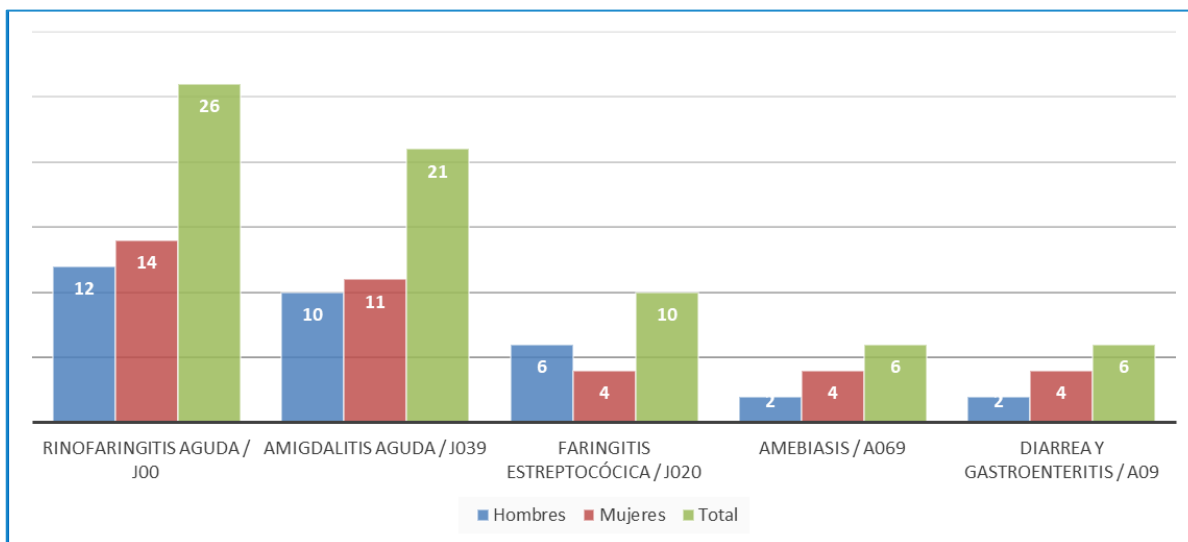
Se observarán las gráficas de las 5 principales causas de morbilidad en los 6 grupos de edades que usa SADEC para sus informes mensuales: de 0 – 1 años, de 1 – 4 años, de 5 – 14 años, de 15 – 44 años, de 45 – 64 años y las personas mayores de 65 años.

En la siguiente gráfica se muestra el grupo de edad que va de 0 a 1 año, donde se observa que las enfermedades respiratorias lideran, seguidas de las gastrointestinales y en tercer lugar la varicela, propia de la infancia.



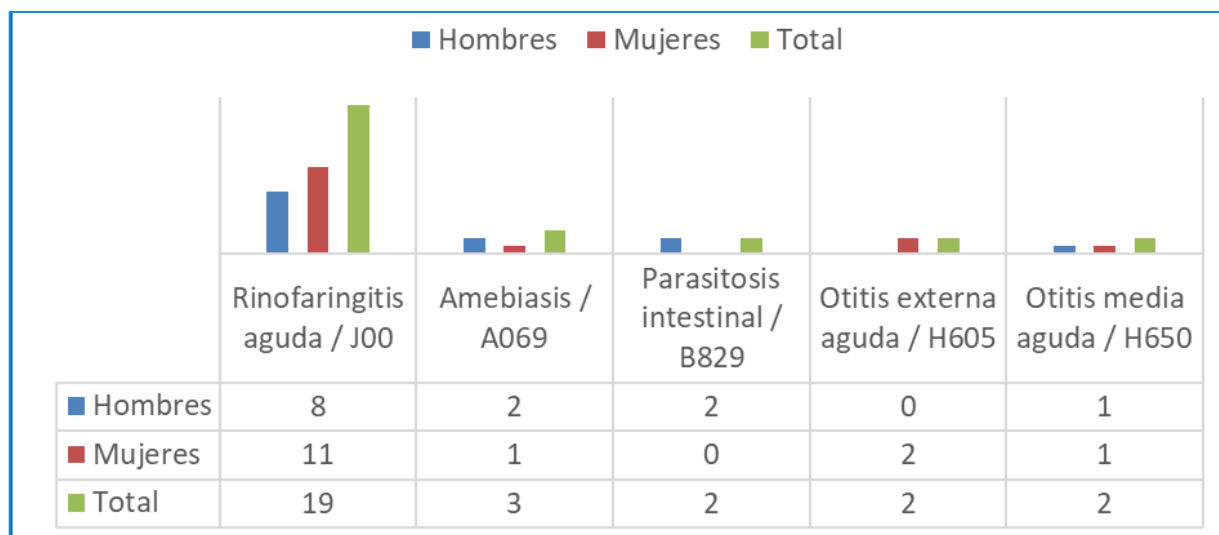
Gráfica 30. 5 principales causas de morbilidad en el grupo de edad de 0 – 1 años en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

La siguiente gráfica para el grupo de 1 a 4 años continúan en los primeros lugares las enfermedades respiratorias de origen viral, sin embargo, en tercer lugar, se observa la presencia de las enfermedades respiratorias de etiología bacteriana, seguido de las enfermedades gastrointestinales.



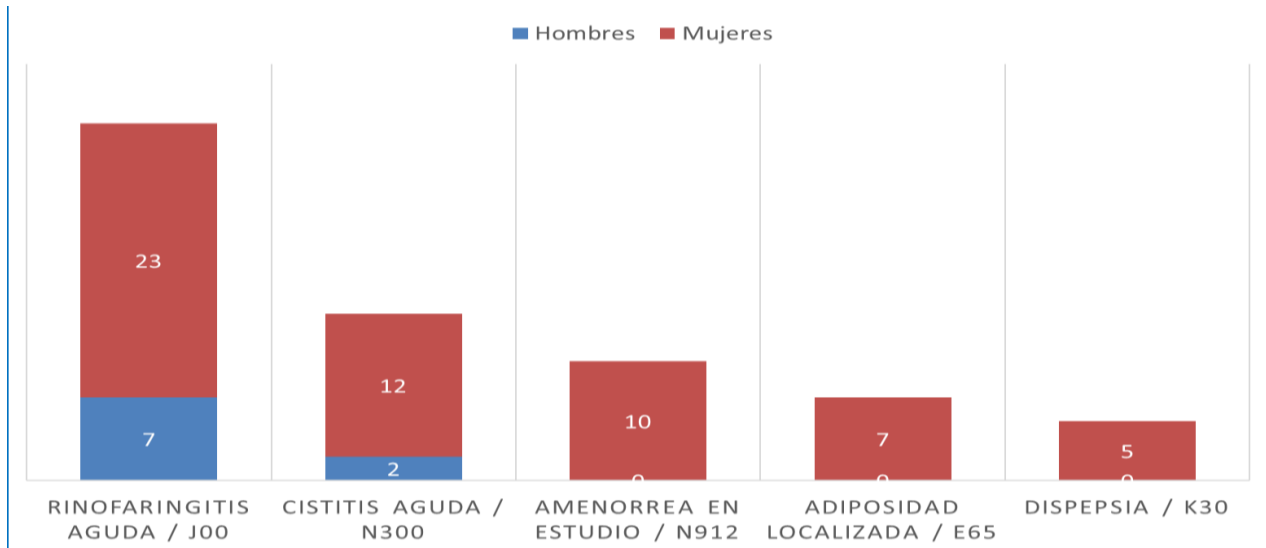
Gráfica 31. 5 principales causas de morbilidad en el grupo de 1 – 4 años de consultas en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

Para el grupo de 5 a 14 años como se muestra en la siguiente gráfica continúan liderando las enfermedades respiratorias y gastrointestinales, para el cuarto y quinto lugar se añaden las enfermedades del oído.



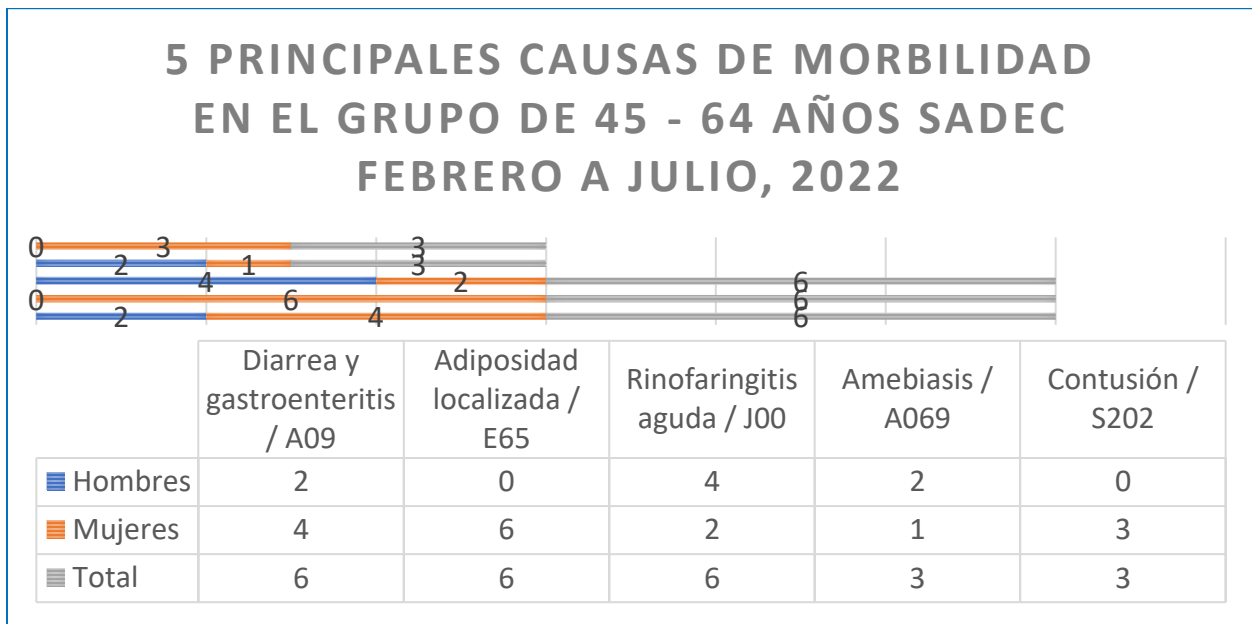
Gráfica 32. 5 principales causas de morbilidad en el grupo de 5 a 14 años en consulta en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

En la siguiente gráfica se observa una notoria reducción en el diagnóstico a personas del sexo masculino, esto se puede deber a que en este grupo de edad los varones de la familia comienzan a hacerse cargo de las actividades productivas del hogar en las comunidades de Chiapas y consideran no tener tiempo para acudir a consulta. En primer lugar, se observa de nuevo las infecciones respiratorias, y a continuación enfermedades del sistema genitourinario, para continuar con sobrepeso u obesidad.



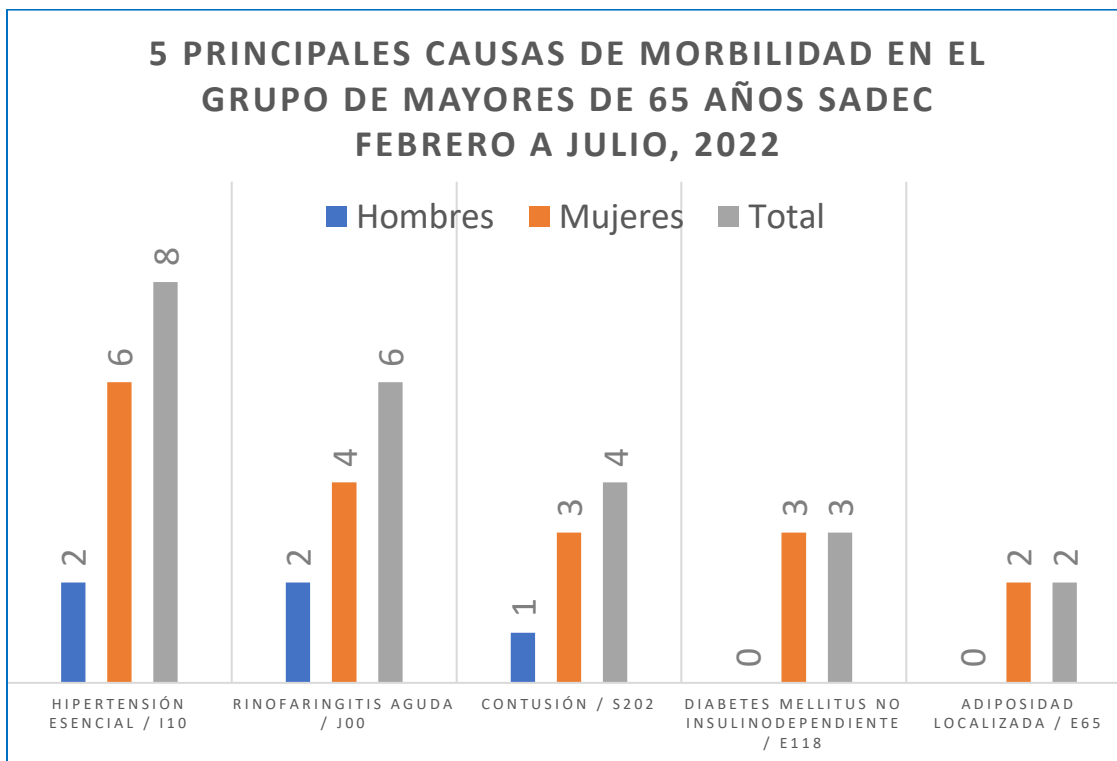
Gráfica 33. 5 principales causas de morbilidad en el grupo de 15 – 44 años de consultas en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual SADEC.

Para la penúltima gráfica se aprecia que aparecen enfermedades infecciosas,



Gráfica 34. 5 principales causas de morbilidad en el grupo de 45 – 64 años de consultas en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

En la última gráfica continúan en los primeros 5 lugares las enfermedades crónico-degenerativas y respiratorias, sin embargo, aparece en tercer lugar una serie de consultas por contusiones, probablemente debida a caídas o golpes que ha esta edad pueden llegar a ser delicadas para el adulto mayor.



Gráfica 35. 5 principales causas de morbilidad en el grupo de mayores de 65 años en consulta en Arroyo Granizo-SADEC de febrero a julio 2022. Autoría MPSS Terrats, datos del informe anual, SADEC.

Conclusiones

Para reformar la salud hay que dar un concepto multicausal, abarcar los elementos que van más allá de las medidas preventivas o curativas, no solo lo que dice el libro, o el método diagnóstico de las personas, se debe atender las necesidades alimentarias, educativas, vivienda y distribución económica, todo respetando la cultura de las personas, y esto se ha quedado rezagado con el tiempo.

Chiapas es un estado abandonado por el sistema de salud y ultrajado culturalmente, durante mi tiempo en el servicio social observé demasiadas carencia e injusticias por la mayoría de las instituciones de salud, lo cual provocó en mi un análisis personal de mi actuar como profesional de la salud, descubriendo que en múltiples ocasiones replico acciones aprendidas de la medicina hegemónica, sin embargo, el vivir una experiencia en las comunidades indígenas provoca que resurja en mi los deseos y metas que anhelaba al inicio de la carrera, reforzando mi sentido de servicio y empatía.

El panorama de Chiapas nos muestra un sistema de salud precario y con muchas carencias, el rechazo del equipo de salud hacia los indígenas que están desinformados; un aislamiento de las comunidades provocando un aumento de las enfermedades prevenibles y la saturación de los primeros niveles de atención. Me parece importante una reestructuración de las instituciones para retirar al personal mayor ya que la mayoría ya se rige por el sistema y no ofrece un servicio de calidad por su falta de interés y servicio; y permitir que las nuevas generaciones, que aún tienen la energía necesaria, continúen ayudando.

Por lo antes mencionado el Estado no proporciona la atención ni los servicios médicos necesarios en todas localidades de México. A pesar de los esfuerzos que se han hecho, aún quedan varios pendientes en materia de atención médica, de recursos humanos para las clínicas comunitarias y de infraestructura y equipamiento para clínicas y hospitales.

En estos rubros, las comunidades indígenas del país, tal y como sucede en Arroyo granizo o en otros aspectos del desarrollo social, son las más desprotegidas y a las que la atención les llega después y con deficiencias.

Me encontré con asociaciones civiles creadas con fines no lucrativos y resultan ser lo contrario; durante mi servicio me llevó experiencias agradables y enriquecedoras en mi persona y formación profesional, y otras no tanto; el servicio social en Chiapas es un reto que requiere de personas con deseos de ayudar y servir, el servicio hace que reevalúes en qué dirección quieres dirigir tu formación profesional y si consideras que ofreces apoyo o solo es trabajo. Considero que es una gran experiencia que no pude llevar a cabo sin todo el equipo de SADEC ya que amenizan tu servicio al crear un ambiente seguro y de confianza como el de una familia.

Este trabajo me permite reconocer que faltó mucho de mi esfuerzo por tratar de mejorar la salud de mis pacientes, tratando la salud física y mental, ofreciendo paz y seguridad y no regañar o provocar inseguridades; me mostró que debo seguir preparándome de manera personal y profesional para poder afrontar nuevos retos y continuar con el deseo de servicio y ayuda siempre presente.

Por último, me permito agradecer a todo el equipo de trabajo de SADEC, familiares y amigos que continuamente me ofrecieron apoyo y consejo para poder completar y cumplir mis metas propuestas.

Gracias.

Bibliografía

- Alcántara Moreno, G., (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Naciones Unidas (UN) (2000), Consejo Económico y Social – *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Dávila, E. y Guijarro, M. (2000), *Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México*. Santiago de Chile. Unidad de Financiamiento para el Desarrollo.
- De La Guardia Gutiérrez, Mario Alberto, & Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos. (2020). *La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria*. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de Junio de 2020. <http://medfam.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2021/06/LA-SALUD-Y-SUS-DETERMINANTES.pdf>
- Uribe Gómez, Mónica, & Abrantes Pégo, Raquel. (2013). *Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? Perfiles latinoamericanos*, 21(42), 135-162
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.) *Salud y Derechos Humanos*, sacado de: [Salud y derechos humanos \(who.int\)](http://www.who.int)
- UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO. (s/f). TEMA 1. FUNDAMENTOS TEORICOS. PDF. https://sga.unemi.edu.ec/media/archivomateria/2023/04/26/archivomaterial_2023_426232653.pdf
- Gobierno de México, G. (s/f). *Chilón: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública*. Data México. <https://datamexico.org/es/profile/geo/chilon>
- Diario Oficial de la Federación. 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21%2F09%2F2001#gsc.tab=0
- Naciones Unidas. 2000. *Consejo Económico y Social El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- VÉLEZ, R. (2021). *Información de Palenque: Historia, turismo, clima y más*. *DESCUBRE MÉXICO*. <https://descubreenmexico.com/informacion-de-palenque-historia-turismo-clima-y-mas/>
- Universidad Nacional de Trujillo, & Silva, L. (2018). *DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS DE LA SALUD*. Studocu.

<https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-de-trujillo/salud-y-comunidad-ii/determinantes-estructurales-e-intermedios-de-la-salud/6691322>

- Carbonell, M. (2020). Instrumentos jurídicos internacionales en materia de no discriminación, volumen 1. Instituto de Investigaciones Jurídicas. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6079/19.pdf>
- Secretaría de Salud, S. (2015). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4°. <https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4>
- Presidencia de la República EPN, P. (2013, abril 2). Política Nacional de Salud.
- Gobierno de México. <https://www.gob.mx/ejn/articulos/politica-nacional-de-salud?idiom=es>
- Rodríguez, A., & Rodríguez, M. (2006). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. SciELO. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/?lang=es>
- HealthStats. (s/f). Salud | Data. Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/tema/salud>
- HealthStats. (2021). Cobertura Universal de Salud: Panorama general. Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage>
- HealthStats. (2020). El Grupo Banco Mundial pone en marcha las primeras operaciones de respaldo sanitario de emergencia contra la COVID-19 (coronavirus) y refuerza la respuesta en los países en desarrollo. Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/04/02/world-bank-group-launches-first-operations-for-covid-19-coronavirus-emergency-health-support-strengthening-developing-country-responses>
- Secretaría de Gobernación, S. (2020). Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17%2F08%2F2020#gsc.tab=0
- Secretaría de salud, S. (2020). PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. GOBIERNO DE MÉXICO. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024>
- Secretaría de Salud, S. (2020). Seguimiento de Metas de PSS 2020 2024. GOBIERNO DE MÉXICO. <https://www.gob.mx/salud/documentos/seguimiento-de-metas-del-prosesa-2019-2024?state=draft>