

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
**UNIDAD XOCHIMILCO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS**  
**LICENCIATURA EN MEDICINA**  
**CÁNCER CERVICOUTERINO: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO**



**ASESOR: DOCTOR JOEL HEREDIA CUEVAS**

**MPSS MARITZA DENISS RECENDIZ VILLA**

**MATRÍCULA: 210234140**

**AGOSTO 2016-JULIO 2017**

**PROYECTO DESARROLLO HUMANO**

**CASA DE APOYO A LA MUJER "IXIM ANTSETIC"**

**PALENQUE, CHIAPAS, MÉXICO.**

## *Dedicatoria*

A mi Madre **Apolonia Villa Martínez** por el amor tan infinito que me ha tenido, gracias a su gran fortaleza y paciencia hemos caminado de la mano para poder cumplir mis sueños.

A mi Abuelita **Victoria** y mi abuelo **Jesús Antonio** por cuidarme desde pequeña cuando mi madre no estaba.

A mi Padre postizo **Alfonso Villa** quien aun sin ser mi padre fungió como el mejor.

A mi tío **Francisco Villa** por ser quien nos cuida a todas las mujeres de la casa, por todos sus enojos y consejos.

A toda la familia **Villa Martínez** y sus derivados ósea mis primos, primas, sobrinos segundos, sobrinas segundas, tíos políticos y tías políticas porque aunque somos una familia rara siempre estamos juntos compartiendo el largo camino de la vida.

A mi tía **Herminia** y mi tío **Aurelio** por aceptarme en su casa durante toda mi carrera universitaria, por su gran cariño, amor, comprensión y cuidado.

A toda la familia **Martínez Salazar** y sus derivados, ósea mis primos segundos, primas segundas, sobrinos terceros, sobrinas terceras, tíos políticos segundos y tías políticas segundas por darme todo su amor, consejos, alegrías, bendiciones, sabiduría, apoyo y ánimos para seguir adelante.

A toda la familia **García Ocampo** por ayudarme en mi año de internado médico y aceptarme como miembro de su familia dándome todo el amor y felicidad.

## ***AGRADECIMIENTOS***

Este reporte fue posible gracias a la colaboración del equipo de Casa de Apoyo a la Mujer IXIM ANTSETIC, Cristina Serna, Delia, Oyuky, Mayra, Mariana, Elday, Carmen, María, Rosa, Cristina García, mis compañeras de enfermería, comunidad y a todas las mujeres que me dieron un pedazo de su corazón por todo un año. A mi compañero Emir Valle por ayudarme a analizar datos y revisiones exhaustivas de redacción. A compañera Liz por ayudarme con la redacción y por sus ánimos.

Al más importante de este trabajo mi asesor el Dr. Joel Heredia Cuevas por su infinita paciencia en la revisión de este reporte, por sus correcciones y estructuración de todo mi trabajo.

*Si la medicina fuera un arte  
estaríamos en medio de la plaza viendo al médico explorando al paciente,  
pintando en un lienzo una nota de evolución o tal vez una historia clínica,  
leyendo esos jeroglíficos que se trazan con líneas que dicen tic tac, como un  
sonido con letras,  
escucharíamos cada palabra rara que saliera de su boca,  
tratando de describir con su lengua una simple cosa de nada,  
lo llamaríamos loco y tal vez lo apreciaríamos un poco más.*

*Maritza Deniss Recendiz Villa, 2017*

# INDICE

<b>PRIMERA PARTE</b>	8
<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>PERSONAL (Un golpe de realidad)</b>	10
<b>RELACIÓN MÉDICO PACIENTE (Tocando las cuerdas de mi corazón)</b>	15
<b>COMUNIDAD (La forma de la medicina)</b>	16
<b>INSTITUCIONAL (Una lucha por la equidad de género y la justicia)</b>	17
<b>AUTOEVALUACIÓN DEL PRIMER TRIMESTRE DEL SERVICIO SOCIAL EN CASA DE APOYO A LA MUJER “IXIM ANTSETIC”.</b>	21
<b>¡YO TUVE UN SUEÑO!</b>	25
<b>INTRODUCCIÓN</b>	26
<b>CAPITULO 1. CASO CLÍNICO.</b>	28
<b>Análisis del caso clínico de acuerdo a la norma oficial mexicana 014.</b>	33
<b>Conclusión del caso clínico</b>	35
<b>CAPITULO 2. DERECHO A LA SALUD EN LAS MUJERES INDÍGENAS</b>	36
<b>El cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los derechos humanos</b>	37
<b>El cáncer en el mundo</b>	39
<b>Incidencia.</b>	39
<b>Mortalidad</b>	39
<b>Incidencia y Mortalidad en los países desarrollados y en los menos desarrollados.</b>	40
<b>Prevalencia de cáncer en el mundo</b>	41
<b>¿Qué es el Cáncer Cervicouterino?</b>	42
<b>Cáncer cervicouterino en el mundo</b>	45
<b>Cáncer Cervicouterino en América Latina (América Central y América del Sur)</b>	47
<b>México: Incidencia de Cáncer cervicouterino</b>	48
<b>Cáncer Cervicouterino en México</b>	49
<b>Años de vida saludable perdidos</b>	50
<b>Años de vida saludablemente perdidos en México y el mundo</b>	50
<b>Cáncer Cervicouterino en Chiapas</b>	52
<b>Cáncer Cervicouterino en Palenque</b>	54

Conclusiones	55
<b>CAPITULO 4. CONDICIONES SOCIALES EN MÉXICO Y CHIAPAS.</b>	56
<b>Joñoñ xty'añoñbä x-ixik</b>	56
<b>Características del Estado de Chiapas</b>	57
<b>Pobreza Multidimensional</b>	58
<b>Marginación</b>	61
<b>Etnicidad</b>	65
<b>Conclusiones</b>	71
<b>CAPITULO 5. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN CHIAPAS.</b>	72
<b>ATENCIÓN SANITARIA</b>	72
<b>Calidad de la atención sanitaria</b>	74
<b>Unidades de Hospitalización</b>	74
<b>Número de Camas hospitalarias</b>	75
<b>Número de médicos en contacto con el paciente</b>	76
<b>Médicos Especialistas en contacto con el paciente</b>	76
<b>Atención a la Salud en el estado de Chiapas</b>	78
<b>Recursos humanos</b>	78
<b>Infraestructura física</b>	79
<b>Conclusiones</b>	84
<b>CAPITULO 6. CASA DE APOYO A LA MUJER "IXIM ANTSETIC" / CLÍNICA DE LA MUJER</b>	85
<b>POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD Y CÁNCER CERVICOUTERINO</b>	85
<b>Programa de Cáncer Cervicouterino</b>	85
<b>CHIAPAS</b>	86
<b>PALENQUE</b>	88
<b>Clínica de la Mujer</b>	89
<b>Casa de Apoyo a la Mujer</b>	91
<b>Programa de Detección Oportuna de CACU</b>	92
<b>RESULTADOS</b>	94
<b>ANÁLISIS DEL PROGRAMA</b>	100
<b>Clínica de la Mujer y Casa de Apoyo a la Mujer</b>	102
<b>CONCLUSIONES</b>	104
<b>ANEXOS</b>	106

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	122
<b>INDICE DE GRAFICOS, DIAGRAMAS, ESQUEMAS, TABLAS, MAPAS, IMÁGENES.</b>	125
<b>GLOSARIO DE ACRONIMOS</b>	129

# **PRIMERA PARTE**



# INTRODUCCIÓN

Para motivos de organización este reporte se divide en dos partes.

La primera parte se divide en dos ejes: el proceso de adaptación al servicio social y el análisis personal, institucional y ambiental. En el primer eje se muestra todo el proceso de adaptación que se tiene los primeros tres meses al llegar al servicio social comenzando desde el nivel personal, con la comunidad, en base a la relación médico paciente y con Casa de Apoyo a la Mujer donde realicé mi servicio social. En el segundo eje se hace un análisis de las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades personales, ambientales e institucionales.

La segunda parte corresponde a un análisis del cáncer cervicouterino en el cual se describen la epidemiología internacional y nacional de la misma, así como una visualización de las características sociodemográficas y del sistema de salud de Chiapas y Palenque. Y finalmente se estructura un análisis de dos instituciones de salud atendidas por mujeres y para las mujeres que manejan programas de detección de CACU; Clínica de la Mujer y Casa de Apoyo a la Mujer “Ixim Antsetic”.

“El vínculo que te une a tu verdadera familia no es el de la sangre, sino el del respeto y la alegría que tú sientes por las vidas de ellos y ellos por la tuya.”  
Richard Bach.

## **PERSONAL (Un golpe de realidad)**

Me voy a Palenque con una maleta llena de recuerdos de las lágrimas en los ojos de mi madre, acompañadas del miedo por no saber quién me cuidará, su silencio muy suyo de mi abuela, el Parkinson de mi abuelo que no lo deja caminar, montañas de cuerpecitos pequeños que cubrían la salida para que no me fuera y risas pensando que lo iban a lograr, abrazos de mis primas que dicen “no te vayas”, los “por qué tan lejos” de mis tíos, el recuerdo de 5 años en una casa llena de amor hecha por mi tío Aurelio y mi tía Herminia, sándwiches de la tía Rosa, ese “hasta pronto” pausado que duele.

Las ansias de no conocer a dónde iré, emoción por lo que me espera, reflexiones que invaden mi cabeza sin poder dormir, sueños de querer crecer como médico, ilusión de un nuevo comienzo, pero ahí vamos, llena de incertidumbre, apretando la mano de Ale en un autobús que va siguiendo el camino a la vida.

De pronto la noche se hace segundo y ya estoy a casi 16 horas de casa, lejos del amor de mi madre, la familia y amigos, confiando sólo en una persona, Joel médico asesor de la UAM, vamos en su jeep a una Casa su nombre es SADEC. Nos reciben unas perritas, el doctor grita “¡Canela, Mapacha!” y nosotros simplemente las acariciamos, hay más personas, de ninguna sé sus nombres pero estaremos un año aquí, qué más da, se agrega mushu un perro salchicha y una gatita misha.

De entre todas esas personas, tres de ellas se nos acercan y nos ofrecen comida, nos dan un dormitorio, y se presentan, sus nombres parecen ser amigables, Saúl, Moni y Emi, vamos directas al comedor, ¿más comida?, ¡esto es genial!.

Por la tarde se prende el proyector, hay imágenes extrañas para mis ojos, mujeres con trajes típicos llenos de colores y bordados, faldas negras con franjas de listones y pasamontañas, llevan el título de EZLN, ¿Qué es eso?, se pregunta mi mente. Se hablan de los acuerdos de San Andrés y un poco de historia de liberación de los pueblos indígenas en 1994, nos miramos la cara, realmente Ale, Liz y yo no entendemos nada, la política no es lo mío y menos la historia.

También se habló de lenguas, escucho tzeltal, cho’ol, tzotzil, zoque, y más, no había escuchado nada de estas lenguas, o tal vez sólo escuché que existían, o hasta textos he visto con estas letras que no sé leer y que jamás he escuchado pronunciar por labios.

Después de un rato recapitulamos la elección de plazas, la decisión ya está tomada, me quedo con CAM (Casa de Apoyo a la Mujer).

### **Primera vez que vi CAM.**

-¡Vamos a Conocer CAM! Se escucha la voz de Dwuina.

Al llegar a CAM se encontraba un grupo de personas sentadas en círculo las cuales estaban haciendo una clase de despedida, nos integramos al círculo, todos hablaban de su experiencia en CAM entre lágrimas y risas, pero con mucha satisfacción en su persona de haber estado ahí.

Después de terminar las despedidas, Dwuina me presentó a mi coordinadora del área médica la doctora Oyuky, ella junto con Dwuina me presentaron las instalaciones de CAM, el consultorio, el área pequeña de la farmacia, el autoclave, el colposcopio, el material, la cocina, un cuarto desocupado donde trabaja mi coordinadora Cristina que sirve también de sala para psicología y sexología, la oficina de Delia y una sala de estar, también me explicaron algunas de las funciones que realiza la pasante dentro de la organización, después de esto Dwuina se despidió.

### **Primer día de Consulta.**

A las 8 am llegan los primeros pacientes, yo me encontraba con mi compañera, Rebeca, quien se quedaría conmigo el mes de agosto y Oyuky.

Venía una familia completa, 2 hijos y una mujer, su madre, comienzan a hablar entre ellos, “¡No entiendo que dicen!”, ¡ella se ve mal!, por suerte Rebeca y Oyuky hablan tzeltal. Ah, es una crisis hipertensiva concluimos las tres doctoras que estábamos ahí, damos tratamiento y esperamos media hora, están en la sala de estar y siguen hablando en otra lengua, me comienzo a angustiar, pero después de media hora todo está bien y se va a su casa con tratamiento.

Lo que sentí en mi primera consulta fue mucha desesperación al escuchar palabras que ni por casualidad entendía, sentía mucha responsabilidad en mi ser por la paciente y por el compromiso que tenía con ellos, mucha presión de mi persona a mí misma y me sentía tan nerviosa por tener a dos médicos a mi lado, sentía que evaluaban cada palabra que salía de mi boca.

### **Quedarme sin mis amigas en Palenque.**

Había estado viviendo en SADEC con Liz, Alejandra e Iveth, pero había llegado el día de despedir a cada una, la primera que se iba a su comunidad era Liz, con ella había estado todo mi internado y me costó mucho despedirme de ella, me sentía muy ligada a su persona, ella estaría en Guaquitepec a casi 5 horas de Palenque, sin mucha comunicación, sentía que se iba mi confidente, pensaba ¿quién me escuchará ahora?

A las siguientes que despedí fueron a Iveth y Alejandra, ellas van a la Garrucha, comunidad autónoma, ya me había acostumbrado a vivir con ellas, fueron pocos días los que vivimos

juntas pero esos días conocimos muchas cosas que tal vez a nadie me había atrevido a contar, fueron también confidentes y ahora se iban, me sentía melancólica.

### **Mudanza.**

Después de que ellas se marcharon me mudé a un departamento que había escogido mi coordinadora Cristina junto con mis ahora nuevas compañeras Mayra y Rosa, es un departamento situado en el tercer piso de la casa de una maestra llamada Estela, tiene una vista hermosa hacia la selva, los cuartos son muy amplios, la cocina es pequeña pero cómoda, y el comedor es acogedor, tiene una terraza con un lavadero todo se ve hermoso, sólo hay un defecto, a mi cama se le caen las tablas.

La primera idea que surgió en mi cabeza al ver el departamento fue ¡por fin una casa, donde pueda hacer lo que quiera y compartir con al parecer buenas personas!, ¡es muy hermosa! Sentía que había llegado al lugar indicado, me sentía acompañada y a pesar de que no las conocía, mis compañeras me transmitían una paz enorme, los compañeros que habían estado viviendo ahí antes dejaron mensajes de bienvenida y hasta unas maracas para hacer nuestra vida más amena y alegre, un libro para visitar lugares mientras estuviéramos ahí y mucho cariño.

El primer atardecer en la casa fue un escenario impresionante, el cielo era un desfile de colores, tenían la combinación perfecta con el sol y los árboles, los saraguatos adornaban mis oídos con sus ruidos y los buscaba entre las ramas de los árboles, las aves cantaban sin cesar y volaban cerca de la ventana del departamento.

La noche cayó y con ella la luna subió al cielo adornando el manto negro que lo cubría, los grillos comenzaron a cantar y los saraguatos aún hacían ruido, yo estaba tan impresionada de tanta belleza.

### **Mi primer día observando mi comunidad.**

Por primera vez camine a casa, me acompañaba Mayra y Rosa, en el camino vi a mujeres y niños, las mujeres con ropas de las cuales había visto tan ajenas, rebozos que cargaban niños, algunas con los pies descalzos, vendían en el mercado cantidad de cosas que no conocía, cacaté, pozol, chile del monte, tortillas de Yuca, cacao, variedad de elotes y frijoles de diferentes colores y tamaños, entre murmullos hablaban otra lengua, más complicada que la primera, esta es Cho'ol, lo que más note es que aquí todas sonrén.

El primer día en mi comunidad no era como el que yo esperaba, tal vez había escuchado tantas experiencias de mis otros compañeros que quise hacerlas mías, no había fiesta, o una presentación como tal ante toda la comunidad, pero fue mejor caminé por las calles de Palenque viendo un día común en sus días, para así más o menos darme una idea de cómo se vivía ahí.

## **Segundo día en comunidad.**

Di un paseo por la ciudad, me topé con un hospital llamado “Cirugía de Alta Resolución”, que está cerrado, cayéndose a pedazos, se alcanzan a ver sillas y una recepción, pero hay cadenas, cerca hay una clínica y un hospital de segundo nivel, están cerrados, por una huelga, sólo se atiende urgencias, yo sólo pensaba ¿cuántas personas caben en urgencias?, ¿cuántos especialistas hay?, ¿hay medicamento?, ¿cuántas comunidades hay sin atención médica?, ¿a dónde van todas esas personas para atender su salud?, es ahí cuando se venía a mi mente una frase que escuché de un compañero médico, “¿Quién decide quién tiene derecho a vivir?”, no recuerdo si son estas sus palabras, pero eran parecidas.

## **El día que conocí a los “Migrantes”.**

Cristina me preguntó si quería seguir dando voluntariado en Casa del Caminante, yo le contesté que sí.

Llegó el día de conocer “Casa del Caminante Tatic Samuel Ruiz”, desde que llegué a la comunidad de Pakal-Na se sentía un ambiente de pobreza, cansancio y esperanza, no sé cómo explicarlo, la casa por fuera se veía y estaba gris, había una reja que se abría por dentro como una cárcel, había una sala de estar con sillas como de playa, dos mesas redondas y un edificio enfrente con lockers y oficinas, tienen un camino que guía a la dirección de las madres y en la entrada a la casa, hay murales, bancas de cemento y lavaderos.

Dentro de la casa se daba atención médica en el comedor, además había un anaquel con medicamentos, un estetoscopio, estuche diagnóstico, un cuaderno, una mesa y alrededor de ella varias sillas, con mujeres, hombres y niños.

Ellos venían subiendo de Centro América, Honduras y Guatemala principalmente, llegando por dolor, un dolor que no se llevaba en el cuerpo sino en el alma, huían de un destino que no contaba más que las ansias insaciables de un mundo retorcido, de ese que pensaba que quedaba tan lejos de esta dimensión que no era palpable e incluso imposible.

Me temblaron las manos, cuando todos se acercaron desesperados por atención médica, se tuvo que poner un orden;

-“Hermanitos, todos serán atendidos pero hay que guardar paciencia y formarse”- decía la madre Flor.

Se les daba prioridad a los niños, a las heridas grandes, a los deshidratados, se tenía poco de todo que hasta contaban el medicamento con miligramos, se administraba para que todos tuvieran su medicina, se daban tratamientos ahí, los que se podía, los que se alcanzaban y otros se referían a un hospital.

Al saber que caminaban desde allá para alcanzar un sueño que era más una promesa para ellos mismos, me hacía preguntarme qué era lo que los hacía caminar largas distancias sin la

protección de sus seres queridos, en otra cultura, en un lugar inseguro, durmiendo en la calle, comiendo de la basura y tomando agua de los charcos?.

Después supe que las condiciones allá eran peores que las de nosotros, había violaciones a los derechos humanos, corrupción, drogas, mafias, secuestros, trata de blanca, entre otras.

Veía como su semblante estaba debilitado, pero su alma tenía una fortaleza inmensa, su mirada mostraba un dolor que quería ser gritado, a veces hasta se podía ver en ellos y ellas un rostro sin expresión, totalmente plano a las emociones, pero seguían un sueño y eso me hacía admirarlos.

### **Mi sentimiento por CAM.**

Las primeras semanas que estuve en CAM no entendía los movimientos dentro de la casa, gente venía gente iba de un lado a otro, hablaban de cosas que no entendía, como soberanía alimentaria, la lucha de los pueblos, Xi' nich, la milpa en tu taco, artículo 19, derecho a la información, megaproyectos, parteras, agrohomeopatía, microdosis, todo daba vueltas en mi cabeza, trataba de que nadie notara que estaba pérdida, pero creo que todas lo notaron, no lograba ver el contexto que se vivía en Chiapas.

Creo que fui un poco terca al inicio al no permitirme ver otra forma de trabajar, y otras formas de pensar, aún en este punto no sé si soy feminista o sólo quiero construir otra forma de caminar diferente al lado de mis compañeros masculinos, donde exista el respeto por las diferentes formas de pensar, la tolerancia por los actuares de mis demás compañeros y míos, justicia por todas las impunidades y atropellos que se han hecho a los pueblos, mujeres, hombres, niños, lesbianas, gay, bisexuales, transexuales.

CAM fue una familia para mí y como en todas las familias no todo es color de rosa, hubo momentos amargos, dulces y duros, creo que hubo de todo pero me enseñaron a madurar para volver a soñar, creo que es el lugar donde me han dado miles de oportunidades y aún siguen confiando en mí.

Sólo puedo decir que fui muy afortunada al encontrarme con personas como Cristina, Delia, Oyuky, Mayra, Olga, Paty, Jackeline, Mariana, Gaba, Elday, Yuli, Rosa, Sheyla y Ricardo quienes hicieron que cuestionara mi manera de pensar, de creer, que me guiaron, personas que me enseñaron, que me apoyaron, que me recibían con una sonrisa y un hola cargado de sueños.

Creo que CAM es el espacio más cercano a la dimensión de mis sueños, aún queda trabajo por realizar como en todo, como diría un amigo “nunca se termina de madurar”, así es esto como la utopía, sigue caminando para que nosotros soñemos que la podemos alcanzar para mejorarla, y darnos cuenta que ya avanzó y así otra vez querer llegar a ella.

CAM ha significado un despertar en mi alma, una vela que se encendió, llena de una revolución en mi forma de pensar y de vivir, ahora me cuestiono si lo que voy a decir es un comentario machista, o si los comentarios o pláticas que se tienen cerca de mí tienen

comentarios no sólo machista, sino agresivos o violentos, si en sus comentarios hay tolerancia en las formas de pensar, si las personas se permiten escucharse, si se permiten abrirse a otras formas de pensar, si son racistas, si realmente practican el tan escrito y descrito respeto.

CAM me dio mucho más de lo que esperaba, me dio familia, madurez, educación, tolerancia, fe, ilusión, sueños, capacidad de alzar la voz, confianza en mí, valentía, amigos, me dio viajes, personas extraordinarias, me dio una nueva vida.

## **RELACIÓN MÉDICO PACIENTE (Tocando las cuerdas de mi corazón)**

*“Se ha hablado tanto de este tema que tal vez nadie nunca logre entender esta extraña conexión que se imparte entre el paciente y el médico, tal vez y hasta presumiendo pocos gozamos de ese lazo que nos conecta con otro ser, trataré de explicarlo, se dice que los ojos son la ventana más grande de algo que se llama alma, una clase de esencia que se encuentra en cada ser vivo conectándonos con lo divino, casi lo irreal, lo que muy pocas veces se toca, pero que ahí está, sintiendo hasta por nosotros, esa ventana queda desnuda cuando el cuerpo se siente vulnerable por algo que lo agrede de forma aguda o en su defecto crónica, cuando este individuo entra en una pequeña jaula llamado consultorio y se encuentra con su semejante, abre simplemente esta ventana a la par de sus sentimientos y ahí está estableciendo esa conexión que no necesita de lenguas, de idiomas, que se lee por sí sola, que es universal..*

*Tal vez el logro más grande del médico y el que llena más de satisfacción es este que no se da en los libros y que ni siquiera lo podrían describir los poetas.”*

*Maritza Deniss Recendiz Villa, 2018.*

En las primeras semanas del servicio social llegaron pacientes procedentes de comunidades donde se hablaba tzeltal, llegaban siempre con una sonrisa y con una mirada noble, saludaban muy amistosamente, casi siempre acompañados de personas que traducían su lengua, cuando ellos hablaban me sentía en otro planeta, quería entender por lo menos una palabra pero no entendía nada, quería que se sintieran cómodos, pero yo no lo estaba ya que no entendía lo que hablaban, hasta que alguien traducía e incluso así muchas veces las traducciones eran pedazos escasos, pero con eso me bastaba para comenzar a desenvolverme como médico dentro del consultorio.

Me llamó la atención su vestimenta, traían una falda negra con una franja de listones de colores, no tenía bastilla, la amarraban y la apretaban con una franja, su blusa era blanca con un holán que llevaba una tira bordada, su piel era morena y su cabello negro, sus manos eran pequeñas y con el solo roce sentías lo cálido y el bienestar de su ser, el aroma a madera se

sentía re confortable, y su inocencia era exquisita, la lengua era el manjar que llenaba de cultura el consultorio, parecía que el arte mismo estaba personificado, y que yo era afortunada de verlo tan de cerca.

Después me encontré con población que hablaba español como nosotros, con ellos me sentía más en confianza ya que la lengua era la misma y la comunicación era unidireccional, ellos describían más claro sus enfermedades, y eran menos expresivos que los pacientes que hablaban otra lengua, tenían palabras que se me quedaban en la mente como “bueno puej” y “ya tiene”.

Ellos usaban vestimenta más común, las mujeres usaban faldas delgadas, de diferentes colores los que más recuerdo son negro, azul, rojo y naranja, las blusas siempre eran suaves y delgadas, de colores diversos, sus manos transmitían amistad y sus expresiones pedían ayuda para entender sus enfermedades.

En este caminar, también estuve con pacientes migrantes dentro del consultorio y en la casa de Caminante Tatic Samuel Ruíz, con ellos mi caminar como médico me sensibilizó, ya que eran personas que venían de una situación de violencia extrema, y aun así sonreían y tenían ganas de salir adelante con todos sus problemas, me devastaban las historias que contaban, su travesía para llegar hasta México, donde dormían, lo que comían, las agresiones que sufrían en su camino, como se hidrataban, ellos me hicieron ver que la mayor fuerza de uno es la voluntad y que las dolencias son más del alma que del cuerpo.

Las expresiones que veía en su rostro al explorarlas para mi eran gratificantes, sentía como me daban la confianza de acercarme a sus cuerpos, siempre con un respeto, cuando curábamos la madre Flor y yo sus heridas en los pies, entre ellos se echaban porras para poder aguantar el dolor al tallarlas, se contaban cosas para reír, ahí entendía que la enfermedad se lleva mejor en complicidad con apoyo del otro, con su sensibilidad y amor.

## **COMUNIDAD (La forma de la medicina)**

“Yo escribo para quienes no pueden leerme. Los de abajo, los que esperan desde hace siglos en la cola de la historia, no saben leer o no tienen con qué.”

Eduardo Galeano.

Al llegar a CAM lo primero que me llamó la atención fue un anaquel (no sé cómo se llame) en el cual se encontraban microdosis, nunca me había topado con algo parecido, no tenía idea de cómo usarlas o prepararlas, no entendía bien su función, y debo admitir que devaluaba su valor porque al principio no entendía como mis pacientes entendían sus enfermedades, primero creí que sólo eran parte del cuerpo y que sólo se necesitaba medicina alópata, hasta que fui encontrando que lo relacionaban con emociones o pensamientos, muchas veces mencionaban que se enfermaban por un susto o por estar pensando nada más, que se



enfermaban de eso que le llamaban los “nervios”, otras veces lo describían de una forma tan mágica y misteriosa como en el caso de la esquizofrenia.

Cuando preguntaba; ¿han tomado algo para su dolor o su enfermedad?, comentaban de plantas preparadas en forma de té como lo son el pelo de elote para el mal de orín, manzanilla para problemas gastrointestinales, zapote blanco para la presión, moringa para la diabetes, o para las heridas hacían el maguey morado o para los golpes la sábila, sólo por mencionar algunos, siempre cuando llegaban con nosotras era porque ya ningún remedio funcionaba, siempre éramos la última opción y a mí me costaba trabajo pensar en que confiaban más en sus consejeros (Curanderos) que en nosotras, pero con el paso del tiempo fui entendiendo cómo funcionaban las comunidades, donde siempre respetaban la opinión de los curanderos, parteras, sobanderos y hueseros, casi siempre eran los mayores quienes ejercían esta función y la pasaban a sus familiares o a las personas que se encontraban dentro de la comunidad.

Esto me enseñó cómo las personas de la comunidad forman un equipo para poder brindarse atención a sus diferentes enfermedades, muchas veces llegaba la familia, el promotor de salud y la partera, acompañando al enfermo como muestra de amor, comprensión y apoyo para con ellos, me hacían ver el poder y la fuerza de una comunidad.

Aún con todo esto me costaba mucho trabajo pensar en una forma de medicina diferente a la que me habían impuesto en la Universidad.

Pensé al llegar a CAM que todo sería así como en las grandes ciudades donde se pueden resolver la mayoría de las enfermedades en el primer nivel y el segundo, pero me topé con una huelga que duró hasta enero pues el personal de salud exigían el pago de sus servicios, el cual no llegaba desde hace ya un tiempo, exigían recursos materiales para poder brindar una mejor calidad en el servicio. Palenque también cuenta con una Unidad Médica de Especialidades, (anexo de un 2o nivel) la cual está cerrado y cayéndose a pedazos, sin vida, sin razón de estar.

## **INSTITUCIONAL (Una lucha por la equidad de género y la justicia)**

“Nosotros aspiramos a ser sus iguales. No más grandes, pero tampoco más pequeños. Durante años hemos sido los infantes de una nación grotesca. Acumuladas inmensas riquezas en un puñado de traidores a la patria, democratizada la pobreza entre millones de trabajadores en el campo y la ciudad, los indígenas ni siquiera alcanzábamos la categoría de ciudadanos.”

Subcomandante Marcos, 1995.

**“CASA DE APOYO A LA MUJER IXIM ANTSETIC”.**

La Casa de Apoyo a la Mujer “Ixim Antsetic” (Mujeres de Maíz) abre sus puertas el 15 de Junio de 1998 (Castillo, 2007).

Surge a partir de un equipo médico dedicados a la creación de sistemas locales de Salud que tenían un plan de trabajo basado en la comunidad.- SADEC (Salud y Desarrollo Comunitario).- con la idea de capacitar a promotores y promotoras para el desarrollo e implementación de sistemas de salud en las comunidades en Chiapas. Dentro de las ideas que se comenzaban a trabajar desde SADEC estaba la de crear un consultorio en Palenque para la canalización de pacientes provenientes de las diferentes comunidades y ahí poder asesorarlos para que acudieran al hospital, incluso acompañarlos. Sin embargo, posterior a un viaje que llevó a cabo una de las fundadoras a España, donde conoció proyectos generadores por mujeres para las mujeres; se decide, en consenso, que el consultorio que se creara fuera sólo para mujeres ya que en Palenque no existía ningún centro de atención con esta característica. El cual permitirá una atención integral, contemplando la problemática en que se desarrollan aquí en Palenque y sus alrededores (Castillo, 2007).

## ¿QUÉ ES CAM?

CAM es más que un edificio plasmado en la calle 5ª. Avenida Norte Poniente, se ha consolidado como un espacio de autoconocimiento, empoderamiento, autonomía, salud, solidaridad alimentaria, economía sustentable, compuesta por un grupo de mujeres que día a día se pregunta sin querer qué es ser mujer, queriendo un mejor futuro para los grupos más vulnerables que se encuentran en Chiapas, siempre sonriendo con el optimismo de buscar un mundo más justo.

CAM es una organización que se encarga de promover cambios en las relaciones de género, clase y etnia, mediante procesos formativos y de fortalecimiento personal y organizativo con mujeres indígenas y mestizas de los medios rural y urbano-popular, orientados a la creación de una nueva identidad de mujeres con actoras de transformación, que avanzan hacia una sociedad equitativa, justa y sustentable.

Pretendemos generar propuestas que incidan en los campos de la salud, medio ambiente-producción y autonomía de las mujeres, mediante estrategias que favorezca:

- La articulación de actores civiles y sociales.
- La promoción y el fortalecimiento de la organización y participación de las mujeres.
- La incidencia pública para la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos humanos de las mujeres.
- La concientización por medio de herramientas educativas y comunicativas.

Contribuir a los procesos de formación y fortalecimiento de mujeres como actoras de transformación social, que posibiliten una vida libre de violencia y generen relaciones de igualdad y equidad de género:

- Mujeres conscientes de su realidad y organizadas para visibilizarse e incidir en los espacios públicos y privados.
- Mujeres con liderazgos horizontales y democráticos.
- Mujeres capacitadas para la autogestión de proyectos de sustentabilidad.

CAM lucha por que las condiciones de las mujeres cambien, que las mujeres tengan la autonomía suficiente, que fortalezcan el corazón, que conozcan su cuerpo, por los derechos de las mujeres.

### **¿Cómo está conformado Casa de Apoyo a la Mujer?**

Casa de apoyo a la mujer trabaja en la selva norte de Chiapas y en la comunidad Simón Sarlat en Tabasco.

Dentro de la organización se encuentra el área de coordinación dirigida por la compañera Cristina Serna quien se encarga de buscar el financiamiento de la organización, ya sea con proyectos o con economía sustentable con la creación de Kiptic, también microdosis, se encarga también de llevar a todo el equipo de diferentes áreas a un mismo fin con el propósito siempre de empoderar a las comunidades. (Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic", 2017)

Otra de las áreas dentro de la organización es el área administrativa y contabilidad donde encontramos a nuestra compañera Delia Álvaro, la función es moderar u organizar todo el dinero que viene para los proyectos para que pueda repartirse a los diferentes departamentos del área, cabe recordar que nuestra compañera es originalmente Cho'ol y ella nos ayuda también en el área de traducción de esta lengua madre. (Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic", 2017)

Mayra Belmares se encarga del área de fortalecimiento de capacidades y acompañando a mujeres en diferentes comunidades junto con la compañera Rosa quien se encarga de soberanía alimentaria en conjunto con su asesora Cristina García y junto con la milpa en tu taco, UNACH, y otras organizaciones más. (Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic", 2017)

Jaqueline y Aracely se encargan del área de derechos humanos y autonomía de la mujer. Jacqueline viene de artículo 19 otra asociación que acompaña a CAM, se encarga del derecho a la información en diferentes comunidades. (Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic", 2017)

Nuestro equipo de Psicólogas se integra por Carolina, Esther y Paty quienes nos ayudan con terapia psicológica a pacientes que tienen enfermedades mentales, dentro de ellas tenemos a Cristina García especialista en Sexología quien ayuda a mujeres y hombres que han sufrido un evento traumático sexual a lo largo de su vida o también los ayuda a desarrollar su sexualidad. (Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic", 2017)

Dentro del área médica se encuentra Oyuki quien es encargada de la Salud Integral. Se coordina con un equipo interdisciplinario sexóloga y psicólogas. En esta área tenemos dos ejes muy importantes, que es el asistencial, y el trabajo en campo, la parte asistencial es en

respuesta a la deficiencia a los servicios de salud tanto en las comunidades, incluso dentro de lo urbano. Se trabaja con enfoque del derecho a la salud, en la documentación de casos, con otras redes, otras organizaciones, principalmente con el comité por una maternidad segura y voluntaria, respecto a esta parte no tratamos de quitarle al Estado la responsabilidad, pero no podemos cerrar los ojos ante toda la problemática de muerte materna, por eso el área de salud sigue siendo asistencial. (Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic", 2017)

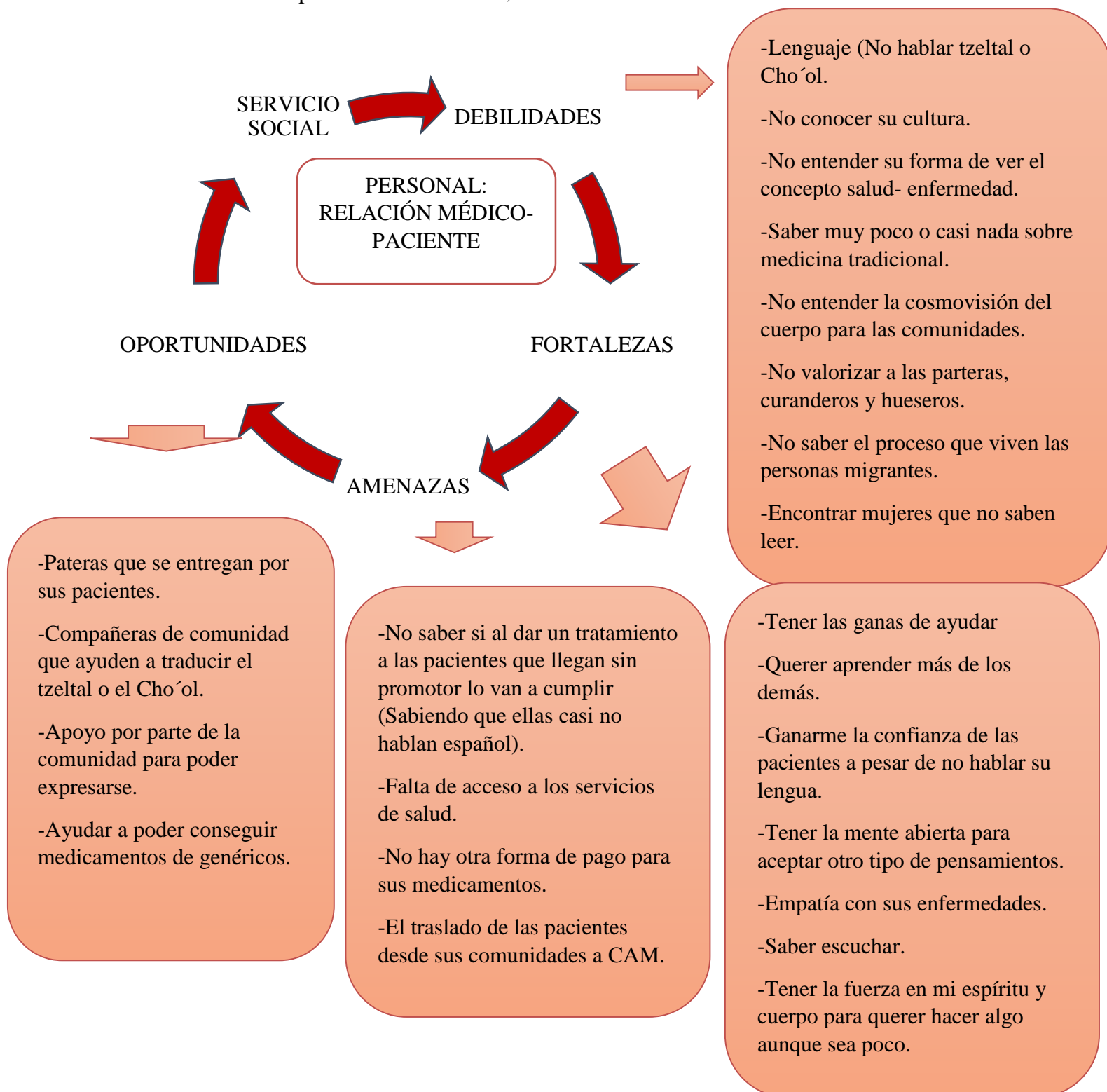
También trabajamos a largo plazo, para alzar la voz, y exigir la atención y no como si un favor, sino como el derecho ciudadano y la obligación del Estado a proporcionar las determinantes para que la calidad de vida, sea mejor. El derecho a la salud se aborda desde otros derechos como el de vivienda, abastecimiento de agua, como tener estructuras, contar con médico.

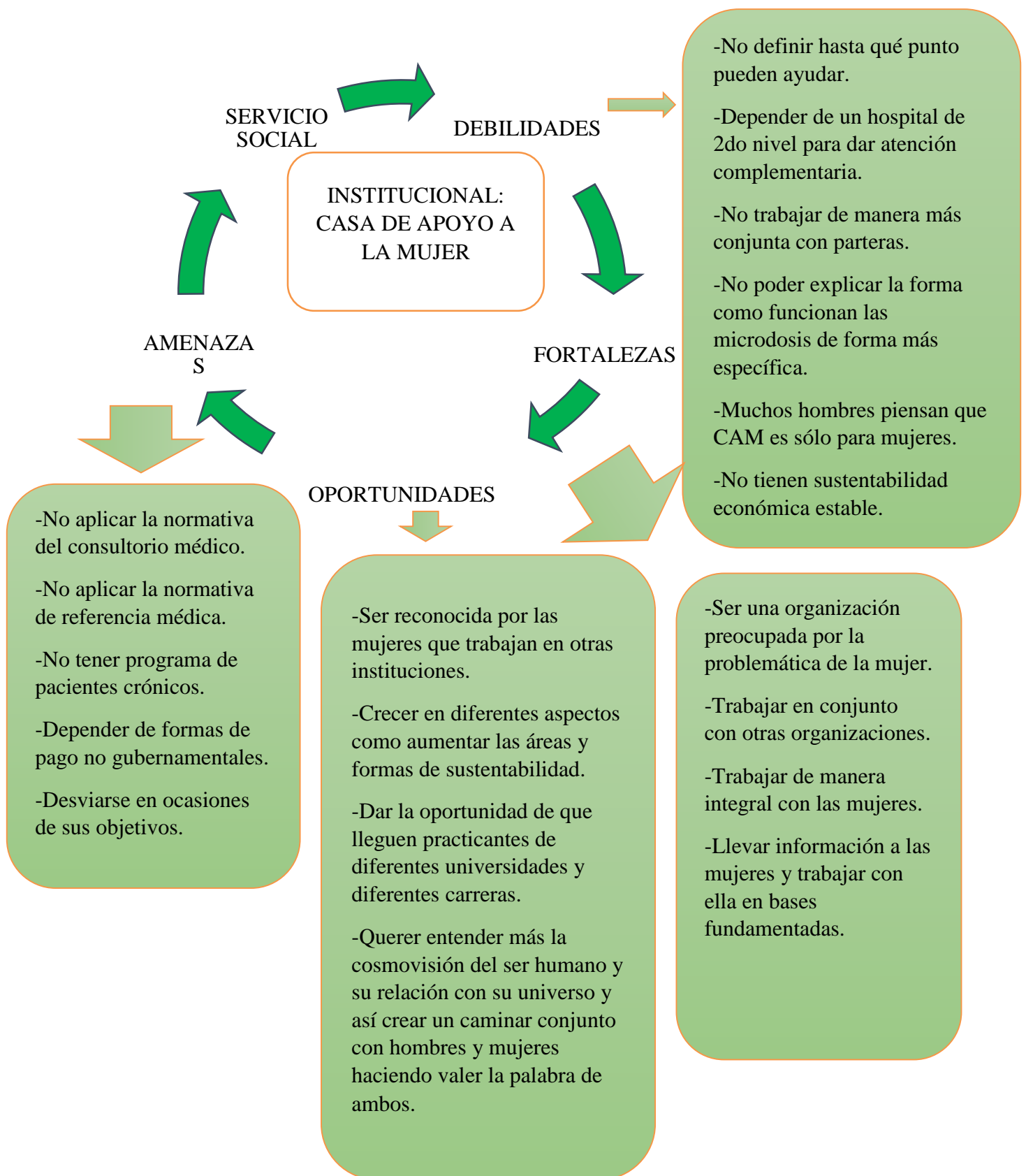
Estamos en una zona intercultural, donde históricamente la población ha sido agredida por no saber el español, no sólo las mujeres, sino también los hombres. (Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic", 2017)

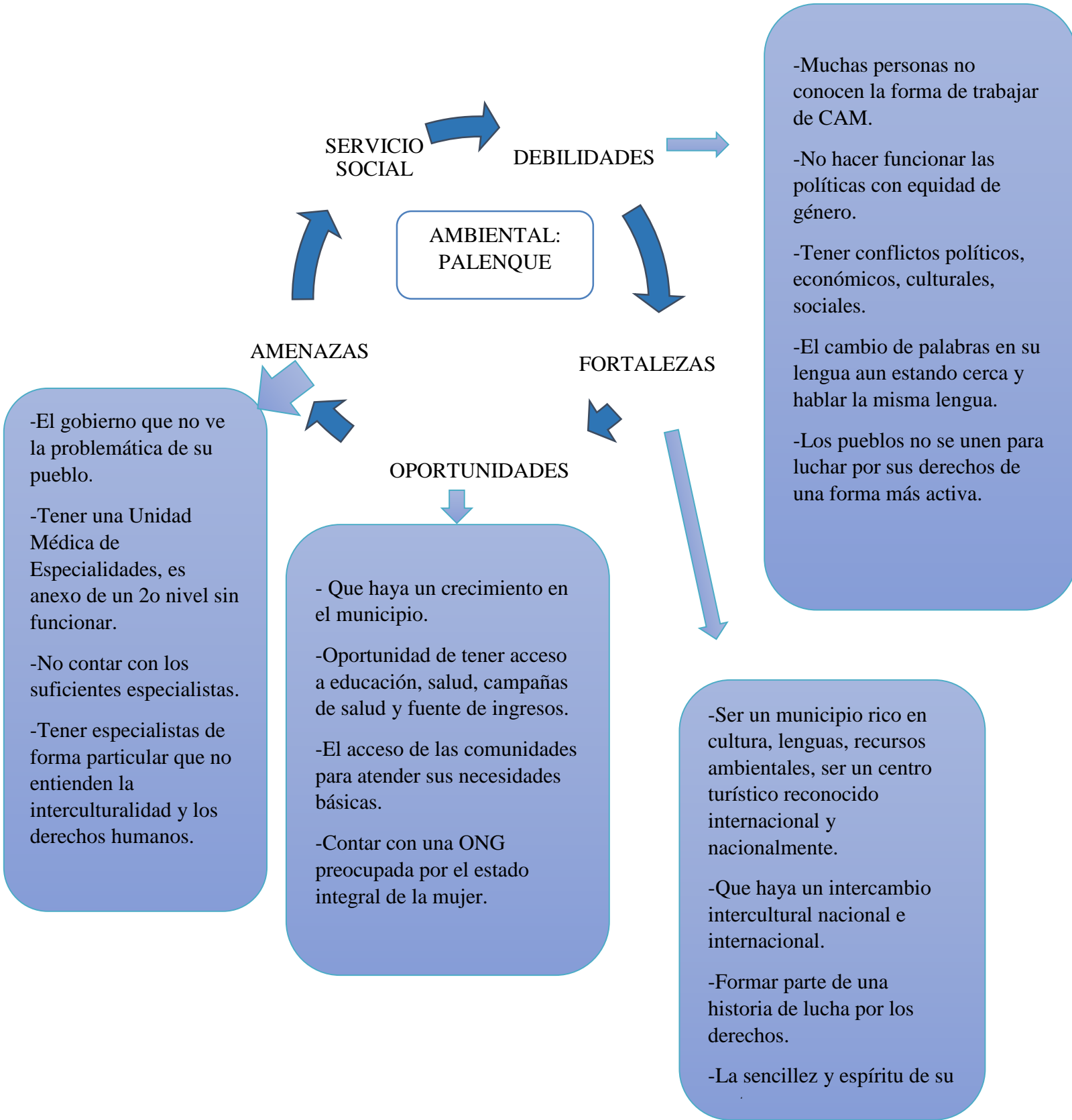
En el trabajo de campo trabajamos con parteras, mediante capacitaciones. Platicamos el problema que como ellas, parteras, médicas de mujeres en su comunidad, se han enfrentado por las diferentes reformas políticas, que han estado surgiendo en torno a la mortalidad materna. Reconocemos el papel que ellas han tenido, y siguen teniendo en las comunidades, un 80% de las mujeres han sido atendidas por parteras, este número ha disminuido, ya que actualmente se ha estado penalizando a las parteras. Otro de los programas es la detección oportuna de cáncer cervicouterino, aquí se hacen campañas de colposcopia, citología cervical, para la detección oportuna del cáncer.” (Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic", 2017)

## AUTOEVALUACIÓN DEL PRIMER TRIMESTRE DEL SERVICIO SOCIAL EN CASA DE APOYO A LA MUJER “IXIM ANTSETIC”.

Decidir la plaza donde realizaremos el servicio no es tarea fácil ya que en ella decidimos una nueva familia a la cual cuidaremos durante un año y como en todo durante ese año aprendemos de los demás y los demás de nosotros, identificamos fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de cada espacio en el que nos encontramos, ya sea el personal, la relación médico-paciente e institucional, como se muestra a continuación.









## **SEGUNDA PARTE**



**“Un pequeño instante de una vida”...**



## ¡YO TUVE UN SUEÑO!

*¡Yo tuve un sueño!  
soñé que todos éramos iguales,  
que teníamos el mismo acceso a la educación, a la salud, y de más,  
vestíamos de colores porque nuestras vestimentas se mezclaban de cultura,  
nuestro lenguaje era rico porque en el estaban todas las lenguas,  
¡Yo tuve un sueño!  
soñé que nos tomábamos de la mano y no había odio,  
que las sonrisas se regalaban y no se escondían como si fueran un acto delictivo,  
no había minorías o mayorías,  
se respetaban las formas de pensar y de vivir,  
¡Yo tuve un sueño!  
soñé que caminábamos juntos con los mismos zapatos forrados de esperanza,  
que los listones de la justicia tocaban el pelo de nuestros hijos,  
la ignorancia era más llevadera donde se daba la oportunidad de conocer y no  
discriminar,  
no se tenía que voltear la mirada al suelo, pues no había ya más mujeres golpeadas,  
¡Yo tuve un sueño!  
soñé que la gente veía, oía y hablaba,  
que las injusticias sólo eran el mal recuerdo de los años,  
las mujeres traficadas salían de su prisión y estaban con sus madres,  
los muertos, muertas, desaparecidos, desaparecidas, descuartizados, descuartizadas,  
tenían nombre, tenían voz proclamando justicia,  
¡Yo tuve un sueño!  
Soñé que mis hermanos, mis bellos hermanos nos enseñaban el valor de la naturaleza,  
“El dinero no se traga, el maíz sí”, era nuestro lema,  
se aprendía a gritarle a la vida que uno estaba lleno de ella,  
¡Yo tuve un sueño!  
Soñé que no había partidos políticos,  
del pueblo emergían las leyes,  
no había opresión, ni oprimidos,  
hasta los perros caminaban libremente,  
¡Yo tuve un sueño!  
Soñé que todos vivíamos los tan escritos derechos humanos,  
la salud no era un privilegio, sino una buena calidad de vida,  
Medicina era más permisiva y aceptaba la interculturalidad,  
¡Yo tuve un sueño!*

*Un poema inspirado en el discurso de Martín Luther King “Yo tengo un sueño”  
Autora: Maritza Deniss Recendiz Villa, 2018*

# INTRODUCCIÓN

## 1.1 Caso Clínico.

Se realiza el planteamiento del problema de salud a través de un caso clínico que aborda la temática de la situación del cáncer cervicouterino en las mujeres del estado de Chiapas, posteriormente se realiza un análisis del caso clínico en base a la norma oficial mexicana 014.

## 1.2 Objetivos Generales y Objetivos Específicos.

El objetivo general es analizar la problemática social de cáncer cervicouterino a nivel mundial, enfocándonos en el estado de Chiapas y el municipio de Palenque. Conocer las determinantes o características sociales que viven las mujeres, analizar la atención sanitaria en el estado de Chiapas y el municipio de Palenque para dar paso a un análisis del programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer cervicouterino en la clínica de la mujer de la Secretaría de Salud y casa de Apoyo a la mujer “IXIM ANTSETIC”. Para la organización de la información y efectos del análisis el reporte se divide: primera parte que habla del proceso de adaptación y la segunda parte se divide en 5 capítulos que responden a los objetivos específicos de la investigación los cuales son:

1. Presentación y análisis del caso clínico a través de la norma oficial mexicana 014.
2. Presentar las estadísticas de morbilidad, mortalidad y prevalencia del cáncer cervicouterino en el mundo, México, Chiapas y Palenque.
3. Analizar las características sociales del estado de Chiapas de la población indígena y la población no indígena.
4. Analizar la situación de la atención sanitaria en el estado de Chiapas y en el municipio de Palenque.
5. Analizar el programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer cervicouterino en la Clínica de la Mujer perteneciente a la jurisdicción VI y la Clínica de la Mujer “IXIM ANTSETIC”.

## CONTENIDO POR CAPITULOS

En el **primer capítulo** se presenta un caso clínico de una paciente llamada Beatriz originaria del estado de Chiapas, ama de casa, escolaridad básica hasta secundaria, hablante de la lengua Cho'ol, Tzeltal y español, viviendo en situación de pobreza, casada, ama de casa, con inicio de vida sexual activa temprana, multigesta, quien en el año 2014 al realizarse su citología cervical fue detectada con una lesión de alto grado sin recibir tratamiento, acudiendo en el año 2015 a casa de apoyo a la mujer a una campaña de detección de cáncer cervicouterino realizándose una colposcopia, la cual reportaba una lesión de alto grado por lo que se decide dar tratamiento, posteriormente en el año 2017 tras otra campaña de detección oportuna de cáncer cervicouterino proporcionada por el DIF se vuelve a diagnosticar una lesión de alto grado refiriéndola a casa de apoyo a la mujer quien ayuda a Beatriz para poder llevar a cabo su tratamiento, posteriormente se realiza un análisis del caso clínico a través de la Norma Oficial Mexicana 014, continuando con el análisis del derecho a la salud en la mujer indígena y el análisis del cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los derechos humanos.

El **segundo capítulo** presenta el cáncer en el mundo, posteriormente se presenta la definición de cáncer cervicouterino, factores de riesgo que tienen las mujeres para padecer esta enfermedad, análisis de la morbilidad, mortalidad y prevalencia del cáncer cervicouterino a nivel mundial, en América Latina, México, Chiapas y el municipio de Palenque.

El **tercero capítulo** hace un análisis de las características de la población del estado de Chiapas, comenzando con la pobreza clasificándola desde la medición multidimensional en pobreza y pobreza extrema dependiendo de las carencias sociales e ingresos bajos, marginación donde se analizan las 4 dimensiones socioeconómicas (educación, vivienda, distribución de población e ingresos monetarios) y por último la etnicidad donde se analiza la situación que viven las personas de origen indígena.

En el **cuarto capítulo** se presenta las características de la atención sanitaria comenzando por el número de personas afiliadas a cada una de las instituciones sociales, siguiendo con el análisis de la calidad de los servicios de salud en Chiapas y el municipio de Palenque.

En el **quinto capítulo** se presenta el análisis del programa de prevención, detección y tratamiento de cáncer cervicouterino en el estado de Chiapas, al igual que en la organización donde presente mi servicio social Casa de Apoyo a la Mujer "IXIM ANTSETIC" y Clínica de la mujer perteneciente a la jurisdicción VI.

# CAPITULO 1. CASO CLÍNICO.

## *PARTE OBJETIVA.*

**FECHA 15 JUNIO 2017**

### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**

Nombre:	Beatriz C.C.
Edad:	38 años
Sexo:	Femenino
Lengua:	Tzeltal-Español
Originaria:	Chiapas
Ocupación:	Ama de Casa
Residente:	Crucero de Cháncala, Palenque, Chiapas
Religión:	Evangélica
Escolaridad:	Secundaria Terminada
Estado Civil:	Casada
Responsable:	Jorge Cortes Gómez (Esposo)

### **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.**

Antecedente de padre finado desconoce causa, madre viva de edad desconocida con antecedente de Cáncer de mama remitido. 5 Hermanos, 1 hermano con antecedente de Vitíligo, el resto vivo y sano aparentemente.

### **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.**

Habita en casa propia, cuenta con 2 habitaciones, elaboradas de material perdurable, convive con 3 habitantes, cuenta con los servicios de luz, agua, drenaje y aguas negras. Refiere de su aseo personal realizar baño diario con cambio de ropa diario, aseo dental 2 veces al día. De su alimentación refiere 3 comidas, pollo 1/7, puerco 3/30, res 1/30, pescado 1/30, frutos 7/7, verduras 2/7, leguminosas 7/7, cereales 7/7, agua 2 litros al día. Convivencia con animales (2 perros). Cuadro de Vacunación aparentemente completo.

### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.**

Alergias: ranitidina. Niega enfermedades exantemáticas de la infancia, sarampión, varicela, rubeola, roséola, paperas, así como hospitalizaciones, antecedentes traumáticos y transfusiones, etilismo, tabaquismo y toxicomanías.

## **ANTECEDENTE GINECO-OBSTÉTRICO.**

Refiere menarca a los 13 años con un ritmo de 30 X 5 días con eumenorrea, inicio de vida sexual activa a los 16 años, método de planificación familiar hormonales por 2 años, número de parejas sexuales 1, Gestas 5, partos 5, cesárea 0, abortos 0, fecha de última menstruación 03/06/2017, fecha de ultimo parto hace 8 años. En el año 2014 se diagnóstica lesión intraepitelial de alto grado por citología cervical, (no refiere donde se realiza la citología ni si se entregó documento), sin recibir tratamiento (se desconoce motivo por el cual no siguió el tratamiento). El día 15 de noviembre del 2015 acude a campaña de colposcopia en Casa de Apoyo a la Mujer donde se diagnóstica lesión intraepitelial cervical de alto grado por colposcopia, el mismo día se realiza biopsia y cono cervical por electrocoagulación, sin otro tipo de tratamiento y se citó en 1 semana para revisión. El día 28 de noviembre del 2015 la biopsia del cono reporta *"displasia severa NIC III, Neoplasia Intraepitelial cervical de alto grado, Cambios Morfológicos de infección por VPH, Áreas de neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado"*. Se sugiere citología cada 6 meses las cuales no se realiza, (por motivos económicos, falta de equipo para realizar citología en su clínica, falta de seguimiento, falta de explicación acerca de su enfermedad, ).

En noviembre del 2016 se realiza citología cervical en su clínica donde se informa verbalmente un resultado aparentemente normal, sin embargo, no se entrega el resultado escrito (se desconoce la fecha en que se entrega del resultado). El día 5 Junio del 2017 acude a campaña de colposcopia del DIF municipal por referir sangrados intermensuales y se diagnostica lesión intraepitelial cervical de alto grado.

## **PADECIMIENTO ACTUAL. 15 DE JUNIO 2017**

Paciente femenina con antecedente de atención médica en casa de Apoyo a la Mujer por lesión intraepitelial de alto grado, acude por copia de colposcopia y biopsia realizados en el año 2015, por los antecedentes ginecobstetricos anteriormente comentados.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA.**

Se difiere por motivo de consulta.

## **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

-Displasia de alto Grado.

## **PLAN:**

- Recabar por parte de Casa Apoyo a la Mujer reporte histopatológico, buscar resultados de colposcopia realizados en el año 2015.

- Se sugiere seguir indicaciones dadas por el DIF municipal y acudir a cita a 2do nivel el día 3 de julio del 2017 en hospital de Palenque para protocolo de estudio y normar conducta de tratamiento.

#### **PARTE SUBJETIVA**

*Nos encontrábamos en las instalaciones de CAM la coordinadora Mariana y yo, cuando acude Beatriz a solicitar orientación ya que se le había comentado días antes que probablemente tenía un cáncer cervical, en su rostro se notaba mucha angustia. Lo único que podía pensar en ese momento era lo que ha de haber sentido al saber que nuestro cuerpo ha sido invadido por algo que lo daña y nos angustia sobre todo a la familia, me preguntaba, ¿solamente será la lesión, ya habrá llegado a útero?, ¿ya habrá invadido a otros órganos y lo que veíamos sólo era la punta de un iceberg?, me propuse en mi cabeza que haría todo para ayudarla de la mejor manera posible. Me contacte con el doctor de patología para comentarle el caso, y nos ayudara a localizar los resultados de patología del año 2015.*

**FECHA 21 JUNIO 2017**

La paciente acude a recoger su copia de resultado de biopsia y colposcopia cervical para llevarlo al hospital general de Palenque y realizar los trámites administrativos correspondientes.

El médico patólogo realiza nueva revisión de laminilla de la biopsia del año 2015 y se nos manda con el siguiente reporte: “*Biopsia cervical, displasia severa. Carcinoma epidermoide in situ del cérvix uterino. Datos morfológicos compatibles con infección de VPH*”. (La descripción del diagnóstico histopatológico cambio solo en algunos términos médicos en comparación con el diagnóstico recibido en el año 2015).

#### **PARTE SUBJETIVA.**

*Se nos informa que ya se encuentran listos los resultados de la colposcopia, cono y biopsia de Beatriz por lo cual se decide informarle que pase a recogerlos. Cuando vi el resultado de carcinoma epidermoide in situ del cuello uterino, me preguntaba ¿qué llevó a Beatriz hasta un carcinoma epidermoide?, ¿qué pasaría con ella, cuándo yo sabía que las citas médicas siempre se daban con espacios largos de tiempo?, ¿qué podría hacer yo para ayudarla?, ¿qué podríamos hacer como equipo CAM para poder salvar una vida?*

**FECHA 4 DE JULIO 2017**

La paciente acude a CAM nuevamente con nosotros para informarnos que el día 3 de julio acudió a su cita en el hospital general de Palenque, donde se le indica que se enviará a tercer nivel al servicio de oncología, el personal que la atiende le informa que se le otorgará tratamiento paliativo, sin explicación de la misma, ni estudios complementarios.

Se le explica a la paciente en que consiste esta enfermedad, cómo está clasificada, y los estudios que se tiene que realizar para ver si existe alguna otra complicación.

#### **Plan:**

Por parte de CAM se decide iniciar protocolo de estudio para descartar metástasis; dentro de este protocolo se solicita biometría hemática, perfil hepático, química sanguínea, examen general de orina y estudios de Gabinete como radiografía de tórax, ultrasonografía pélvica, ultrasonido abdominal.

Se programa cita para 12 de julio del 2017 en el Hospital de Cancerología en Yucatán.

**PARTE SUBJETIVA.**

*Esperábamos noticias de Beatriz, todas en CAM estábamos sensibilizadas por su situación, ella apareció justo unos momentos después de mencionar su nombre, se veía angustiada y traía sus ojos llenos de lágrimas, en ese momento se pasa al área de psicología donde la coordinadora Mariana le explica a Beatriz la necesidad de tener un tratamiento de carácter urgente dada la gravedad del padecimiento y la importancia de la atención oportuna en este tipo de enfermedades, le expone cuál es el curso de la infección por Virus de Papiloma Humano y con ello se explica el momento clínico en el que se encuentra. Se le comenta de la posibilidad de continuar con el tratamiento en el Hospital de Villahermosa aún con el alargamiento de tiempos que esto implicaba, y se comenta que el equipo de CAM evaluará la posibilidad de algún apoyo para el tratamiento y se solicita que nos mantenga informadas del curso de las citas y de cualquier decisión que ella tome.*

*Al enterarnos sobre el tipo de tratamiento que iba a recibir se me hizo inapropiado ya que el personal médico que la atendió no era el indicado en normar el tratamiento a seguir, pues esa función le corresponde al médico oncólogo quien con apoyo de los estudios paraclínicos normaría el mismo el tratamiento adecuado.*

**FECHA 7 JULIO 2017**

La paciente acude con los resultados de laboratorio; Biometría Hemática: Hemoglobina: 9.9, H.C.M: 28.1, V.C.M: 84, C.H.C.M: 33.6, Leucocitos: 8700, Linfocitos: 28, Segmentados: 71, Plaquetas: 349 000. Química Sanguínea; Glucosa; 77, Urea: 28, BUN: 13.0, Cr: 0.73, Colesterol: 167, Triglicéridos: 116. Perfil Hepático; Bilirrubina Total: 0.56, Bilirrubina Directa: 0.20, Bilirrubina Indirecta: 0.36, Fosfatasa Alcalina: 173, Proteínas Totales: 6.9, Deshidrogenasa Láctica: 258, T.G.O: 23, T.G.P: 27. Examen General de Orina; Color: Amarillo, Aspecto: Turbio, PH: 7.0, Bacterias: Muy Abundantes, Leucocitos: 8-10 por campo, Cristales: Moderados Uratos Amorfos. Los estudios de gabinete se encuentran dentro de lo normalidad sin reportar hallazgos de metástasis.

**FECHA 12 JULIO 2017**

Acude a cita en hospital de Cancerología el día 12 de julio del 2017 y ese mismo día el médico decide realizar histerectomía radical y enviar el útero a patología. Una vez terminada la cirugía el medico refiere a los acompañantes que aparentemente no había metástasis.

**PARTE SUBJETIVA**

*Se llegó el día de acompañar a Beatriz al hospital llamado anticanceroso de Mérida, Yucatán, la cual fue acompañada por la compañera Carmen, quien comenta "primero pasamos con la ginecóloga, la cual nos dijo que ella no podía hacer mucho por ella, que pasáramos con el oncólogo, después de un rato pasamos con el oncólogo quien vio todos los estudios de Beatriz que llevaba donde decía que tenía cáncer cervico uterino y el oncólogo la reviso, y dijo que todavía su cáncer podía ser operable, porque su matriz todavía se movía, y que estaba dentro de todas las posibilidades de ser operable si ella recibía la radioterapia y quimioterapia, en ese momento las dos nos abrazamos y lloramos de la emoción al saber que tenía solución el problema que estaba enfrentando, y ese mismo día la operaron, y el doctor comenta que no había ramificaciones, y que tenía que regresar a citas médicas cada dos meses"*

**FECHA 19 JULIO 2017**

Se entregan los resultados de Patología el día 19 de julio del 2017 con reporte de carcinoma epidermoide invasor bien diferenciado, Sin Invasión a vasos sanguíneos, ni linfáticos. Borde de sección quirúrgica de mucosa cervical negativa a neoplasia y a lesión intraepitelial.

**FECHA 21 JULIO 2017.**

La paciente acude en compañía de su esposo a revisión posterior a histerectomía radical.

**Exploración física.**

Paciente femenina con edad aparente a la cronológica, neurológicamente integra, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con incisión transversa supra púbrica tipo pfannenstiel, bordes definidos, con escasa salida de líquido o secreción, abdomen blando, depresible, con perístasis normal, sin datos de irritación peritoneal, extremidades integra, sin edema, llenado capilar de 2 segundos,

**Diagnóstico:**

Postoperada de histerectomía radical secundaria a Cáncer cervicouterino

**Plan:**

Retiro de puntos de sutura, se dan datos de alarma e indicaciones de cuidados de herida quirúrgica y cita en dos meses para continuar con seguimiento.

**PARTE SUBJETIVA.**

*Después de ver a Beatriz en mejores condiciones que en su primer acercamiento a CAM me puse a pensar en las miles de mujeres que viven en el estado de Chiapas y se encuentran pasando este mismo problema, inclusive me puse a pensar en aquellas mujeres que les han negado el derecho de enterarse que es lo que tienen, o la posibilidad de acceder a un tratamiento oportuno. Es por eso que decidí darme a la tarea de buscar el origen de por qué esta enfermedad aun cuando es prevenible sigue cobrando la vida de muchas mujeres.*



## **Análisis del caso clínico de acuerdo a la norma oficial mexicana 014.**

El caso de Beatriz refleja las situaciones que viven las mujeres en México, especialmente las mujeres indígenas quienes se encuentran en situación de pobreza extrema en los estados con mayor índice de marginación y menor acceso a la salud.

En México, el control, prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino se debe guiar a través de la NOM-014-SSA2-1994, pero ¿Qué sucede realmente? ¿El caso de Beatriz se manejó de acuerdo a lo establecido en esta norma? En los siguientes párrafos se realiza un análisis con base a la norma oficial mexicana del caso anteriormente presentado.

En el punto 1.2 campos de aplicación de la norma dice: *“Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud de los sectores público, social y privado que realiza acciones de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cervicouterino. Se deberá dar especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbano-marginadas, a través de estrategias de extensión de la cobertura”*. (FEDERACIÓN, 2007) Sin embargo, en Palenque se encuentra la clínica del IMSS y la clínica de la mujer perteneciente a Secretaría de Salud correspondiente a la jurisdicción VI cuya cobertura de municipios son Palenque, Yajalón, Salto de Agua, Tumbalá, Sabanilla, La libertad, Playas de Catazajá, Benemérito de las Américas y Marqués de Comillas, en el año 2015 tenían una población de mujeres de 133 847 de todas las edades y teniendo una población proyectada para el mismo año de mujeres de 15 a 64 años de 111 755 mujeres las cuales ya podían entrar al programa de CACU (SEDESOL). De agosto 2016 a junio del 2017 en la misma clínica sólo se realizaron 974 citologías cervicales y 453 colposcopias. Cuevas menciona que algunos de los motivos por los cuales las mujeres no entran a programas de prevención de cáncer cervicouterino son limitado conocimiento en salud sexual, falta de acceso a los servicios de salud, miedo al cáncer, experiencias negativas con los médicos, higiene personal deficiente, vergüenza a la exploración médica, temor a la pareja, instituciones de salud alejadas geográficamente y costo del transporte (Cuevas, 2016).

El punto 3.17 menciona que el “Consentimiento Informado es la aceptación libre, voluntaria, con pleno conocimiento y comprensión de la información por la usuaria para que le realicen un procedimiento diagnóstico o terapéutico” (FEDERACIÓN, 2007). Cuando la paciente Beatriz acude a CAM en 2017 no se encuentra el consentimiento informado de la colposcopia, biopsia ni cono cervical por electrocoagulación realizado en 2015 pues tampoco existía un expediente clínico, el cual debió realizarse en el momento en que se identificó la lesión de alto grado en CAM en el año 2015, por tal motivo, también se incumplió con la Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico.

El punto 3.18 define “el termino Conización como la Resección de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm con fines diagnósticos y/o terapéuticos” (FEDERACIÓN, 2007). En el resultado de colposcopia de la paciente indica que se realiza una conización por electrocoagulación, sin embargo, el resultado

histopatológico del médico patólogo hace una aclaración sobre el tipo de muestra que se envía pues se enviaron dos fragmentos los cuales incumplían con la definición de la norma. No se considera como cono pues al separar las muestras no cumplían la medida para ser considerados conización.

El punto 3.23 aclara que “un factor de riesgo es una condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología” (FEDERACIÓN, 2007). Chiapas tiene varias regiones con un índice muy alto de marginación y rezago social, con tasa global de fecundidad de 2.98 en mujeres hablantes de lengua indígena y de 3.3 mujeres sin instrucción escolar, con inicio de vida sexual a edad muy temprana, esquemas de vacunación incompletos , limitantes del acceso a los servicios de salud (horario de atención, distancia, falta de transporte), nunca haberse practicado un estudio de citología, barreras culturales (lenguaje, identidad cultural), barreras psicosociales (por formas de pensar del esposo, miedo, por falta de ingresos económicos) y desnutrición. (Torres Poveda, Arredondo López, Duarte Gómez, & Madrir Marina, 2008).

El punto 5.1 menciona “la orientación-consejería se otorgará a toda mujer que solicite por primera vez la prueba de detección y/o que tenga un resultado positivo a LEIBG, LEIAG o cáncer” (FEDERACIÓN, 2007). A la paciente en el año 2014 desde que se detectó la lesión de alto grado se desconoce si se le dio una consejería y orientación adecuada sobre la enfermedad. Sin embargo, cuando acude a CAM en el año 2017 se otorga una consejería y orientación sobre su condición.

En el punto 5.2 La prevención primaria y secundaria se llevará a cabo por medio de la vacunación y de la citología cervical, respectivamente, éstas serán gratuitas en las unidades médicas de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (FEDERACIÓN, 2007). En México la vacuna del VPH se introdujo en el año 2006 a todas las mujeres de 9 a 26 años de edad que no hayan iniciado su vida sexual activa, en ese año Beatriz tenía 28 años y ya había iniciado su vida sexual por lo que no se administró dicha vacuna. Sin embargo, durante mi año del servicio social en varias ocasiones las mujeres nos comentaban que en las clínicas no había vacunas, por lo que acudí personalmente al área de inmunización que se encuentra detrás del hospital General Palenque y me comentaron que por parte de las Unidades del Seguro popular o de Salubridad se hizo una campaña de vacunación en octubre del 2016 en escuelas primarias para niñas de 5to y 6to grado donde se aplicaron 372 vacunas, pero hicieron falta 30 niñas por vacunarse debido a la falta de la vacuna. Posteriormente la segunda campaña se realizó en mayo 2018 y se aplicó la vacuna a 322 niñas, sin embargo, nuevamente faltaron 50 niñas por vacunar debido a la falta de vacunas. Cabe mencionar que ésta segunda campaña se realizó sólo en 9 escuelas primarias.

El primer apartado del punto 7.1.1 nos dice “informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades de prevención, diagnóstico y de tratamiento oportuno” (FEDERACIÓN, 2007) Sin embargo, en la región de Chiapas la mayoría de los carteles de salud está dirigido a mujeres hablantes del español, considerando la escolaridad de esta misma región no todas saben leer ni escribir, ya que tiene un porcentaje de rezago educativo del 29%. Dentro de todos los grupos sociales aquellos que

pertenecen a los grupos indígenas se consideran que son la población con menos acceso a la educación, esto se ve reflejado en el porcentaje de personas de 15 años y más que es analfabeta (27%) o tiene la primaria incompleta (24.3%), además el 30% en Chiapas es monolingüe.

## **Conclusión del caso clínico**

Beatriz es una mujer originaria de la localidad de cháncala en el municipio de Palenque, indígena, hablante de la lengua tzeltal, cho'ol y español, quien cuenta con tan sólo la educación básica: secundaria, casada, ama de casa, con inicio de vida sexual activa temprana, multigesta, quien en el año 2014 al realizarse su citología cervical fue detectada con una lesión de alto grado sin recibir tratamiento, acudiendo en el año 2015 a Casa de Apoyo a la Mujer a una campaña de detección de cáncer cervicouterino realizándose una colposcopia, la cual reportaba una lesión de alto grado por lo que se decide dar tratamiento, posteriormente en el año 2017 tras otra campaña de detección oportuna de cáncer cervicouterino proporcionada por el DIF se vuelve a diagnosticar una lesión de alto grado refiriéndola a CAM quien ayuda a Beatriz para poder llevar a cabo su tratamiento.

El cáncer cervicouterino como un problema de salud a nivel nacional e internacional obliga a contar con programas de prevención, diagnóstico y tratamiento. En México existe la Norma Oficial Mexicana 014, en la cual se norman conductas de prevención, diagnóstico y tratamiento y además, pone énfasis en la prioridad hacia áreas rurales e indígenas y las zonas marginadas. Sin embargo, el caso de Beatriz expone las deficiencias del sistema de salud en Chiapas para el adecuado cumplimiento de esta norma.

Los determinantes sociales juegan uno de los puntos más importantes para lograr el cumplimiento de la NOM 014, así como en las condiciones socioeconómicas para que las mujeres como Beatriz puedan tener una oportunidad de gozar el derecho a la salud.

## CAPITULO 2. DERECHO A LA SALUD EN LAS MUJERES INDÍGENAS

Los derechos humanos son la representación más grande de una lucha a lo largo de la historia, llevada a cabo por miles de hombres y mujeres que tenían el sueño y la idea de igualdad, con el mismo goce de las garantías que todos.

Sin embargo a pesar de que en 1948 se firmara la Declaración Universal de los Derechos Humanos aún en nuestro tiempo se siguen viendo una serie de irregularidades, donde no ha sido posible que la mayoría de la gente goce de sus derechos.

Los más afectados son personas de bajos recursos, con niveles bajos de educación, hablando lenguas madre, donde las más perjudicadas siguen siendo las mujeres.

Uno de los derechos más afectados a estas personas es el derecho a la salud que engloba a otros derechos como se menciona en la Nota Descriptiva n° 323 de la OMS<sup>13</sup>, de diciembre de 2015, que considera explícitamente a la salud como un derecho humano:

“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”.

Pero ¿El derecho a la salud ha violentado más a la mujer? A principios de los tiempos en las comunidades las mujeres tenían poder y voto dentro de la sociedad, pero llegada la conquista y la transformación de las sociedades las mujeres fueron desplazadas de los lugares de decisión y poder, negadas de sus saberes y de su influencia fueron a la vez privadas de sus derechos orillándolas a alternativas que las ponían en forma de dependencia hacia alguien, en este caso hombres. (Federeci, 2010)

Con el desplazamiento de las mujeres en la sociedad la decisión sobre sus cuerpos quedaba a disposición de sus maridos o sus padres, tanto fue el caso que en México en 1974, se modificó el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y se le adicionó lo siguiente: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. (Freyermuth, Salud y Derechos Humanos un enfoque conceptual., 2018)

Sin embargo el derecho a decidir cuántos hijos tener y su espaciamiento llevó, como a otros temas de población, a tensiones entre el objetivo de la política pública, el control natal y las necesidades de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, en qué momento tener a sus hijos y poder interrumpir el embarazo. Estas tensiones fueron el marco del debate en la década de los noventa y de la irrupción de manera fundamental de las mujeres y feministas en la arena de la definición de una agenda internacional sobre este tema (Freyermuth, Salud y Derechos Humanos un enfoque conceptual., 2018).

Dando aparición a los movimiento de mujeres por la salud, quienes demandaban la legalización del aborto, servicios de salud adecuados durante la interrupción del embarazo, promoción de mayor acceso de las mujeres a la educación sexual y a los métodos anticonceptivos, así como al mejoramiento de la calidad de los servicios de atención a la salud a fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad maternas. (Freyermuth, Salud y Derechos Humanos un enfoque conceptual., 2018)

Los movimientos de mujeres y feministas tuvieron una gran participación en las conferencias celebradas en El Cairo y Beijing, así como en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de 1994 y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995. En ellas se colocó nuevamente el foco de atención en los derechos, se cambió el paradigma de la planificación familiar por un enfoque amplio de derechos sexuales y reproductivos en el que se incluyeron el ejercicio de una sexualidad libre e informada, de embarazos y partos seguros, así como el derecho al acceso a servicios de salud de buena calidad (Freyermuth, Salud y Derechos Humanos un enfoque conceptual., 2018)

En la Cumbre del Milenio del 2000, México con otros 188 Estados miembros de la ONU, asumió compromisos para erradicar las condiciones asociadas a la desigualdad social y la pobreza extrema de la población, a partir de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). (Freyermuth, Salud y Derechos Humanos un enfoque conceptual., 2018)

La Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) elaboró un marco para la exigibilidad que considera a la mortalidad materna (MM) como una violación a los derechos humanos y señala como obligaciones de los Estados respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación –particularmente el derecho a la integridad personal– a fin de contribuir a superar las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna, entendida como la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio, asegurando que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios (CIDH, 2010). El derecho a la integridad personal se relaciona con principios básicos de derechos humanos, como la igualdad, privacidad, autonomía y dignidad (CIDH, 2010); elementos que son fundamentales para asegurar la calidad de la atención en cualquier demanda de servicios de salud (Freyermuth, Salud y Derechos Humanos un enfoque conceptual., 2018)

## **El cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los derechos humanos**

Rustein con su equipo en 1976 propuso el concepto de “mortalidad evitable” y elaboró una lista de causas de muertes, incapacidades y enfermedades denominadas innecesariamente precoces, la cual incluía 90 condiciones médicas evitables asociadas a una atención médica que incluía la prevención primaria y tratamiento por parte de diferentes prestadores de servicios de salud. (Gómez Ariass, Nolasco, Pereyra Zamora, Rodríguez Ospina, & Aguedelo Londoño, 2009).

Años después en 1983 Charlton y su equipo definieron los rangos de edad en el que la muerte puede ser considerada como evitable, esto es si ocurre en personas menores de 64 años.

Posteriormente en 1990, Gispert y Ortún, elaboraron el concepto de “mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable” como un indicador de la calidad y de los resultados de los servicios sanitarios, que puede ser utilizado desde la perspectiva de los derechos humanos (Melchor et al., 2008: 2001).

Mientras exista un consenso de la causa de muerte que se considere evitable, como en el caso del CaCu, que permiten su prevención y tratamiento oportuno, que potencialmente hagan garantizable desde los servicios de salud la sobrevivencia a este padecimiento, puede señalarse que podría ser jurídicamente exigible.

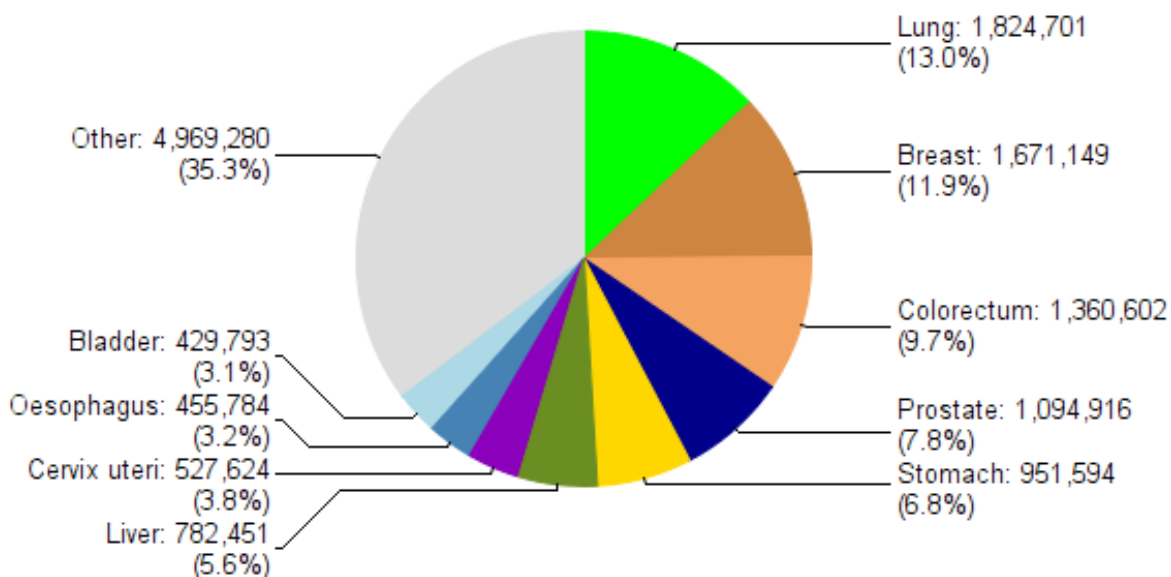
El CaCu es un padecimiento cuya prevención, control y tratamiento debe estar asegurado por las instituciones públicas del sector salud. El Estado tiene la obligación de ofrecer clínicas accesibles, aceptables, asequibles, sin discriminación, que posibiliten la sobrevivencia de aquellas mujeres portadoras de VPH (CDESC, 2000).

## CAPITULO 3. CANCER CERVICOUTERINO

### El cáncer en el mundo

#### Incidencia.

En el año 2012 los tipos de cáncer más frecuentes fueron el cáncer de pulmón, mama, colorrectal, próstata, estomago, hígado, cérvicouterino, esófago y vejiga. En el grafico 1 se muestra el número estimado de casos de cáncer en el mundo para ambos sexos en todas las edades, con un total de 14 067 864 casos, de los cuales el 43% pertenecieron a los países desarrollados y el 57% a los países menos desarrollados. (GLOBOCAN 2018)



**Gráfica 1. Estimado de número de casos de cáncer en el mundo. Fuente: Tomado de GLOBOCAN 2012. Consultado 22/08/2018.**

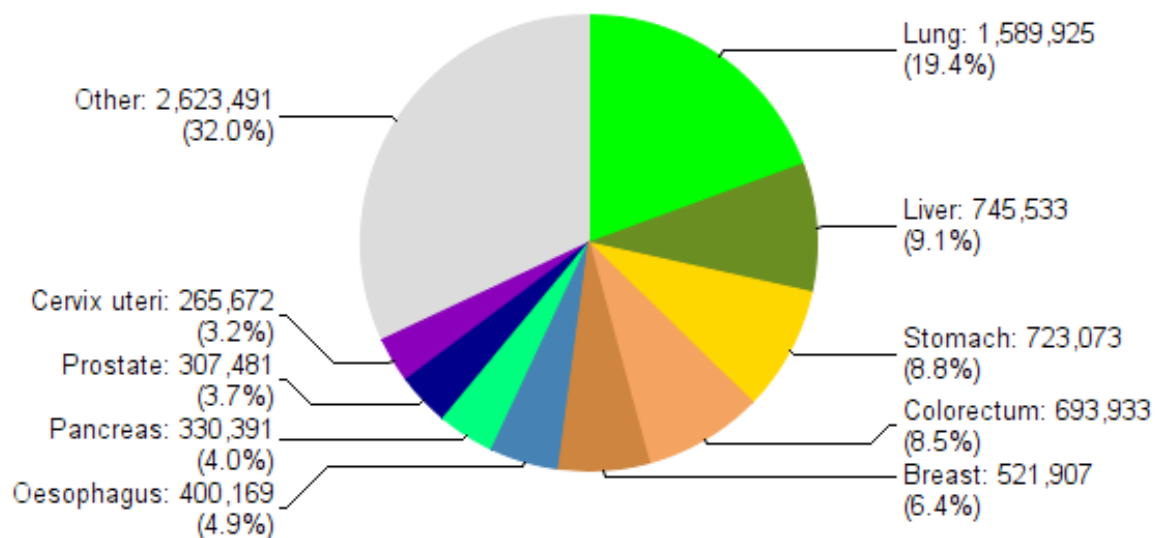
La tasa de incidencia de cáncer estandarizada por edad en hombres y mujeres fue de 205 y 165 por cada 100,000 respectivamente.

La tasa de incidencia de cáncer en hombres es más alta en países desarrollados que en los menos desarrollados, pero en las mujeres hay una relación inversa, pues en Asia la incidencia es de 103 por 100,000 mientras que en América del norte fue de 295 por 100,000 personas, donde casi se triplica. (GLOBOCAN, 2012).

#### Mortalidad

En el año 2012 se estimaba que a nivel mundial habían muerto 8, 201, 575 personas a causa de cáncer. Las tasas de mortalidad más altas se reportaron en cáncer pulmonar (19.4%), hígado (9.1%), estomago (8.8%), colorrectal (8.5%), mama (6.4%), esófago (4.9%), páncreas (4.0%), próstata (3.7%), cérvico **uterino (3.2%) ocupando el noveno tipo de cáncer con mayor mortalidad**, Ver gráfico 2.

El porcentaje de mortalidad por cáncer en países desarrollados fue del 35% y en los menos desarrollados el 65%.



**Gráfico 2. Estimado de número de muertes por cáncer de todas las edades en el mundo.**  
**Fuente: GLOBOCAN 2012. Consultado 22/08/2018.**

### **Incidencia y Mortalidad en los países desarrollados y en los menos desarrollados.**

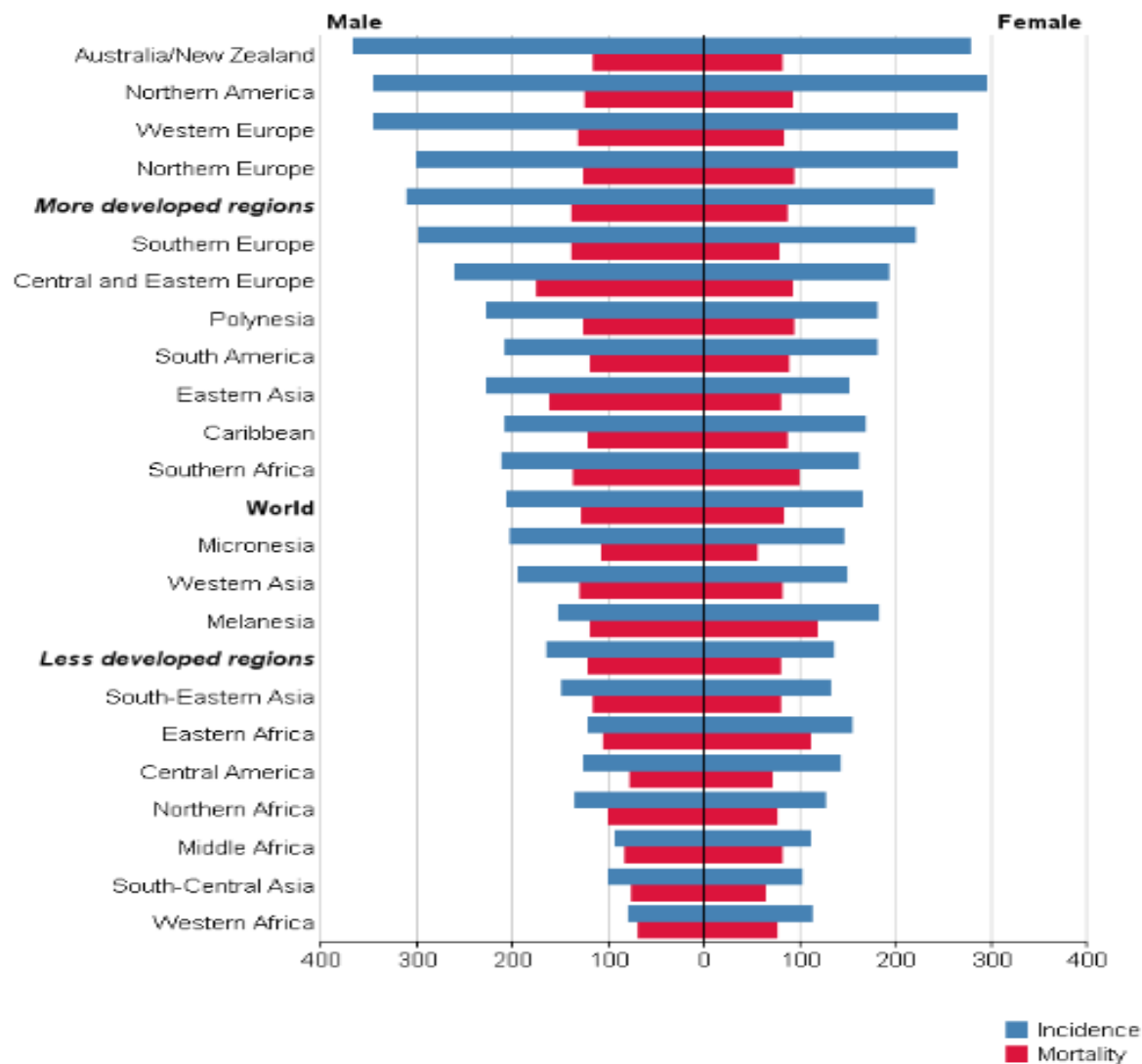
En términos de mortalidad hay menos variabilidad regional que para la incidencia, siendo las tasas 15% más altas en los hombres en las regiones más desarrolladas que en las regiones menos desarrolladas y 8% más altas en las mujeres. (GLOBOCAN, 2012)

En los hombres, las tasas de mortalidad son más altas en Europa Central y Oriental (173 por cada 100.000 habitantes) y más bajas en el África occidental (69). Por el contrario, las tasas de mortalidad más altas en las mujeres se encuentran en Melanesia (119) y África oriental



(111), y las más bajas en América Central (72) y el sur-centro (65) de Asia.(GLOBOCAN 2012).

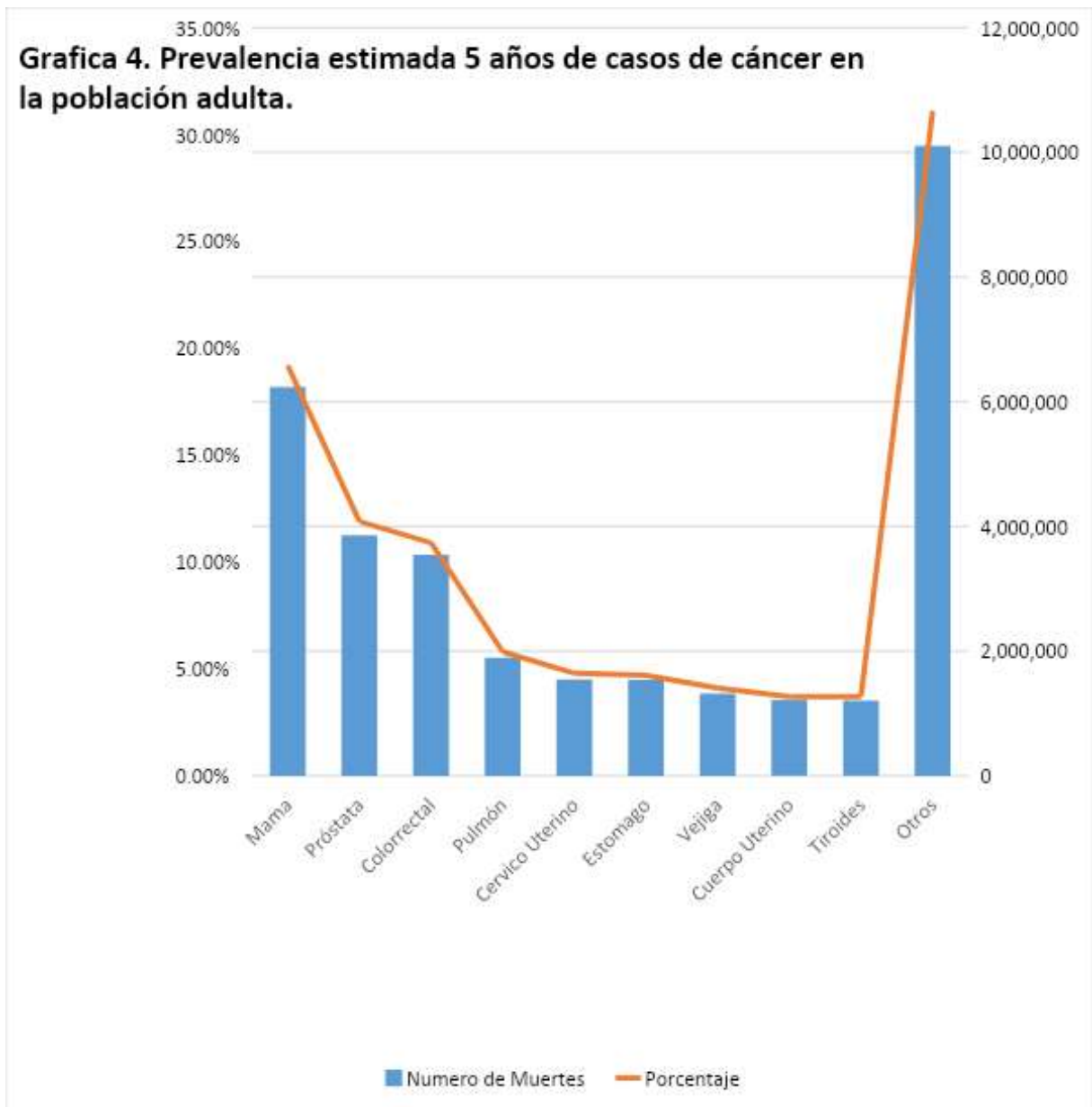
### Prevalencia de cáncer en el mundo



**Gráfico 3. Tasa de Incidencia y mortalidad por todos los cánceres de todas las edades en el mundo. Fuente: Tomada de GLOBOCAN 2012. Consultada el 22/08/2018.**

En el año 2012 se estimaba que 32, 455, 179 de personas vivían con cáncer (con 5 años de diagnóstico) en todo el mundo, el 48% (15,6 millones) de estos, se produjeron en las regiones menos desarrolladas y el otro 52% se produjeron en las regiones más desarrolladas. Los cánceres más frecuentes fueron cáncer de mama (19.20%), próstata (11.9%), y colorrectal

(10.9%), y los menos frecuentes fueron el cáncer de vejiga (4.10%), Cuerpo uterino (3.7%) y tiroides (3.7%).ver grafica 4.(GLOBOCAN 2012, consultado 22/08/2018)



La mayor prevalencia de cáncer en el mundo se da en Asia oriental seguido por Norte américa y las de menos prevalencia son en Polinesia y Micronesia. América del sur y Centro América se encuentra con una prevalencia media en comparación con Asia Oriental y Micronesia.

### ¿Qué es el Cáncer Cervicouterino?

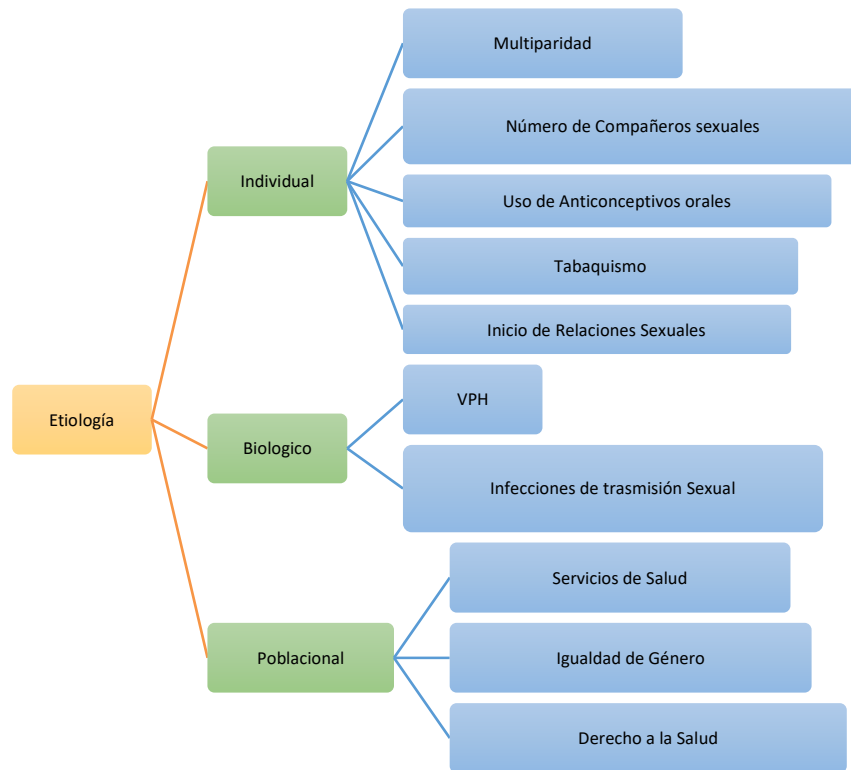
El cáncer cervicouterino (CaCu), es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y se manifiesta inicialmente a través de lesiones intraepiteliales precursoras

de bajo y alto grado de avance lento y progresivo hacia cáncer invasor (cuando la lesión traspasa la membrana basal) (Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cervicouterino., 2010). Es en gran parte una enfermedad prevenible, sin embargo, es una de las principales causas de muerte en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2016)) por tal motivo se ha convertido en un problema de salud pública. (Cetina Pérez & Ochoa Carillo, 2014) para todas las mujeres (Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cervicouterino., 2010)

En la década de los ochenta se empezó a asociar fuertemente el cáncer cervicouterino con la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) (De Villers, et al., 1981; Zur Hausen, 1982, 1989, 1999). En 1998 se identificó que el VPH era un elemento necesario, aunque no suficiente, para la aparición del cáncer cervicouterino; lo anterior significa que sólo un porcentaje de mujeres que adquirieron VPH desarrollarán displasia, aproximadamente en el 80% de los casos la enfermedad será transitoria, mientras que un pequeño porcentaje de mujeres cursará con una infección persistente con uno o más VPH oncogénicos (Doorbar, et al., 2012). Es una de las pocas enfermedades cuya fase precursora (lesiones precancerosas; cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino) brinda tiempo y amplias oportunidades para tamizaje y tratamiento. (Organización Panamericana de la Salud, 2016) La causa primaria del pre-cáncer cervicouterino y del cáncer cervicouterino escamoso es la infección asintomática persistente del VPH de alto riesgo (carcinogénicos u oncogénicos), la enfermedad de transmisión sexual más frecuente. Siete de cada 10 casos de cáncer cervicouterino notificados en todo el mundo son causados por solo dos tipos de VPH, el 16 y el 18. Otros cuatro tipos de VPH de alto riesgo como el 31, 33, 45 y 58, se encuentran con menor frecuencia asociados con cáncer cervicouterino. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

El 90% del cáncer cervicouterino son cáncer de células escamosos y se inician en la zona de transformación del exocérvix y el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérvix. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

La etiología del cáncer cervicouterino más allá de ser un enfoque unicausal, puede abordarse bajo tres niveles de análisis; individual, biológico y poblacional. (Torres Poveda, Arredondo López, Duarte Gómez, & Madrir Marina, 2008). (ver diagrama Etiología del Cáncer Cervicouterino)



**Diagrama 1. Etiología del Cáncer Cervicouterino. Basada en datos de artículo “La mujer indígena, vulnerable a Cáncer Cervicouterino: Perspectiva desde modelos conceptuales de salud”. (Torres y cols., 2008) (MPSS Maritza Deniss Recendiz Villa, 2018)**

Noreña citado por Martínez asegura que “El cáncer cervicouterino es prevenible y curable con modelos de atención a la salud adecuados, programas estructurados con acceso al tamizaje, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, así como acciones de promoción de salud y prevención que impacten positivamente”. (Martínez-Cuevas, Vega-Pérez, Tamez-Rodríguez, & Castañeda- Sánchez, 2016)

La elevada morbilidad son favorecidas por existencia de diferencias sociales, nivel socioeconómico, el lugar de residencia, acceso a instituciones de salud, etc. (Sanchez-Barriga JJ, 2012). Existen factores institucionales que limitan la detección oportuna tales como periodos de espera prolongados, demora en la entrega de resultados o en algunos casos sin entrega, pérdida de interés en el programa, demora en la atención;(Humán CMM, 2010) factores personales como consentimiento de la pareja y temor a ser atendidas por un médico varón; (Ybarra SJL, Pérez SBE, Romero RD, 2012) entre muchos otros. (Martínez-Cuevas, Vega-Pérez, Tamez-Rodríguez, & Castañeda- Sánchez, 2016)

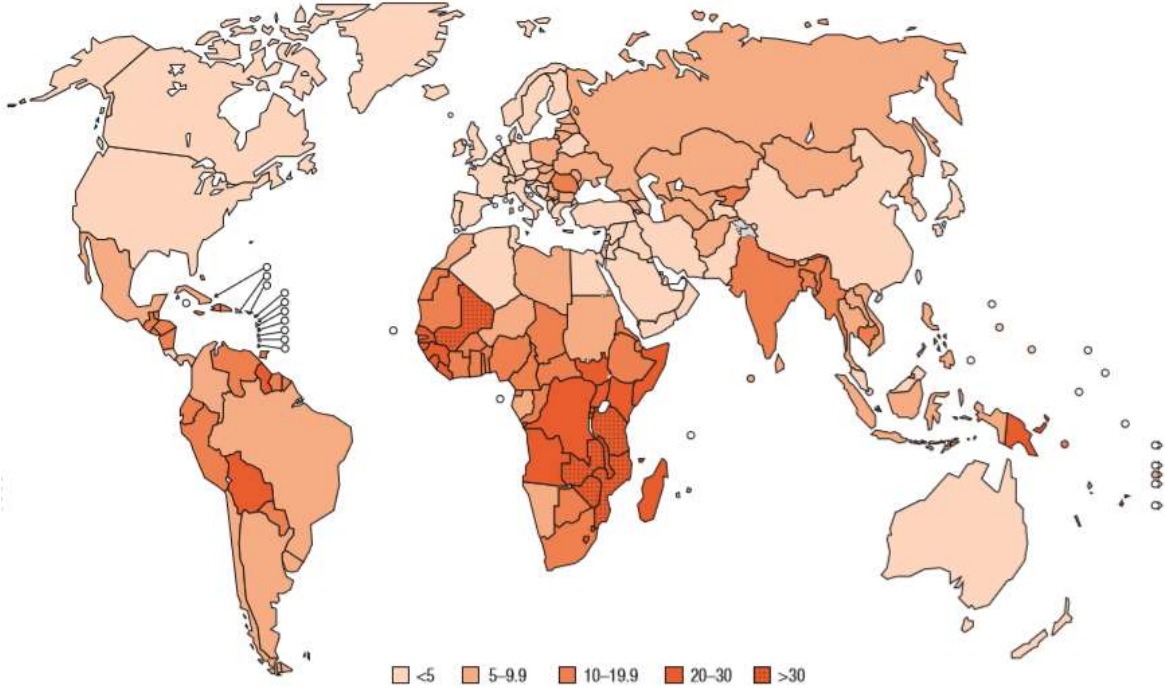
## Cáncer cervicouterino en el mundo

El cáncer cervicouterino es el cáncer más frecuente en mujeres en 45 países del mundo y mata a más mujeres que cualquier otra forma de cáncer en 55 países, entre ellos muchos países del África subsahariana, muchos de Asia (incluida la India) y algunos países centroamericanos y sudamericanos. Fue el cuarto cáncer más común en mujeres y ocupa el séptimo lugar de frecuencia de todos los tipos de cáncer. En el 2012 se estimaron 527,624 nuevos casos, un 85% de ellos en regiones menos desarrolladas (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Durante el mismo año en el mundo murieron 266 000 mujeres de cáncer cervicouterino de las cuales casi 9 de cada 10 de ellas (231 000 mujeres) vivían y murieron en países de ingresos bajos o medianos. En cambio, una de cada 10 (35 000 mujeres), vivían y murieron en países de ingresos altos.

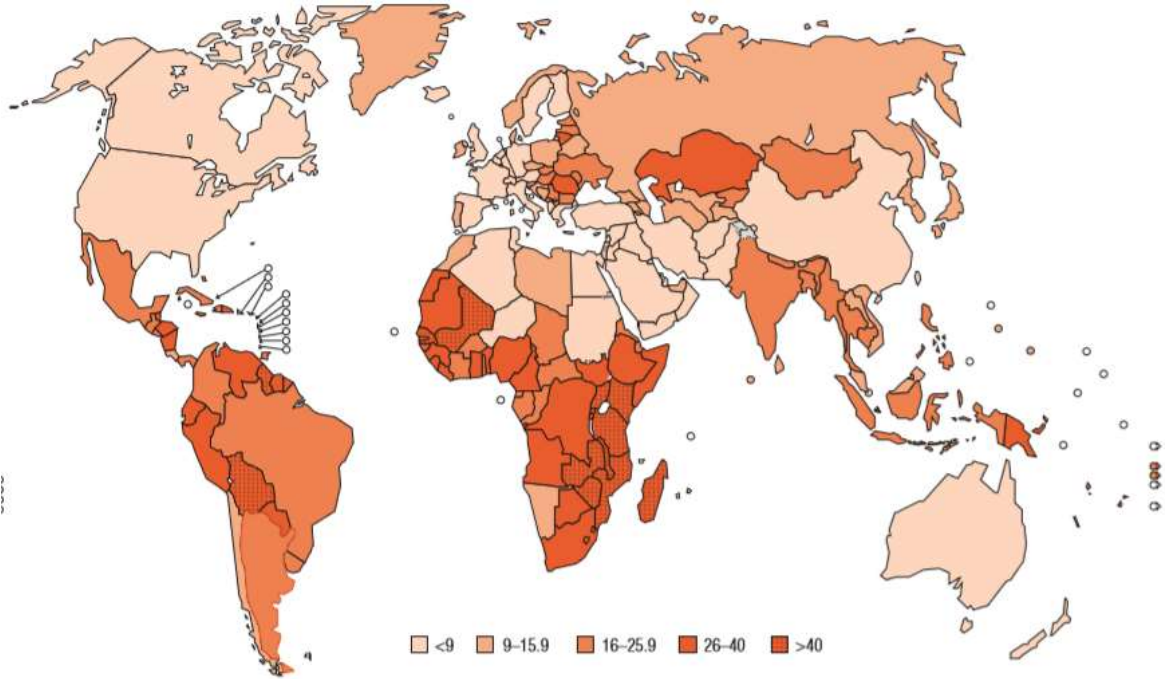
La razón principal de estas disparidades es la falta relativa de prevención eficaz y de programas de detección precoz y tratamiento, así como la falta de acceso igualitario a dichos programas. Sin esas intervenciones, el cáncer cervicouterino generalmente se detecta solo cuando ya está en una etapa avanzada y es demasiado tarde para un tratamiento eficaz, por lo que la mortalidad es alta.

Los siguientes mapas de incidencia y mortalidad de cáncer cervicouterino en el mundo nos muestran las amplias disparidades existentes en cuanto a incidencia y mortalidad entre diversas zonas dentro de países específicos, disparidades que se relacionan con variaciones socioeconómicas y geográficas, prejuicios por razón de género y factores culturalmente determinados que pueden restringir gravemente el acceso de algunos grupos de mujeres a los servicios de prevención.

Mapa 1. Mortalidad estimada por cáncer cervicouterino en el mundo, 2012.



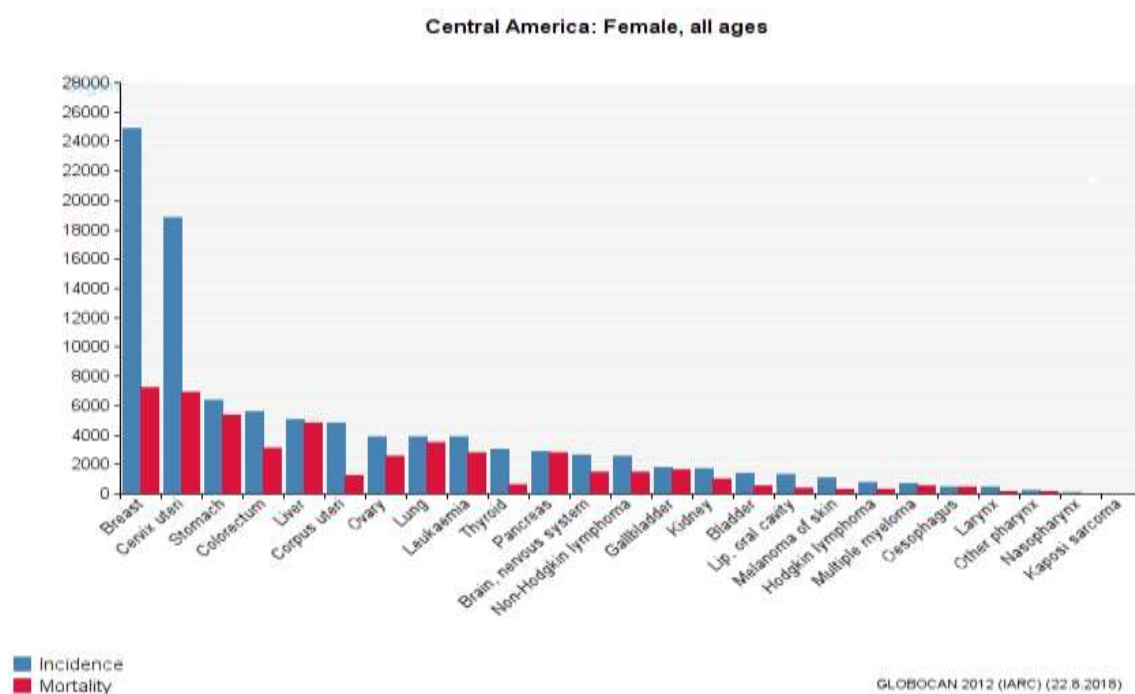
Mapa 2. Incidencia estimada de cáncer cervicouterino en el mundo, 2012



## Cáncer Cervicouterino en América Latina (América Central y América del Sur)

El Cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina, con 68,818 casos reportados anualmente. La incidencia de Cáncer cervicouterino en la región es de 21.2 casos por 100 000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guayana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua, y Surinam. (Gobierno de México, 2019)

En el siguiente gráfico se muestra la incidencia y mortalidad de los diferentes tipos de cáncer en mujeres de América Central.



**Gráfico 5. Incidencia y Mortalidad en América Central de diferentes tipos de Cáncer. Fuente: Tomado de GLOBOCAN 2012. Consultado el 22/08/2018.**

La mortalidad en la región de América latina es de 8.7 defunciones por 100,000 mujeres. El 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en seis países; Brasil (7.35), México (8.05), Colombia (8.03), Perú (11.9), Venezuela (12.26) y Argentina (8.35). Sin embargo la mortalidad es más alta en Guyana (21.9), Bolivia (21.0) y Nicaragua (18.3) (Gobierno de México, 2019)

En el siguiente gráfico se muestra la incidencia y mortalidad de cáncer cervicouterino en todas las edades en América latina.

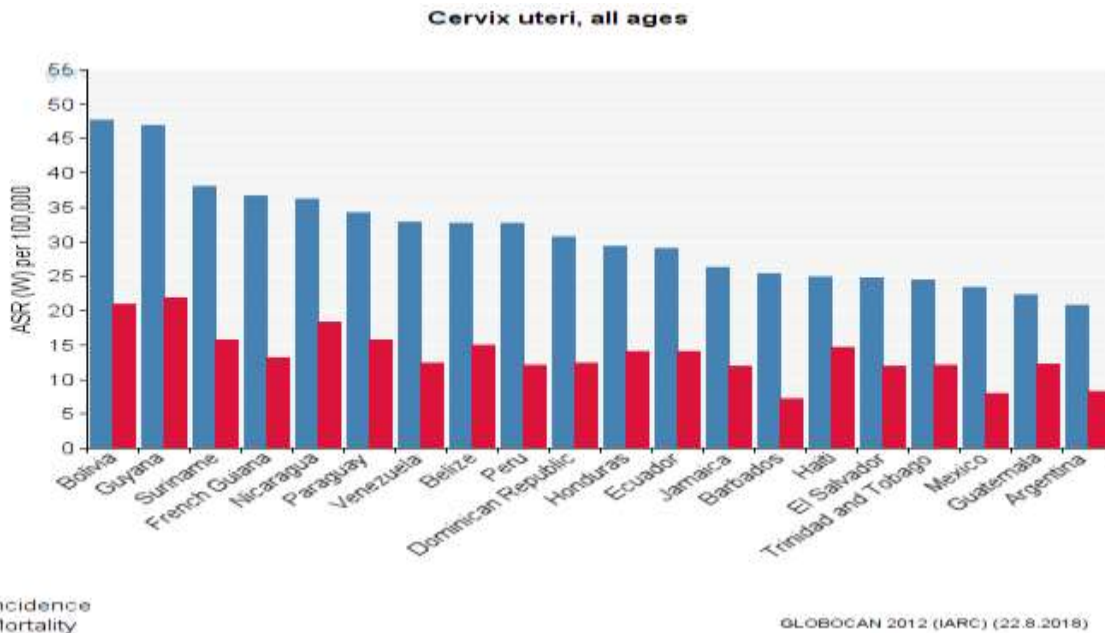


Gráfico 6. Incidencia y Mortalidad de Cáncer Cervicouterino en América Latina. Fuente: Tomada de GLOBOCAN 2012. Consultado el 22/08/2018.

### México: Incidencia de Cáncer cervicouterino

En México hay 82,445 nuevos casos de personas con cáncer y en particular el cáncer del cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 en mujeres con una incidencia de 23.3 casos nuevos por 100,000 habitantes mayores de 10 años.

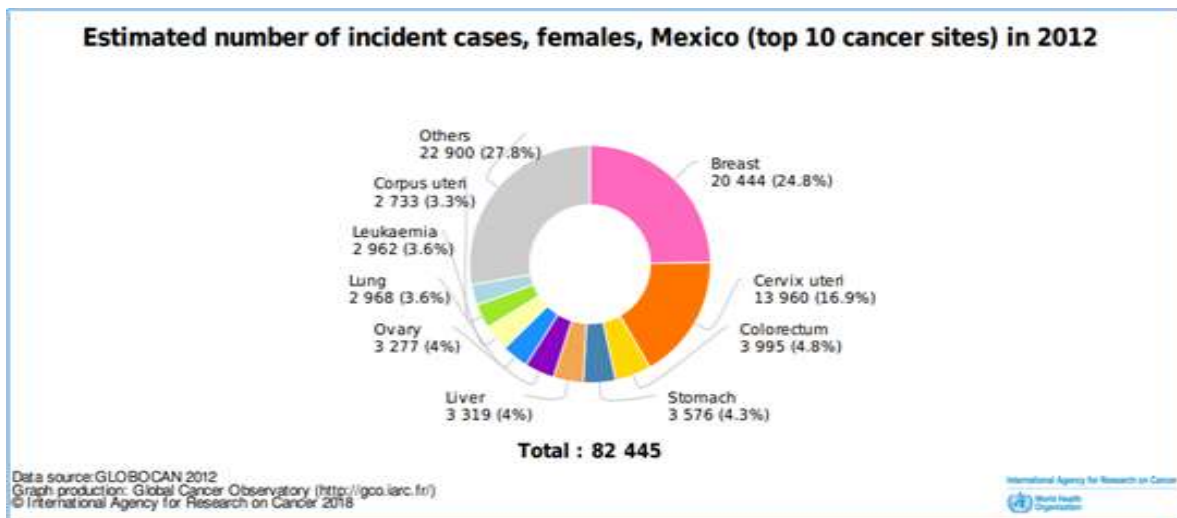


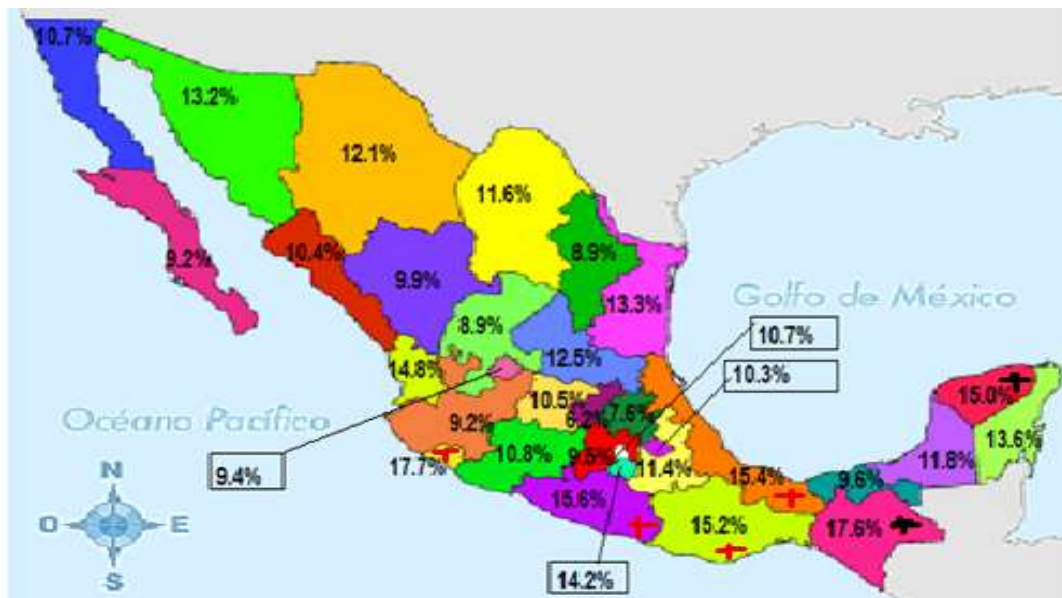
Gráfico 7. Número estimado de casos de incidencia de casos de Cáncer en México 2012. GLOBOCAN 2012.



## Cáncer Cervicouterino en México

México es el país de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) con la mortalidad más alta por cáncer de cervicouterino. (González, 2017). En el 2012 fue la segunda causa de muerte por tumores malignos en la mujer y la tercera en el año 2014 (INEGI, 2014) donde uno de cada diez fallecimientos por cáncer en mexicanas se presentó en el cuello uterino (CNEGSR, 2016). (Freyermuth, Mortalidad en las poblaciones indígenas desde los determinantes sociales y violencia estructural., SF)

En el año 2015 el grupo específico de mujeres de 25 años y más, registraron 3,994 defunciones por cáncer cervicouterino con una tasa cruda de mortalidad de 11.5 por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad de cáncer cervicouterino fueron; Colima 37 (17.7%), Chiapas 233 (17.6%), Guerrero 147 (15.6%), Veracruz 367 (15.4%) y Oaxaca 170 (15.2%). En el siguiente mapa de México se presenta el porcentaje de mortalidad de cada estado, aquellos estados que muestran una cruz roja o negra son los estados que tienen la mayor tasa de mortalidad.



**Mapa 3. Tasa de Mortalidad de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 25 años y más. 2015. Datos tomados de <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/es/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama> (Elaborado por MPSS Maritza Deniss Recendiz Villa, 2018)**

**Nota: muestran las tasas de mortalidad más altas por Cáncer Cervicouterino.**

El grupo de edad que concentró el mayor número de muertes por cáncer cervicouterino fue el de 50 a 69 años, con 2 187 muertes en 2015. Sin embargo, el grupo de 70 y más años fue el que presentó mayor incremento, 36% en 2015 respecto de 1990; contrariamente, el grupo entre 15-49 años mostró un decremento de 7%. A pesar de que el número de muertes por cáncer cervicouterino se incrementó entre 2010 y 2015, las tasas de mortalidad por esta causa

disminuyeron más de 42% en todos los grupos de edad durante este periodo, debido al incremento de población femenina (Ver gráfico 8). (Ávila-Burgos , Montañez-Hernández , Cahuana-Hurtado, & Ventura-Alfaro, 2017.)

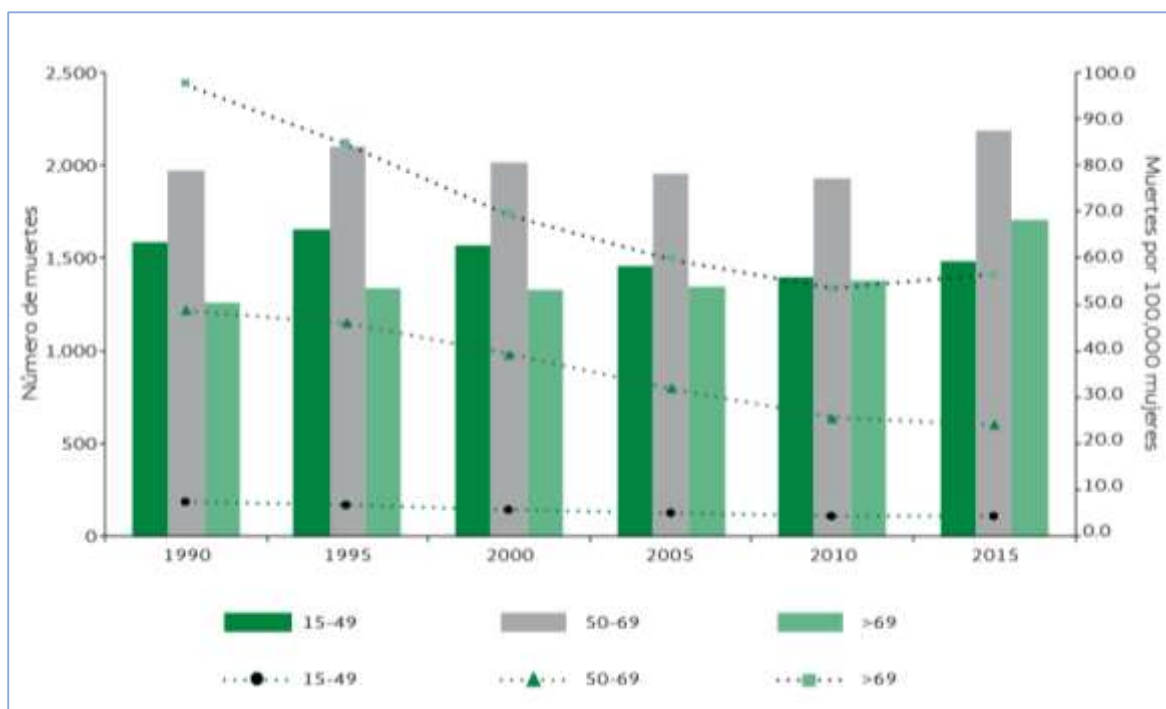


Gráfico 8. Mortalidad por Cáncer Cervicouterino por grupo de edad en México 1990-1995-2000-2005-2010-2015. Tomada de Cuentas en salud reproductiva y equidad de género.

### Años de vida saludable perdidos

Los años de vida saludablemente perdidos (AVISA) implican estimar el tiempo promedio que una persona hubiera vivido si no hubiera muerto prematuramente. Esta medida se usa para ayudar a cuantificar la pérdida social y económica debido a una muerte prematura, y se ha promovido para enfatizar las causas específicas de muerte que afectan a grupos de edades más jóvenes. (Garder & Sanborn, 1990)

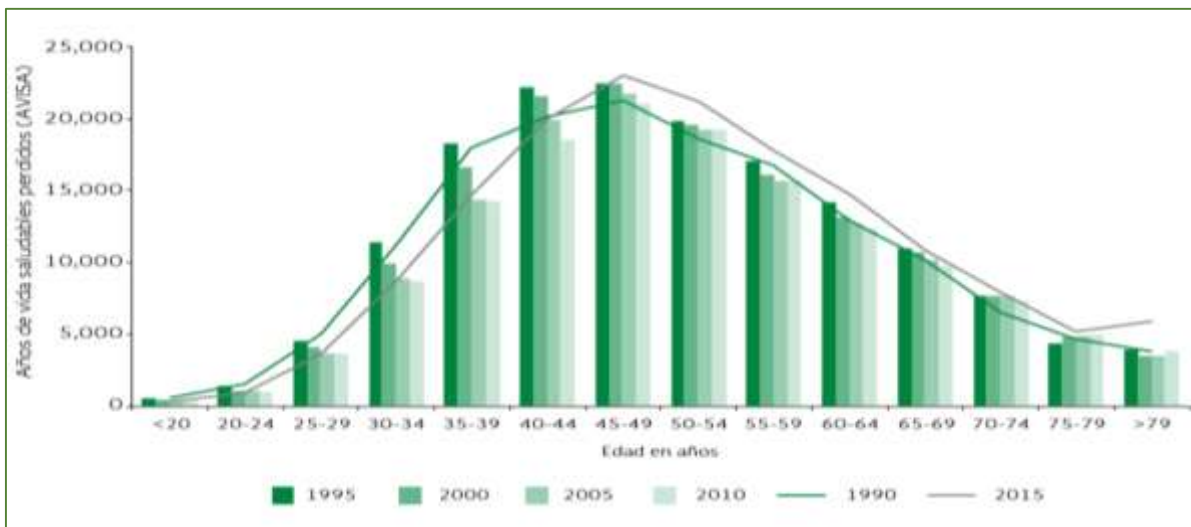
### Años de vida saludablemente perdidos en México y el mundo

El AVISA se redujo en un 10% a nivel mundial desde 1990 al 2015, pasando de 212 AVISA por 100 000 mujeres en 1990 a 190 en 2015. En 2015, el mayor número de AVISA por 100 000 mujeres se encontró en los países con ingresos bajos, medio-bajos y medio-altos con 315, 178 y 202 respectivamente. Los países con ingresos altos presentaron el mayor decremento en los AVISA: 38% entre 1990 y 2015. (Ávila-Burgos, Montañez-Hernández, Cahuana-Hurtado, & Ventura-Alfaro, 2017.)

En México el número de AVISA por cáncer cervicouterino tuvo un decremento del 31% en 2015 respecto de 1990 (Gráfico 9), incluso por arriba del obtenido por los países con ingresos

altos, pasó de 352 a 243 AVISA por 100,000 mujeres. Por grupo de edad, se observa en el gráfico 9, que para las mujeres menores de 45 años las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino disminuyó en el periodo entre 1990 y 2015; por el contrario, en las mayores de 45 años las tasas se incrementaron. (Ávila-Burgos, Montañez-Hernández, Cahuana-Hurtado, & Ventura-Alfaro, 2017.)

Ello señala la importancia que los programas de prevención y control para cáncer cervicouterino requieren reforzar las acciones principalmente en mujeres de 45 años y más. El grupo de 45 a 49 años fue el que concentró el mayor número de AVISA por cáncer cervicouterino entre 1990 y 2015. (Ávila-Burgos, Montañez-Hernández, Cahuana-Hurtado, & Ventura-Alfaro, 2017.)



**Grafico 9. Años de vida saludablemente Perdidos por grupo de edad. México: 1990,1995, 2000,2005, 2010, 2015. Tomada de Cuentas en salud reproductiva y equidad de género.**

## Cáncer Cervicouterino en Chiapas

Chiapas es el estado que ocupa el séptimo lugar a nivel nacional en mujeres que habitan en municipios con más de 70% de población indígena y el cuarto lugar en municipios con un porcentaje de 40 a 69% de dicha población. (Eroza Solana, Carrasco Gómez, & Freyermuth Enciso, SF)

En el año 2015 Chiapas tuvo 109 nuevos casos de cáncer cervicouterino con una tasa de incidencia de 1.5.

El cáncer cervicouterino ocupa el séptimo lugar de las causas de muerte en mujeres del grupo de 70% o más de población indígena con una tasa de mortalidad de 3.6, y el quinto lugar en mujeres del grupo de 40% a 69% de población indígena con una tasa de 3.4, sólo por debajo del resto del grupo de mujeres que no viven en poblaciones indígenas. (Ver tabla 1)

**Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población indígena, Chiapas, 2014 <sup>1</sup>**

Causa de defunción	Lugar	70% o más de población indígena	Lugar	40% a 69% de población indígena	Lugar	Resto de la población
Enfermedades infecciosas intestinales	1	11.7	17	1.5	20	1.0
Diabetes mellitus	2	10.8	1	10.7	1	12.6
Infecciones respiratorias agudas bajas	3	9.4	8	2.7	13	2.8
Enfermedades isquémicas del corazón	4	5.8	2	6.5	2	5.8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5	5.8	3	5.4	4	4.8
Nefritis y nefrosis	6	4.5	4	4.6	5	4.7
Tumor maligno del cuello del útero	7	3.6	5	3.4	3	5.2
Hemorragia obstétrica	8	3.1	15	1.9	21	0.8
Agresiones (homicidios)	9	2.7	16	1.9	7	3.9
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	10	2.7	9	2.3	11	3.2
Tuberculosis	11	2.7	20	1.1	16	1.8
Tumor maligno de la mama	12	2.2	10	2.3	8	3.7

**Tabla 1. Mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población indígena, Chiapas, 2014. Tomado de Salud y derechos humanos un enfoque conceptual. (Freyermuth., 2018)**

Además, al interior de estos municipios chiapanecos con porcentajes diferenciales de población indígena, se mantienen diferencias por nivel de Índice de Desarrollo Humano (IDH), teniendo tasas más altas de defunción por cáncer cervicouterino en municipios con 40% o más de hablantes de lengua indígena (HLI) con un nivel de IDH medio alto (6.6) que con IDH medio bajo (3.6) o con IDH bajo (0.0); mientras que en los municipios con menos de 40% de HLI, las proporciones se invierten, el IDH alto tiene una tasa de 4.4, el IDH medio alto tiene una tasa de 5.6 y un IDH medio bajo tiene una tasa de 5.4.( Ver tabla 2)

**Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población indígena, Chiapas, 2014**

Causa de defunción	Población indígena					
	40% o más de HLI			Menos de 40% de HLI		
	Índice de Desarrollo Humano					
	Medio alto	Medio bajo	Bajo	Alto	Medio alto	Medio bajo
Diabetes mellitus	11.6	11.4	7.8	9.4	9.4	17.5
Enfermedades isquémicas del corazón	9.9	5.0	9.4	3.9	5.9	6.7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3.3	5.0	10.9	3.9	6.7	3.6
CaCu	6.6	3.6	0.0	4.4	5.6	5.4
Nefritis y nefrosis	3.3	4.7	4.7	2.8	5.6	4.6
Infecciones respiratorias agudas bajas	5.0	4.2	15.6	3.3	3.2	2.1
Agresiones (homicidios)	1.7	2.8	1.6	3.3	3.7	4.4
Leucemia	0.0	3.6	0.0	2.8	2.9	4.4
Enfermedades infecciosas intestinales	1.7	3.3	26.5	0.0	1.6	0.8

*Tabla 2. Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población indígena, Chiapas, 2014. Fuente:*

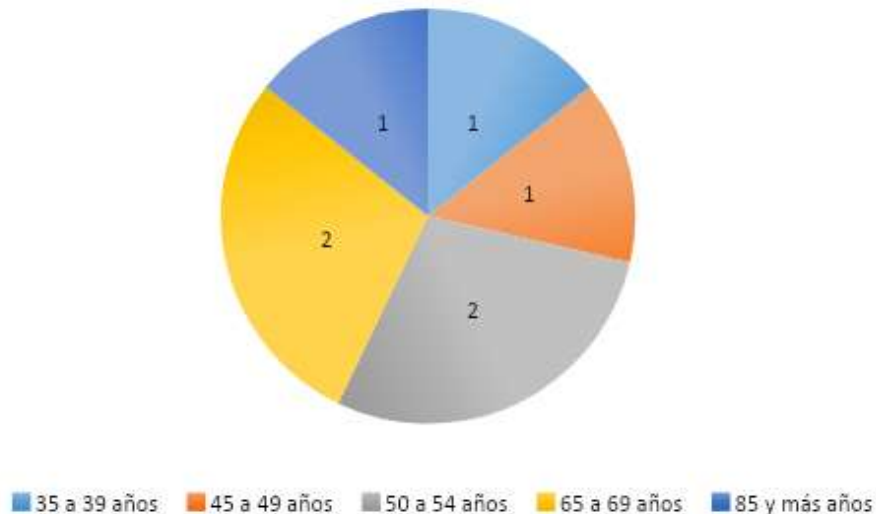
## Cáncer Cervicouterino en Palenque

En Palenque en el año 2016 se registraron 7 casos nuevos Cáncer cervicouterino, sin embargo, la tasa de incidencia que fue solicitada a la Plataforma de Transparencia no fue proporcionada.

En el mismo año Palenque tuvo 7 defunciones por cáncer cervicouterino; 2 defunciones de los 65 a 69 años de edad y de los 50 a 54 años de edad, y 1 defunción en cada uno de los grupos de 35 a 39 años, 45 a 49 años y de los 85 años en adelante. Ver gráfica 10. (INEGI)

La tasa de mortalidad en el 2016 fue de 37.71 por cada 100 mil mujeres de 25 y más, superando la tasa de mortalidad estatal (17.6%) y la nacional de (11.5%).

**Gráfico 10. Defunciones por Cáncer Cérvico Uterino en el municipio de Palenque, Chiapas 2016.**



## Conclusiones

El cáncer se encuentra distribuido en todo el mundo, no existen grupos protegidos ni privilegiados libres de esta enfermedad. Sin embargo, la diferencia en cuanto a la prevalencia y mortalidad se observa cuando se comparan países desarrollados y menos desarrollados siendo las tasas de prevalencia y mortalidad más altas en estos últimos. Quizá la diferencia se debe al tipo de cáncer que se presente, los determinantes de salud y el propio sistema de salud de cada país.

Por otro lado, el cáncer cervicouterino en mujeres es una enfermedad prevenible y curable con un amplio margen en años para la identificación de lesiones iniciales antes del desarrollo de una lesión más grave y, a pesar de ello, sigue siendo una de las principales causas de muerte en los países menos desarrollados como México.

En el estado de Chiapas existen condiciones sociales que conllevan a una elevada tasa de mortalidad de cáncer cervicouterino, entre ellos el muy alto rezago social, rezago educativo, poblaciones indígenas que no hablan el español, entre otros. Estas condiciones sociales deben ser atacadas desde puntos estratégicos con apoyos de programas de prevención específicos dirigidos a las características de este estado.

El derecho a la salud como un derecho humano universal debe proveer a las personas de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.



## CAPITULO 4. CONDICIONES SOCIALES EN MÉXICO Y CHIAPAS.

### Joñoñ xty'añoñbä x-ixik

Joñoñ xty'añoñbä x-ixik,  
tsa' kilaj pañumil tyi tsuwañbä  
matye'lum,  
uts'atybä kolel lum,  
mi sujtyel che' bajche' ñu'p'oñi'bäl tyi  
pejtyelel yäxty'ulanbä oño'ty'añ.

Tyilemoñ tyi' tyamlel lum  
ya baki jiñi pa', wuty ja,  
ñäch'tyälel yik'oty ik'yoch'añbä  
lichikñaj mi' mel jiñi x-ixikob,  
tsäts mi' boñob majlel ibijlel bäk'eñ,  
mukulbä icha'añ matye'el  
yik'oty its'ojtyäklel tyejklum.

Ma'añik chuki mi' cha'leñ:  
tyi' ñajtyelel kmatye'lumlojoñ  
woli kch'amlojoñtyillel soñ  
cha'añ mik tyijikñesañojoñ pañumil.

### Soy mujer ch'ol.

Soy una mujer ch'ol,  
nacida en la zona fría de la selva,  
territorio de tan hermoso y amplio  
se convierte cárcel con todos los tonos  
verdes de la historia.

Vengo de aquella lejanía  
donde los ríos, manantiales,  
silencios y oscuridades hacen que las  
mujeres sean tímidas,  
firmes dibujando el camino del miedo,  
los secretos de la montaña  
y la encrucijada de la ciudad.

No pasa nada:  
fuera de nuestras selvas  
traemos música  
para convidarle a la humanidad.

Autora: Juana Karen

Tomado de <https://circulodepoesia.com/2017/11/xochitlajtoli-juana-karen/>

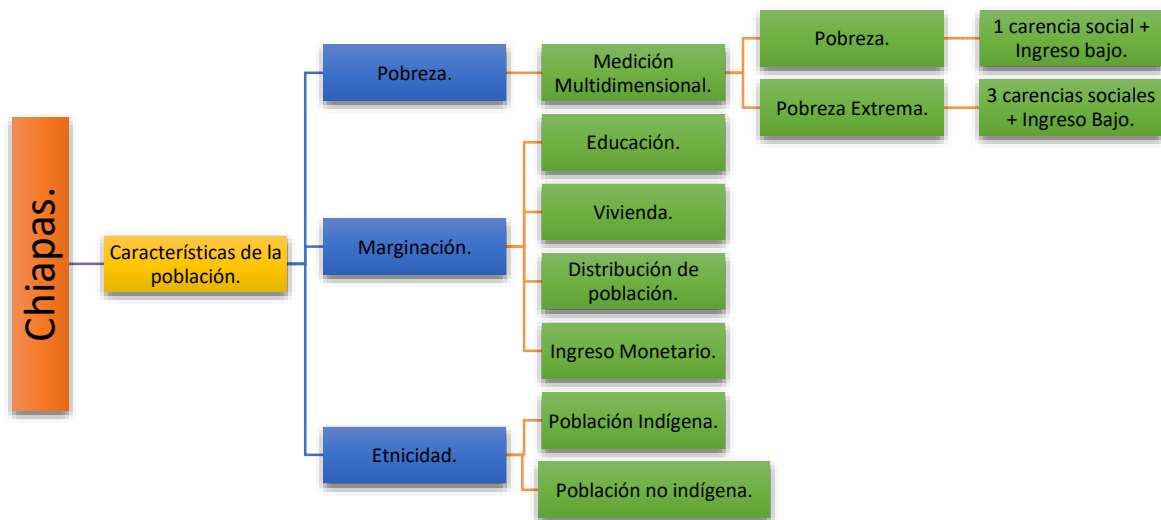


## Características del Estado de Chiapas

Después de dos intentos Chiapas se anexa al territorio mexicano el día 11 de Septiembre de 1842 por decreto del gobierno de Antonio López de Santa Anna.

Chiapas está catalogado como el 4° estado más grandes del territorio mexicano, con una extensión de 74,415 km<sup>2</sup>. Dentro de él se encuentran majestuosos paisajes llenos de colores, árboles que llegan hasta el cielo, gran diversidad de cascadas como Roberto Barrios, Misolha, las nubes, Welib-ha, Agua Azul, el chiflón y velo de novia con un salto aproximado de 120 metros una de las de mayor altitud a nivel nacional, además cuenta con una gran reserva de biosfera como Montes Azules dentro de la Selva Lacandona con un territorio de 331.000 hectáreas. Otro de sus atractivos es el Volcán Tacaná con una elevación de 4.092 metros sobre el nivel del mar se encuentra situado en el límite entre Guatemala y México, este el punto más alto del sector suroriente mexicano, entre muchas otras atracciones.

Hablar de las características de la población de Chiapas sigue siendo complicado, pues dentro de ella tiene tres características principales las cuales son pobreza, marginación y etnicidad, (Diagrama2) haciendo que este estado sea un campo de estudio y análisis.



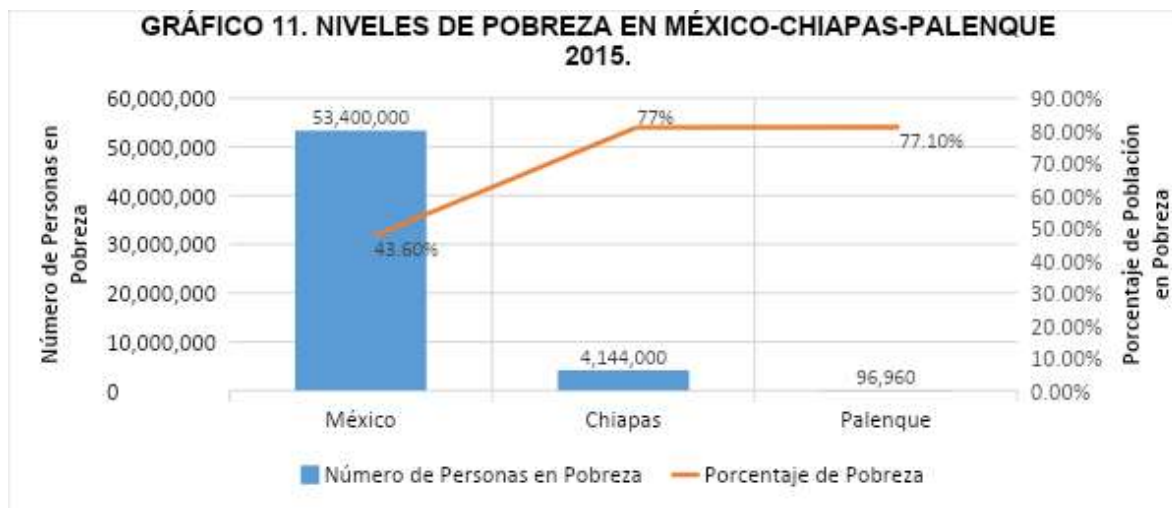
**Diagrama 2. Características Sociales de la población de Chiapas (Elaborado por MPSS Maritza Deniss Recendiz Villa, 2018) con base de datos del CONEVAL, CONAPO.**

## Pobreza Multidimensional

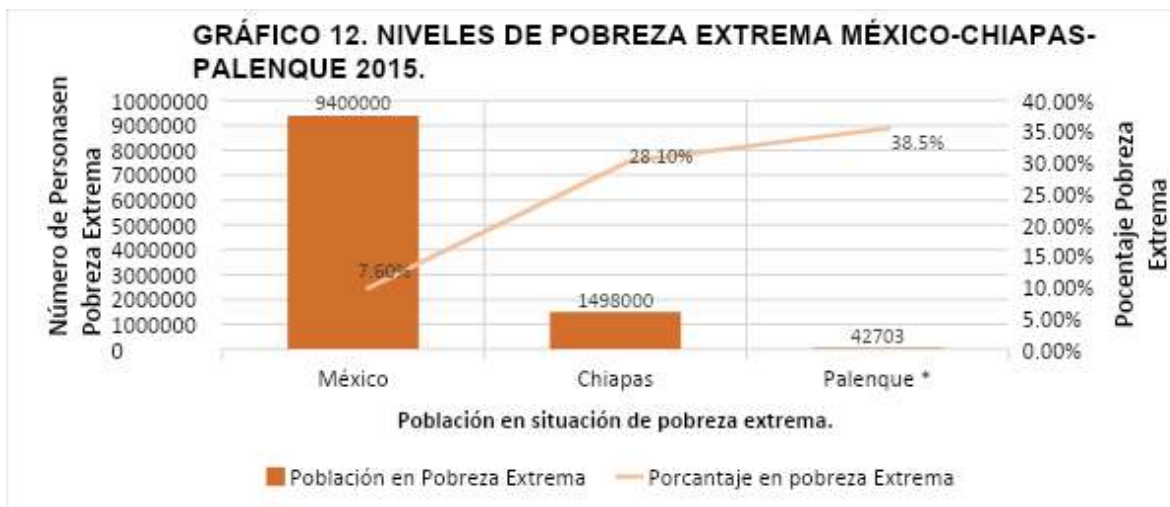
La pobreza es la medición cuantitativa y cualitativa “asociada a las condiciones de vida que vulneran la dignidad de las personas, limitan sus derechos y libertades fundamentales, impiden la satisfacción de sus necesidades básicas e imposibilitan su plena integración social.” (CONEVAL, 2010)

Por lo tanto la pobreza multidimensional es un indicador que incorpora los niveles de rezago de la población en diferentes categorías, y en dos ámbitos de naturaleza distinta: el bienestar económico y los derechos sociales (INEGI, 2013)

Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el porcentaje de personas viviendo en pobreza a nivel nacional disminuyó del año 2014 al año 2016, de 46.2% a 43.6%, sin embargo, para Chiapas esa no fue una realidad ya que para el año 2014 tenía un porcentaje de población viviendo en pobreza de 76.2% y en el año 2016 aumento a 77.1%, con un índice de rezago social de 2.38 (muy alto) ocupando el tercer lugar a nivel nacional. (CONEVAL, 2018). En el municipio de Palenque el 77.1% (96,960 personas) de su población vivía en esta situación. (CONEVAL, 2015) (Ver gráfico 11)



En el parámetro de la pobreza extrema del año 2014 al año 2016 en México se redujo el porcentaje del 9.5% al 7.6% de personas viviendo en pobreza extrema. Sin embargo, para el municipio de Palenque en el año 2015 el porcentaje de pobreza extrema se encontraba en 38.5% con una población de 42,703 personas. (CONEVAL, 2018)



De acuerdo con el Banco de México, en México la distribución del ingreso en el país es una de las más desiguales en el ámbito mundial, ocupando el lugar trece entre 111 países evaluados. (Trujillo Olivera, García Chong, Orantes Ruíz, & Cuesy Ramírez, 2014)

**Tabla 3. Índice de Rezago Social.**

Indicador	Nacional 2016	Chiapas 2016	Palenque 2015
<b>Población en Pobreza (%).</b>	43.6%	77.1%	82.3%
<b>Población en Pobreza Extrema (%).</b>	9.4%	28.10%	38.5%
<b>Rezago educativo</b>	17.4%	29.0%	29.7%
<b>Acceso a la salud</b>	15.5%	15.0%	16.3%
<b>Seguridad social</b>	55.8%	81.1%	89.8%*
<b>Calidad y espacios en la vivienda</b>	12.0%	24.5%	38.6%
<b>Servicios básicos en la vivienda</b>	19.3%	52.3%	67.9%
<b>Alimentación</b>	20.1%	19.4%	29.4%
<b>Población con ingreso inferior a LBM</b>	17.5%	49.9%	72.8%
<b>Población con ingreso inferior a LB</b>	50.6%	79.8%	79.7%
<b>Rezago Social</b>		2.38 Muy Alto	Medio

Fuente: CONEVAL 2015. (MPSS Maritza Deniss Recendiz Villa)  
\*Hace referencia al año 2010.

La seguridad social se encuentra consagrada en el Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, relativo al trabajo, dentro del cual se definen coberturas sociales mínimas que deben otorgarse a los trabajadores y a sus familias. No tener acceso a los servicios de protección social vulnera la capacidad de los individuos para enfrentar contingencias que pueden disminuir de modo significativo su nivel de vida y el de sus familias (CEPAL, 2006). (CONEVAL). En el municipio de Palenque el porcentaje de población que tiene carencia de seguridad sociales es de 89.8% (2010), mientras que Chiapas tiene un porcentaje de 81.1% en el año 2015.

Uno de los derechos fundamentales para el ejercicio de otros derechos es la educación (Téllez Vázquez, Almejo Hernández, Hernández Álvarez, & Romo Viramontes, Índice de de marginación por entidad federativa y municipio 2015., 2016). En el municipio de Palenque se ha reforzado la situación educativa, sin embargo, el porcentaje de personas con rezago educativo sigue siendo de un 29.7% de la población, es decir, muchas personas cuentan con un nivel básico de aprendizaje.



Imagen 1. "¡Llevamos seis meses sin escuela!". (MPSS Maritza Deniss Recendiz Villa)

No padecer hambre es el mínimo nivel que debe estar asegurado dentro del derecho a la alimentación. (CONEVAL). Todas las personas tienen derecho a disfrutar, en todo momento y lugar, de acceso físico y económico a una alimentación adecuada y los medios para obtenerla. (CONEVAL) En Palenque el porcentaje de personas que tienen carencia a los alimentos es de 29.4 %, sobrepasando el porcentaje del estado de Chiapas y el porcentaje nacional, lo que significa que más de 1/4 del porcentaje de población de Palenque sufre de hambre.

El Artículo 4° de la Constitución establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. En términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis1 de la LGS). (CONEVAL) Chiapas es uno de los estados que tiene un alto porcentaje de carencia al acceso a los servicios de salud y en cada uno de sus municipios esta carencia se ve más acentuada como en el caso de Palenque, ya que cuenta con un porcentaje de 16.3% de personas que tienen esta carencia, superando el porcentaje nacional y estatal.

Otro de los indicadores de pobreza es el ingreso monetario por debajo de la línea de bienestar económico mínimo, a nivel nacional el porcentaje de este indicador fue de 17.5%, mientras

que para el estado de Chiapas fue de 49.9% y para Palenque fue 72.8%, lo que significa que más la mitad de la población no tiene dinero ni siquiera para abastecer la canasta básica.

## Marginación

TABLA 4. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	
GRUPOS DE DESARROLLO HUMANO.	IDH.
Desarrollo Humano Muy Alto.	0,892
Desarrollo Humano Alto.	0,746
Desarrollo Humano Medio.	0,631
Desarrollo Humano Bajo.	0,497
<i>Fuente: Panorama general informe de desarrollo humano. pág. 25</i>	

A nivel mundial una aproximación que aborda la temática de la desigualdad es el Índice de Desarrollo Humano (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD) desde la perspectiva de las unidades territoriales.

El PNUD define el **desarrollo humano** como:

“El desarrollo de las personas mediante la creación de capacidades humanas por las personas, a través de la participación activa en los procesos que determinan sus vidas y para las personas, mediante la mejora de sus vidas. Se trata de un enfoque más amplio que otros, como el enfoque de recursos humanos, el de necesidades básicas y el de bienestar humano”. (Jahan, 2016)

México tiene un Índice de Desarrollo de 0,762 que lo coloca como un país en vías de desarrollo (tabla 3) tanto de salud, educación y riqueza territorial, además cuenta con un índice de Desigualdad de Género de 0.345, ocupando el segundo lugar de desigualdad de los países miembros de la OCDE (FORBES 2018). Junto con el índice de desarrollo existen otras variables que ayudan a medir el grado de desigualdad a nivel territorial estas son: la marginación y la pobreza.

La CONAPO en el 2012 define marginación como un “proceso estructural en relación al desarrollo socioeconómico alcanzado por nuestro país, que dificulta la progresión del proceso a todos los grupos sociales, lo cual repercute en la estructura productiva y se expresa en desigualdades territoriales”.

En el esquema 1 se pueden observar las 4 dimensiones socioeconómicas (educación, vivienda, distribución de población e ingresos monetarios) que identifican nueve formas de exclusión, medidas a través de porcentajes de la población que no tienen acceso a los servicios esenciales. Estas carencias impiden la acumulación de activos y la generación de

capacidades básicas para gestionar sus proyectos personales de vida, que implican el “EL NO EJERCICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS”. (Téllez Vázquez, Almejo Hernández, Hernández Álvarez, & Romo Viramontes, Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015, 2016)



**Esquema 1. Esquema Conceptual de Marginación. Fuente: Tomada de CONAPO 2012.**

Los estados que se encuentran más marginados sufren en consecuencia las desigualdades sociales de forma más aguda ya que estos estados tienen carencias en todos los aspectos y las posibilidades de poder defender sus derechos son casi nulos.

En la tabla 5 se analiza de forma más puntual las formas de exclusión en el estado de Chiapas y el municipio de Palenque y lo compararemos a nivel nacional.

Chiapas uno de los estado con un índice de marginación de 2.40, solo por debajo de Guerrero (2.55) y por encima de Oaxaca (2.12), la mayoría de los cuales presenta una condición económicamente precaria, que configura formas de vida potencialmente patogénicas, desde el punto de vista de las determinantes de la salud. Algunos indicadores que explican vulnerabilidad de la población de Chiapas se resume en la tabla 4. (Trujillo Olivera, García Chong, Orantes Ruíz, & Cuesy Ramírez, 2014)

La tasa de analfabetismo es un indicador relacionado con condiciones básicas en el nivel de bienestar de la población. Una persona analfabeta se encuentra al margen del desarrollo de una sociedad. (INEGI, 2015) El porcentaje de población analfabeta en Chiapas es de 14.98% (520,574 habitantes de de 15 años y más), dentro de este estado se encuentra el municipio de Palenque con un porcentaje del 16.24%, ambos rebasando al porcentaje nacional (5.53%). Además, Chiapas tiene la característica de que el 31.7% (1, 102, 310\* habitantes) de la población no cuentan con el nivel básico de educación obligatorio en México, por lo tanto es el estado número uno con porcentaje mayor de población de 15 años y más sin primaria completa.

**Tabla 5. Indicadores Socioeconómicos 2015 México- Chiapas- Palenque.**

	Nacional.	Chiapas.	Palenque
<b>Población Total.</b>	119 530 753	5 217 908	119 826
<b>% Población de 15 años y más Analfabeta.</b>	5.53	14.98	16.24
<b>% Población de 15 años y más sin primaria completa.</b>	16.50	31.71	38.78*
<b>% Ocupantes en vivienda sin drenaje ni excusado.</b>	2.14	2.90	13.81*
<b>% Ocupantes en vivienda sin energía eléctrica.</b>	0.95	2.45	1.46
<b>% Ocupantes en viviendas sin agua entubada.</b>	5.36	13.49	7.21
<b>% Vivienda con algún nivel de hacinamiento.</b>	28.39	44.46	25.1
<b>% Ocupantes en vivienda con piso de tierra.</b>	3.82	11.78	9.2
<b>% Población en localidades con menos de 5 mil habitantes</b>	28.85	57.86	61.28*
<b>% Población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimo.</b>	37.41	62.46	74.63*
<b>Índice de Marginación.</b>	n.a	2.40	0.61*
<b>Grado de Marginación.</b>	n.a	Muy Alto.	Alto
<b>*Datos del año 2010.</b>			
<b>Elaborado con datos de CONAPO 2015. (MPSS Maritza Deniss Recendiz Villa)</b>			

Las condiciones de vivienda se asocian directamente con las condiciones de salud y bienestar (INEGI, 2015), las viviendas más perjudicadas se encuentran en las localidades más alejadas de los municipios y con menos de 5, 000 habitantes. En el caso de este estado el porcentaje de población que vive en localidades con menos de 5,000 habitantes es de 57.86%. En donde el promedio de ocupantes por vivienda es de 4.2 % el más alto en todo el país y el 44.46% tienen un nivel de hacinamiento, lo que condiciona mayor contagio de enfermedades en casi la mitad de las viviendas, aunado que el porcentaje de ocupantes con piso de tierra es de 11.78%, cuadruplicando el porcentaje nacional.



Otro de los servicios esenciales para la población lo constituye el abastecimiento de agua potable de la red pública (INEGI, 2015), sin embargo, un 13.49% de la población no cuenta con este servicio, duplicando el porcentaje nacional. Es importante que para el bienestar y comodidad de la población las viviendas deben contar con drenaje y energía eléctrica, sin embargo, el 2.9% y 2.45% de la población no goza de estos servicios respectivamente.

Un indicador satisfactorio de bienestar en la sociedad es el ingreso monetario, sin embargo, en Chiapas el 62.46% tiene un ingreso monetario de dos salarios mínimos, por arriba del nacional, esto significando que más de la mitad recibe una cantidad de dinero insuficiente para tener una calidad de vida satisfactoria.



*Imagen 2. Condiciones de Vivienda en Chiapas. (MPSS Maritza Deniss Recendiz Villa).*



## Etnicidad



Imagen 3. Mujer Indígena. Fuente: *El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México*. Pag.154. Tomada por: Paola María Sesia Arcozi.

*Giddens en 1991 señaló, “Etnicidad son las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una comunidad dada de personas. Los miembros de los grupos étnicos se ven a sí mismos como culturalmente diferentes de otros agrupamientos en una sociedad, y son percibidos por los demás de igual manera. Hay diversas características que pueden servir para distinguir unos grupos étnicos de otros, pero las más habituales son la lengua, la historia o la ascendencia (real o imaginada), la religión y las formas de vestirse y adornarse.” (Bello & Rangel, 2000)*

México es uno de los países con un índice alto de desigualdad social, donde la población que hablaba lengua indígena en el año 2015 fue de 7, 382, 785 (Encuesta intercensal, 2015) siendo uno de los grupos más vulnerables porque enfrenta mayores obstáculos y dificultades para el ejercicio de sus derechos sociales. El 64.8% de la población indígena, se concentra en 6 estados (Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Estado de México, Puebla y Yucatán), donde las condiciones de carencia social y ausencia de bienestar económico que caracterizan a los grupos discriminados se agudizan para el caso de la población indígena o hablantes de lengua indígena (HLI). (CONEVAL, 2018)

Hasta el año 2016 en México 8.3 millones de personas indígenas se encontraban en situación de pobreza, es decir 71.9% del total de esa población indígena. Si este dato se pone en relación puede observarse la brecha entre ser indígena y no serlo; del conjunto de población no indígena 40.6% se encuentra en situación de pobreza. La existencia de 3.2 millones de indígenas con 3 o más carencias sociales y sin la capacidad económica para adquirir la canasta básica (en situación de pobreza extrema) refleja las desventajas que enfrentan los indígenas del país. (CONEVAL, 2018)

En la imagen 4 se observa la comparación de los porcentajes de población por tipo de pobreza y sexo entre personas indígenas y no indígenas.

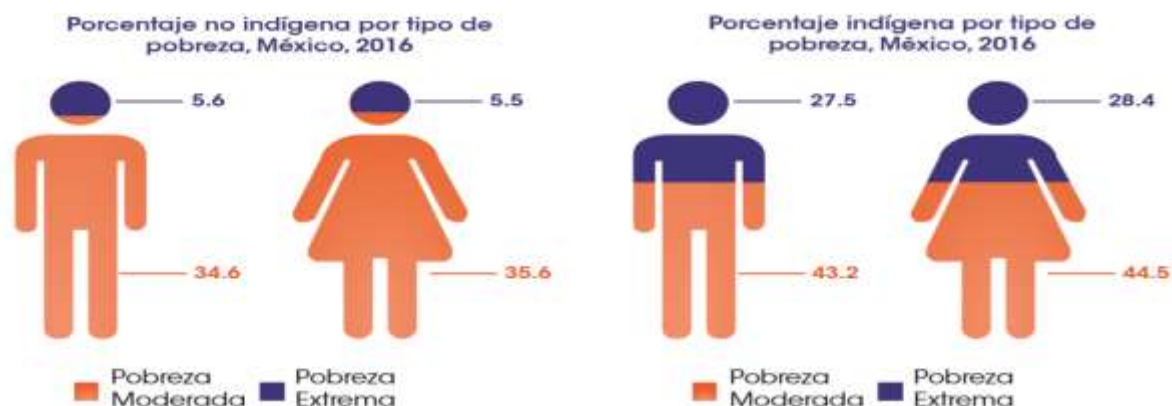
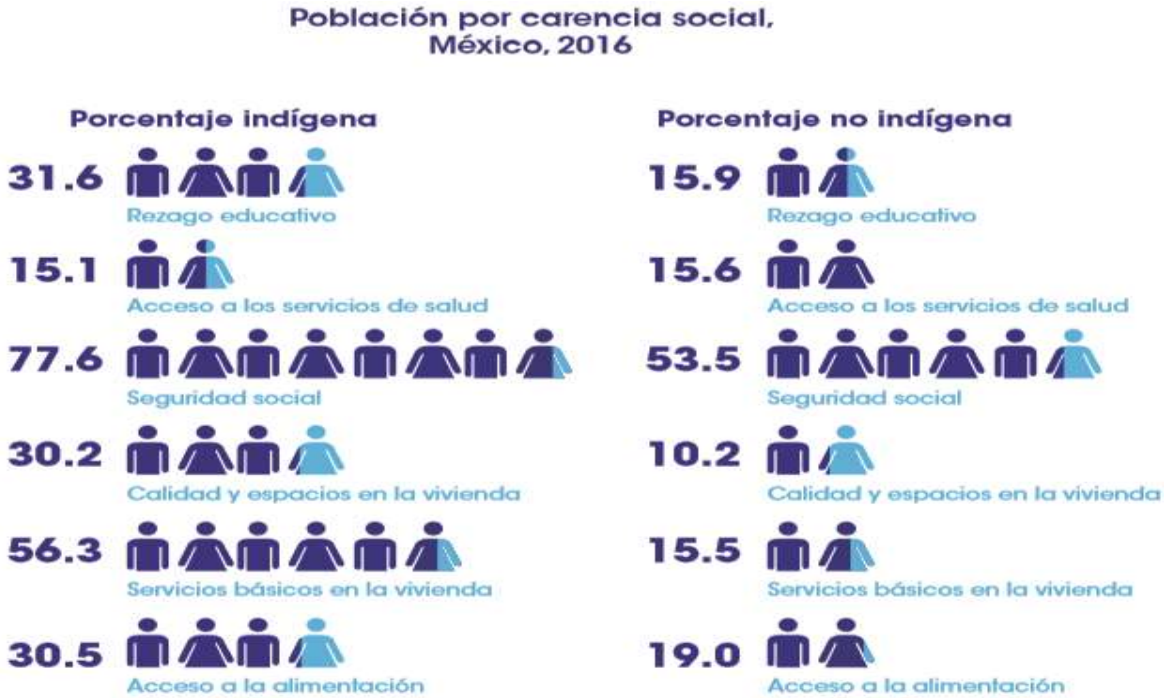


Imagen 4. Porcentaje de pobreza multidimensional. Fuente Informe Evaluación de la política de desarrollo social.pag.34.

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, 8 de cada 10 viviendas en el país en las que habita una persona que habla lengua indígena tienen rezago habitacional, situación que se agrava en los estados de Chiapas (93.5%), Guerrero (92.5%), Veracruz (91.1%), y San Luis Potosí (90%). (CONEVAL, 2018)

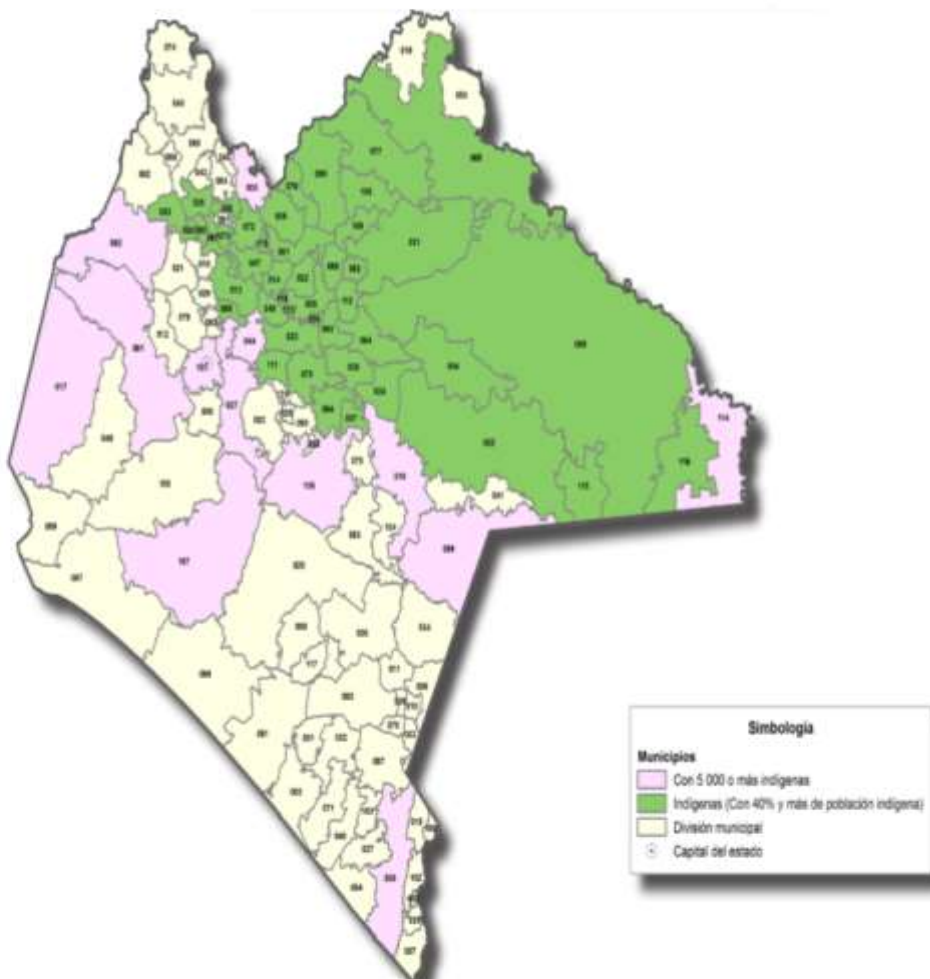
En la imagen 5, se muestra un comparativo de la población indígena y no indígena a base de porcentajes por carencia social, donde se observa que los grupos más vulnerables siguen siendo los más discriminados.



Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

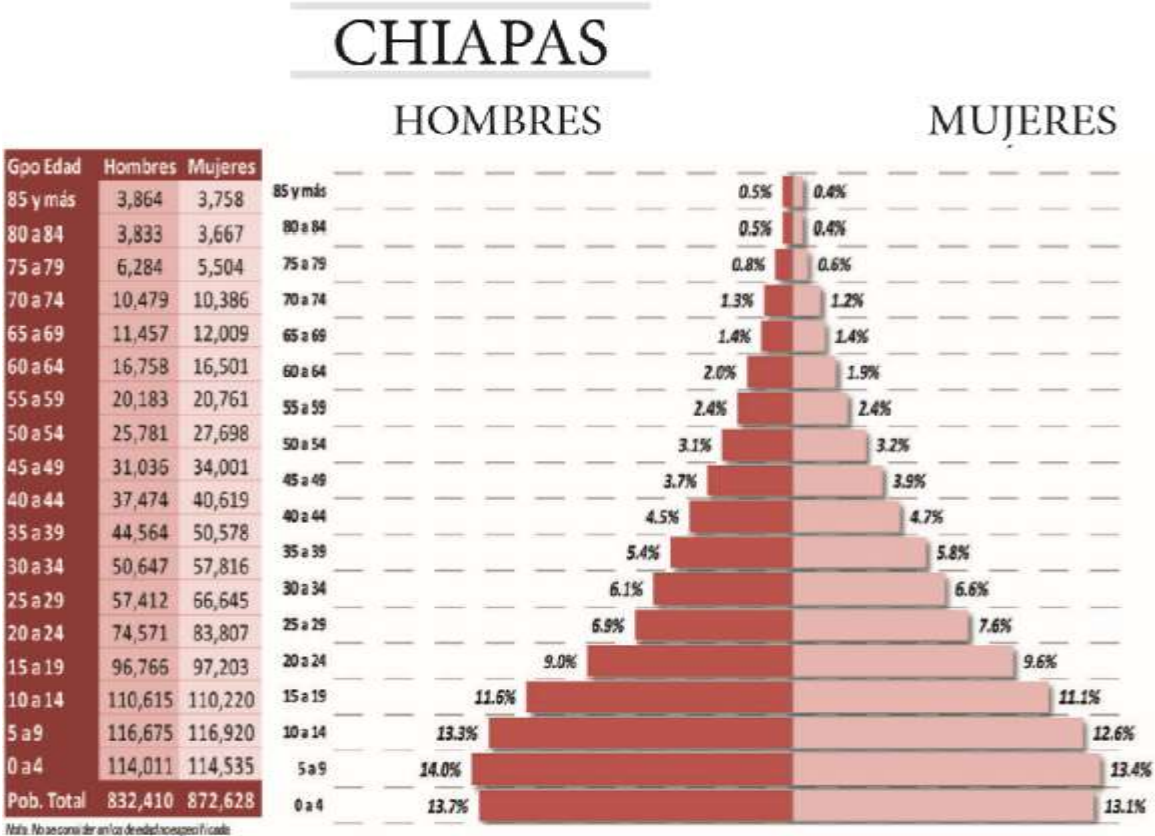
Imagen 5. .Población por Carencia Social en México 2016. Fuente: Informe de Evaluación de la política de desarrollo social.pag.34.

En el estado de Chiapas el porcentaje de personas que se considera indígena es de 36.15% (INEGI, 2016). Donde se observa que el municipio de Palenque desfila como uno de los municipios con más presencia indígena (poblaciones de 40% y más de población indígena).



Mapa 4. Chiapas; Población Indígena. Fuente: Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas en México. pag.616.

La población total indígena en el estado de Chiapas es de 1, 705, 038 personas, repartidos en 47 municipios indígenas de los cuales 872,628 son mujeres y 832,410 hombres, concentrándose el mayor porcentaje en los grupos de 15 a 39 años. (Imagen 6).



**Imagen 6. Pirámide poblacional indígena. Fuente: Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas en México. pág. 30.**

Los pueblos indígenas en Chiapas son Akateko, Amuzgo, Awakateko, Chatino, Chichimeco jonaz, Ch’ol, Chontal de Oaxaca y Chuj, Cuicateco, Huasteco, Huave, Huichol, Ixcateco, Ixil, Jakalteco, K’iche’, Kaqchiquel, Lacandon, Mam, Maya, Mazahua, Mazateco, Mixe, Mixteco, Náhuatl, Otomí, Tlapaneco, Tojolabal, Totonaco, Triqui, Tzeltal, Tzotzil, Zapoteco, Zoque. De los cuales los pueblos con la cantidad más grande de personas es el pueblo Ch’ol y Tzeltal.

Chiapas cuenta con un total de viviendas indígenas de 338,546, de las cuales el 23% cuenta con piso de tierra, el 14.6% no dispone de agua entubada, el 30% no tiene drenaje, el 5% no carecen de energía eléctrica, de las viviendas quienes no cuentan con agua entubada ni drenaje es el 2% y el 83.9% sigue cocinando con leña o carbón, lo que da a notar las condiciones de precariedad en las que viven específicamente estos grupos.

Dentro de todos los grupos sociales aquellos que pertenecen a los grupos indígenas se consideran que son la población con menos acceso a la educación, esto se ve reflejado en el porcentaje de personas de 15 años y más que es analfabeta (27%) o tiene la primaria incompleta (24.3%). Además otro de los limitantes para la educación es el lenguaje ya que el 30% de la población en Chiapas es monolingüe y la mayoría de las escuelas sólo hablan el español, limitándoles el acceso a las mismas.

En un país donde el 93.1% de los habitantes no hablan una lengua indígena (EIC, 2015), el español es el idioma oficial y a través de éste se transmiten los mensajes para promocionar y prevenir las enfermedades (Freyermuth, Mortalidad en las poblaciones indígenas desde los determinantes sociales y violencia estructural., SF). En el año 2015 la población indígena que no contaba con servicios de salud era del 17.2% (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2015).

La población indígena que trabaja pero no es remunerada es el 40.4% de ella, y el 35.2% recibe hasta dos salarios mínimos.

Las expresiones de marginación o precariedad que experimentan las personas pertenecientes a los pueblos indígenas las vuelven particularmente objeto de discriminación sobre todo cuando además de ser indígena, se es pobre, mujer, adulto mayor, entre otras características. (CONEVAL, 2018).

## Conclusiones

Las características de la población del estado de Chiapas se puedan estudiar desde diferentes puntos ya que, cuenta con poblaciones marginadas, pobres y con gran diversidad étnica.

Las mujeres indígenas dentro del estado de Chiapas viven las condiciones sociales que lo caracterizan ya que, se encuentran viviendo en pobreza extrema, sus viviendas cuentan con piso de tierra, sin drenaje, luz o agua entubada y hacinamiento elevado, careciendo de seguridad social, viviendo al día con menos del salario mínimo, sin la posibilidad de tener acceso a comprar la canasta básica. Las mujeres indígenas viven dentro de comunidades alejadas de las ciudades con difícil acceso a las mismas, sin acceso a clínicas u hospitales cerca de sus comunidades, poniendo a estas mujeres vulnerables a la falta de prevención y detección de cáncer cervicouterino.

Cabe mencionar que la mayoría de estas mujeres hablan solamente su lengua madre, aunado a esto tienen bajos niveles de educación, lo que dificulta muchas veces que puedan entender las formas de comunicación de las campañas de prevención de esta enfermedad.



# CAPITULO 5. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN CHIAPAS.

## ATENCIÓN SANITARIA

Las mujeres indígenas del estado de Chiapas se encuentran con grandes obstáculos para poder ejercer su derecho a la salud dada la configuración del sistema nacional de salud que se condiciona según la situación laboral o socioeconómica de la población mexicana. (Zamora Ramos, Alcántara Rico, Cabrera Sánchez, & Moreno Marín, 2016). Además otro de los inconvenientes con los que cuentan las poblaciones que son olvidadas del sistema de salud es que aunque haya nuevos hospitales estos se encuentran en mal estado, cerrados, sobresaturados, en huelga, sin personal capacitado, sin equipo o medicinas, al igual que las clínicas que se encuentran en cada comunidad donde a veces ni siquiera llega el médico.

Es necesario analizar la comparación que tiene el sistema nacional de salud y el sistema de salud del estado de Chiapas, ya que ambos cuentan con poblaciones y geografías totalmente diferentes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), un sistema de salud abarca cualquier actividad encaminada a promover, restablecer o mantener la salud. De acuerdo a Pineault y Daveluy citado por Jiménez Acevedo y Nuñez:

“Un Sistema de Salud es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizados simultanea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados con relación a problemas de salud precisos y para una población determinada (Pineault, Raynald, & Caole, 1989).”

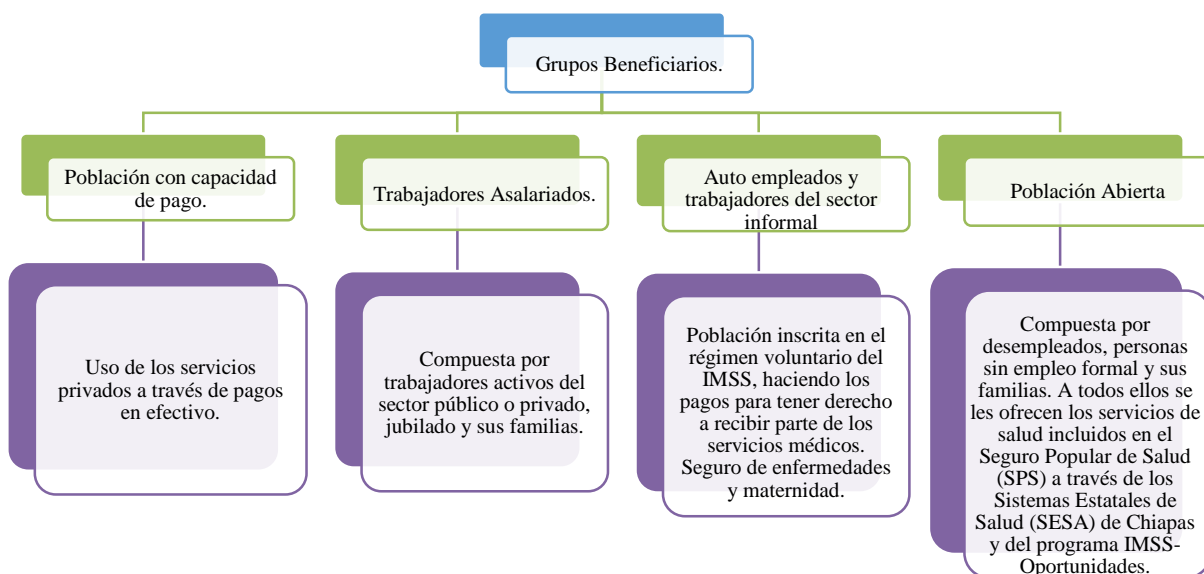


Diagrama 3. Cobertura en Salud; Grupos Beneficiarios. Elaborado por MPSS Maritza Deniss Recendiz Villa. Tomado: El sistema de salud de Chiapas ante la transición demográfica y epidemiológica, pag.96.



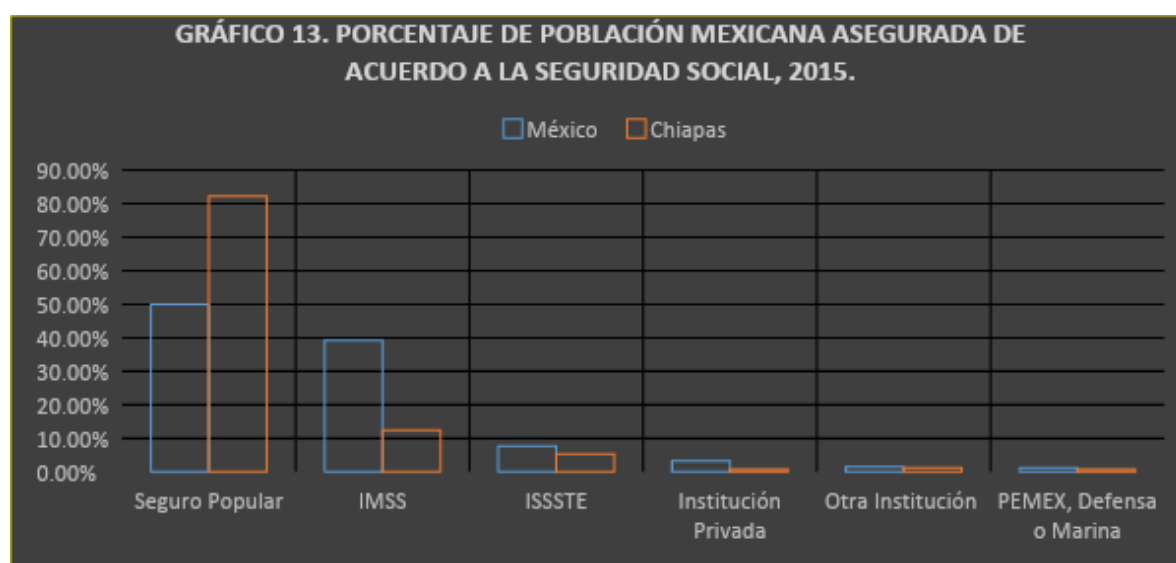
El sistema de salud tiene objetivos básicos los cuales son: mejorar la salud de la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios, vigilar y dar seguimiento a los riesgos sanitarios, y garantizar la seguridad financiera del sistema (Jiménez Acevedo & Núñez Medina, 2016)

De acuerdo a la población objetivo y cobertura diferenciada de atención y servicios de salud en Chiapas se identifican claramente cuatro grupos de beneficiarios. (ver Diagrama 3) (Jiménez, 2016)

La mayoría de las mujeres las encontramos en el grupo de la población abierta, que son aquellas que no tienen un empleo formal, desempleadas, muchas veces sin posibilidad de pago, como lo comenta Jiménez Acevedo y Núñez:

“La población de Chiapas que no cuenta con beneficios de seguridad social es atendida por los Servicios Estatales de Salud (SESA), a través de centros de salud ubicados a lo largo de todo el territorio chiapaneco, tanto en zonas rurales como urbanas: el Instituto de Salud de Chiapas (ISA); el Seguro Popular de Salud (SPS); el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Prospera) –el cual ofrece servicios de salud a población sin seguridad social y atiende principalmente a personas que habitan en zonas rurales en las clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel– y la Cruz Roja Mexicana.”

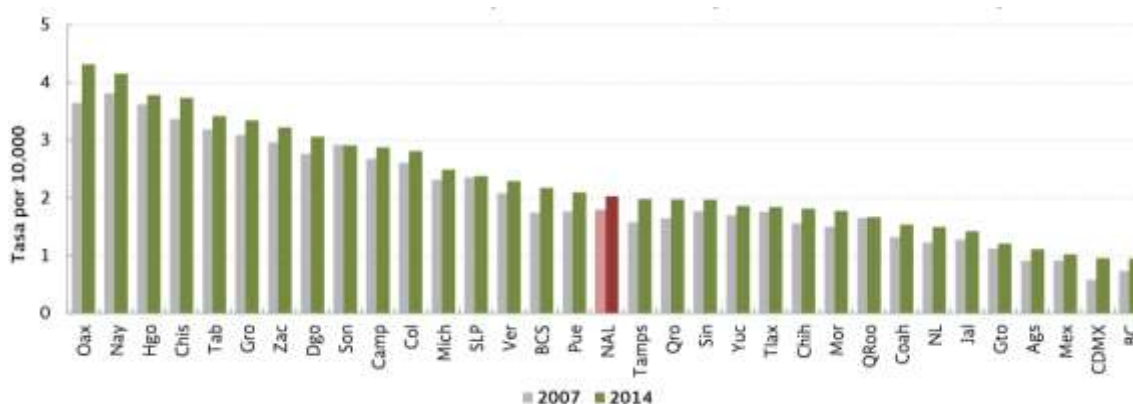
México en el año 2015 contaba con 98 224 540 afiliados, que representa el 82.2% de la población, donde el 49.9% pertenecía al seguro popular, 39.2% al IMSS, 7.7% al ISSSTE, 3.3% a institución privada, 1.6% a otra institución y 1.2 % a PEMEX y defensa marina. El estado de Chiapas contaba con 82.3% de asegurados, donde el 82.1% pertenece al seguro popular, 12.4% al IMSS, ISSSTE con 5.4%, 0.8% a las instituciones privadas, 1.3% a otra institución y 0.8% a Pemex, Defensa o Marina. (Ver Gráfico 13). INEGI 2018)



## Calidad de la atención sanitaria

Dentro de los recursos médicos México contaba en el año 2014 con 24,199 unidades de consulta externa, a nivel nacional hubo 2 unidades de consulta externa por cada 10,000 habitantes, es decir, alrededor de 1 por cada 5,000 personas. (Zamora Ramos, Alcántara Rico, Cabrera Sánchez, & Moreno Marín, 2016)

Chiapas es una de las 9 entidades federativas donde se encuentra el 50% de unidades de consulta externa, siguiéndole los estados de Veracruz, Oaxaca, Estado de México, Puebla, Guerrero, Michoacán, Jalisco e Hidalgo. Teniendo casi 3.8 unidades de consulta externa por cada 10,000 habitantes. Sin embargo, a pesar de ser uno de los estados con más unidades de consulta externa, las condiciones geográficas y la dispersión poblacional dificultan el acceso a los servicios de atención médica. (Ver gráfico 14) (Zamora Ramos, Alcántara Rico, Cabrera Sánchez, & Moreno Marín, 2016)

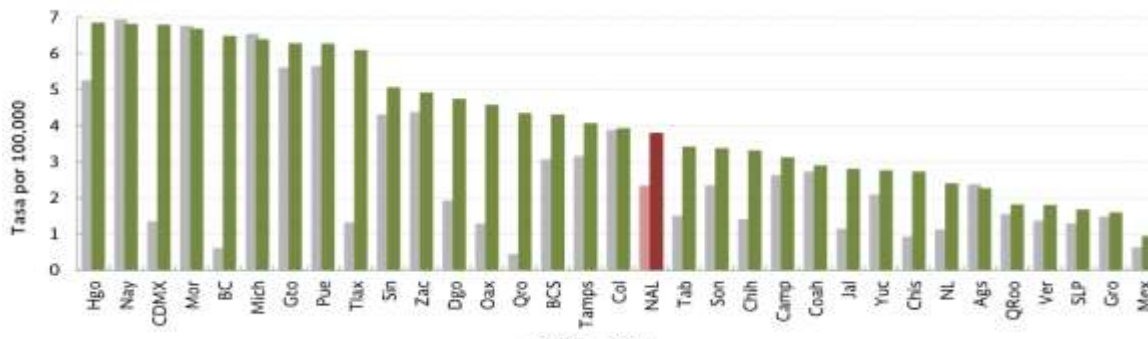


Gráfica 14. Unidades de Consulta externa por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2007 y 2014. Tomado de Informe Sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Pag.39

## Unidades de Hospitalización

A pesar que en Chiapas hay 2 unidades hospitalarias por cada 100,000 habitantes hay gran desigualdad en su distribución, tanto por entidad federativa como por institución, ya que el Seguro Popular y el IMSS fueron las instituciones con el mayor número de afiliados 48.6 y 38.1 millones respectivamente, sin embargo, solo contaron con 18.3% y 6.3% de las unidades para brindar servicio de atención sanitaria a sus derechohabientes. Existen lugares donde los

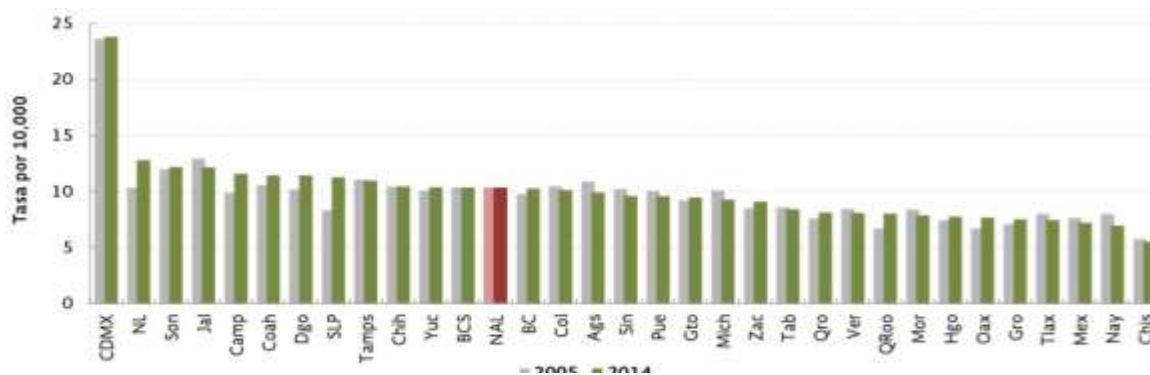
pacientes deben recorrer grandes distancias para poder recibir la atención y sitios donde la calidad de los servicios se puede ver mermada a causa de la sobredemanda del servicio hospitalario, mientras en otras áreas existe una subutilización de las unidades. (Ver gráfico 15) (Zamora Ramos, Alcántara Rico, Cabrera Sánchez, & Moreno Marín, 2016)



Gráfica 15. Unidades de hospitalización por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2007 y 2014. Tomado de Informe Sobre la Salud de los Mexicanos 2016

### Número de Camas hospitalarias

A nivel estatal, el número de camas en la Ciudad de México fue de 2.4 camas por cada 1,000 habitantes. Esto se debe a la gran concentración de hospitales que existe en esta metrópoli, incluyendo los Institutos Nacionales de Salud. Por el contrario, Chiapas fue la entidad donde apenas hubo una cama por cada 2,000 habitantes. (Ver gráfico 16) (Zamora Ramos, Alcántara Rico, Cabrera Sánchez, & Moreno Marín, 2016)



Gráfica 16. Camas hospitalarias por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014. Tomada de Informe Sobre la Salud de Los Mexicanos 2016. Pag.43

## Número de médicos en contacto con el paciente

En relación con la población usuaria este indicador además de reflejar la disponibilidad de médicos en el país, revela la productividad del sistema de salud. En México había 10 médicos por cada 10 mil habitantes en 2014, en el estado de Chiapas había aproximadamente 8 médicos por cada 10,000 habitantes. (Ver gráfico 17) (Zamora Ramos, Alcántara Rico, Cabrera Sánchez, & Moreno Marín, 2016)

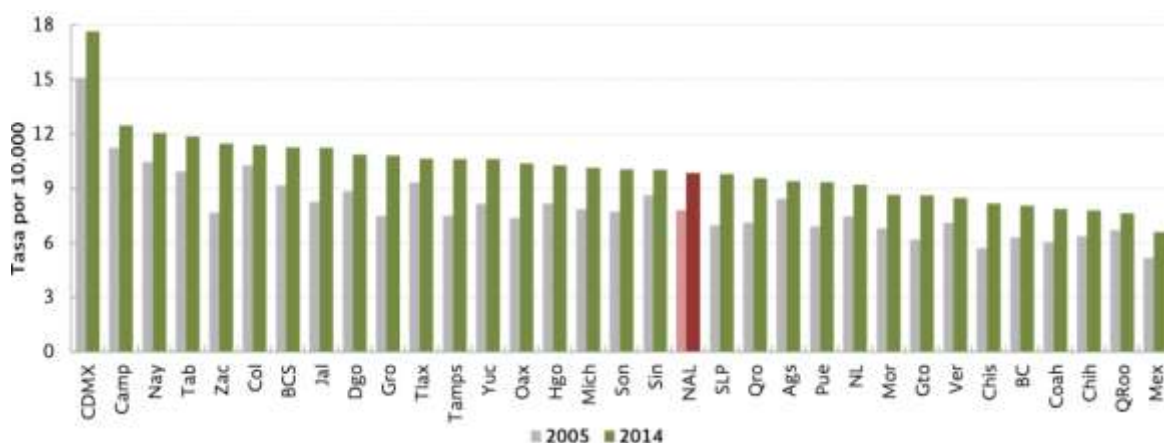


Gráfico 17. Médicos Generales por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014. Tomada de Informe Sobre Salud de los Mexicanos 2016. Pag. 53

## Médicos Especialistas en contacto con el paciente

La concentración de especialistas en el sector privado es poco más de 44% es similar a la suma de la Secretaria de Salud e IMSS (45.6%). Por un lado, esto nos da un panorama de la saturación de ambas instituciones para brindar consultas de especialidad; como resultado, el gran tiempo de espera para que los pacientes sean atendidos en el segundo nivel. Había 13 especialistas por 10 mil habitantes en 2014, esto es, poco más de un especialista por cada mil personas. Chiapas fue el estado con menor número de especialistas con una tasa de 4.9 por cada 10,000 habitantes. (Ver gráfico 18) (Zamora Ramos, Alcántara Rico, Cabrera Sánchez, & Moreno Marín, 2016)

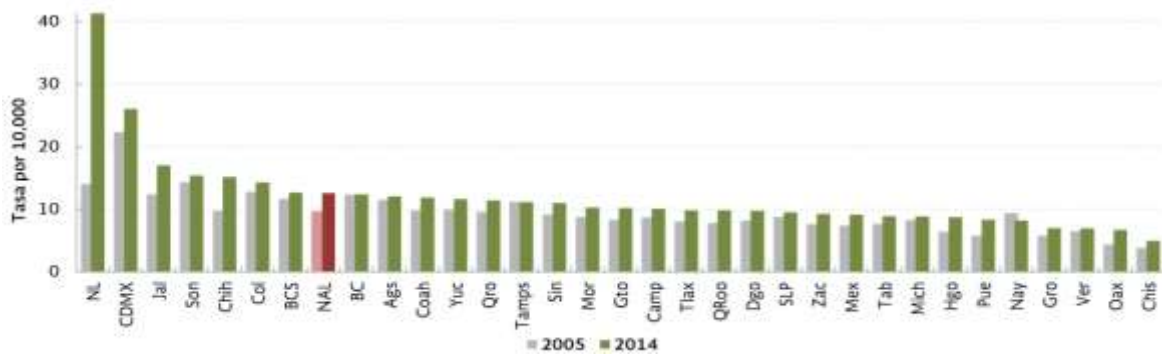
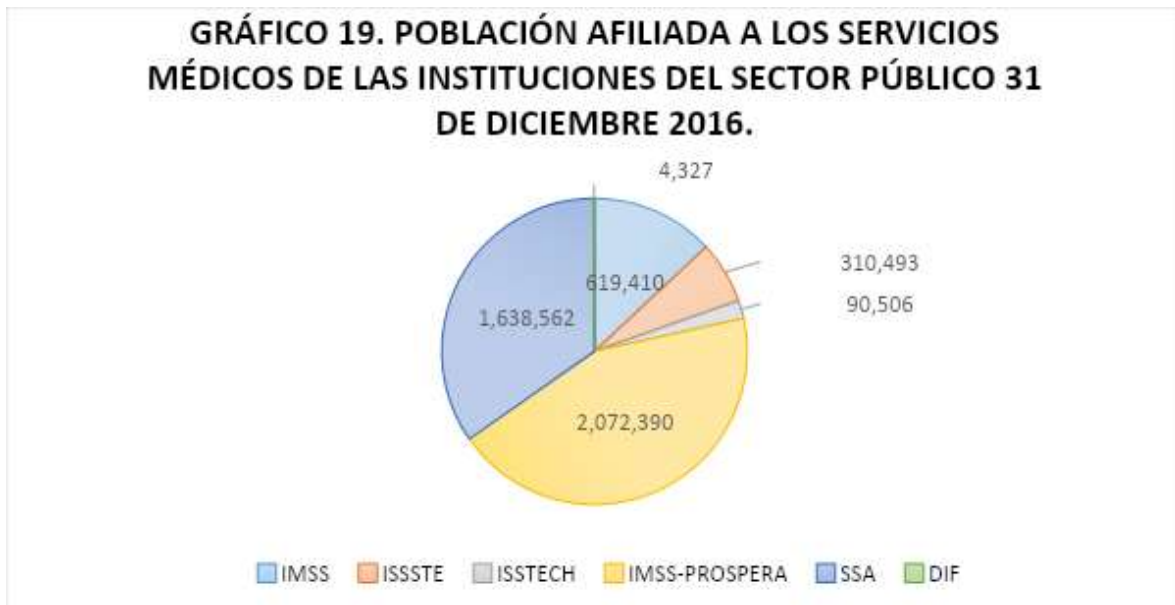


Gráfico 18. Médicos especialistas por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014. Tomada de Informe Sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Pag 55.

## Atención a la Salud en el estado de Chiapas

Actualmente todas las instituciones del SNS cubren en conjunto 83% de la población total de México, equivalentes a cerca de 98 millones de personas. (Zamora Ramos, Alcántara Rico, Cabrera Sánchez, & Moreno Marín, 2016)

Chiapas tiene una población afiliada a los servicios médicos de las instituciones del sector público de 4, 735, 688 personas, de ellas 619, 410 pertenecen al IMSS, 310,493 al ISSSTE, 90, 506 al ISSTECH, 2, 072, 390 al IMSS PROSPERA, 1, 638, 562 al SSA y 4, 327 al DIF. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (MÉXICO), 2017) (Ver gráfico 19)



### Recursos humanos

En materia de recursos humanos, el Sistema de Salud de Chiapas cuenta con 1.3 médicos por cada mil habitantes, en contraste con Distrito Federal. que tiene 3.6, en 2014 (Secretaría de Salud, 2011), aunque en el año 2016 se aumentó el personal médico aún el número de médicos por cada 1000 habitantes es de 1.4. Este dato refleja la debilidad del sistema, presentando una de las coberturas más bajas del país que, aunado a los problemas de accesibilidad y dispersión poblacional, permite comprender las deficiencias observables en materia de salud, especialmente en población rural.

**TABLA 6. SECRETARIA DE SALUD DE CHIAPAS; RECURSOS HUMANOS 2014.**

Recursos Humanos	2014	2016
<b>Médicos en contacto directo con el paciente</b>	3 719	7 499
<b>Médicos Generales</b>	1 954	3 216
<b>Médicos Especialistas</b>	1 067	2 835
<b>Odontólogos</b>	267	369
<b>Residentes</b>	87	309
<b>Pasantes</b>	344	770
<b>Personal de Enfermería</b>	8 295	13 061
<b>Auxiliar</b>	1 386	3 247
<b>General</b>	4 177	6 186
<b>Especializado</b>	223	661
<b>Pasantes</b>	2 272	2 567
<b>Otros</b>	237	400
<b>Personal Administrativo</b>	2 129	5 508
<b>Tomado del Sistema de Salud de Chiapas ante la transición demográfica y epidemiológica. Pag. 98, Comparado con INEGI 2015</b>		

El sistema público de salud de Chiapas, como se puede constatar en la tabla 5, opera con una disponibilidad de recursos materiales y humanos a todas luces insuficientes para hacer frente a la creciente demanda de servicios. Dada la composición etaria de la población (básicamente joven), resulta difícil explicar el cambio del patrón epidemiológico en Chiapas que comienza a combinar enfermedades crónico-degenerativas con enfermedades infecto-contagiosas, situación que evidentemente demanda una mayor cantidad de médicos con mayores estándares de preparación, aparte de más y mejores recursos. (Jiménez Acevedo & Núñez Medina, 2016)

### **Infraestructura física**

Entre los recursos materiales más importantes con los que cuenta el sistema de salud de Chiapas destacan la infraestructura física, el equipamiento y el suministro. El Instituto de Salud de Chiapas cuenta con un total de 1,103 unidades médicas, distribuidas en la entidad y organizadas administrativamente en diez jurisdicciones sanitarias.

La tabla 7 presenta la infraestructura disponible en cada jurisdicción sanitaria (CIEPSE, 2015). (Jiménez Acevedo & Núñez Medina, 2016) Para el año 2016 Chiapas tenía un total de 1, 501 unidades médicas como se muestra en el (gráfico 20), de las cuales 1, 442 son de consulta externa, pertenecientes al IMSS, ISSSTE, ISSTECH, IMSS-PROSPERA, SSA, DIF con un total de 28, 44, 6, 559, 682 y 123 respectivamente y 56 unidades de hospitalización general repartidas por institución en 4, 4, 1, 6, 10, 31 del IMSS, ISSSTE, SEDENA, ISSTECH, IMSS-PROSPERA, SSA respectivamente.

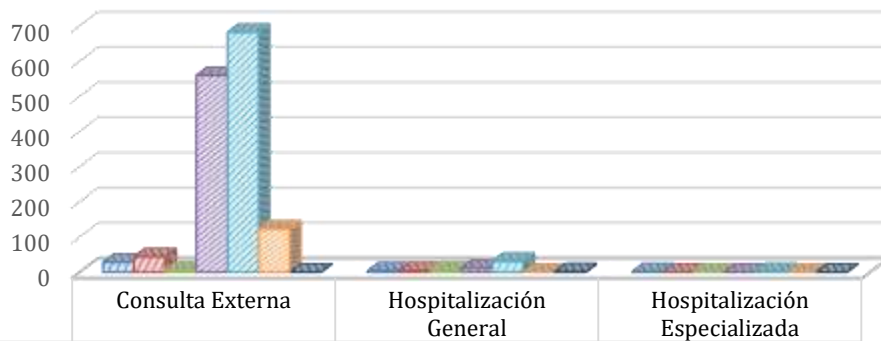
<b>TABLA 7. INFRAESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE CHIAPAS 2014.</b>											
<b>Jurisdicción</b>	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Total
<b>Caravana</b>	4	19	5		11	31	2		37		109
<b>Centro de Salud</b>	60	84	35	20	40	54	38	28	56	24	439
<b>Centro de Salud con servicios Ampliados</b>	2	4	3		2	1			1	1	14
<b>Centro de Salud/Hospital</b>	3	3	2	1	3	3	1	1	1	1	19
<b>Clínica de la Mujer</b>	2	2	2	1	1	1	1	2			12
<b>Hospital General</b>	1	2	2	1	1	2	2	2			13
<b>Hospital Integral</b>	2	4	2	2	2	2		1	1	1	17
<b>Hospital Regional de Alta Especialidad</b>	1						1				2
<b>Unidad Móvil</b>	14	14	11	1	8	4	5	5	3	4	69
<b>Unidad de Especialidades Médicas</b>	6	2	2			2	4	1			17
<b>Casa de Salud</b>	55	23	60	39	43	18	62	23	41	27	391
<b>Atención Mental</b>	1										1
<b>Total</b>	151	157	124	65	111	118	116	63	140	58	1 103
<i>Tomada de sistema de Salud de Chiapas ante la transición demográfica y epidemiológica. Pag. 99.</i>											

En el gráfico 20 se muestran las unidades médicas en servicio de las diferentes instituciones del sector público en el estado de Chiapas contando con un total de 1, 442 unidades de consulta externa distribuidas en 123 unidades del DIF, 682 unidades de SSA, 559 unidades de IMSS-Prospera, 6 unidades del ISSTECH, 44 unidades del ISSSTE, 28 unidades del IMSS, teniendo 56 unidades de hospitalización general distribuidas en 1 unidad SEDENA, 31 unidades SSA, 10 unidades IMSS-Prospera, 6 unidades ISSTECH, 4 unidades ISSSTE, 4 unidades IMSS, además cuenta con 3 unidades de consulta especializada repartidas en 2 unidades de SSA y 1 unidad del IMSS. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (MÉXICO), 2017)



**GRÁFICO 20. UNIDADES MÉDICAS EN SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2016.**

IMSS ISSSTE ISSTECH IMSS-PROSPERA SSA DIF SEDENA



	Consulta Externa	Hospitalización General	Hospitalización Especializada
IMSS	28	4	1
ISSSTE	44	4	0
ISSTECH	6	6	0
IMSS-PROSPERA	559	10	0
SSA	682	31	2
DIF	123	0	0
SEDENA	0	1	0

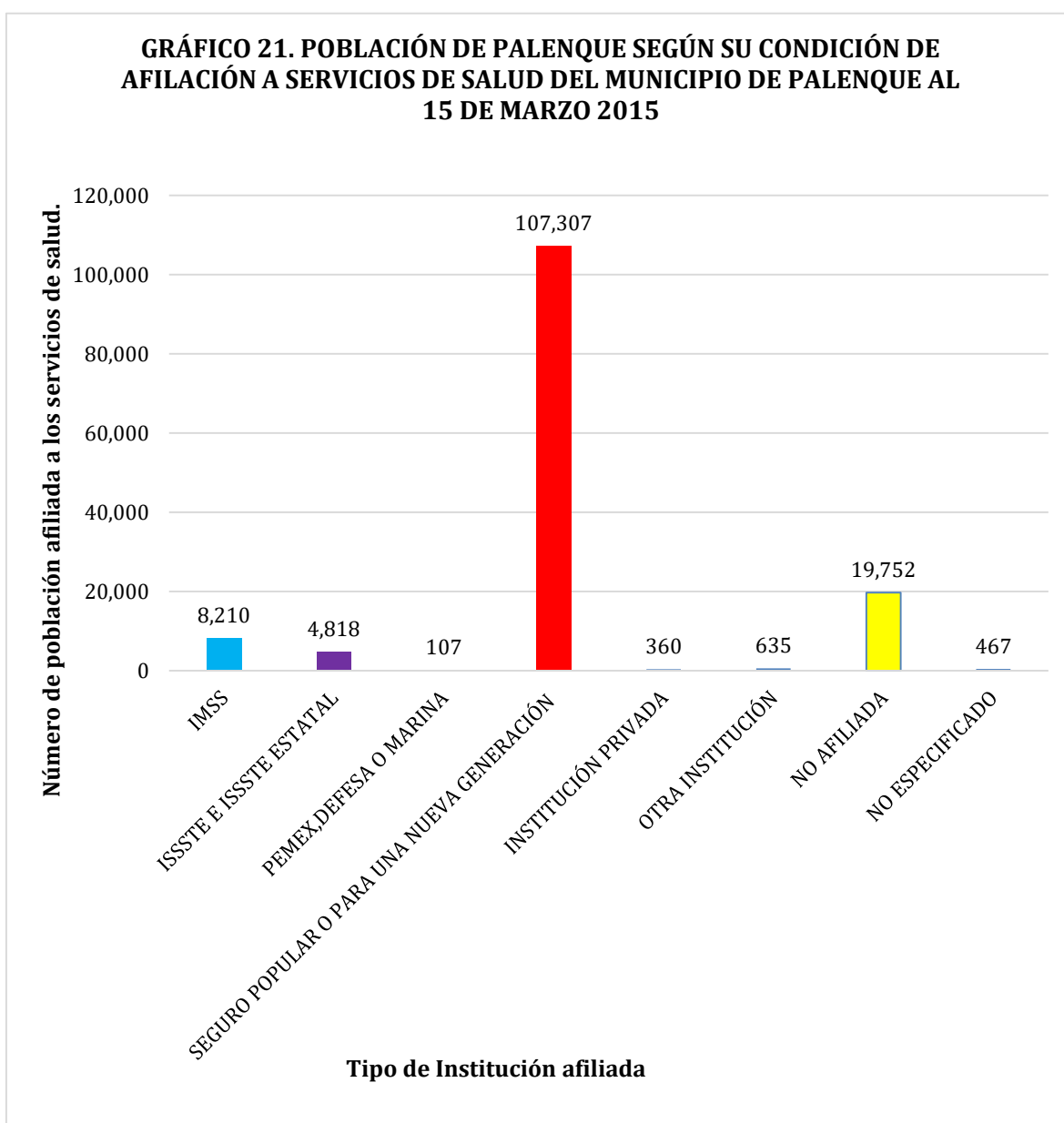
Es importante señalar que Chiapas cuenta únicamente con dos hospitales de alta especialidad: uno pediátrico en la zona centro y otro en la costa, con lo que deja desprovisto de atención a las zonas de Altos y Selva del Estado, en el 2016 conto con 3 hospitales distribuidas por institución, 1 para el IMSS y 2 para la SSA. Adicionalmente, el estado en el 2014 contó con un total de 2,328 camas hospitalarias y no hospitalarias, 1,654 consultorios y 167 ambulancias; poco más de una ambulancia por municipio, cantidad insuficiente para aquellos con alta densidad poblacional como Tuxtla Gutiérrez, Tapachula o Comitán. (Jiménez Acevedo & Núñez Medina, 2016)

## Atención a la Salud en el municipio de Palenque

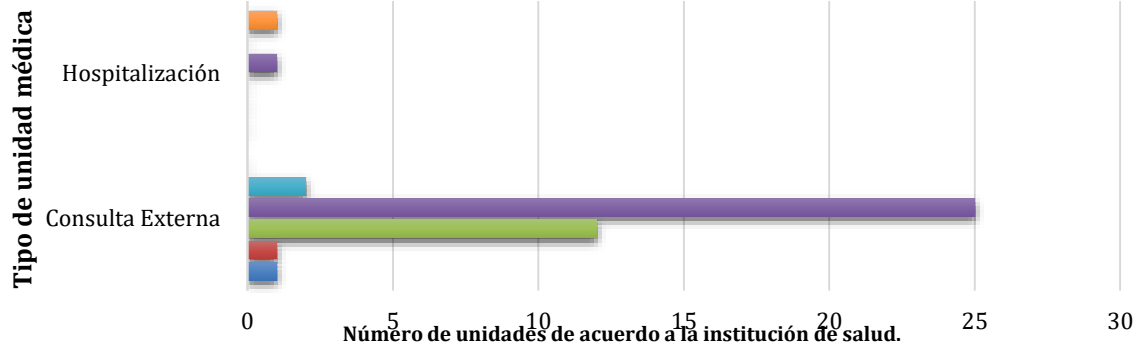
En el municipio de Palenque hasta el día 15 de marzo del 2015 se contaba con un total de 119, 856 personas de las cuales 107, 307 se encontraba afiliada a la SSA, 8, 210 personas afiliadas al IMSS, 4, 818 personas afiliadas al ISSSTE, **19,752 NO SE ENCONTRABA AFILIADA**, 107 personas afiliadas a SEDENA, defensa o marina, 360 personas afiliadas a institución privada, 635 personas afiliadas a otra institución y 467 personas se desconoce si

estaban afiliadas. (Ver gráfico 21) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (MÉXICO), 2017)

En Palenque hasta el 31 de diciembre del 2016 se contaba con 42 unidades médicas, 40 unidades de consulta externa, 25 unidades pertenecientes a SSA, 12 unidades de IMSS-Prospera, 2 unidades del DIF, 1 unidad del ISSSTE y 1 unidad del IMSS y 2 unidades hospitalización general de éstas una unidad perteneciente al ISSTECH y otra a la SSA. (Ver gráfico 22) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (MÉXICO), 2017)



**Gráfico 22. Unidades médicas en servicio de las diferentes instituciones del sector público de salud en Palenque, Chiapas, 2016.**



	Consulta Externa	Hospitalización
ISSTECH	0	1
DIF	2	0
SSA	25	1
IMSS-PROSPERA	12	0
ISSSTE	1	0
IMSS	1	0

ISSTECH DIF SSA IMSS-PROSPERA ISSSTE IMSS

## Conclusiones

Las mujeres Chiapanecas se encuentran con grandes obstáculos para poder ejercer su derecho a la salud dada la configuración del sistema de salud que las condiciona, por la situación laboral o socioeconómica de la población mexicana ya que, a la mayoría de estas mujeres las encontramos en el grupo de la población abierta que constituye el grupo de personas que se encuentran desempleadas, sin empleos formales y sin la posibilidad para pagar un servicio médico. Estas mujeres se encuentran inscritas a instituciones públicas como lo son el Seguro Popular de Salud e IMSS-Prospera que da atención de primer nivel y segundo nivel en zonas rurales.

Las instituciones que tienen la más grande cantidad de demanda de pacientes es Secretaria de Salubridad que atiende a la población abierta a través del seguro popular o en caso de no tener se le hace un cobro por servicio y el IMSS que atiende a la población que cuenta con trabajos anexados a estas formas de servicio, por lo que en su mayoría suelen estar saturadas.

Aunado a esto en el estado de Chiapas la calidad de la atención sanitaria hacia las mujeres se ve mermada por:

1. La capacidad de personas inscritas al seguro popular que suele ser la mayoría de las mujeres.
2. Las condiciones geográficas y la dispersión de la población dificultan el acceso a los servicios de atención médica.
3. Desigualdad en las unidades hospitalarias.
4. Sobredemanda de servicios.
5. Subutilización de servicios.
6. Recursos Humanos insuficientes (Médicos, Médicos especialistas, residentes, pasantes, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, enfermeras especialistas, pasantes de enfermería)
7. Recursos materiales insuficientes.

Todas estas características hacen que las mujeres chiapanecas se encuentren con dificultades para poder prevenir enfermedades graves como lo son el cáncer cervicouterino y muchas otras ya que, el largo camino que tienen que recorrer para poder recibir una prevención, diagnóstico y tratamiento preciso es largo y muchas veces condicionado tanto por el sistema de salud y su condición económica.

## **CAPITULO 6. CASA DE APOYO A LA MUJER “IXIM ANTSETIC” / CLÍNICA DE LA MUJER**

### **POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD Y CÁNCER CERVICOUTERINO**

Las políticas públicas tienen varios significados, sin embargo, Mény y Thoening mencionan que una política pública es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental.

En 1974 se estableció en México el Programa Nacional de Detección de Cáncer Cervicouterino y, desde 1992, se ha observado una disminución discreta pero sostenida de la mortalidad por esta enfermedad. (Eroza Solana, Carrasco Gómez, & Freyermuth Enciso, SF).

#### **Programa de Cáncer Cervicouterino**

Un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino comprende un conjunto organizado de actividades encaminadas a prevenir y reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino. Forma parte de las acciones prioritarias indicadas en el Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

Un programa integral abarca las principales intervenciones basadas en datos científicos necesarias para reducir la carga elevada y desigual impuesta por el cáncer cervicouterino sobre las mujeres y los sistemas de salud en los países menos desarrollados. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

El objetivo de todo programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino es reducir la carga de esta enfermedad mediante lo siguiente: (i) reducción de las infecciones por virus del papiloma humano (VPH), (ii) tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino, y (iii) tratamiento oportuno del cáncer invasor y cuidados paliativos. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

## CHIAPAS

La información presentada en los siguientes párrafos fue obtenida de la dirección de la clínica de la mujer proporcionada gracias a la Dra. Consuelo y de la Plataforma de transparencia.

La población de mujeres en el 2015 de 20 años hasta 64 años en Chiapas era de 1,405,046 mujeres ( INEGI, 2016), de las cuales durante el periodo agosto 2016 a julio 2017 entraron 38,081(2.7%) mujeres al programa de detección oportuna con la realización de citologías cervicales, de las cuales 36, 797 mujeres se encontraban afiliada al seguro popular, sin embargo, se desconoce la cantidad de resultados que fueron entregados, además se hicieron 927 colposcopias y se aplicaron 104,535 vacunas de VPH. Ver gráficos 23 y 24. (<https://www.plataformadetransparencia.org.mx>)



De las 38,081 mujeres que se realizaron citología cervical se identificaron 884 mujeres con Lesión intraepitelial de bajo grado NIC I, 251 mujeres con lesión intraepitelial de alto grado NIC II-III-carcinoma in situ, de estas últimas sólo 127 mujeres fueron enviadas a oncología para continuar con su tratamiento. Ver gráfico 25

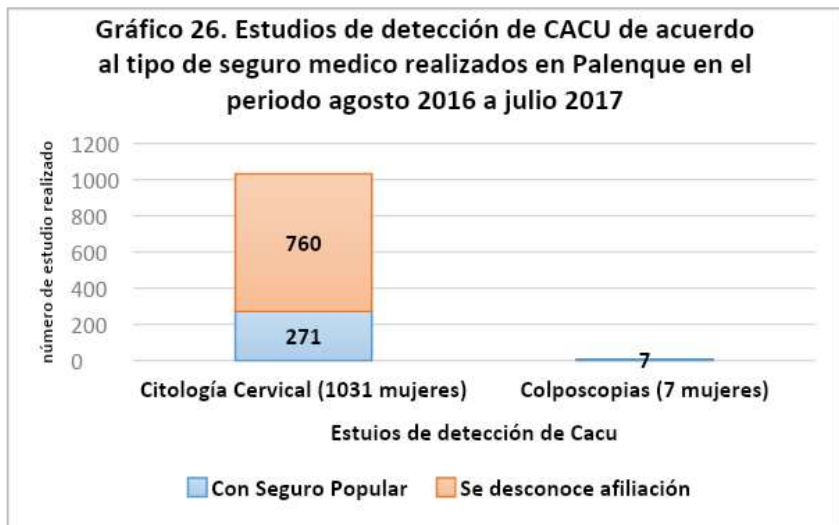


A nivel nacional y estatal las campañas de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino se instituyen en fechas conmemorativas y/o de fortalecimiento para la sensibilización de la población en relación a la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, los días:

- 04 de febrero - Día mundial de la Lucha contra el Cáncer
- 08 de marzo – Día internacional de la Mujer
- 10 de mayo - Día de las madres,
- 28 de mayo – Día Internacional de la Acción por la salud de las mujeres
- Penúltima semana de agosto - Semana de sensibilización del cáncer de cuello uterino
- Noviembre – Mes de la salud reproductiva.

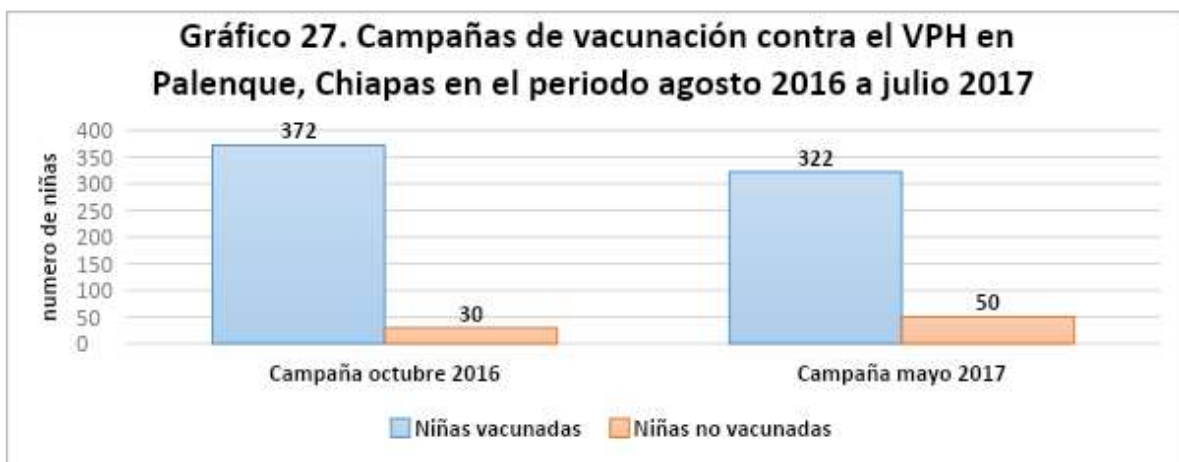
## PALENQUE

En el periodo de agosto 2016 a julio 2017 en Palenque se realizaron a 1, 031 mujeres citologías cervicales de las cuales 271 mujeres se encontraban inscritas al seguro popular y del resto se desconoce si tenían algún tipo de afiliación, además se realizaron a 7 mujeres colposcopias y de estas todas se encontraban afiliadas al seguro popular. Ver Gráfico 26.



## Vacuna del Virus del Papiloma Humano

En Palenque el total de vacunas aplicadas fue de 4,127 vacunas de VPH. Por parte de las Unidades del Seguro popular o de Salubridad se hizo una campaña de vacunación en octubre del 2016 en escuelas primarias para niñas de 5to y 6to grado donde se aplicaron 372 vacunas, pero hicieron falta 30 niñas por vacunarse debido a la falta de la vacuna. Posteriormente la segunda campaña se realizó en mayo 2017 y se aplicó la vacuna a 322 niñas, sin embargo, nuevamente faltaron 50 niñas por vacunar debido a la falta de vacunas. Cabe mencionar que ésta segunda campaña se realizó sólo en 9 escuelas primarias (información obtenida personalmente por la enfermera a cargo del área de inmunización del Centro de Salud Palenque) Gráfico 27





## Clínica de la Mujer

La Clínica de la Mujer es una institución de salud pública correspondiente a un primer nivel de atención, pertenece a la jurisdicción VI de Palenque, Chiapas, ubicada en el mismo municipio de Palenque. Se inauguró el 19 de enero del 2011 gracias a una inversión superior a los 100 millones de pesos que el gobierno de Chiapas destinó para su apertura y, además, es atendida por mujeres para las mujeres. Tiene un horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 8 pm y los servicios son completamente gratuitos.

La clínica cuenta con un área de trabajo social, un consultorio de primer contacto, área de colposcopia con 3 colposcopios, área de imagen donde se encuentra un ultrasonido, un laboratorio con microscopio donde una química y citotecnóloga se encuentran como encargadas, cuenta con un mastógrafo digital (inversión superior a los 60 millones de pesos en 10 equipos para todo Chiapas) que tiene conexión directa con la Ciudad de México para la medición de voltaje y así evitar posibles sobrecargas, también envía la imagen radiológica digital a un Call Center para que se haga la traducción directa del diagnóstico, la encargada de éste aparato es una técnica radióloga. Para la realización de la mastografía es necesario contar con seguro popular, credencial de elector y CURP, en caso de no contar con ellos se realiza exploración de la mama

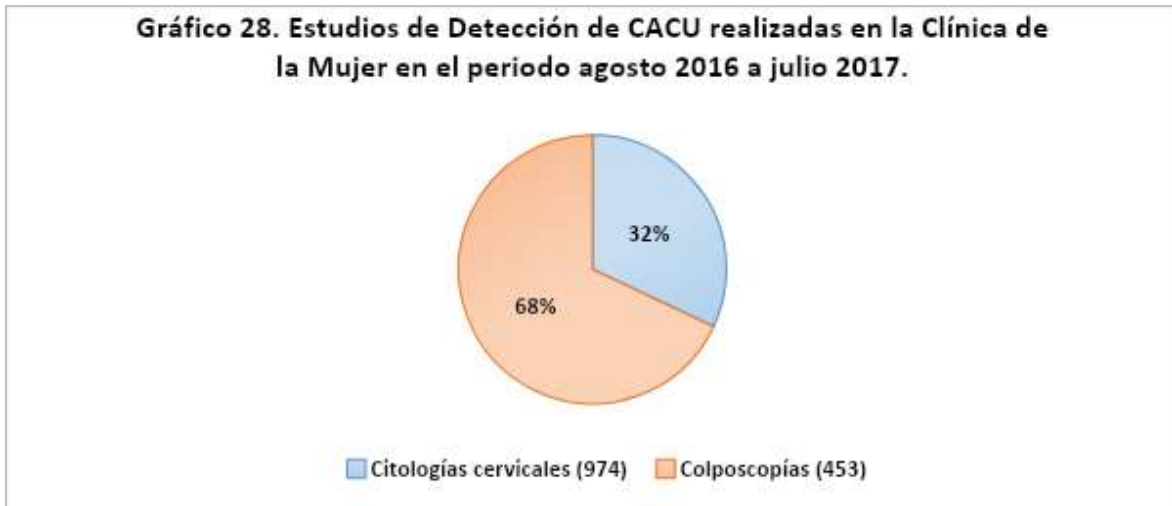
Esta Clínica se encarga principalmente de llevar a cabo la prevención y detección oportuna de cáncer cervicouterino y cáncer de mamá. Dentro de la cartera de servicios está el realizar la toma de muestras de tamizaje de acuerdo a la norma oficial mexicana. Además se realizan pláticas de sensibilización, orientación y consejería con toda la información en relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento en mujeres con sospecha de lesiones pre malignas y/o cáncer de cuello uterino, para que la usuaria tome la mejor decisión en relación a su estado de salud o enfermedad. Aquellas pacientes que presenten alguna lesión se llevan el control por 2 años hasta que se encuentran completamente sanas.

La campaña de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino es de acción permanente, solo se realizan campañas en donde la población no acude a los servicios por estar alejados de sus comunidades o por barreras sociales, culturales o por usos y costumbres mal entendidas. Las actividades de prevención son permanentes en las unidades de salud. Además de ser gratuitas.

La clínica de la Mujer tiene a cargo la atención de mujeres pertenecientes a la jurisdicción VI ya sea que cuenten o no con algún seguro médico como el Seguro Popular, IMSS, ISSSTE u otros. A la Jurisdicción VI pertenecen los municipios Yajalón, Palenque, Salto de Agua, Tumbalá, Sabanilla, La Libertad, Catazajá, Benemérito de las Américas y Marqués de Comillas. Por lo tanto, de acuerdo a las proyección de la SEDESOL para el año 2015 habían en estos municipios un total de 111, 755 mujeres entre los 15 a 64 años de edad. Es decir, la cobertura de atención de la Clínica de la Mujer es de 111, 755 mujeres. Cabe mencionar que existen centros de salud que pertenecen a la Jurisdicción VI y que también participan en el programa de detección de CACU.

La información presentada en los siguientes párrafos fue obtenida de la dirección de la clínica de la mujer proporcionada gracias a la Dra. Consuelo y de la Plataforma de transparencia.

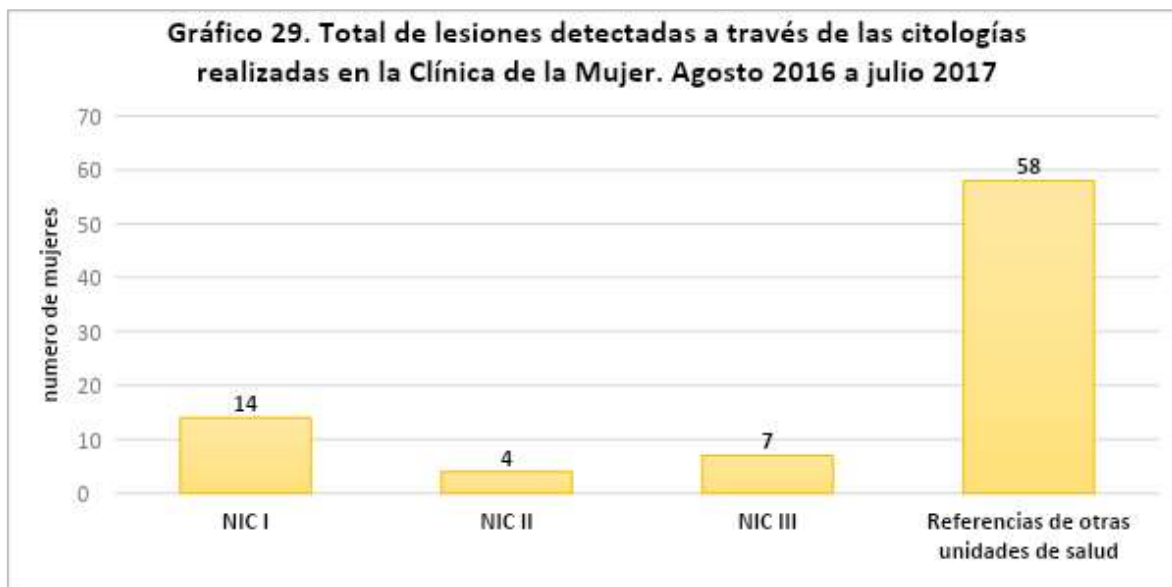
Durante el periodo de agosto del 2016 a julio del 2017 se realizaron un total de 1, 427 estudios para el diagnóstico de cáncer cervicouterino de los cuales fueron 453 colposcopias y 974 citologías cervicales. Ver gráfico 28



De las 974 citologías cervicales realizadas, 952 mujeres (97.7%) acudieron por su resultado. En los resultados de éstas se detectaron 14 pacientes con una lesión de bajo grado tipo NIC I, 4 con lesiones de alto grado tipo NIC II, y 7 mujeres con Lesión de alto grado tipo NIC III. Además, se recibieron 58 referencias de otras unidades de salud por presentar alguna lesión

cervical (se desconocen los diagnósticos por los cuales fueron referidos a la clínica de la mujer) Ver gráfica 29.

## Casa de Apoyo a la Mujer



Casa de apoyo a la Mujer nace de la organización SADEC (Salud y Desarrollo Comunitario A.C.) cuando se abre un área de trabajo con mujeres en 1997, para que un año después se independizara y se fundara el 15 de junio como Casa de Apoyo a la Mujer Ixim Antsetic (Iximansetic, 2018)

Casa de Apoyo a la mujer es una organización civil financiada por Mugarik Gabe, del gobierno de Navarra, España, que cumple con la finalidad de ayudar a las mujeres brindándoles una nueva esperanza y forma de vida. CAM tiene cuatro áreas de trabajo; “área de salud integral”, “área fortaleciendo las capacidades y el corazón”, “área de economía solidaria” y “área de administración”.

Los programas de atención de salud que se manejan son Control Prenatal, Detección oportuna de cáncer de mama, Planificación Familiar y programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino actualizados en el año 2014 por la médica Marina Macías Serrat (ex pasante de Servicio Social).

A continuación se presenta el programa de Detección de CACU que usó CAM durante agosto 2016 a julio 2017.

## **Programa de Detección Oportuna de CACU**

### **Objetivo General y específicos**

El objetivo general es disminuir la morbi-mortalidad de cáncer cérvicouterino en las diferentes comunidades con las que CAM tiene contacto, uniformando estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos detectados.

#### **Los objetivos específicos son:**

1. Promoción de la Salud Sexual.
2. Proporcionar el servicio de toma de citología exfoliativa (PAP) para la detección temprana de CaCu.
3. Proporcionar tratamiento en base al resultado de las citologías y a la exploración ginecológica.
4. Canalizar a las pacientes que requieran atención de 2° o 3er nivel (clínica de displasias, campañas de CAM o centro oncológico).
5. Dar seguimiento a las pacientes que son canalizadas, así como a las atendidas en CAM.
6. Sistematizar la información epidemiológica del programa.

#### **Metas**

- Captar a aquellas mujeres, en edad reproductiva con vida sexual activa, que nunca se hayan realizado una citología para la realización de la misma.
- Dar tratamiento oportuno a todos los casos positivos, evitando así la mortalidad por cáncer cervico-uterino en la población con la que CAM tiene contacto.
- Fomentar, en las mujeres y sus parejas, la responsabilidad en cuanto a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Ofrecer un servicio de calidad en cuanto a la toma de muestras, consejería y entrega de resultados.

#### **Acciones:**

1. Promover la práctica de la detección oportuna de CaCu con todas las mujeres que asisten a los centros de detección y a CAM, independientemente del motivo de la consulta o asistencia, verificando si la mujer se ha realizado con anticipación el estudio de PAP. En caso afirmativo se valorará la repetición del estudio, de acuerdo al diagnóstico del PAP anterior y a las condiciones clínicas de la paciente. En caso de no haberse practicado el estudio y la paciente se encuentre en condiciones adecuadas para la toma esta se realizará en el momento de la consulta, siguiendo los puntos

establecidos en la NOM-014-SSA2-1994. En caso de haber alguna contraindicación se le dará nueva cita.

2. Promover el programa por medio de pláticas informativas con todas las usuarias de los centros de detección y de CAM para que refieran a sus familiares (abuela, madre, hijas, tías. etc.) para la toma de citología. En las comunidades se promoverá la identificación de mujeres que requieran del estudio, apoyándose con médicos(as), promotores(as), parteras(os) y médicos(as) pasantes.
3. Realizar Jornadas de Salud Reproductiva en coordinación con SADEC para visitar las diferentes comunidades, en donde se darán pláticas y se realizará la toma de citologías.
4. Enviar las muestras al laboratorio y entregar los resultados. En el caso de pacientes con resultados positivos se localiza a las pacientes para asegurar su lugar en las campañas propias de la organización, referirla a la clínica de displasias o centro oncológico, según sea el caso. En el caso de resultados negativos se espera a las pacientes para su seguimiento.
5. Las muestras tomadas en las comunidades a cargo de médicos(as) pasantes, promotores y parteras deberán ser entregadas a CAM debidamente almacenadas, rotuladas y acompañadas del formato con todos los datos obligatorios. Los resultados deberán ser recogidos en CAM cada mes. En el caso de pacientes con resultados positivos, la médica responsable del programa concertará con el personal comunitario el procedimiento a seguir para canalizar a las pacientes a segundo o tercer niveles.
6. Realizar campañas de colposcopia y electrocirugía mínimo dos veces al año.
7. Mantener una coordinación estrecha con las instituciones públicas encargadas de la atención del CaCu para la canalización y seguimiento de las pacientes. Así mismo, se debe contar con una estrecha comunicación entre los médicos(as) pasantes de las diversas comunidades de la región.
8. Llevar un adecuado registro de la información estadística de las pacientes en el programa.

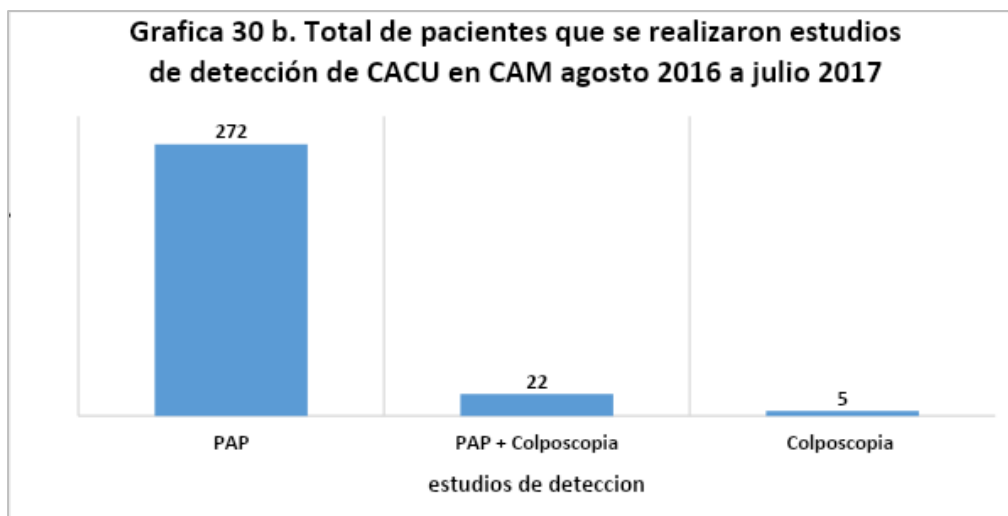
Cabe mencionar que los servicios que se otorgan en este programa tienen un costo debido a que se envían las laminillas de la citología cervical a un laboratorio de patología en Aguascalientes. La citología cervical tiene un costo de \$180.00 pesos, la colposcopia \$350.00, la electrocirugía \$1,000.00 y la biopsia \$700.00 pesos.

## RESULTADOS

De agosto 2016 a julio 2017 se atendieron un total de 1120 pacientes de primera vez, de los cuales 151 fueron hombres y 969 mujeres, de éstas las que se encontraban en edad reproductiva y por ende podían entrar al programa de detección de CACU fueron **710 mujeres** (605 pacientes vistas en las instalación de CAM y 105 fueron pacientes vistas en campañas de detección de CACU en comunidades)

Se realizaron en total 435 consultas de detección oportuna de cáncer cervicouterino, realizando 294 citologías cervicales y 27 colposcopias de primera vez, las cuales se distribuyeron se la siguiente forma; 272 citologías cervicales sin colposcopia, 22 citologías cervicales + colposcopia y 5 colposcopias sin citología cervical. Además se vieron 136 consultas subsecuentes. Se entregaron aproximadamente 194 resultados de citología cervical (es un aproximado porque se presentaron problemas con los registros de entrega de resultados, se menciona este problema en la sección de análisis del programa). En la tabla A se presentan las colposcopias y citologías cervicales realizadas por los meses del año del servicio social. Ver gráfico 30 A Y 30 B.



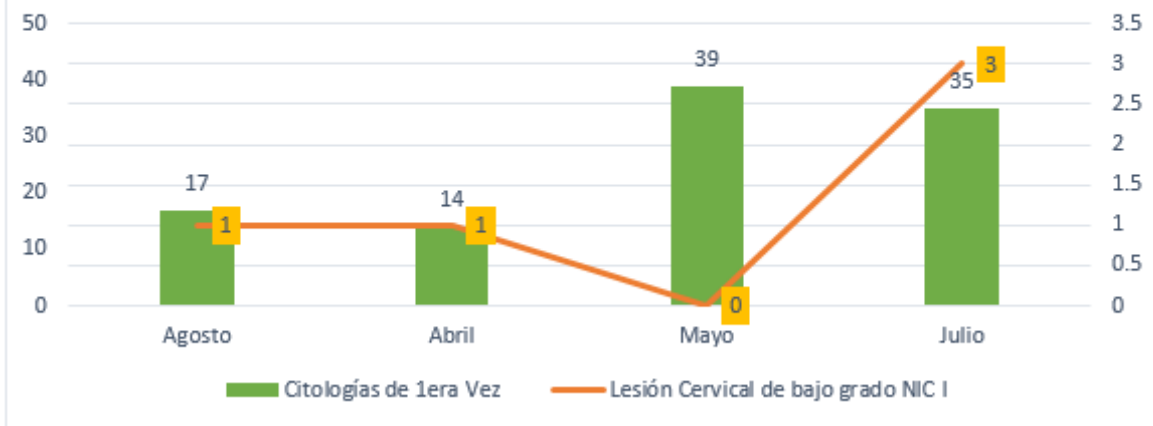


**Tabla 8. Detección oportuna de Cáncer Cervicouterino en Casa de Apoyo a la Mujer agosto 2016 a julio 2017**

	Agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio
<b>1er PAP</b>	21	19	16	22	13	12	15	17	24	55	32	48
<b>1er Colpos</b>	0	3	4	0	0	0	4	2	2	0	7	5
<b>C. Subs</b>	7	20	5	4	9	13	9	17	10	15	8	19

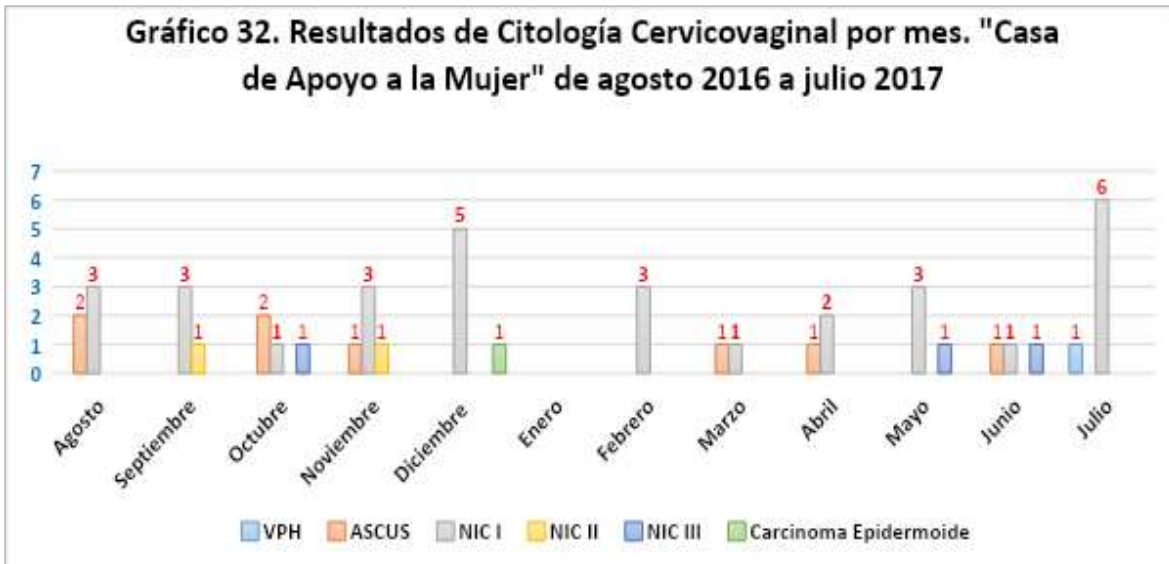
Se hicieron 4 campañas de CACU en los meses de agosto (Agua fría), abril (San Cristobal de las Casas, con at´ el antsetik), mayo (Medellin y Agua fría) y julio (Roberto Barrios), reportándose un total de 105 pacientes que acudieron a campaña y se les realizó la citología cervical de primera vez, detectando 5 pacientes con NIC I. Ver gráfico 31

**Gráfico 31. Campañas de Detección Oportuna de Cancer Cervicouterino. "Casa de Apoyo a la Mujer"**



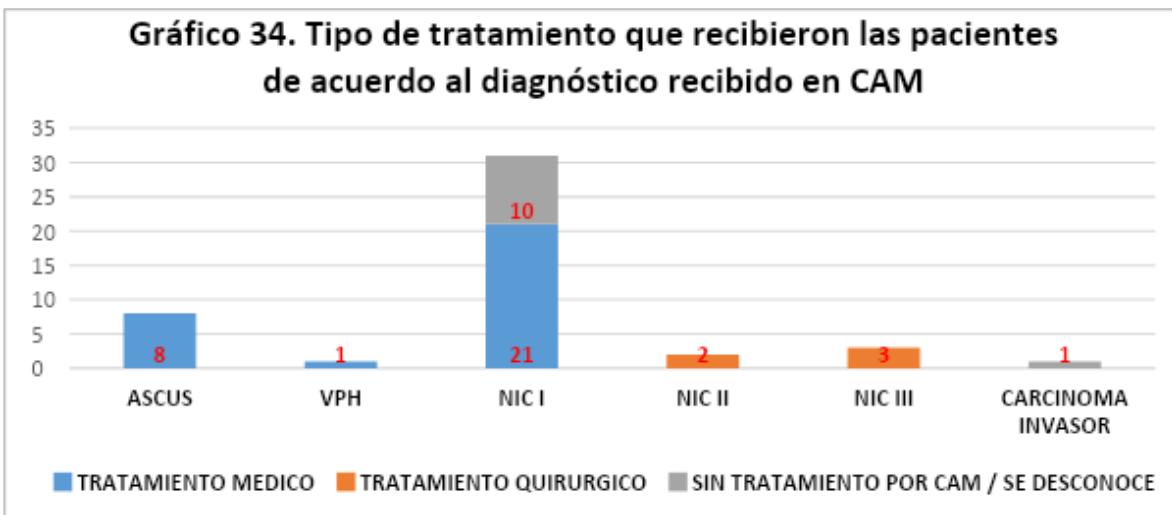
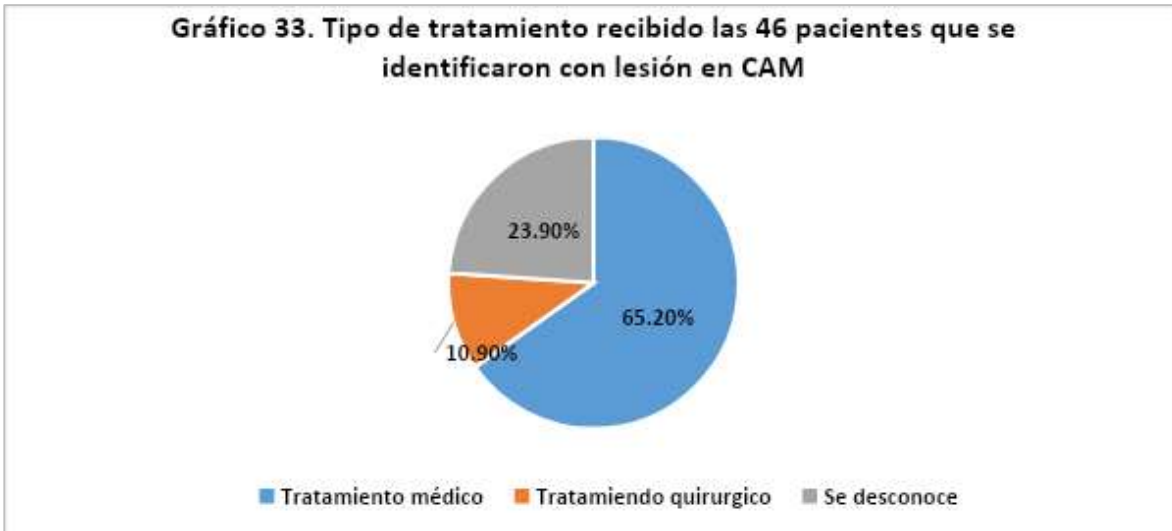
Se detectaron en total 43 pacientes con lesión cervical de primera vez y 3 como subsecuentes, por tanto se vieron en total 46 pacientes con lesión cervical durante los meses de agosto 2016 a julio 2017, dichas lesiones se distribuyen de la siguiente manera; 8 pacientes con ASCUS (1 fue subsecuente), 1 con sólo infección por VPH, 31 pacientes con NIC I (2 fueron subsecuentes), 2 con NIC II, 3 con NIC III y 1 con carcinoma invasor. En el gráfico 32 se muestran el total de pacientes que presentaron lesiones cervicales agrupadas por los meses en que se detectaron dichas lesiones. El porcentaje de entrega de resultados a las pacientes que presentaron alguna lesión fue del 76.7% (a 33 pacientes de 43 se les entregó un documento con sus resultados)

**Gráfico 32. Resultados de Citología Cervicovaginal por mes. "Casa de Apoyo a la Mujer" de agosto 2016 a julio 2017**





En el gráfico 33 se representa que de las 46 pacientes con un tipo de lesión 30 pacientes recibieron un tratamiento médico (65.2%), mientras que 5 recibieron un tratamiento quirúrgico (10.9%) y de 11 pacientes CAM no otorgó tratamiento y además se desconoce si tuvieron un tratamiento por parte de otra institución (23.9%). En el gráfico 34 se observa el tipo de tratamiento recibido de acuerdo a la lesión que se identificó.

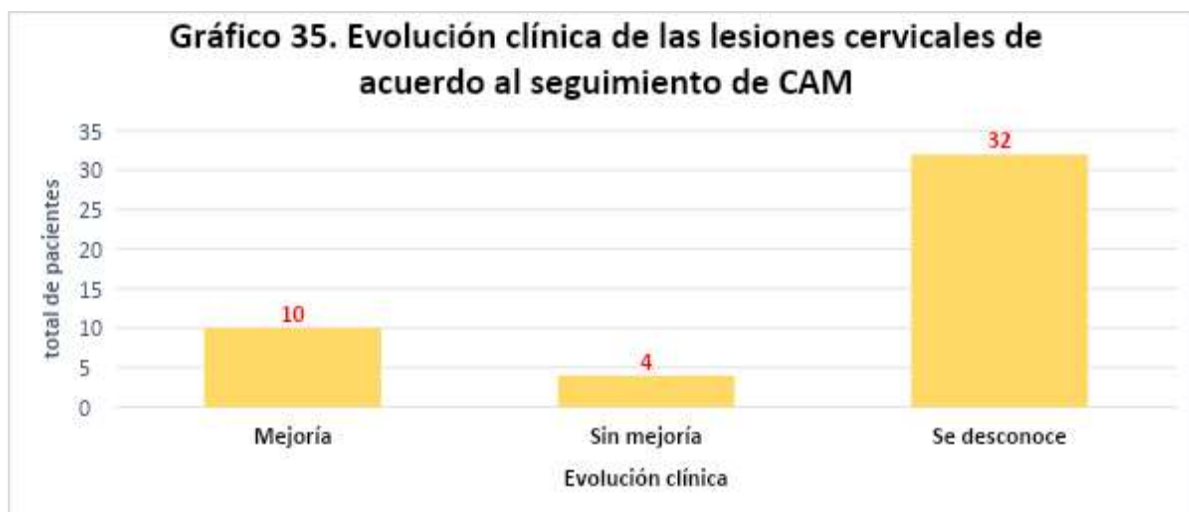


De manera general, de las 46 pacientes a quienes se les identificó una lesión cervical 10 presentaron una mejoría histológica, 4 no presentaron cambios y se desconoce la evolución histológica de 32 mujeres (gráfico 35).

De éstas mismas 46 pacientes, CAM llevó el seguimiento de 33 de ellas, de las cuales 9 presentaron una mejoría histológica y 4 se mantuvieron sin cambios histológicos. Sin embargo, las 20 pacientes restantes a pesar de acudir a las consultas subsecuentes ya no regresaron a los 6 meses para una nueva toma de citológica cervical y se desconoce si tuvieron un seguimiento de su diagnóstico en alguna otra institución.

13 pacientes de las 46 identificadas con lesión cervical no tuvieron el seguimiento en nuestras instalaciones (no se presentaron a las citas programadas en CAM) y se desconoce si lo tuvieron en alguna otra institución, sin embargo, una de ellas se presentó con nosotras para informarnos que presentó mejoría histológica de su lesión inicial.

En el gráfico 36 se observan las lesiones identificadas y su evolución clínica.

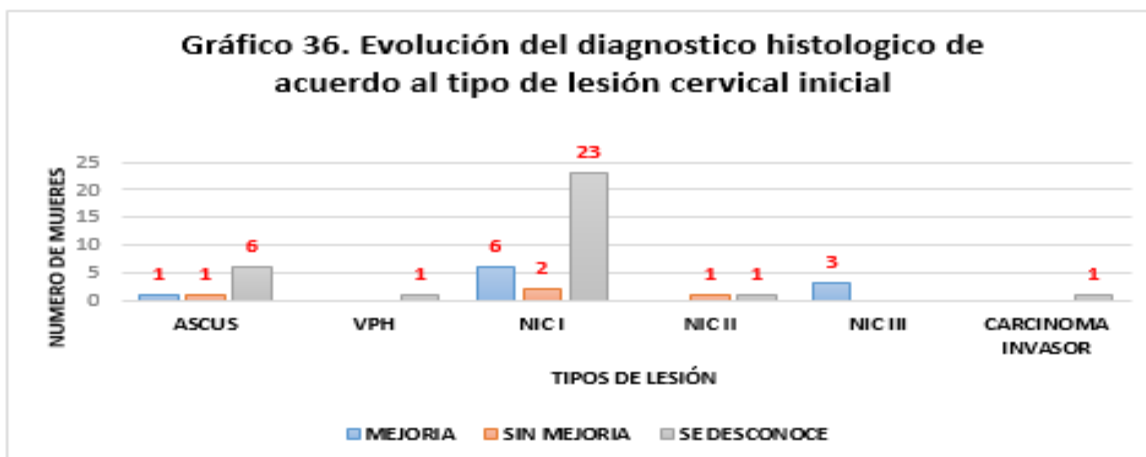


Llama la atención que 23 pacientes con lesión NIC I que se desconoce su evolución puesto que ya no regresaron a las consultas subsecuentes para revisión, además se desconoce el motivo por el cual no regresaron a nuestras instalaciones.

Se hicieron 5 referencias a segundo nivel de atención por los diagnósticos de NIC II, NIC III y carcinoma invasor.

## ASCUS

De las 8 pacientes que se diagnosticaron con ASCUS 7 se presentaron como primera vez y 1 fue consulta subsecuente. Las 8 recibieron un tratamiento médico, de las cuales 6 continuaron con el seguimiento en CAM, 1 presentó resultado normal durante su segunda citología cervical, 1 permaneció con el mismo diagnóstico y de 6 se desconoce su evolución, en total se entregaron a 6 pacientes sus resultados. Sólo 1 se realizó colposcopia.



## INFECCIÓN AISLADA DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

Se detecta como primera vez una paciente con infección aislada de VPH, a la cual se entrega resultado de citología cervical, recibiendo tratamiento médico así como seguimiento por parte de CAM, sin embargo, no se realiza nueva citología cervical por lo que se desconoce si presentó mejoría.

## NIC I

Durante este año se vieron 31 pacientes con NIC I, de las cuales 29 se detectaron en CAM por primera vez y 2 fueron consultas subsecuentes. De estas pacientes se entregaron 20 resultados de citología cervical, 6 no fueron posibles la entrega, 4 se realizaron colposcopia y 21 recibieron tratamiento médico, 20 mantuvieron su seguimiento en CAM mientras que de 11 pacientes se desconoce si llevaron seguimiento en alguna otra institución de salud. 6 pacientes presentaron mejoría en sus resultados de citología cervical, 2 se mantuvieron con el mismo diagnóstico y se desconoce la evolución de 23 pacientes.

## NIC II

Se detectaron 2 pacientes de primera vez, de las cuales las 2 recibieron un tratamiento quirúrgico en una institución del sector salud en Villahermosa, Tabasco. Ambas llevaron además un seguimiento en CAM, una no presentó mejoría y de la otra se desconoce la evolución posterior que presentó, solamente una de ellas se realizó colposcopia en CAM y a

ambas se les entregó resultados de citología cervical. Recibieron ambas una referencia hacia un segundo nivel.

### NIC III

Se detectaron de primera vez 3 pacientes con NIC III, 2 recibieron referencia a segundo nivel de atención y 1 ya tenía su plan de tratamiento de cáncer en otra institución. Las tres recibieron tratamiento quirúrgico y presentaron mejoría. Las 3 tuvieron un seguimiento en CAM, 2 de ellas con colposcopia y las 3 recibieron el resultado de la citología cervical. Cabe mencionar de una se estas tres pacientes es Beatriz, cuyo caso particular se presentó al inicio de este trabajo.

### CARCINOMA MICROINVASOR

Se detectó una paciente con carcinoma microinvasor a través de una citología cervical y se entrega referencia a segundo nivel de atención, sin embargo, no llevó un seguimiento en CAM por lo que se desconoce realización de colposcopia, el tipo de tratamiento y evolución.

En la tabla B se resumen las acciones realizadas de cada lesión cervical identificada.

<b>Tabla 9. PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CACU EN CAM AGOSTO 2016 A JULIO 2017</b>								
LESIÓN CERVICAL	NO. PACIENTES	ENTREGA DE RESULTADO	TX. MÉDICO	TX. QUIRURGICO	COLPOS	SEGUIMIENTO	MEJORÍA HISTOLÓGICA	REFERENCIA A 2DO NIVEL
ASCUS	8	6	8	0	1	6	1	0
VPH	1	1	1	0	SD	1	SD	0
NIC I	31	20	21	0	4	20	6	0
NIC II	2	2	0	2	1	2	0	2
NIC III	3	3	0	3	2	3	3	2
CARCINOMA MICROINVASOR	1	1	0	SD	SD	1	SD	1

### ANALISIS DEL PROGRAMA

Durante el año de mi servicio social fue muy complicado realizar un adecuado programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino ya que desde que inicié en agosto del 2016 no se me orientó en el programa que manejaba Casa de Apoyo a la Mujer, además, no recibí censos generales de las consultas de los pacientes y solo se me entregó un censo del programa de cáncer cervicouterino del mes de agosto del 2015.

El programa de cáncer cervicouterino se mantuvo activo y participativo durante en el año de mi servicio social, pues de las 710 pacientes en edad reproductiva que se presentaron a

nuestras instalaciones 299 se captaron como primera vez para entrar a éste programa. Éste programa que usa CAM está bien estructurado de acuerdo a la NOM -014- SSA-1994. Sin embargo, la aplicación del programa no fue la adecuada, ya que se presentaron dificultades y complicaciones durante su aplicación. En los siguientes párrafos se presentarán los problemas que se identificaron durante mi año de servicio social.

### **Registro de pacientes**

No se contaba con registros actualizados ni expedientes de las pacientes tanto de consultas generales ni propias del programa de CACU, por lo que se desconocían la cantidad de pacientes que se atendían, sus diagnósticos y tratamiento previos, y no había un control de las pacientes que presentaban lesiones cervicales. Esto dificultó demasiado mi adaptación al programa con lo poco que se tenía.

### **Entrega de resultados**

Si bien CAM busca distinguirse de los centro de salud donde no se entregan resultados, nosotros también tuvimos problemas con esto. El método de registro fue anotar a las pacientes en unas hojas de registro que se hacían cuando se envías las laminillas al laboratorio, para posterior ser registradas en un censo electrónico. Los problemas fueron que no siempre se anotaban a las pacientes a quienes se les entregaban los resultados, y el censo electrónico me fue entregado hasta finalizar el año de mi servicio social por la médica pasante anterior.

Otra dificultad que se presentó fue en cuanto al tiempo de entrega de los resultados de las citologías, ya que el laboratorio de patología al cual enviábamos las muestras se retraba y no cumplía con el plazo establecido para el envío de resultados. Se me comentó que anteriormente el tiempo de envío eran de 2 semanas, durante mi año de servicio se amplió éste tiempo a 1 mes, sin embargo, lo resultados a veces llegaban hasta los 2 o 3 meses de retraso.

### **Colposcopías**

A pesar de la invitación a las mujeres de realizarse colposcopias en CAM el colposcopio estuvo descompuesto 5 meses (octubre 2016 – febrero 2017), posteriormente se logró reparar, sin embargo, nuevamente se presentó un dificultad técnica con el foco de iluminación por lo que al momento de realizar colposcopias se hacía uso de la lámpara del celular y se tomaban fotos con el mismo, situación que incomodaba a algunas pacientes.

### **Comunicación con las pacientes que presentaban lesiones cervicales y se encontraban en comunidades**

A pesar que CAM busca llegar y llevar la atención a la salud a las comunidades para ofrecer una atención diferente a otras instituciones de salud también tuvimos problemas para comunicarnos con las pacientes de comunidades. Cuando llegaban los resultados de citología cervical a nuestro correo electrónico se buscaban aquellas pacientes que presentaban lesiones cervicales para otorgarles un tratamiento pronto. Sin embargo, el problema fue no pudimos

localizar a varias pacientes de las comunidades por vía telefónica ya que había problemas con la señal telefónica en la comunidad, eran número equivocados, no se tenía contacto con personas de esa comunidad para dar aviso. Esto retrasó el inicio del tratamiento de varias pacientes.

### **Seguimiento de pacientes**

El seguimiento de varias pacientes que presentaron lesiones cervicales principalmente las de NIC I fue ineficiente ya que, pesar que de tener seguimiento de 20 pacientes con ésta lesión, se desconoce la evolución que presentaron 23 pacientes. Esto se debió a que las pacientes acudieron por lo menos a 2 consultas de seguimiento y después ya no se presentaron ni el siguiente año (no se encuentran registros de ellas del periodo de agosto 2017 a julio 2018, periodo del médico pasante Emir Valle en CAM).

### **Clínica de la Mujer y Casa de Apoyo a la Mujer**

En la tabla C se muestran los resultados de la actividad de 1 año de trabajo en la detección del CACU. De acuerdo a la cobertura de atención, la Clínica de la Mujer realizó el 0.87% de citologías cervicales a su población, mientras que Casa de la mujer lo hizo en el 41.4% de su población (710 mujeres en edad reproductiva). En cuanto a las colposcopias la Clínica lo hizo en 0.4% de su cobertura y Casa de la Mujer en 3.8%. En total, la Clínica realizó a 1.2% de su población los estudios necesarios para la detección de CACU, mientras que CAM lo hizo en el 42.1%.

La entrega de resultados resulta ser un paso administrativo y obligatorio. La clínica entregó resultados de citología cervical al 97.7% de sus pacientes, mientras que CAM lo hizo en el 65.9%.

En cuanto al seguimiento de pacientes, la Dra. Consuelo, directora de la clínica de la mujer mencionó que continúan el seguimiento de sus pacientes por dos años más desde que se resuelve la lesión cervical, sin embargo, no se cuentan con los datos estadísticos que avalen tal información en cuanto a las pacientes que se encuentran en seguimiento en dicha Clínica. Por otro lado, en la Casa de la Mujer el seguimiento se lleva hasta que se presenten por lo menos 3 resultados negativos en las citologías cervicales anuales, sin embargo, el problema que se nos presentó fue que las pacientes ya no acudían a realizarse nuevamente las citologías cervicales con nosotros y se desconoce si lo hacían en otras instituciones. Otro problema fue la dificultad de localizar a las pacientes para recordarles o informarles acerca de sus estudios, lo cual influyó en el seguimiento de las mismas.

Las lesiones identificadas por la Casa de la Mujer fueron 46, de las cuales 36 fueron NIC I, NIC II y NIC III, es decir, al 5% de su cobertura (710 mujeres en edad reproductiva) e

identificaron lesiones cervicales. Mientras que en la Clínica se identificaron a 25 mujeres con las mismas lesiones, es decir fue 0.02% de su cobertura que se identificó lesiones cervicales.

La Clínica de la Mujer tiene una extensa cobertura de atención de salud para mujeres en edad reproductiva, sin embargo, su capacidad de atención es rebasada, ya que para poder realizar un detección oportuna de CACU al 100% su población (111,755 mujeres) deben realizar por día cerca de 465 estudios de detección, agregando a parte aquellas mujeres que acuden a consultas por control prenatal y detección de cáncer de mama. Ni el personal de salud, las instalaciones ni el equipo médico con el que se cuenta se podría realizar una detección oportuna adecuada.

La Casa de la Mujer no tiene una amplia cobertura de atención en comparación con la Clínica de la mujer, por ello para lograr una detección oportuna al 100% de su cobertura era necesario realizar 3 estudios de detección de CACU al día, ya sea la citología cervical o la colposcopia.

Ambas instituciones de salud participan activamente día con día para reducir las tasas de morbi-mortalidad de CACU a través de campañas, pláticas, seguimiento y tratamientos oportunos. Sin embargo, se ven rebasadas por la población, la infraestructura, la cantidad de personal médico, las herramientas, materiales y equipos médicos son insuficientes. Además, las características sociodemográficas de Chiapas y Palenque tienen un peso extra sobre las mujeres para que acudan a las consultas y campañas de detección.

*Tabla 10. Resultados del programa de detección de CACU*

	<b>Clínica de la mujer</b>	<b>Casa de Apoyo a la Mujer</b>
<i>Cobertura de atención</i>	111, 755	710
<i>Total de consultas</i>	SD **	435
<i>Consultas subsecuentes</i>	SD **	136
<i>Citologías cervicales</i>	974	294
<i>Colposcopias</i>	453	27
<i>Total de citología y colposcopias</i>	1,427	299
<i>Resultados entregados</i>	952	194*
<i>ASCUS</i>	SD **	8
<i>VPH</i>	SD **	1
<i>NIC I</i>	14	31
<i>NIC II</i>	4	2
<i>NIC III</i>	7	3
<i>Carcinoma microinvasor</i>	SD **	1
<i>Referencias a otro nivel de atención</i>	58	5
<i>Seguimiento de pacientes con lesiones cervicales</i>	SD **	33
<i>Campañas</i>	Todo el año de lunes a viernes	Todo el año de lunes a viernes + 4 en comunidad

*\*No es la cantidad exacta pues se presentaron problemas en el registro de entrega de resultados.*

*\*\*SD; se desconoce.*

## CONCLUSIONES

El estado de Chiapas posee una de las más grandes riquezas culturales de nuestro país, dentro de él se encuentra la mayor población de personas de origen indígena con una exquisita variedad de lenguas, sin embargo, la mayoría de esta población se encuentran viviendo en comunidades con un índice de marginación elevado, un índice de desarrollo humano muy bajo, en pobreza extrema e índice de rezago social alto.

Dentro de la población indígena, la mujer es la más vulnerable a enfermar pues al vivir en comunidades pequeñas, con una lengua diferente al español, alejadas de las grandes ciudades, con limitados accesos a la educación, salud, vivienda, sabiendo que las posibilidades para que ellas puedan ejercer o protestar sus derechos se limitan más que el resto de la población.

El sistema de salud en Chiapas a pesar de contar con recursos materiales y humanos posee un sistema precario y desproporcional que no se da abasto para ofrecer un servicio de calidad a la población chiapaneca.

El cáncer cervicouterino es una de las enfermedades que se puede prevenir con una buena Detección Oportuna, sin embargo, en Chiapas existen factores que hacen que una mujer no acuda oportunamente a recibir atención médica adecuada.

La Clínica de la mujer en ésta región trata de mantener un programa de Detección con su campaña continua durante todo el año, sin embargo, no ha sido suficiente para llevar este programas a las comunidades.

Casa de Apoyo a la Mujer está tratando de llegar a aquellas comunidades donde es complicado que las mujeres acudan a los centros de salud, lo que permite detectar ésta enfermedad en lugares donde el sistema de salud del gobierno no ha podido o no se le permite entrar como en las comunidades zapatistas.

El impacto del programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino que se realiza en CAM aunque parezcan cifras pequeñas, son grandes pasos que se dan para el combate de esta enfermedad, ya que se logró captar a casi la mitad de las mujeres en edad reproductiva para que entraran al programa de detección.

Para CAM el caso de Beatriz fue una oportunidad de autorreflexión y evaluación de cómo estamos paradas con nuestro programa de CACU, además visualizó nuestras debilidades y fortalezas para atender casos así. Sin duda, el esfuerzo que realizó CAM con Beatriz fue sobresaliente, sin embargo, CAM no cuenta con los recursos económicos ni la capacidad humana necesaria para atender más casos así, pues a pesar de contar con 2 medicas, 2 trabajadores sociales, 1 comunicóloga y 1 contadora no se podría destinar el tiempo ni los costos económicos que éstos conllevan, pues también realiza otras actividades con más programas de salud y otros no asociados a la salud.

En lo personal y como médica, el caso de Beatriz es sólo la cara amable de la enfermedad, durante todo el proceso pensaba ojala muchas más mujeres sean Beatriz, ojala en todo el



mundo haya más Casa de Apoyo a las Mujeres para que mujeres que comparten las características de Beatriz se salven, o que no tengan que perder su matriz para salvar su vida.

Considero que el programa de detección de CACU que implementa la Clínica de la Mujer como la de CAM se debe analizar el discurso que se da a la población indígena sobre el tema de cáncer cervicouterino sensibilizado en su lengua, y en su nivel educativo, se tendría que dar más propaganda escrita y anunciada en lenguas madres, hacer formadores de salud que estén en contacto con la población y hagan llegar la información de manera oportuna y adecuada, si es posible parteras y parteros.

## ANEXOS

Anexo 1. Tabla. Acciones que se deben realizar en el primer nivel de Atención por el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino.

<b>Acciones que se deben realizar en el primer nivel de Atención por el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino</b>	
<b>Consejería</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Toda consulta debe de ir acompañada de consejería.</li> <li>● Dar información, orientación, asesoría y aclarar dudas a las mujeres y sus familiares en materia de prevención, pruebas de detección, diagnóstico o tratamiento de las lesiones de bajo y alto grado así como de Cáncer cérvico uterino.</li> <li>● Explorar sentimientos de la mujer como parte integral de la atención médica.</li> <li>● Se debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones que tienen la detección oportuna, el diagnóstico y el tratamiento, considerando la particularidad de cada caso. Es importante enfatizar en la responsabilidad compartida de la mujer con el personal de salud en el éxito del tratamiento.</li> <li>● Se debe garantizar a la mujer y a sus familiares el carácter privado y confidencial de la información que proporcione para favorecer la comunicación con absoluta confianza y libertad</li> <li>● Se debe asegurar que la decisión de realizarse la citología cervical sea libre, informada y basada en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad de la orientación y se debe enfatizar que la toma de decisión sobre el tratamiento sea apoyada en el consentimiento informado.</li> <li>● SE ASESORARÁ A LOS PADRES O TUTORES DE MUJERES MENORES DE EDAD, SOBRE DE LAS VACUNAS PROFILÁCTICAS PARA LA INFECCIÓN POR EL VPH.</li> <li>● Debe impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que la usuaria haga al personal de salud o al servicio</li> <li>● Se debe tener especial interés en proporcionar consejería a mujeres que: - Nunca se hayan realizado la detección - Presenten los factores de riesgo asociados a cáncer cérvico uterino - Acudan a la clínica de colposcopia - Tengan hijas menores de edad - No hayan iniciado vida sexual</li> </ul>
<b>Detección Oportuna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♠ Se realizarán Citología Cervical y Visualización Directa con Ácido Acético</li> <li>♠ El personal de salud de primer contacto (médicos, enfermeras y técnicos capacitados) ofrecerá a toda mujer entre 25 a 64 años de edad, en especial a aquellas con factores de riesgo, la prueba de detección del cáncer cérvico-uterino y se le realizará a quien la solicite independientemente de su edad.</li> <li>♠ Las mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico, deberán ser localizadas en un lapso no mayor a 4 semanas, para repetir la prueba</li> <li>♠ En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial o cáncer, se realizará la detección cada 3 años.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Las mujeres con resultado citológico de lesión intraepitelial o cáncer, se les informará que el resultado no es concluyente y que requieren el diagnóstico confirmatorio. Estas pacientes serán enviadas a una clínica de colposcopia. Cuando sean dadas de alta, continuarán con el control citológico establecido</li> <li>♣ Toda mujer debe ser informada de su resultado citológico en menos de cuatro semanas a partir de la fecha de la toma de la muestra</li> </ul>
<b>Preven ción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Se dará educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo e incluye el uso del condón, promoción de relaciones sexuales monogámicas y el uso de las vacunas profilácticas contra los VPH's asociados más frecuentemente al cáncer cérvico uterino</li> <li>♣ Se informara a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades de prevención, diagnóstico y de tratamiento oportuno.</li> <li>♣ Alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de calidad para la detección y/o tratamiento, garantizando la información suficiente para la usuaria acerca de los procedimientos, con el consentimiento informado por escrito, en los casos de tratamiento quirúrgico.</li> <li>♣ Promover las acciones de detección oportuna y tratamiento.</li> <li>♣ Orientar a las mujeres y hombres sobre su compromiso en el autocuidado de la salud y sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad</li> <li>♣ Promover la participación de grupos organizados y líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia.</li> <li>♣ Integrar a la población femenina de las asociaciones, agrupaciones gremiales, centros laborales, asociaciones de profesionales del campo de la salud y del campo de la comunicación, así como asociaciones de la sociedad civil, a que participen en las acciones intensivas y permanentes de detección oportuna de cáncer cérvico uterino.</li> <li>♣ Capacitar a promotores institucionales y voluntarios, de acuerdo con los lineamientos de esta Norma.</li> </ul>

Anexo 2. Tabla. Acciones que se deben realizar en el primer nivel de atención en consulta frente a casos de Lesiones Intraepiteliales.

<b>Acciones que se deben realizar en el primer nivel de atención en consulta frente a casos de Lesiones Intraepiteliales.</b>	
<b>Lesiones de Bajo Grado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Las pacientes a quienes se les realizó citología cervical, cuyo resultado es LEIBG (infección por VPH, displasia leve o NIC 1); LEIAG (displasia moderada y grave o NIC 2 y 3) o cáncer deben enviarse a una clínica de colposcopia, para realizar estudio colposcópico</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Si el resultado de la citología es LEIBG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de LEIBG, se realizará control citológico en un año.</li> <li>❖ Si la citología es de LEIBG, la colposcopia es satisfactoria y existe evidencia de lesión, se debe tomar una biopsia dirigida.</li> <li>❖ Si la biopsia dirigida es negativa, se realizará nueva colposcopia para verificar el diagnóstico y en caso necesario, tomar nueva biopsia dirigida y revalorar</li> <li>❖ Si la biopsia dirigida es reportada como LEIBG se podrá dar tratamiento conservador: criocirugía, electrocirugía o laserterapia o se podrá mantener a la paciente en vigilancia en la clínica de colposcopia, con colposcopia y estudio citológico cada seis meses, durante 24 meses.</li> </ul>
Lesión de Alto Grado	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Si la biopsia dirigida es reportada como LEIAG (Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado) se realizará tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia). En las mujeres posmenopáusicas, dependiendo de las condiciones anatómicas del cérvix, se realizará tratamiento conservador en la clínica de colposcopia o tratamiento quirúrgico (histerectomía extrafascial) en el servicio que corresponda.</li> <li>❖ Si la biopsia dirigida reporta cáncer microinvasor o invasor, la paciente se transferirá a un Servicio o Centro Oncológico para su tratamiento correspondiente.</li> <li>❖ Si la citología reporta LEIBG y la colposcopia es no satisfactoria, se tomará cepillado endocervical (Apéndice Normativo A)</li> <li>❖ En caso de colposcopia no satisfactoria, negativa a LEIBG y con cepillado endocervical negativo, se continuará su control en la clínica de colposcopia en seis meses, con colposcopia y citología.</li> <li>❖ Si el cepillado endocervical reporta LEIBG se tratará a la paciente como LEIAG, con métodos conservadores escisionales.</li> <li>❖ Si el cepillado endocervical es reportado como LEIAG, se tratará en la clínica de colposcopia. Si el cepillado reporta cáncer microinvasor o invasor, se referirá a un Servicio o Centro Oncológico (Apéndice Normativo A)</li> <li>❖ Las pacientes con resultado citológico de LEIAG se transferirán a una clínica de colposcopia para su examen colposcópico (Apéndice Normativo B)</li> <li>❖ Si la citología reporta LEIAG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de lesión, se realizará revaloración del caso, tomando una nueva citología a los tres meses. Si todos los resultados son negativos la paciente continuará su control en la clínica de colposcopia con citología y colposcopia semestrales durante dos años; de persistir las</li> </ul>

mismas condiciones, se valorará el envío a su unidad médica de primer nivel para que continúe su control con citología anual (Apéndice Normativo B)

- ❖ Si la citología reporta LEIAG y la colposcopia es satisfactoria con evidencia de lesión, se realizará biopsia dirigida.
- ❖ Si la biopsia es negativa y ante lesión evidente, se solicitará revisión del diagnóstico histopatológico y se realizará nueva colposcopia y cepillado endocervical para verificar el diagnóstico colposcópico y en caso necesario, tomar nueva biopsia dirigida.
- ❖ En caso de que la biopsia y el cepillado endocervical resultaran nuevamente negativos, se continuará su control con citología y colposcopia anual.
- ❖ Si la biopsia dirigida es reportada como LEIBG, se dará tratamiento conservador o se podrá mantener a la paciente en vigilancia en la clínica de colposcopia cada seis meses por 24 meses, con colposcopia y estudio citológico y revalorar el caso.
- ❖ En caso de biopsia positiva a LEIAG, se debe realizar tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia) de acuerdo a la disponibilidad de cada institución y, a juicio del colposcopista.
- ❖ Si la biopsia dirigida es reportada como cáncer microinvasor o invasor, referir a un Servicio o Centro Oncológico.
- ❖ Si la citología es LEIAG y la colposcopia no es satisfactoria, tomar cepillado endocervical.
- ❖ Si el cepillado endocervical es negativo, con el resultado revalorar el caso lo más pronto posible.
- ❖ Si el cepillado endocervical señala LEIBG, se tratará a la paciente como LEIAG, con métodos conservadores escisionales y revalorar con resultado histopatológico.
- ❖ Si el cepillado endocervical señala LEIAG, se realizará conización (cilindro o cono diagnóstico) y revalorar.
- ❖ De acuerdo a la revaloración, se decidirá si la paciente permanece en control en la clínica de colposcopia o si es necesario referirla.
- ❖ Si la colposcopia es no satisfactoria y el cepillado reporta cáncer invasor, se referirá a un Servicio o Centro Oncológico.
- ❖ Las pacientes con citología de cáncer cérvico uterino invasor pasarán a la clínica de colposcopia para su estudio. (Apéndice Normativo C)
- ❖ Si la colposcopia muestra tumor macroscópico, se realizará biopsia dirigida y una cuidadosa evaluación de la extensión de la neoplasia.

## Anexo A.



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 01 de junio del 2018.  
Solicitud con número de folio 00330718

### ACUERDO.- GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS.- PODER EJECUTIVO.- SECRETARIA/INSTITUTO DE SALUD.- UNIDAD DE TRANSPARENCIA.

Téngase por recibida la solicitud de acceso a la información con número de folio 00330718, la cual fue presentada a través del sistema electrónico de solicitudes de la Plataforma Nacional de Transparencia, en la que el solicitante manifiesta o expresa lo siguiente:

1. Número de mujeres que estuvieron vigentes en el Seguro Popular en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
2. Número de mujeres que se realizaron Citología Cervical en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
3. Número de mujeres que se realizaron Citología Cervical, que están vigentes en el Seguro popular en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
4. Número de mujeres que acudieron por su resultado de Citología Cervical en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
5. Número de mujeres que resultaron con Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado NIC I en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
6. Número de mujeres que resultaron con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado NIC II en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
7. Número de mujeres que resultaron con lesiones Intraepiteliales de Alto Grado NIC III en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
8. Número de mujeres que se realizaron Colposcopia Cervical en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
9. Número de mujeres referidas a Clínica de Displasias en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017" ... (SIC)

Al respecto y una vez analizada la solicitud de mérito, con fundamento en el artículo 59 Fracción II de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas; se hace del conocimiento del solicitante que derivado de la búsqueda en los archivos que obran de la Dirección de Salud Pública, dependiente de este Instituto de Salud; envía respuesta con memorándum No. DSP/SE/00322/2018 de fecha 25 de mayo del 2018, del cual se desprende la siguiente respuesta:

“

1. Número de mujeres que estuvieron vigentes en el Seguro Popular en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017.	N/A*
2. Número de mujeres que se realizaron citología cervical en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017.	38081

Unidad Administrativa, Edificio "C" Col. Maya C.P. 29010 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
Conmutador: (981) 61 88250, Ext. 44067 y 44025. [www.salud.chiapas.gob.mx](http://www.salud.chiapas.gob.mx)

**Anexo B.**



3. Número de mujeres que se realizaron citología cervical en que están vigentes en el Seguro Popular en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017.	36797
4. Número de mujeres que acudieron por resultados de citología cervical en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017.	No disponible
5. Número de mujeres que resultaron con lesiones intraepiteliales de bajo grado NIC I en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017.	884
6. Número de mujeres que resultaron con lesiones intraepiteliales de alto grado NIC II en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017.	251**
7. Número de mujeres que resultaron con lesiones intraepiteliales de alto grado NIC III en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017.	
8. Número de mujeres que se realizaron colposcopia cervical en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017.	927
9. Número de mujeres referidas a Clínica de Displasias en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017.	N/A***
*Información competente al Seguro Popular.	
**De acuerdo a la NOM 014 SSA2-1994, la clasificación de Bethesda la respuesta 6 y 7, además incluye el carcinoma in situ.	
***No existe en la infraestructura de Salud, Clínica de Displasias.	

"... (SIC)

Así lo acuerda y manda el C. Lic. Sergio Bustamante López, Responsable de la Unidad de Transparencia de la Secretaría/ Instituto de Salud del Estado de Chiapas, quien actúa con fundamento en los artículos 7, 47, 56, 59 Fracción II y 135, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas.





Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 29 de agosto de 2018.  
Solicitud folio 00566718

**ACUERDO.- GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS.- PODER EJECUTIVO.- SECRETARIA/INSTITUTO DE SALUD.- UNIDAD DE TRANSPARENCIA.**

Téngase por recibida la solicitud de acceso a la información con número de folio 00566718, la cual fue presentada a través del sistema electrónico de solicitudes de la Plataforma Nacional de Transparencia, en la que el solicitante manifiesta o expresa lo siguiente:

**“Número de muertes por Cáncer Cervicouterino en Palenque Chiapas**

**Número de Casos nuevos de Cáncer Cervicouterino en Palenque chiapas o tasa de incidencia de cáncer Cervicouterino en Palenque chiapas” (SIC)**

Al respecto y una vez analizada la solicitud de mérito, con fundamento en el artículo 59 Fracción II de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de se hace de conocimiento del solicitante que derivado de la búsqueda en los archivos que obran en la Dirección de Salud Pública, dependiente de este Instituto de Salud; se comunica la respuesta brindada por medio del memorándum No. DSP/SE/0491/2018, signado por la Dra. Leticia Jarquín Estrada, Subdirectora de Epidemiología, en el que indica:

**“Número de muertes por Cáncer Cervicouterino en Palenque Chiapas**

**Defunciones por Cáncer Cérvico Uterino  
Municipio de Palenque, Chiapas  
2016**

Edad Quinquenal	Defunciones
35 a 39 años	1
45 a 49 años	1
50 a 54 años	2
65 a 69 años	2
85 y mas años	1
<b>Total general</b>	<b>7</b>

Fuente: Base de Datos INEGI, Información Oficial

Unidad Administrativa, Edificio "C" Col. Maya C.P. 29010 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
Commutador: (961) 61 89250, Ext. 44067 y 44025. www.salud.chiapas.gob.mx



## Anexo E



Número de Casos nuevos de Cáncer Cervicouterino en Palenque chiapas o tasa de incidencia de cáncer Cervicouterino en Palenque Chiapas

### CUBO DE MORBILIDAD – FECHA ACTUAL

Año	Entidad	Padecimiento	Municipio
2016	07 Chiapas	Tumor maligno del cuello del Útero (C53)	065 Palenque

Población	Casos
124262.088	0

\*Fuente: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) \* (SIC)

En su oportunidad archívese en el respectivo expediente y considérese como un asunto concluido.

Así lo acuerda y manda el C. Lic. Sergio Bustamante López, Responsable de la Unidad de Transparencia de la Secretaría/ Instituto de Salud del Estado de Chiapas, quien actúa con fundamento en los artículos 7, 47, 56, 59 Fracción II y 135, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas.



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 30 de agosto de 2018.

Solicitud folio 00567118

**ACUERDO.- GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS.- PODER EJECUTIVO.- SECRETARÍA/INSTITUTO DE SALUD.- UNIDAD DE TRANSPARENCIA.**

Téngase por recibida la solicitud de acceso a la información con número de folio 00567118, la cual fue presentada a través del sistema electrónico de solicitudes de la Plataforma Nacional de Transparencia, en la que el solicitante manifiesta o expresa lo siguiente:

1. ¿Número de Casos nuevos por Cáncer cervicouterino en el años 2016 en palenque chiapas?
2. Tasa de Mortalidad por cáncer cervicouterino en el año 2016 en palenque chiapas
3. Actividades de prevención que se realizan en la clínica de la mujer palenque chiapas en el año 2016
4. Cuántas campañas de detección oportuna de cáncer cervicouterino se realizan en palenque chiapas en el año 2016
5. Cuántas campañas de detección oportuna de Cáncer cervicouterino se realizan en Chiapas en el año 2016
6. Número de vacunas de vph se han aplicado en chiapas en el año 2016
7. Número de vacunas de vph se han aplicado en palenque chiapas en el año 2016

Muchas gracias, agradecería los datos" (SIC)

Al respecto y una vez analizada la solicitud de mérito, con fundamento en el artículo 59 Fracción II de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de se hace de conocimiento del solicitante que derivado de la búsqueda en los archivos que obran en la Dirección de Salud Pública, dependiente de este Instituto de Salud; se comunica la respuesta brindada por medio del memorándum No. DSP/SE/0547/2018, signado por la Dra. Leticia Jarquín Estrada, Subdirectora de Epidemiología del que se extrae la siguiente información:

\*1. ¿Número de Casos nuevos por Cáncer cervicouterino en el años 2016 en palenque chiapas?

**Respuesta: Siete**

2. Tasa de Mortalidad por cáncer cervicouterino en el año 2016 en palenque chiapas

**Respuesta: 37.71 por cada 100 mil mujeres de 25 años y más.**

## Anexo F.



3. Actividades de prevención que se realizan en la clínica de la mujer palenque chiapas en el año 2016

**Respuesta:** Dentro de la cartera de servicios está el realizar la toma de muestras de tamizaje de acuerdo a la norma oficial mexicana. Además se realizan pláticas de sensibilización, orientación y consejería con toda la información en relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento en mujeres con sospecha de lesiones pre malignas y/o cáncer de cuello uterino, para que la usuaria tome la mejor decisión en relación a su estado de salud o enfermedad.

4. Cuántas campañas de detección oportuna de cáncer cervicouterino se realizan en palenque chiapas en el año 2016

**Respuesta:** Este programa es de acción permanente, solo se realizan campañas en donde la población no acude a los servicios por estar alejados de sus comunidades o por barreras sociales, culturales o por usos y costumbres mal entendidas. Las actividades de prevención son permanentes en las unidades de salud. Además de ser gratuitas.

5. Cuántas campañas de detección oportuna de Cáncer cervicouterino se realizan en Chiapas en el año 2016

**Respuesta:** A nivel nacional se instituyen fechas conmemorativas y/o de fortalecimiento para la sensibilización de la población en relación a la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

**04 de febrero – Día mundial de la Lucha contra el Cáncer**

**08 de marzo – Día internacional de la Mujer**

**10 de mayo – Día de las madres,**

**28 de mayo – Día Internacional de la Acción por la salud de las mujeres**

**Penúltima semana de agosto – Semana de sensibilización del cáncer de cuello uterino**

**Noviembre – Mes de la salud reproductiva**

6. Número de vacunas de vph se han aplicado en chiapas en el año 2016

**Respuesta:** 104,535 vacunas aplicadas de VPH

7. Número de vacunas de vph se han aplicado en palenque chiapas en el año 2016

**Respuesta:** 4,127 vacunas aplicadas de VPH... (SIC)

En su oportunidad archívese en el respectivo expediente y considérese como un asunto concluido.

## Anexo G.



Así lo acuerda y manda el C. Lic. Sergio Bustamante López, Responsable de la Unidad de Transparencia de la Secretaría/ Instituto de Salud del Estado de Chiapas, quien actúa con fundamento en los artículos 7, 47, 56, 59 Fracción II y 135, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas.



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 28 de septiembre del 2018.  
Solicitud con número de folio 00635118

**ACUERDO.- GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS.- PODER EJECUTIVO.- SECRETARIA/INSTITUTO DE SALUD.- UNIDAD DE TRANSPARENCIA.**

Téngase por recibida la solicitud de acceso a la información con número de folio 00635118, la cual fue presentada a través del sistema electrónico de solicitudes de la Plataforma Nacional de Transparencia, en la que el solicitante manifiesta o expresa lo siguiente:

1. Número de Casos Nuevos de Cáncer Cervicouterino en Chiapas en el año 2015.
2. Tasa de Incidencia de Cáncer Cervicouterino en Chiapas en el año 2015.
3. Número de Casos Nuevos de Cáncer Cervicouterino en Palenque, Chiapas en el año 2015.
4. Tasa de Incidencia de Cáncer Cervicouterino en Palenque, Chiapas en el año 2015.
5. Número de mujeres referidas a Oncología por Cáncer cervicouterino en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017 en Chiapas.
6. Número de mujeres referidas a Oncología por Cáncer cervicouterino en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017 en Palenque, Chiapas"... (SIC)

Al respecto y una vez analizada la solicitud de mérito, con fundamento en el artículo 59 Fracción II de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas; se hace del conocimiento del solicitante que derivado de la búsqueda en los archivos que obran de la Dirección de Salud Pública, dependiente de este Instituto de Salud; envía respuesta con memorándum No. DSP/SE/00578/2018 de fecha 25 de septiembre del 2018, del cual se desprende la siguiente respuesta:

- 1.- Número de casos Nuevos de Cáncer cérvico uterino en Chiapas en el año 2015.  
Respuesta: 109
- 2.- Tasa de incidencia de Cáncer cérvico uterino en Chiapas en el año 2015.  
Respuesta: 1.5
- 3.- Número de Casos Nuevos de Cáncer cérvico uterino en Palenque, Chiapas en el año 2015.  
Respuesta: 0
- 4.- Tasa de incidencia de Cáncer cérvico uterino en Palenque, Chiapas, en el año 2015-  
Respuesta: 0
- 5.-Número de mujeres referidas a oncología por cáncer cérvico uterino en el periodo de agosto 2016 a julio 2017 en Chiapas.  
Respuesta: 127
- 6.- Número de mujeres referidas a oncología por cáncer cérvico uterino en el periodo de agosto 2016 a julio 2017 en Palenque Chiapas.  
Respuesta: 5  
Fuente de información SICAM"... (SIC)



**Anexo J.**



Así lo acuerda y manda el C. Lic. Sergio Bustamante López, Responsable de la Unidad de Transparencia de la Secretaría/ Instituto de Salud del Estado de Chiapas, quien actúa con fundamento en los artículos 7, 47, 56, 59 Fracción II y 135, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas.

Unidad Administrativa, Edificio "C" Col. Maya C.P. 29010 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
Consultador: (961) 61 89250, Ext. 44067 y 44025. [www.salud.chiapas.gob.mx](http://www.salud.chiapas.gob.mx)





Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 20 de marzo del 2019.  
Solicitud con número de folio 00207919

**ACUERDO.- GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS.- PODER EJECUTIVO.- SECRETARIA/INSTITUTO DE SALUD.- UNIDAD DE TRANSPARENCIA.**

Téngase por recibida la solicitud de acceso a la información con número de folio **00207919**, la cual fue presentada a través del sistema electrónico de solicitudes de la Plataforma Nacional de Transparencia, en la que el solicitante manifiesta o expresa lo siguiente:

- “¿Número de Mujeres que se realizó Citología cervical en Palenque Chiapas durante el periodo de agosto 2016 a julio 2017?
- ¿Número de mujeres que se realizó colposcopia en Palenque Chiapas durante el periodo de agosto 2016 a julio 2017?
- ¿Número de mujeres inscritas al seguro popular que se realizo citologia cervical en palenque chiapas en el periodo de agosto 2016 a julio 2017?
- ¿Número de mujeres inscritas al seguro popular que se realizo colposcopia en palenque chiapas en el periodo de agosto 2016 a julio 2017?
- ¿Número de mujeres inscritas al seguro popular que se realizo colposcopia en el estado de chiapas en el periodo de agosto 2016 a julio 2017?”... (SIC)

Al respecto y una vez analizada la solicitud de mérito, con fundamento en el artículo 59 Fracción II de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas; se hace del conocimiento del solicitante que derivado de la búsqueda en los archivos que obran de la Dirección de Salud Pública, dependiente de este Instituto de Salud; envía respuesta con memorándum No. DSP/SE/DVE/00183/2019 de fecha 13 de marzo del 2019, del cual se desprende la siguiente respuesta:

**“Con la finalidad de cumplir con lo requerido en nuestra área de responsabilidad, hago de su conocimiento lo siguiente:**

1.- Número de mujeres que se realizó citología cervical en Palenque, chiapas durante el periodo de agosto 2016 a julio del 2017.	1031
2.- Número de mujeres que se realizaron colposcopia en Palenque, chiapas, durante el periodo de agosto 2016 a julio 2017.	7
3.- Número de mujeres inscritas al Seguro Popular que se realizó citologías cervical en Palenque, Chiapas el periodo de agosto 2016 a julio 2017.	271
4.- Número de mujeres inscritas al Seguro Popular que se les realizó colposcopia en Palenque Chiapas en el periodo de agosto 2016 a julio 2017.	7

Anexo L.




3.- Número de mujeres inscritas al Seguro Popular que se realizó colposcopia en el estado de Chiapas el período de agosto 2016 a julio 2017.	123
--	-----

**"... (SIC)**

Así lo acuerda y manda el C. Lic. Sergio Bustamante López, Responsable de la Unidad de Transparencia de la Secretaría/ Instituto de Salud del Estado de Chiapas, quien actúa con fundamento en los artículos 7, 47, 56, 59 Fracción II y 135, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas.



Anexo M.

**Casa de la Mujer Ixim Antsetic A. C.**


Palenque, Chiapas  
10/06/2018


A quien Corresponde:  
Un Cordial Saludo.

Por medio de la presente yo la C. MARITZA DENISS RECEVIDOZ VILLA, ex pasante de "CASA DE APOYO A LA MUJER IXIM ANTSETIC", del área médica, con matrícula 210234140, quisiera pedir información a esta institución "Clínica de la Mujer" para fines académicos, ya que me encuentro realizando mi reporte del Servicio Social, donde uno de los temas principales es Cáncer Cervicouterino y ya que con esta información complementaré una parte de mi investigación, la cual es:


1. Número de mujeres que estuvieron vigentes en el Seguro Popular en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
2. Número de mujeres que se realizaron Citología Cervical en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
3. Número de mujeres que se realizaron Citología Cervical, que están vigentes en el Seguro Popular en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
4. Número de mujeres que acudieron por su resultado de Citología Cervical en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
5. Número de mujeres que resultaron con Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado NIC I en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
6. Número de mujeres que resultaron con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado NIC II en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
7. Número de mujeres que resultaron con lesiones intraepiteliales de Alto Grado NIC III en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
8. Número de mujeres que se realizaron Colposcopia Cervical en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017
9. Número de mujeres referidas a Clínica de Displasia en el periodo de Agosto 2016 a Julio 2017

Despidiéndome de Usted y esperando respuesta a tales preguntas.  
Por su atención, Gracias

ATENTAMENTE  
  
Cristina González Serna

**COLECTIVO FEMINISTA**  
  
**CASA DE APOYO A LA MUJER IXIM ANTSETIC A.C.**

Coordinadora de Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic"



## BIBLIOGRAFÍA

- Ávila-Burgos , L., Montañez-Hernández , J., Cahuana-Hurtado, L., & Ventura-Alfaro, C. (2017.). *Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2014 y 2015 y evolutivo 2003-2015*. Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública (MX)/Secretaría de Salud (MX).
- Bello, A., & Rangel, M. (2000). ETNICIDAD, "RAZA" Y EQUIDAD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE. *CEPAL*, 7.
- Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetic". (2017). *Casa de Apoyo a la Mujer "Ixim Antsetc"*. Obtenido de <http://www.youtube.com/watch?v=8c88hgMUZUY&t=1spfreload=10>
- Cetina Pérez, L., & Ochoa Carillo, F. J. (2014). Cáncer Cervicouterino, aún el reto por vencer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 1.
- Charlot, J., Hartley, R., & Silver R, H. (1983). "Geographical Variation in Mortality from Conditions Amenable to Medical Intervention in England and Wales". *En Lancet*, 691-696.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2015). *Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en: Encuesta Intercensal 2015*. INEGI.
- Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CDESC). (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.Observación General N°14.E/C.12/2000/4.Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos*. Obtenido de <http://www2.ohchr.org/english/>.
- CONEVAL. (2018). *INFORME DE EVALUACIÓN DE LA POLITICA DE DESARROLLO SOCIAL 2018. Resumen Ejecutivo*. Ciudad de México.: CONEVAL.
- Cuevas Martínez , M. L., Vega Pérez, M. L., Tamez Rodriguez , A. R., & Castañeda Sánchez , O. (2016). Factores de Riesgo que retrasan la participación en el programa de "Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino". *Aten Fam*, 134-138.
- (2010). *Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cervicouterino*. México: Secretaria de Salud.
- Eroza Solana, E., Carrasco Gómez, M., & Freyermuth Enciso, M. G. (SF). El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los Derechos Humanos; La voz de las mujeres migrantes en Chiapas. En P. Aranda Gallegos, M. C. Arellano Gálvez, H. Argüello Avendaño, M. Carrasco Gómez, M. d. Castro Vásquez, J. Eroza Solano, & G. Freyermuth Enciso, *El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos*. (pág. 157). México: CIESAS.
- FEDERACIÓN, D. O. (2007). *MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCION, DETECCION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICO UTERINO*. MÉXICO: DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN.
- Freyermuth, G. (2018). Salud y Derechos Humanos un enfoque conceptual. En P. Aranda Gallegos, M. Arellano Gálvez , H. E. Argüello Avendaño , M. Carrasco Gómez , M. Castro Vásquez , J.

- E. Eroza Solano, . . . M. Vega Macedo, *EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES INDÍGENAS EN MÉXICO; ANALISIS NACIONAL Y DE CASOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS*. (págs. 3-4). México: Organización Nacional de los Derechos Humanos México, CIESAS.
- Freyermuth, G. (SF). Mortalidad en las poblaciones indígenas desde los determinantes sociales y violencia estructural. En P. Aranda Gallegos, M. C. Arellano Gálvez, H. Argüello Avendaño, M. Carrasco Gómez, M. C. Castro Vásquez, J. E. Eroza Solano, . . . S. Meneses Navarro, *Elderecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Analisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos*. (pág. 37). México: CIESAS.
- Garder, j., & Sanborn, J. (1990). *Years of Potential Life Loast (YPLL)-What Does it Measure? Epidemiology*. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/25759821>
- Gobierno de México. (27 de Febrero de 2019). *Secretaria de Salud*. Obtenido de Secretaria de salud: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
- Gómez Ariass, R., Nolasco, B., Pereyra Zamora, P., Rodríguez Ospina, F., & Aguedelo Londoño, S. (2009). "Mortalidad evitable y políticas en salud. Colombia 1985-2002". *En Colomn Med*, 373-386.
- González, Z. M. (2017). Programa de detección del cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *SALUD COLECTIVA*, 522.
- [http://iximantsetic.org.mx/#xl\\_xr\\_page\\_index](http://iximantsetic.org.mx/#xl_xr_page_index). (s.f.).  
[http://iximantsetic.org.mx/#xl\\_xr\\_page\\_index](http://iximantsetic.org.mx/#xl_xr_page_index). Obtenido de  
[http://iximantsetic.org.mx/#xl\\_xr\\_page\\_index](http://iximantsetic.org.mx/#xl_xr_page_index):  
[http://iximantsetic.org.mx/#xl\\_xr\\_page\\_index](http://iximantsetic.org.mx/#xl_xr_page_index)
- <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>. (s.f.). Obtenido de  
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>:  
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
- INEGI. (2015). *Principales Resultados de la Encuesta Intercensal 2015: Chiapas*. México: INEGI.
- INEGI. (18 de Febrero de 2016). *Dirección General de Estadística Sociodemograficas*. Obtenido de Dirección General de Estadísticas Sociodemograficas: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- INEGI. (2016). *Panrama Sociodemográfico de Chiapas 2015*. Ciudad de México: INEGI .
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (MÉXICO). (2017). *ANUARIO ESTADÍSTICO Y GEOGRÁFICO 2017*. MÉXICO: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA.
- International Agency for Research on Cancer/World Health Organisation (IARC/WHO). (22 de Agosto de 2018). *Cancer Incidence and Mortalitu Worldwide*. Obtenido de GLOBOCAN: <http://globocan.iarc.fr/>.
- Jahan, S. (2016). *Informe sobre desarrollo humano 2016. Desarrollo Humano para todos*. Washington DC: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

- Jiménez Acevedo, H., & Núñez Medina, G. (2016). El sistema de salud de Chiapas ante la transición demográfica y epidemiológica. *CUADERNOS DEL CENDES*, 79-103.
- Martínez-Cuevas, M. L., Vega-Pérez, M. L., Tamez-Rodríguez, A. R., & Castañeda- Sánchez, O. (2016). Factores de riesgo que retrasan la participación en el programa "Detección oportuna del cáncer cervicouterino". *Medicina Familiar*, 135.
- Melchor, I., Nolasco, B., García Senchermesa, C., Pereyra Zamora, B., Pinab, J., Monchob, J., . . . Zurriaga, O. (2008). "La mortalidad evitable. ¿Cambios en el nuevo siglo? *En Gaceta Sanitaria*, 200-209.
- Mendoza González, Z. (2017). Programa de detección del cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *SALUD COLECTIVA*, 521-535.
- Monica, T. H. (2017). Accesibilidad espacial de los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino en San Luis Potosí. *Investigaciones Geográficas*, 3.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Washington, DC : Word Health Organization.
- Pineault, Raynald, & Caole, D. (1989). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. España: S.G.Mason.
- Téllez Vázquez, Y., Almejo Hernández, R., Hernández Álvarez, A. R., & Romo Viramontes, R. (2016). Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015. En *El concepto y las dimensiones de la marginación*. (págs. 11-12). México, D.F: Consejo nacional de población.
- Téllez Vázquez, Y., Almejo Hernández, R., Hernández Álvarez, A. R., & Romo Viramontes, R. (2016). *Índice de de marginación por entidad federativa y municipio 2015*. México: CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN.
- Torres Poveda, K. J., Arredondo López, A. A., Duarte Gómez, M. B., & Madrir Marina, V. (2008). La mujer indígena, vulnerable a cáncer cérvicouterino: Pespectiva desde modelos conceptuales de salud pública. *SALUD EN TABASCO*, 807-815.
- Trujillo Olivera, L. E., García Chong, N. R., Orantes Ruíz, R., & Cuesy Ramírez, M. Á. (2014). Salud-Enfermedad-Atención en Chiapas, México. *Espacio I+D, Inovación más Desarrollo.*, 80-104.
- Zamora Ramos, E., Alcántara Rico, D., Cabrera Sánchez, E. G., & Moreno Marín, T. C. (2016). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud*. México: Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud.

# INDICE DE GRAFICOS, DIAGRAMAS, ESQUEMAS, TABLAS, MAPAS, IMÁGENES.

## GRÁFICAS

GRÁFICA 1. ESTIMADO DE NÚMERO DE CASOS DE CÁNCER EN EL MUNDO.

GRÁFICO 2. ESTIMADO DE NÚMERO DE MUERTES POR CÁNCER DE TODAS LAS EDADES EN EL MUNDO.

GRÁFICO 3. TASA DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR TODOS LOS CÁNCERES DE TODAS LAS EDADES EN EL MUNDO.

GRAFICA 4. PREVALENCIA ESTIMADA 5 AÑOS DE CASOS DE CÁNCER EN LA POBLACIÓN ADULTA.

GRÁFICO 5. INCIDENCIA Y MORTALIDAD EN AMÉRICA CENTRAL DE DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER.

GRÁFICO 6. INCIDENCIA Y MORTALIDAD DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN AMÉRICA LATINA.

GRÁFICO 7. NÚMERO ESTIMADO DE CASOS DE INCIDENCIA DE CASOS DE CÁNCER EN MÉXICO 2012.

GRÁFICO 8. MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICOUTERINO POR GRUPO DE EDAD EN MÉXICO 1990-1995-2000-2005-2010-2015.

GRAFICO 9. AÑOS DE VIDA SALUDABLEMENTE PERDIDOS POR GRUPO DE EDAD. MÉXICO: 1990,1995, 2000,2005, 2010, 2015

GRÁFICO 10. DEFUNCIONES POR CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL MUNICIPIO DE PALENQUE, CHIAPAS 2016.

GRÁFICO 11. NIVELES DE POBREZA EN MÉXICO-CHIAPAS-PALENQUE 2015.

GRÁFICO 12. NIVELES DE POBREZA EXTREMA MÉXICO-CHIAPAS-PALENQUE 2015.

GRÁFICO 13. PORCENTAJE DE POBLACIÓN MEXICANA ASEGURADA DE ACUERDO A LA SEGURIDAD SOCIAL, 2015.

GRÁFICA 14. UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA POR 10,000 HABITANTES POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2007 Y 2014.

GRÁFICA 15. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN POR 100,000 HABITANTES POR ENTIDAD FEDERATIVA. 2007 Y 2014.

GRÁFICA 16. CAMAS HOSPITALARIAS POR 10,000 HABITANTES POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2005 Y 2014

GRÁFICO 17. MÉDICOS GENERALES POR 10,000 HABITANTES POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2005 Y 2014.

GRÁFICO 18. MÉDICOS ESPECIALISTAS POR 10,000 HABITANTES POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2005 Y 2014.

GRÁFICO 19. POBLACIÓN AFILIADA A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO 31 DE DICIEMBRE 2016.

GRÁFICO 20. UNIDADES MÉDICAS EN SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2016.

GRÁFICO 21. POBLACIÓN DE PALENQUE SEGÚN SU CONDICIÓN DE AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PALENQUE AL 15 DE MARZO 2015

GRÁFICO 22. UNIDADES MÉDICAS EN SERVICIO DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD EN PALENQUE, CHIAPAS, 2016.

GRÁFICO 23. DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE CACU EN CHIAPAS DE AGOSTO 2016 A JULIO 2017

GRÁFICO 24. CITOLOGÍAS CERVICALES REALIZADAS A MUJERES EN CHIAPAS SEGÚN EL TIPO DE AFILIACIÓN DE SALUD DEL PERIODO AGOSTO 2016 A JULIO 2017.

GRÁFICO 25. LESIONES IDENTIFICADAS A TRAVÉS DE LA CITOLOGÍA CERVICAL EN CHIAPAS DE AGOSTO 2016 A JULIO 2017,  
GRÁFICO 26. ESTUDIOS DE DETECCIÓN DE CACU DE ACUERDO AL TIPO DE SEGURO MÉDICO REALIZADOS EN PALENQUE EN EL PERIODO AGOSTO 2016 A JULIO 2017  
GRÁFICO 27. CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN CONTRA EL VPH EN PALENQUE, CHIAPAS EN EL PERIODO AGOSTO 2016 A JULIO 2017  
GRÁFICO 28. ESTUDIOS DE DETECCIÓN DE CACU REALIZADAS EN LA CLÍNICA DE LA MUJER EN EL PERIODO AGOSTO 2016 A JULIO 2017.  
GRÁFICO 29. TOTAL DE LESIONES DETECTADAS A TRAVÉS DE LAS CITOLOGÍAS REALIZADAS EN LA CLÍNICA DE LA MUJER. AGOSTO 2016 A JULIO 2017  
GRÁFICO 30 A. CONSULTAS DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO. "CASA DE APOYO A LA MUJER" AGOSTO 2016 A JULIO 2017  
GRAFICA 30 B. TOTAL DE PACIENTES QUE SE REALIZARON ESTUDIOS DE DETECCIÓN DE CACU EN CAM AGOSTO 2016 A JULIO 2017  
GRÁFICO 31. CAMPAÑAS DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO. "CASA DE APOYO A LA MUJER".  
GRÁFICO 32. RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL POR MES. "CASA DE APOYO A LA MUJER" DE AGOSTO 2016 A JULIO 2017  
GRÁFICO 33. TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO LAS 46 PACIENTES QUE SE IDENTIFICARON CON LESIÓN EN CAM  
GRÁFICO 34. TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LAS PACIENTES DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO RECIBIDO EN CAM  
GRÁFICO 35. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS LESIONES CERVICALES DE ACUERDO AL SEGUIMIENTO DE CAM  
GRÁFICO 36. EVOLUCIÓN DEL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE ACUERDO AL TIPO DE LESIÓN CERVICAL INICIAL

## **DIAGRAMAS**

DIAGRAMA 1. ETIOLOGÍA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.  
DIAGRAMA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA POBLACIÓN DE CHIAPAS  
DIAGRAMA 3. COBERTURA EN SALUD; GRUPOS BENEFICIARIOS.

## **ESQUEMAS**

ESQUEMA 1. ESQUEMA CONCEPTUAL DE MARGINACIÓN.

## **TABLAS**

TABLA 1. MORTALIDAD DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE Y POBLACIÓN INDÍGENA, CHIAPAS, 2014.  
TABLA 2. TASA DE DEFUNCIÓN DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN IDH Y MUNICIPIOS CON POBLACIÓN INDÍGENA, CHIAPAS, 2014.  
TABLA 3. ÍNDICE DE REZAGO SOCIAL.  
TABLA 4. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO  
TABLA 5. INDICADORES SOCIOECONÓMICOS 2015 MÉXICO- CHIAPAS- PALENQUE.

TABLA 6. SECRETARIA DE SALUD DE CHIAPAS; RECURSOS HUMANOS 2014.  
TABLA 7. INFRAESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE CHIAPAS 2014.  
TABLA 8. DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN CASA DE APOYO A LA MUJER AGOSTO 2016 A JULIO 2017  
TABLA 9. PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CACU EN CAM AGOSTO 2016 A JULIO 2017  
TABLA 10. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CACU

## **MAPAS**

MAPA 1. MORTALIDAD ESTIMADA POR CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL MUNDO, 2012.  
MAPA 2. INCIDENCIA ESTIMADA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL MUNDO, 2012  
MAPA 3. TASA DE MORTALIDAD DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE 25 AÑOS Y MÁS. 2015.  
MAPA 4. CHIAPAS; POBLACIÓN INDÍGENA.

## **IMÁGENES**

IMAGEN 1. "¡LLEVAMOS SEIS MESES SIN ESCUELA!".  
IMAGEN 2. CONDICIONES DE VIVIENDA EN CHIAPAS.  
IMAGEN 3. MUJER INDÍGENA.  
IMAGEN 4. PORCENTAJE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL.  
IMAGEN 5. POBLACIÓN POR CARENCIA SOCIAL EN MÉXICO 2016.  
IMAGEN 6. PIRÁMIDE POBLACIONAL INDÍGENA.

## **ANEXOS**

ANEXO 1. TABLA. ACCIONES QUE SE DEBEN REALIZAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN POR EL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.  
ANEXO 2. TABLA. ACCIONES QUE SE DEBEN REALIZAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN CONSULTA FRENTE A CASOS DE LESIONES INTRAEPITELIALES.

ANEXO A.  
ANEXO B.  
ANEXO C  
ANEXO D  
ANEXO E  
ANEXO F  
ANEXO G  
ANEXO H  
ANEXO I  
ANEXO J

ANEXO K  
ANEXO L  
ANEXO M



## **GLOSARIO DE ACRONIMOS**

CAM: CASA DE APOYO A LA MUJER.

UNACH: UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS.

DIF: DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

VPH: VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

H.C.M: HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA.

V.C.M: VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.

C.H.C.M: CONCENTRADO DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA.

BUN: NITROGENO UREICO.

T.G.O: TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA.

T.G.P: ALANINS-AMINOTRANFERASA.

NOM: NORMA OFICIAL MEXICANA.

LEIBG: LESIÓN INTREPITELIAL DE BAJO GRADO.

LIEAG: LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO.

CACU: CÁNCER CERVICOUTERINO.

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

ODM: OBJETIVOS DEL MILENIO.

CIDH: COMISIÓN INTERAMERICANA DE LOS DERECHOS HUMANOS.

MM: MORTALIDAD MATERNA.

GLOBOCAN: CANCER INCIDENCE AND MORTALITY WORLDWIDE.

OPS: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

CNEGSR: CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GENERO Y SALUD REPRODUCTIVA.

AVISA: AÑOS DE VIDA SALUDABLEMENTE PERDIDOS.

IDH: ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO.

FORBES:

HLI: HABLANTES DE LENGUA INDIGENA.

CONEVAL: CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL.

CONAPO: CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN.

CEPAL: COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

LGS: LEY GENERAL DE SALUD.

PNUD: PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO.

OCDE: ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS.

INEGI: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA.

SESA: SERVICIOS ESTATALES DE SALUD.

ISA: INSTITUTO DE SALUD DE CHIAPAS.

SPS: SEGURO POPULAR DE SALUD.

IMSS: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

ISSSTE: INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

PEMEX: PETRÓLEOS MEXICANOS.

ISSSTECH: INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE CHIAPAS.

SSA: SECRETARÍA DE SALUD (MÉXICO) DEL GOBIERNO FEDERAL MEXICANO.

ETS: ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

