

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

**División de Ciencias Biológicas y de la
Salud**

Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Medicina

**“Reporte Final de Servicio Social, plaza en
Sanando Heridas, A.C. en la región de los
Altos de Chiapas, México del periodo Enero
a Diciembre 2021”**

Joel Heredia Cuevas

Asesor SS UAM-X

MPSS Nuria Sofia Fuentes Saavedra

MPSS Guevara de la Rosa Erick Donaji

Índice:

● Introducción	03
● Justificación	05
● Objetivo	05
● Proceso de Adaptación al Servicio Social	06
● Diagnóstico de Salud Comunitaria.....	15
● Seguimiento de Programas y Perfil de Morbilidad	46
● Conclusiones.....	81
● Bibliografía	82
● Anexo 1.....	84

Introducción

El concepto actual de Servicio Social tiene sus inicios en el año 1936 al realizarse el primer convenio entre la Universidad Nacional Autónoma de México y el Departamento de Salud Pública, el cual estaba dirigido principalmente hacia el medio rural y cuyo objetivo principal era atender a las comunidades carentes de servicios médicos, comprometiéndose la Universidad a fijarlo como requisito académico para obtener el título de Médico Cirujano. (Robles, 2015)

Si se indaga en la historia de México puede encontrarse que las raíces del Servicio Social se remontan al periodo prehispánico, donde la población vivía en comunidades que practicaban el trabajo común y desarrollando relaciones de cooperación y solidaridad. En el periodo colonial destacan los casos de Fray Bartolomé de las Casas y vasco de Quiroga, quien concebía al colegio y los hospitales como una sola institución e insistía en su conservación en beneficio de los indios por lo que fundó el Hospital de Santa Fe. Durante 1910, ante el restablecimiento de la Universidad Nacional de México, Justo Sierra promueve la Reforma Integral de la Educación Mexicana la cual favoreció al desarrollo de la extensión de la enseñanza y la investigación científica para así contribuir al desarrollo nacional; estas ideas fueron plasmadas en los artículos 4º y 5º de la Constitución Mexicana bajo el principio que los profesionistas deben ser útiles a la sociedad. Aunado a este antecedente José Vasconcelos señalaba: “La técnica y el arte tienen como mira final servir al hombre del pueblo. La Universidad dejará de producir profesionistas decimonónicos: individualistas, egocentristas y simuladores. En cambio, se forjará al profesional capaz y solidario” (Mejía Estrada, 2017) resultado de estas ideas y políticas desde los años veinte, se desarrolla un proceso de integración de programas de servicio social en las universidades.

“El Servicio Social es la actividad profesional a través de cuya práctica el universitario participa en la sociedad, identificando problemáticas y coadyuvando a su solución. A través de esta actividad se trabaja para impulsar las condiciones necesarias que fomentan la formación integral de los universitarios en el marco de respeto a los derechos humanos de los pueblos”. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, (2020)

Esta actividad consolida la formación profesional y fomenta una conciencia de solidaridad con la sociedad y el país. Durante su realización se afianza la formación académica poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas y obteniendo nuevos conocimientos y habilidades profesionales. De igual manera, ayuda a tomar conciencia de la problemática nacional y, en particular, de los sectores más desprotegidos. Así mismo, ayuda a reconocer el costo de la educación recibida y a retribuirle a la sociedad con acciones responsables.

En conclusión, el Servicio Social es una prueba de que las instituciones de educación superior pueden colaborar activamente en la solución de los problemas sociales; y en el caso de los egresados de la carrera de medicina, contribuir a brindar un mejor servicio médico mejorando así la salud de los mexicanos.

Justificación

Como parte del proceso de titulación los alumnos de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco deben presentar un Reporte Final de Servicio Social en el que se expongan las actividades que se realizaron durante este periodo. El análisis se realizó de acuerdo a nuestra experiencia lo largo de nuestro año de servicio social como médicos pasantes en la asociación civil Sanando Heridas A.C. ubicada en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, la cual brinda consulta en la ciudad de San Cristóbal y a seis comunidades indígenas ubicadas en los Altos de Chiapas. Para este reporte nos basamos en un marco teórico contextual de la salud en México, lo que permitirá demostrar la relevancia del trabajo realizado; para así obtener el grado de Médico Cirujano.

Objetivo

Exponer y describir las actividades de intervención médica realizadas durante el periodo de 1° de Enero de 2021 al 31 de Diciembre de 2021, y más allá del componente académico, se busca concientizar al lector sobre la importancia de la salud comunitaria, dejar la indiferencia y entender la pluralidad de pensamiento y el respeto a la diversidad culturales.

Estructura del Reporte

Este reporte se divide en 3 secciones:

1. Proceso de adaptación al servicio social
2. Diagnóstico de salud comunitaria
3. Seguimiento de programas y perfil de morbilidad

Proceso de adaptación al Servicio Social

MPSS Nuria Sofía Fuentes Saavedra

Desde antes de ingresar a la licenciatura en medicina sabía que cuando llegara el momento quería realizar mi servicio social con comunidades indígenas, así que cuando llegó el momento no dudé en postularme; no sólo era una oportunidad de poner en práctica lo aprendido a lo largo de la licenciatura, más allá del aspecto profesional, mi intención fue darme la oportunidad de conocer otra gente, otras realidades, otros mundos.

Viajé en avión por primera vez cuando me dirigía a Tuxtla y en rumbo a San Cristóbal de las Casas recuerdo lo maravillada que estaba por los paisajes montañosos.

Mi primer día rumbo a la comunidad comenzó frío. Desde temprano cargamos la camioneta con los expedientes y medicamentos e iniciamos un viaje aproximadamente de 2 horas rumbo a Poconichim, Chenalhó. Lo que más me impactó a mi llegada a comunidad fue la gran precariedad con la que sobreviven, así como las condiciones geográficas por las que tuvimos que atravesar para llegar a nuestro destino. La coordinadora nos presentó a las autoridades y procedimos a iniciar la consulta, la enfermera pasó a la primera paciente, yo estaba muy nerviosa, mientras ambas se me quedaban viendo con una mirada que interpreté como: “tú eres la doctora”. Comenzó a traducir sus síntomas (dado que las enfermeras son hablantes de tsotsil y, sin duda, sin ellas no sería posible dar la consulta, ya que la mayoría de habitantes hablan poco español) ¡qué suerte que las enfermeras ya tienen experiencia! porque si me hubieran hecho una traducción literal hubiera sido muy difícil entender la semiología, porque de por sí poder explicar una sensación es complicado, más complicado se me hacía tener que descifrar e interpretar lo que sienten.

Dar la consulta con una traductora es muy complejo, porque si bien no se puede traducir de forma literal (por ejemplo, la rodilla que la traducción literal sería “cabeza del pie” o “el ojo del pie”, refiriéndose al tobillo, o como las pestañas que son el “ala del ojo”) noté que la manera en la que describen sus sensaciones es muy particular: “es que siento un calor que se me sube en el cerebro y me da

cólico del pensamiento” (¡híjole eso no me lo enseñaron en la escuela!). Al principio, realizar propiamente la semiología fue lo más complicado para mí, pero también fue interesante observar que la gente considera que muchos de sus padecimientos se relacionan con las sensaciones más “primitivas” de su cuerpo por ejemplo, el calor o el frío son portadoras de diversas enfermedades; otro aspecto que me llamó la atención y que me parece que es difícil identificar es el desgaste “natural” relacionado con la edad o con el cansancio de las actividades del hogar, que los pacientes de 70 años refieran pérdida de la agudeza visual o cansancio al trabajar el campo y que para ellos no se relacione con la edad; o que mujeres que tienen alrededor de 5 hijos y tienen que encargarse de moler el maíz, hacer sus tortillas, lavar ropa, conseguir leña, además del trabajo en el campo consideren que el hecho de estar cansadas durante la tarde sea algo patológico. También me sorprendió la facilidad por la cual acudían a consulta, buscando un medicamento “mágico” que les alivie casi instantáneamente su incomodidad.

Los pacientes que vi durante este año se dividen en dos grandes grupos: aquellos que van por sintomatología de resolución simple como dolor de cabeza secundaria por una larga exposición al sol y la baja ingesta de agua, y aquellos que llevan muchos años de evolución de su padecimiento y ni siquiera lo habían identificado como un problema. La gente que se preocupa por su salud en ocasiones sí acude a revisión ante los primeros síntomas, entonces, ¿por qué no acuden a las instituciones gubernamentales? Es un tema largo del cual podríamos hacer su propia tesis, pero básicamente se relaciona con que tienen que recorrer largas distancias a pie, además que la mayoría de los indígenas no tienen confianza con los médicos del centro de salud porque no se les atiende con amabilidad ni respeto o no los revisan bien o incluso no hay médicos en los centros de salud o se les niega la atención.

Sin duda el conocimiento es un factor indispensable para ser un buen médico, pero la conexión interpersonal entre el que brinda la atención y la recibe son tan importantes como el dominio de la materia, por lo que considero que Sanando Heridas hace un gran trabajo, no únicamente al acceder a las localidades sino de facilitarles las consultas desde su lengua materna, dentro de un enfoque de interculturalidad.

MPSS Erick Donaji Guevara de la Rosa Erick Donaji

En palabras de Jean Piaget: “La inteligencia es adaptación al medio” y el proceso de adaptación por el que pasé al llegar al servicio social me impresionó sobre todo en el aspecto cultural. De lo que más me llamó la atención fue que las personas usaran mucho la palabra “bueno”. Se me hizo muy curioso que al comprar algo y decir “gracias” la gente no respondía con un “no es nada”, “de nada”, “gracias a usted” o alguna frase similar sino que respondían con “bueno” esto me hizo preguntarme por qué decían y/o repetían esa palabra. Mi teoría es que, debido a que la gente de la región desciende en su mayoría de indígenas, y sus antepasados debían obedecer las órdenes de sus amos, seguramente usaban “bueno” para hacerle entender a este jefe que la acción se había entendido y se iba a realizar.

Otra situación que me llamó la atención fue que te saludaran al ir caminando por la calle; la mayoría de la gente sin conocerte te saluda, y es en mayor proporción si eres hombre; en cambio como me explicaron, el saludar a una mujer (sobre todo si es joven) es un sinónimo de coqueteo. Es algo que cabe resaltar porque en ciudades más grandes y pobladas como la Ciudad de México estas situaciones no ocurren, no vas por el metro saludando a todos, ni siquiera en tu propia colonia es algo que se haga con normalidad.

Con respecto a las consultas lo más complicado fue en comunidad ya que la mayoría de las personas hablan tzotzil, lengua que forma parte de la familia lingüística maya junto con el tzeltal; y al ser un idioma que desconozco la comunicación fue poco fluida y difícil. Al principio la consulta la daba de manera lenta ya que yo solo fungía como un escribano, yo anotaba lo que la enfermera traductora me decía y después revisaba a la usuaria, con el paso del tiempo fui aprendiendo algunas palabras y frases que podía emplear durante las consultas. Sin embargo, esto fue un proceso lento y tardado, sobre todo de mi parte en cuanto a pronunciación, ya que esta lengua requiere que la pronunciación sea exacta o el significado de las palabras podría cambiar.

Otro de los cambios muy importantes al dar la consulta, fue la manera de preguntar las cosas. Acostumbrado a dar consulta en ciudad, donde las preguntas son desde cosas muy superficiales como cuántas veces se cepilla los

dientes hasta cosas muy íntimas como el inicio de vida sexual activa. Al llegar a las comunidades me di cuenta que esas preguntas que en algún momento se les veía como parte de un requisito más para la historia clínica, ahora solo se hacían cuando realmente es algo importante para la patología. Como bien dicen “Pueblo chico, infierno grande” en las comunidades, que son zonas con relativamente pocos habitantes y donde todos se conocen, hay ciertas situaciones con las cuales uno debe ser cauteloso; esto aplica para muy variadas situaciones, desde una vulvovaginitis, un embarazo y hasta el hecho de que una mujer quiera planificar; a todas estas y más situaciones había que tenerle mucho más recelo aquí que en algunos otros lugares del país, ya que el más mínimo detalle que pueda salir de la consulta podía llegar a generar un gran cotilleo dentro de la comunidad.

Al pasar los días fui notando que muchas usuarias no sólo acudían por un dolor de cabeza, una infección de vías respiratorias o una simple diarrea, también asistían a comentar algunas situaciones personales que les acongojaban y les causaban un malestar. El escuchar de manera activa y empática la situación que comentaba mejoraba mucho la relación médico-paciente porque se generaba un lazo de confianza, el cual hace que la información que brindan dentro de la consulta sea más verídica. Si tratamos al usuario en todo momento como un individuo autónomo con principios y valores propios y que, a pesar de estar en una situación de enfermedad, tiene capacidad para tomar decisiones, debe tomarse en cuenta como parte activa del diagnóstico y tratamiento, y dejar de ser solo un actor pasivo; esto hace que la atención médica sea horizontal y no de manera vertical como se acostumbraba en otros momentos en los que se consideraba que el médico es el que sabe y su palabra es la única ley (Mejía Estrada, 2017).

Un factor que tuve que tomar en cuenta al dar consultas en comunidad es que cuentan con su medicina tradicional. Definir medicina tradicional indígena es muy difícil debido a que cambia de acuerdo con el lugar donde uno se encuentre, no todas las culturas ni los grupos sociales manejan los mismos parámetros para determinar cuando una persona está sana o no lo está, además de que en cada lugar existen muchas enfermedades de las denominadas normales y culturales, con sus respectivas especialidades médicas y diferentes recursos terapéuticos,

por ello la medicina tradicional indígena debe ser interpretada de acuerdo con la cosmovisión del grupo social (López Hernández, 2006)

Para la cultura tzotzil la enfermedad abarca desde lo más grave como un tumor cancerígeno, hasta lo más sencillo (desde mi punto de vista) como el sentirse cansados después de una jornada laboral intensa recogiendo el café. Muchas veces lo primero que hacen es acudir a su medicina tradicional, la cual cuenta con “médicos” designados que curan dependiendo del malestar, así existe el *ts'ak bak* (cura la carne y el hueso) el *'ilol* (se enfrenta a enfermedades sobrenaturales, enfermedades del espíritu y hechicería) y el *Me'santo* (practica rituales mágico-religiosos relacionados con oráculos y santos parlantes; pero si su intervención no llega a funcionar acuden a la consulta médica como último recurso. (INPI, 2020)

Dentro de su concepción tienen enfermedades naturales (aquellas que no causan grandes sufrimientos) y sobrenaturales (enfermedades graves consideradas como castigos por transgredir las normas sociales (INPI, 2020)). Lo que yo pude notar fue que muchas de las personas esperan una solución “mágica” a los padecimientos que cargan. Esperan que todo sea un ciclo de enfermedad-salud, en el cual sin importar lo que hagan o dejen de hacer va a haber algo que de tajo va a cortar la enfermedad. Me he percatado que esto sucede en mayor rango con las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.) al informarles que son diabéticos muchos preguntan si hay algo que les quite la enfermedad o que si dejan de comer o toman algo en especial la patología va a remitir, a lo que se les explica que más que ser un ciclo de enfermedad-salud, como en todo, se trata de un efecto de causa-consecuencia: después de años de malos hábitos higiénico-dietéticos el resultado es un padecimiento que ya no tiene marcha atrás, pero que con mejoras en el estilo de vida y medicamento es controlable y representa años y años de calidad de vida.

Otra situación destacable es, que si un malestar no te impide realizar tus actividades diarias, no es motivo para que interrumpas las mismas y vayas a una consulta médica; esto sobretodo lo he notado en varones jóvenes y adultos, platicando con ellos dan varias razones del por cual no van y la más

preponderante es que son el sustento del hogar, no pueden darse el lujo de no ir a sembrar o recolectar lo cosechado por el simple y sencillo hecho de no sentirse bien físicamente, ellos son la cabeza del hogar y son los que llevan el pan a la mesa por lo que para algunos es una dolencia importante que nos impide llevar a cabo ciertas actividades, para los hombres de comunidad es una enfermedad la cual o se va a pasar o seguirá, pero no los frenará, al menos hasta que avance y se vuelva algo de verdadera importancia.

Adaptación al servicio social a nivel institucional

Respecto a la parte institucional, donde realizamos nuestro servicio social, Sanando Heridas es una asociación civil sin fines de lucro, se fundó legalmente y como donataria autorizada desde 2008. La organización surge de un grupo de empresarios mexicanos que contribuyen económicamente con el fin de que los recursos recaudados lleguen, en su mayoría, a mejorar la salud de algunas familias de comunidades en la Zona de los Altos de Chiapas. Desde un inicio se estableció en San Cristóbal de las Casas, actualmente existe un equipo en Ciudad de México que se encarga de la coordinación administrativa y desde donde se lleva a cabo la recaudación de recursos económicos de distintos patrocinadores tales como empresas y donantes individuales.

Los Altos de Chiapas encabeza la población indígena con índice de rezago muy alto, su misión es mejorar la calidad de vida de los habitantes y comunidades en desventaja de la región de los Altos de Chiapas mediante programas de atención médica y educación en salud, desde un enfoque de derechos y una perspectiva intercultural a partir de la información y capacitación, clara y oportuna, ha logrado un impacto en la consciencia de los pobladores de esta región en prevención de enfermedades (Sanando heridas, 2021).

Misión

Mejorar la calidad de vida de los habitantes y comunidades en desventaja de la región de los Altos de Chiapas, mediante programas de atención médica y educación en salud, desde un enfoque de derechos y una perspectiva intercultural.

Visión

Ser modelo de atención integral para la salud, fomentar la corresponsabilidad comunitaria, así como generar y potenciar capacidades y actitudes que favorezcan estilos de vida saludables.

Los valores en los que se fundamenta la institución son:

- Honestidad
- Excelencia

- Profesionalismo
- Corresponsabilidad
- Respeto a los derechos humanos y a la interculturalidad
- Respeto al medio ambiente
- Confidencialidad
- Transparencia

Para mejorar la atención brindada y poder llevar un mejor control de los usuarios, se crearon los grupos de vigilancia, los cuales son: Crecimiento y Desarrollo para niños y niñas menores de cinco años, Planificación Familiar en la cual se brinda información reproductiva y se les otorgan métodos anticonceptivos, Vigilancia del Embarazo, Parto y Puerperio, para mujeres que deseen llevar su control de embarazo con consultas prenatales.

Por parte del Área Educando el objetivo es brindar educación para la salud por medio de talleres explicados en su lengua materna para niñas, niños, mujeres y sus familias, con el fin de generar hábitos, actitudes, aptitudes y capacidades enfocadas en prevenir las enfermedades primarias que pueden ser evitadas si se tienen buenos hábitos higiénico-dietéticos como enfermedades infecciosas o crónico degenerativas.

Como médicos pasantes de servicio social las labores se enfocan principalmente al área de salud brindando la consulta y, si es requerido, también en algunas ocasiones se aporta al área de educando participando en alguno de los talleres que se imparten. A pesar de que la principal tarea es brindar consulta, no sólo funges como médico, también puedes ser secretario, cargador, chofer o lo que se necesite. Ser parte del equipo de Sanando Heridas implica estar dispuesto a entrar a una colectividad en la cual el aporte que brindes es bien recibido y bien encaminado para el bien común tanto de la asociación, como de las localidades con las que se labora.

Evaluación

Su labor cotidiana es muy coherente con su misión y visión, así como los valores que promueve la institución se respetan y difunden, su labor sin duda ha tenido

impacto favorable con las comunidades al cumplir el objetivo principal de mejorar la salud, pues al promover un enfoque participativo se pueden evaluar indicadores del impacto que se está teniendo en la población.

Fortalezas

La principal fortaleza es que el equipo operativo está comprometido con la asociación y con el trabajo que se realiza, se involucran en los casos de gestión y en otorgar consultas médicas de calidad. Además, el hecho de que se les otorgue la consulta en su lengua materna, sin duda, hace la diferencia no sólo porque puedan tener mejor conocimiento de su padecimiento y tratamiento, sino también porque es otorgada por enfermeras indígenas que conocen y comparten sus costumbres así no se nos ve como agentes externos que llegan a criticar sus actos, sino que nos involucramos e involucramos a los usuarios para trabajar en conjunto por su salud.

Otra fortaleza fundamental es que se otorgan talleres de educación con lo que se busca que se generen cambios positivos en sus estilos de vida que repercutirán en su salud.

Debilidades

Al tratarse de una asociación civil indudablemente Sanado Heridas está sujeta a los donativos que pueda conseguir y el presupuesto siempre es una limitante para poder lograr tener un mayor impacto, además de que el equipo operativo en Chiapas únicamente son 13 personas, de las cuales el equipo de salud son 6, por lo que si se pudiera incrementar el personal se podría llegar a más localidades y realizar más acciones.

Recomendaciones

Involucrar más a las mujeres madres de familia en los talleres que se imparten, dado que ellas son quienes velan por la salud de sus hijos y de sus familias en general, además de que estos talleres pueden ser de temas muy útiles tratando de compensar un poco la falta de información que tienen por los bajos grados de escolaridad.

Promover que las autoridades se involucren más con las acciones de Sanando Heridas con el fin de que las localidades sean autónomas en temas básicos de promoción de salud.

Diagnóstico de salud comunitaria

Introducción

En esta segunda sección del reporte, se aborda y analiza el derecho a la salud primero desde un contexto sobre el estado del derecho a la salud en el país, tomando en cuenta lo que se establece en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud así como lo que diga la OMS respecto a la situación en la que se encuentra el estado de Chiapas, región en la que hice mi servicio social, para exponer la relación entre las condiciones de vida, el bienestar general y el acceso a la salud.

Marco teórico y legal sobre el Derecho a la Salud

De acuerdo con el artículo 1o. Bis de la Ley General de Salud “Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, sin embargo, el acceso a la salud, a pesar de estar garantizado en el artículo 4° de la constitución política de los estados unidos mexicanos, es un privilegio con el que las comunidades más apartadas y vulnerables no siempre cuentan. La falta de hospitales, clínicas y de atención médica inmediata, así como la escasez de agua potable y recursos suficientes, son factores que han contribuido a que los grupos sociales marginales no puedan ejercer plenamente su derecho a la salud.

Las circunstancias que rodean a una persona o grupo de personas y que afectan su bienestar son conocidas como determinantes sociales de la salud; las situaciones en las que las personas nacen, crecen y viven están influidas por el sistema económico y políticas sociales de la región en donde se desarrollan; es decir, el factor socioeconómico y las políticas públicas impactan a gran escala el acceso a la información preventiva y los servicios de salud y, por ende, a la calidad de vida. Los determinantes también están relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.

El derecho al grado máximo de salud que se puede lograr exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda

adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2009)

En México no toda la población cuenta con cobertura del seguro social IMSS o ISSSTE, sin embargo, la fracción V de la ley general de salud, reformada en el 2019, reconoce los derechos de las personas carentes de seguridad social asegura que: “V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados; Fracción reformada DOF 29-11-2019”. Además, dentro del plan nacional de desarrollo 2019-2024 se tiene como uno de sus objetivos que: "hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos".

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) contribuye con esta labor pues cuenta con 18 programas a nivel nacional que tienen como objetivo disminuir y tratar los riesgos de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como prevenir riesgos para la salud. Algunos de los programas que incluye el CENAPRECE son: Atención al envejecimiento, Prevención y control de la obesidad y el riesgo cardiovascular, Prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza, Prevención, detección y control de los problemas de salud bucal, entre otros.

Sin embargo, debe tomarse en cuenta que en el país hay zonas remotas que no cuentan con campañas o la difusión de éstas, las zonas con mayor índice de pobreza son las más afectadas, según la OMS: “Tres de las enfermedades transmisibles más mortíferas (paludismo, VIH/sida y tuberculosis) afectan desproporcionadamente a las poblaciones más pobres del mundo [...] la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, está aumentando desproporcionadamente en los países y las poblaciones de bajos ingresos” zonas como las habitadas por población indígena son de las que tienen menor posibilidad de atender sus afecciones.

A pesar de que el artículo segundo de la constitución afirme que las comunidades indígenas son autónomas en cuanto a convivencia y organización social, económica, política y cultural, también se les garantiza en el inciso b fracción III que es obligación de la Federación: “Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”. (Ley General de Salud, 2021)

Los programas sociales que contribuyan a ejercer el derecho a la salud debe tener mayor presencia en comunidades de bajos recursos y cuyo acceso a la información a través de otras plataformas es escaso. Las acciones que la Secretaría de Salud lleve a cabo para garantizar el bienestar de la población deben ejecutarse de manera conjunta con las autoridades de las comunidades indígenas (como se menciona en el artículo 11 de la ley general de salud) pues son ellas quienes tienen mayor conocimiento de cuáles son las partes más afectadas y las problemáticas que deben atenderse en primer lugar.

Cabe resaltar que para las comunidades indígenas hay un obstáculo más para acceder a la información médica y de cualquier otro tipo debido a la barrera que hay por la diferencia lingüística; no todos los programas sociales cuentan con la opción de ser presentados en su lengua materna. Además, debe tomarse en cuenta y respetarse las creencias y costumbres de cada pueblo originario, ya que en muchas ocasiones son sus mismas tradiciones las que evitan que acudan como primera opción a las clínicas o centros médicos.

Otro de los factores que deben tomarse en cuenta a la hora de analizar la desigualdad que hay respecto a la accesibilidad del derecho a la salud es la desigualdad de género, según la OPS las mujeres tienen costos de salud mayores que los hombres debido a su mayor utilización de los servicios de atención de salud, especialmente en servicios de ginecología en los que se requiere mayor monitoreo médico durante el embarazo, parto y lactancia. (OPS, 2015)

Además, corren un mayor riesgo que los hombres de ser pobres, desempleadas o estar contratadas en trabajos que no ofrecen prestaciones de atención de salud.

Tomando en cuenta esta desigualdad y el riesgo de mortalidad que corren las madres e infantes se hizo una modificación en el año 2021 al del Capítulo V de atención materno infantil, artículo 33, donde se manifiesta que la atención materna es prioritaria teniendo como ejes la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, debiéndose garantizar todo tamizaje y cribado en el recién nacido con el fin de diagnosticar enfermedades tratables. (Ley General de Salud, 2021)

Algunas de las modificaciones realizadas durante el año 2021 son:

- La aplicación del tamiz neonatal para la detección de cardiopatías congénitas graves o críticas, se realizará antes del alta hospitalaria.
- En caso de que el diagnóstico confirme la existencia de un trastorno mental y del comportamiento, y que se requiera el internamiento del menor, deberá respetarse lo dispuesto por el artículo 75 de esta Ley y dicho internamiento deberá efectuarse en un establecimiento o área específicamente destinada a la atención de menores. De igual manera, se deberán tomar las medidas necesarias a fin de proteger los derechos que consigna la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. (Ley General de Salud, 2021)

A pesar de que se han hecho modificaciones a la ley general de salud para contemplar problemáticas de grupos vulnerables o para cubrir algún padecimiento o situación que antes no había sido previsto, en muchas ocasiones la misma población es la que ignora sus derechos o no aprovecha los programas y campañas en especial cuando se trata de enfermedades que siguen estando estigmatizadas dentro de la sociedad.

Las enfermedades mentales, las enfermedades de transmisión sexual o las adicciones necesitan ser tratadas, dentro de la ley general de salud artículo tercero se considera como materia de salubridad general:

VI. La salud mental

XV. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;

XV Bis. El Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual

XIX. El programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas

del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol; Fracción recorrida DOF 24-02-2005. Recorrida (antes fracción XXI) DOF 10-06-2011. Reformada DOF 20-04-2015

XX. El programa contra el tabaquismo; Fracción recorrida DOF 24-02-2005. Recorrida (antes fracción XXII) DOF 10-06-2011

XXI. La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia; Fracción recorrida DOF 24-02-2005. Reformada DOF 20-08-2009. Recorrida (antes fracción XXIII) DOF 10-06-2011

Estas enfermedades van en aumento y representan un riesgo importante para la población. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo alrededor de 450 millones de individuos padecen algún tipo de trastorno mental. La Secretaría de Salud Federal estima que de los 15 millones de personas que padecen algún trastorno mental en México, la mayoría son adultos jóvenes en edad productiva.

Este tipo de padecimientos están estrechamente relacionados con las circunstancias sociales y económicas en las que se encuentran los afectados, y si no son atendidas impactan tanto en su productividad como en su bienestar, siendo incapaces de cumplir con la definición de salud que dicta la ley general de salud.

Es por ello que es necesario que se divulguen y creen más programas de prevención de enfermedades que pueden ser evitadas haciendo cambios en los hábitos; padecimientos como ETS, adicciones a estupefacientes, tabaco o alcohol, obesidad, diabetes entre otras.

En conclusión es un trabajo bilateral mantener y defender el derecho a la salud, por parte del gobierno quien debe garantizar, defender y promover acciones en pro de la salud integral de la población tomando en cuenta los determinantes sociales y ajustando la atención y campañas de concientización dependiendo de la población a la que va dirigida y poniendo especial atención a los sectores más vulnerables, así para lograr poner a disposición los servicios médicos necesarios para cubrir la demanda de equipo, personal y medicamento. Al mismo tiempo es trabajo de la misma población acudir y atender las indicaciones que se les dé por parte del sector salud, así como estar atentos de los programas en sus localidades que les permitirán recuperarse o no caer enfermos.

Diagnóstico comunitario

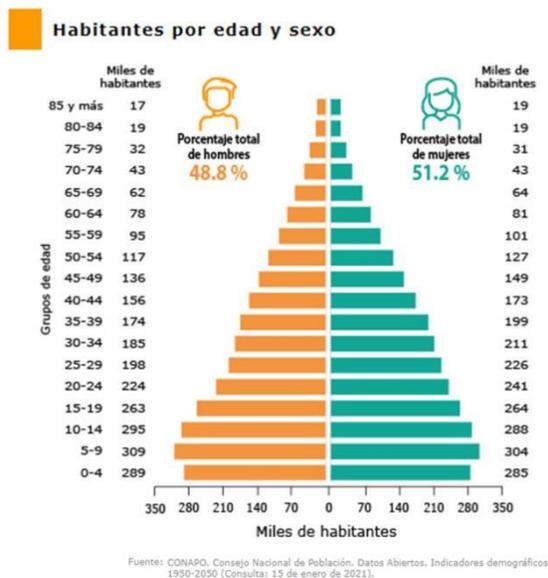
El estado de Chiapas está localizado al sureste de México y cuenta con una superficie territorial de 74,415 km², lo que significa que es el octavo estado más grande de la República Mexicana y su superficie abarca el 3.8% de la superficie total del país. Colinda al norte con Tabasco, al sur con el océano Pacífico, al este con la República de Guatemala y al oeste con Veracruz y Oaxaca. Este estado se encuentra conformado por 123 municipios, mismos que se distribuyen en 15 regiones, de la cual nosotros nos interesaremos de manera más específica por la región V. Altos Tsotsil – Tseltal. Dentro de Chiapas podemos encontrar diferentes pueblos como. (Gobierno de Chiapas, 2021)

- Tseltal
- Tsotsil
- Ch'ol
- Tojol-ab'al
- Zoque
- Chuj
- Kanjobal
- Mam
- Jacalteco
- Mochó
- Cakchiquel
- Lacandón o Maya Caribe

Lo que representa que dentro del estado se tienen 12 de los 62 pueblos indígenas que son reconocidos por el estado mexicano.

Para 2020 Chiapas contaba con una población total de 5, 543,828 habitantes, de los cuales 2, 837,881 eran mujeres y 2, 705,947 eran hombres, lo que representa que el 51.2% de la población era femenina y 48.8% era del género masculino.

En la pirámide poblacional podemos observar que los principales grupos de edad que tienen más cantidad de personas son los que abarcan los rangos de 5 a 9 años, 10 a 14 años y 0 a 9 años por lo que podemos inferir que la mayor población del estado es joven. (INEGI, 2020)



Edad	Niñas	Niños	Total de niñas y niños 2020
Menos de 1 año	55,187	56,560	111,747
1 año	54,751	55,123	109,874
2 años	55,954	56,480	112,434
3 años	58,674	58,741	117,415
4 años	60,675	62,007	122,682
5 años	60,836	62,473	123,309
6 años	59,512	59,685	119,197
7 años	60,792	62,351	123,143
8 años	63,454	64,837	128,291
9 años	59,440	59,412	118,852
10 años	63,511	65,359	128,870
11 años	55,485	56,761	112,246
12 años	58,739	61,490	120,229
13 años	55,023	55,540	110,563
14 años	55,260	55,964	111,224
15 años	55,005	55,095	110,100

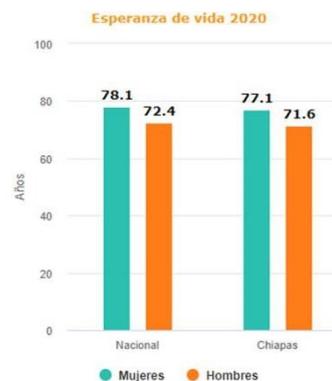
FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020.

En la tabla anterior podemos visualizar que en Chiapas viven 1,880,176 niñas y niños de 0 a 15 años, lo que representa el 34% de la población de esta entidad.



El crecimiento poblacional que ha existido dentro del estado ha ido en aumento pero es de destacar que a partir de 1930 hasta 2015 el crecimiento ha sido constante, como lo podemos ver en la siguiente gráfica.

Para 2020 la esperanza de vida en el Estado de Chiapas para las mujeres es de 77.1 años y para hombres es de 71.6 y al comparar estos datos con la esperanza de vida nacional podemos destacar que la esperanza de vida estatal concuerda con la nacional, en la cual las mujeres tienden a tener una mayor esperanza de vida que los hombres. (INEGI, 2020)

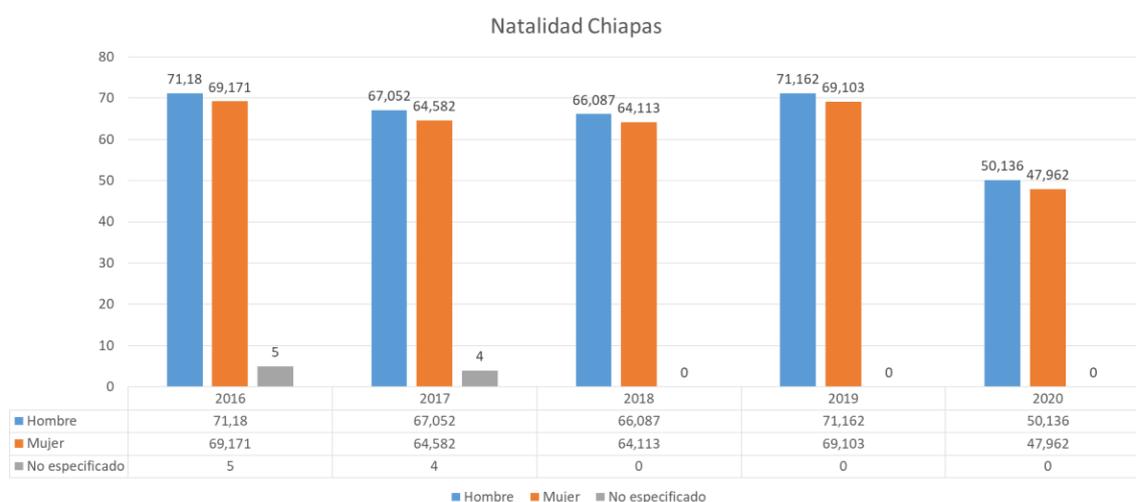


En 2020, la población de Chiapas vive en:



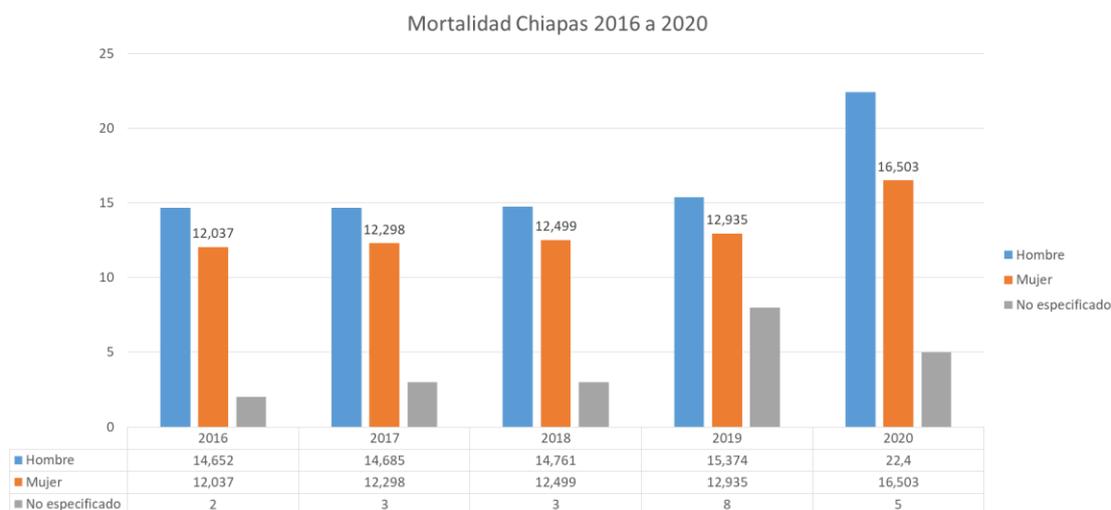
En esta entidad podemos observar que para 2020 la población de Chiapas vive un 49% en localidades urbanas y el 51% en localidades rurales, que comparado con los datos nacionales, el 79% de la población vive en localidades urbanas y el 21% en localidades rurales, esto significa que en Chiapas encontramos que hay 20,951 localidades rurales y 206 urbanas, mientras que a nivel nacional hay 185,243 localidades rurales y 4,189 urbanas, lo que deja al descubierto las desigualdades sociales y en otros distintos rubros que sufre la población de este estado.

Para 2020 la natalidad dentro del estado ha disminuido bastante en comparación con años anteriores, como podemos observar en la gráfica siguiente (INEGI, 2020)



En el año 2020 hubo 50,136 nacimientos de hombre y 47,962 de mujeres, lo que representa una disminución importante comparada con 2019 en el cual hubo 71,162 nacimientos de varones y 68,103 nacimientos de mujeres.

Dentro del rubro de mortalidad observamos que durante el 2020 hubo mayor número de decesos que en años anteriores con un total de 22,400 del género masculino y 16,503 del género femenino, esto secundario a la pandemia de Covid-19 que azoto a todo el mundo. (INEGI, 2020)



La morbilidad del estado sigue de cierta manera a la nacional y continua de manera constante en los últimos años podemos observar que en los últimos 5 años la enfermedad más diagnosticada son las infecciones respiratorias agudas. Pero para 2020 el segundo lugar cambia, siendo desde 2016 hasta 2019 las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas el segundo puesto, ahora para 2020 el segundo lugar corresponde a las infecciones de vías urinarias y para el tercer lugar ocurre el mismo cambio como podemos ver en la siguiente tabla. (INEGI, 2020)

Morbilidad 2016 a 2020 Chiapas				
2016	2017	2018	2019	2020
Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infección de vías urinarias
Infección de vías urinarias	Infección de vías urinarias	Infección de vías urinarias	Infección de vías urinarias	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlceras, gastritis y duodenitis
Gingivitis y enfermedades periodontales	Conjuntivitis	Gingivitis y enfermedad periodontal	Otitis media aguda	Otitis media aguda
Amebiasis intestinal	Otitis media aguda	Otitis media aguda	Gingivitis y enfermedad periodontal	Vulvovaginitis
Otras salmonelosis	Gingivitis y enfermedad periodontal	Vulvovaginitis	Amebiasis intestinal	Amebiasis intestinal
Conjuntivitis	Vulvovaginitis	Amebiasis intestinal	Vulvovaginitis	Otras salmonelosis
Otitis media aguda	Amebiasis intestinal	Otras salmonelosis	Otras salmonelosis	Conjuntivitis
Síndrome febril	Otras salmonelosis	Conjuntivitis	Conjuntivitis	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios

La migración hacia dentro y fuera del estado es un tema muy importante. Entre 2015 y 2020 salieron de Chiapas a otros estados 160,125 personas, de cada 100 personas 18 se fueron a vivir a Quintana Roo, 16 a Baja California, 8 a Nuevo León, 5 a Jalisco y 5 a Tabasco.

A nivel internacional en 2020 salieron de Chiapas 17,014 personas para vivir en otros países, de estos 83 de cada 100 personas se fueron a Estados Unidos de América. Mientras que a nivel nacional se registraron 802,807, de ellos 77 de cada 100 personas se fueron a Estados Unidos de América.

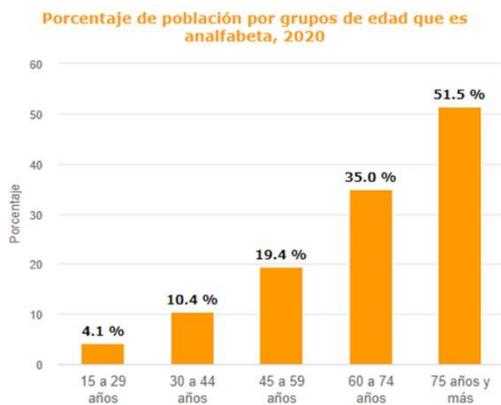
Entre 2015 y 2020 la inmigración fue de 56,588 personas que llegaron a vivir a Chiapas, estos procedentes del resto de las entidades del país, de cada 100 personas 12 provienen de Tabasco, 10 de Quintana Roo, 9 del Estado de México, 9 de Ciudad de México y 9 de Veracruz.

En la siguiente grafica de pastel podemos observar las principales causas de migración, en las cuales la mayor causa es reunirse con la familia, seguido de buscar trabajo y en tercer lugar cambio u oferta de trabajo.



(INEGI, 2020)

La educación dentro del estado es un punto muy importante del cual hablar, podemos observar que en 2020 en Chiapas el grapo promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 7.8, lo que equivale a casi segundo año de secundaria. A nivel nacional la población de 15 años y más tiene 9.7 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más de la secundaria concluida.



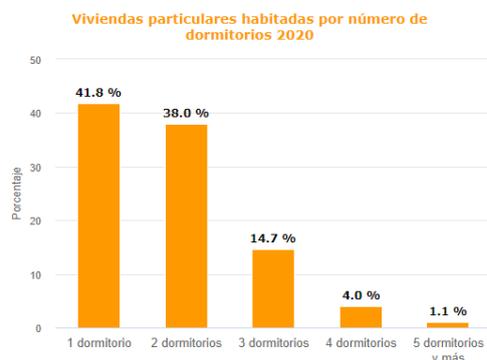
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

De cada 100 personas de 15 años y más 13 no tienen ningún grado de escolaridad, 55 tienen la educación básica terminada, 18 finalizaron la educación media superior y 13 concluyeron la educación superior.

En Chiapas podemos ver que 14 de cada 100 personas de 15 años y más no saben leer ni escribir, comparado con los datos nacionales en los que son 5 de cada 100 habitantes. (INEGI, 2020)

También nos podemos dar cuenta que el mayor porcentaje de población analfabeta en Chiapas se encuentra entre las personas de 75 años y más cómo podemos observar en el grafico anterior.

En 2020 en Chiapas hay 1,351,023 viviendas particulares habitadas, mientras que a nivel nacional son 35,219,141.



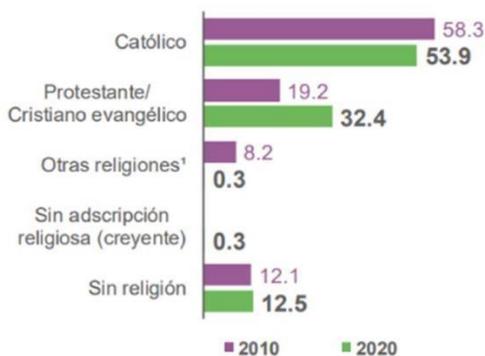
Como podemos observar, 41.8% de las viviendas cuentan con un solo dormitorio y solo el 1.1% cuentan con 5 o más dormitorios. (INEGI, 2020)

De igual manera podemos darnos cuenta que 73.8% de los pisos es de cemento o firme, el 78.3% de las paredes son de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto y 58.5% de los techos están hechos de concreto o viguetas con bovedilla.

Y de estas viviendas, 52.4% disponen de agua entubada dentro de la vivienda, 97.7% cuentan con energía eléctrica y 57.3% tienen drenaje conectado a la red pública. Del total de viviendas habitadas que cuentan con energía eléctrica el 65.9% tienen de uno a cinco focos.

En el ámbito de la religión en 2020 en Chiapas, 53.9% de la población es católica, 32.4% protestante, cristiano evangélico y en tercer lugar se ubican las personas sin religión con 12.5%. A nivel nacional 78% de la población profesa la religión católica.

Porcentaje de población total por religión 2010 y 2020



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

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

En la siguiente grafica podemos observar una comparación de cómo ha cambiado el porcentaje de personas que práctica una religión, así como de las que no practican una religión de 2010 a 2020. (INEGI, 2020)

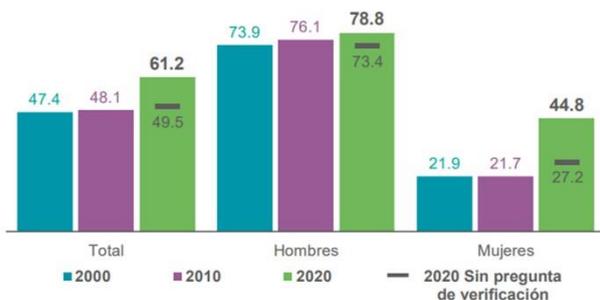
En Chiapas, para 2020, había 1,459,648 personas mayores de 3 años que hablan alguna lengua indígena.

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

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

En la siguiente tabla podemos observar las lenguas indígenas más habladas en esta entidad. Y como un dato interesante de cada 100 personas que hablan alguna lengua indígena, 12 no hablan español. (INEGI, 2020)

TASA DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS SEGÚN SEXO, 2000, 2010 Y 2020

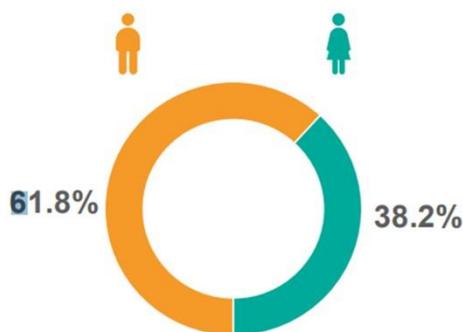


En la gráfica de barras podemos observar la tasa de participación económica de la población de 12 años y más según el sexo, en el año 2000, 2010 y 2020.

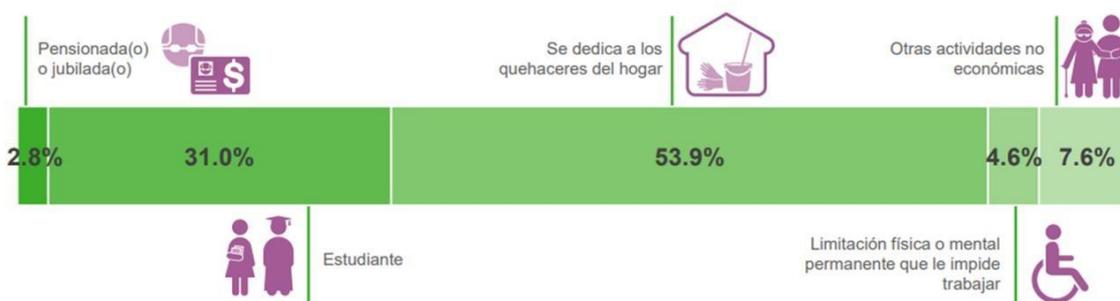
Podemos notar que la tasa de participación de las mujeres decreció 0.2 puntos

porcentuales de 2000 a 2010 y creció 23.1 puntos porcentuales en los últimos 10 años. (INEGI, 2020)

La población de 12 años y más ocupada y su distribución por sexo, queda ejemplificada en la siguiente gráfica, en la cual el 61.8% son del género masculino y 38.2% del género femenino. Esto significa que 2,454,255 personas se encuentra realizando alguna actividad, lo que representa el 98.1% de la población.

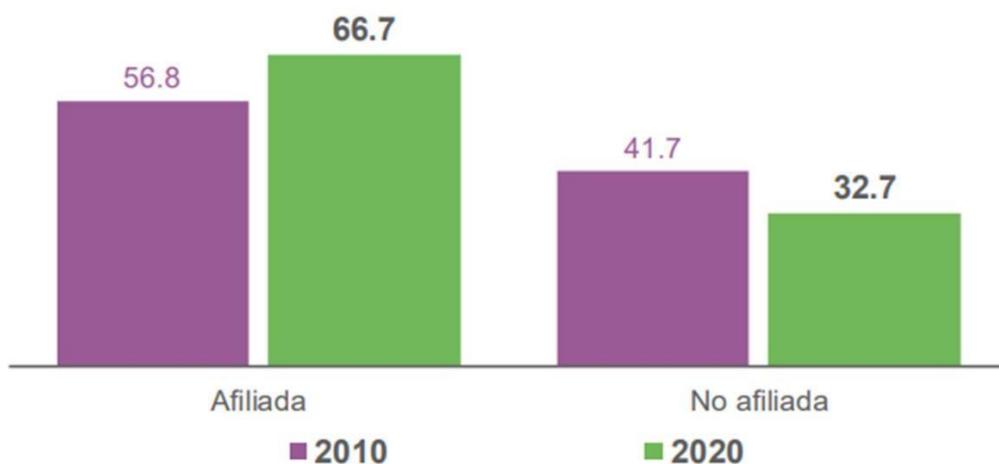


De igual forma 1,571,228 personas de 12 años o más son personas no económicamente activa y las actividades que realizan las podemos observar en la siguiente gráfica. (INEGI, 2020)



Podemos darnos cuenta que el mayor porcentaje se dedica a quehaceres del hogar con un 53.9% de la población, seguido por 31% de estudiantes y 7.6% que realizan otras actividad no económicas.

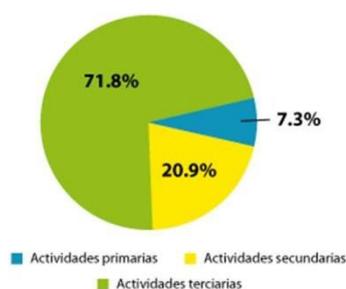
En la siguiente grafica podemos observar la distribución de la población por condición de afiliación a servicios de salud en 2010 y 2020. (INEGI, 2020)



Para 2020, 3,698,663 están distribuidas dentro de alguno de los sistemas de salud como podemos observar en la siguiente imagen. (INEGI, 2020)



Es muy evidente que el mayor porcentaje se encuentra dentro del Instituto de Salud para el Bienestar con un 68.6%, seguido con un 18.2% por el IMSS y en tercer lugar el ISSSTE con 5.7%.



Dentro de las actividades económicas realizadas para 2020 encontremos que 71.8% realizan actividades terciarias, el 20.9% actividades secundarias y el 7.3% actividades primarias, como podemos observar en el gráfico de pastel. (INEGI, 2020)

Chiapas en uno de los primeros lugares a nivel nacional dentro del sector primario en los siguientes rubros. (INEGI, 2020)



Principales productos agrícolas, 2009	Producción (Toneladas)	% en el total nacional	Lugar nacional
Plátano	774 432	34.7	1° de 17
Café cereza	529 395	36.9	1° de 15
Palma africana ode aceite	261 658	71.3	1° de 4
Papaya	119 873	16.9	2° de 20
Col (repollo)	15 685	8.7	3° de 24
Cacahuete	9 189	10.7	3 de 24
Mango	188 635	12.5	3° de 23



Principales productos pesqueros, 2009	Producción (Toneladas)	% en el total nacional	Lugar nacional
Atún	19 083	18.1	2° de 14
Tiburón	3 680	19.9	2° de 17
Barrilete	993	6.9	2° de 14
Fauna	1 004	20.7	3° de 10



Producción minera, 2010	Producción (Toneladas)	% en el total nacional	Lugar nacional
Azufre	287 765	25.8	2° de 8

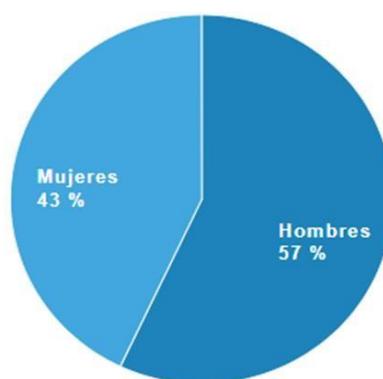


Principales productos pecuarios, 2010	Producción (Toneladas)	% en el total nacional	Lugar nacional
Bovino (carne en canal)	106 536	6.3	3° de 32

En 2020 en el estado de Chiapas encontramos 186,996 establecimientos lo que representa el 3.9% a nivel nacional y encontramos que el total de personas que laboran en la entidad son 554,589 personas; lo que equivale a 2.0% del total de México, de las cuales 238,175 son mujeres y 316,414 son hombres, lo cual quede representado de la siguiente manera.

(INEGI, 2020)

Mujeres y hombres trabajadoras(es)



Localidades donde colabora el proyecto Sanando Heridas, A.C.

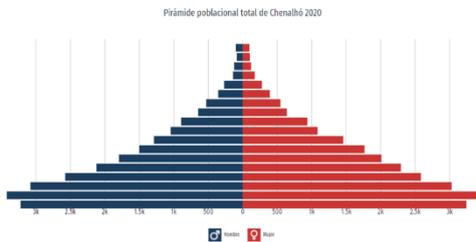
Las localidades donde colabora el proyecto Sanando Heridas están ubicadas dentro de la Region V: Altos Tsotsil-Tseltal tiene una superficie de 3,723.58 km² está conformada por 17 municipios, colinda al norte con la Región VII De Los Bosques, al este con las Regiones XIV Tulijá Tseltal Chol, y XII Selva Lacandona al sur con las Regiones XV Meseta Comiteca Tojolabal y IV De Los Llanos y al oeste con la Región VII De Los Bosques y con la Región I Metropolitana. Su cabecera regional es el municipio de San Cristóbal de las Casas.

Sanando Heridas colabora con 6 localidades dentro de esta región, las cuales son: Poconichim, Bachen, Naranjatic alto, Canalumtic, San Isidro Chichihuitan y Los Llanos, ubicados en los municipios de Chenalhó, Chalchihuitan, Teopisca y San Cristóbal de las Casas.

En la siguiente tabla podemos observar la superficie en kilómetros cuadrados y en porcentaje que abarca cada municipio y de igual forma la altitud en metros sobre nivel del mar, a la que se encuentra cada uno de ellos. (INEGI, 2020)

MUNICIPIO	SUPERFICIE (km ²)	SUPERFICIE (% REGIONAL)	CABECERAS MUNICIPALES	
			NOMBRE	ALTITUD
Aldama	26.79	0.72	Aldama	1,787
Amatenango del Valle	151.99	4.08	Amatenango del Valle	1,808
Chalchihuitán	185.15	4.97	Chalchihuitán	1,401
Chamula	344.34	9.25	Chamula	2,269
Chanal	406.43	10.92	Chanal	2,087
Chenalhó	251.14	6.74	Chenalhó	1,615
Huixtán	310.56	8.34	Huixtán	2,031
Larráinzar	148.68	3.99	Larráinzar	1,985
Mitontic	36.51	0.98	Mitontic	1,641
Oxchuc	416.20	11.18	Oxchuc	1,977
Pantelhó	192.40	5.17	Pantelhó	1,171
San Cristóbal de las Casas	393.88	10.58	San Cristóbal de las Casas	2,124
San Juan Cancuc	172.92	4.64	San Juan Cancuc	1,366
Santiago el Pinar	16.52	0.44	Santiago el Pinar	1,664
Tenejapa	192.32	5.16	Tenejapa	2,079
Teopisca	283.30	7.61	Teopisca	1,779
Zinacantán	194.45	5.22	Zinacantán	2,166
TOTAL	3,723.58			

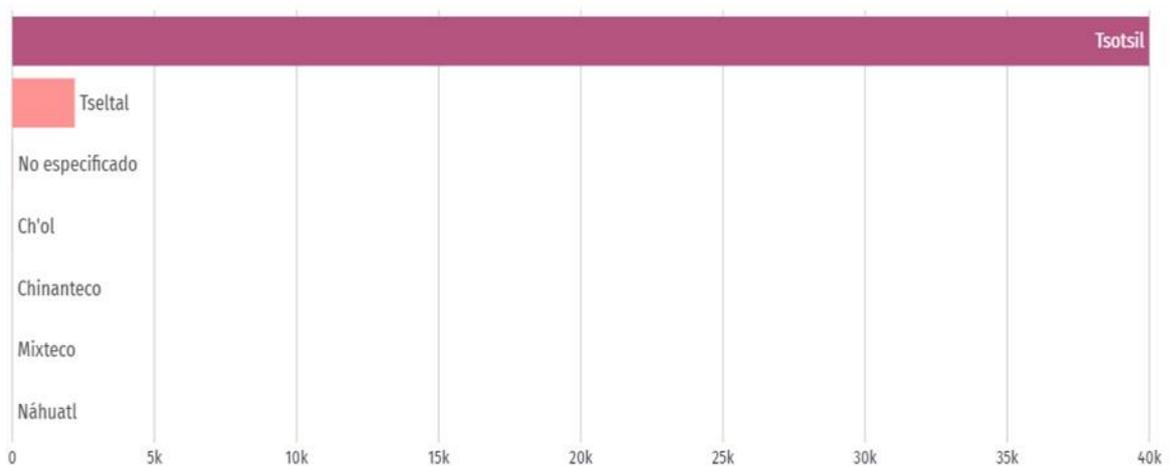
Chenalhó es un municipio del estado de Chiapas que cuenta con una población total de 47,371 habitantes de los cuales el 49% son hombres y el 51% son mujeres, en comparación con 2010 la población de Chenalhó creció un 31.2%.



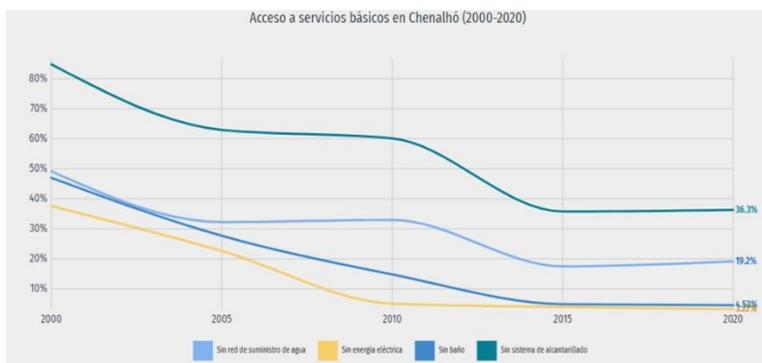
Los rangos de edad que concentran mayor población son:

- 5 a 9 años (6,846 habitantes)
- 0 a 4 años (6,463 habitantes)
- 10 a 14 años (6,107 habitantes)

Principales lenguas indígenas habladas por la población de 3 años y más en Chenalhó



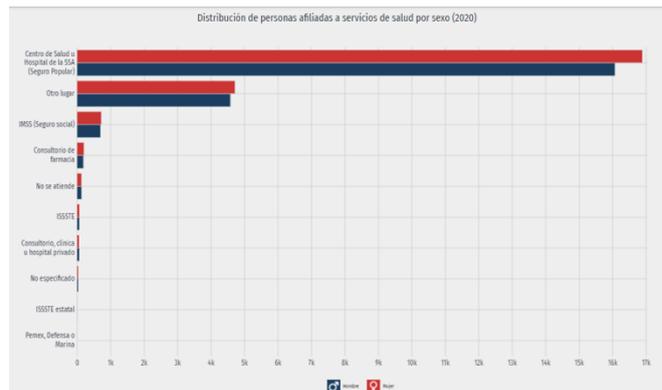
La población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena es 89.1% del total de la población de Chenalhó. Las lenguas indígenas más habladas fueron Tsotsil (39,996 habitantes), Tseltal (2,196 habitantes) y No especificado (21 habitantes). (INEGI, 2020)



Podemos observar que el acceso a servicios básicos en Chenalhó para 2020 es 19.2% población sin acceso a agua, 3.22% población sin electricidad, 4.53%

población sin baño y 36.3% población sin alcantarillado. (INEGI, 2020)

Podemos observar que 74% de población es atendida por seguro popular y 3.15% población atendida por seguro social, como se ve en la siguiente grafica (INEGI, 2020)



Poconichim se localiza en el Municipio Chenalhó del Estado de Chiapas México y se encuentra en las coordenadas Longitud (dec): -92.517222, Latitud (dec): 16.933333. La localidad se encuentra a una mediana altura de 1560 metros sobre el nivel del mar.

La población total de Poconichim es de 201 personas, de las cuales 90 son masculinos y 111 femeninas. Los ciudadanos se dividen en 150 menores de edad y 51 adultos, de los cuales 12 tienen más de 60 años

Del total 109 personas en Poconichim viven en hogares indígenas. Hablan una lengua indígena 91 personas de los habitantes de más de 5 años de edad. El número de los que solo hablan un idioma indígena pero no hablan español es 52, de los cuales hablan también español son 39 habitantes.

Ninguno de los habitantes de Poconichim tiene derecho a la atención médica por parte del Seguro Social.

Dentro de esta comunidad encontramos un total de 38 viviendas, de las cuales 22 tienen piso de tierra y 4 de ellas consisten de una sola habitación, 11 viviendas cuentan con instalaciones sanitarias, ninguna de las viviendas tienen conexión al servicio público de drenaje y 21 viviendas tienen acceso a energía eléctrica.

En Poconichim encontramos que hay 27 analfabetos de 15 y más años, 6 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela, de la población a partir de los 15 años 21 no tienen ninguna escolaridad, 30 tienen una escolaridad incompleta. 6 tienen una escolaridad básica. La mediana de escolaridad entre la población es de 4 años en la escuela. (INEGI, 2020)

Bachén de Poconichim se localiza en el municipio Chenalhó del Estado de Chiapas México y se encuentra en las coordenadas: Longitud (dec): -92.522778, Latitud (dec): 16.941944. La localidad se encuentra a una mediana altura de 1490 metros sobre el nivel del mar.

La población total de Bachén de Poconichim es de 151 personas, de cuales 63 son masculinos y 88 femeninas. Los ciudadanos se dividen en 91 menores de edad y 60 adultos, de cuales 6 tienen más de 60 años.

151 personas en Bachén de Poconichim viven en hogares indígenas. 133 personas de los habitantes de más de 5 años de edad hablan una lengua indígena. El número de los que solo hablan una lengua indígena pero no hablan español es 38, los de cuales hablan también español es 95 personas.

Ninguna de las personas que habita en Bachén de Poconichim se encuentra afiliada al Seguro Social.

En Bachén de Poconichim hay un total de 23 hogares, de los cuales 19 tienen piso de tierra y 2 consisten de una sola habitación. 21 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, ninguna está conectada al servicio público de alcantarillado y todas tienen acceso a energía eléctrica.

En esta localidad encontramos 15 personas analfabetas de 15 y más años, 8 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela. De la población a partir de los 15 años 10 no tienen ninguna escolaridad, 51 tienen una escolaridad incompleta. 14 tienen una escolaridad básica. Un total de 7 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 6 años. (INEGI, 2020)

Naranjatic Alto se localiza en el Municipio Chenalhó del Estado de Chiapas México y se encuentra en las coordenadas: Longitud (dec): -92.521389 Latitud (dec): 16.943611. La localidad se encuentra a una altura media de 1470 metros sobre el nivel del mar.

La población total de Naranjatic Alto es de 175 personas, de cuales 95 son masculinos y 80 femeninas. Los ciudadanos se dividen en 124 menores de edad y 51 adultos, de cuales 3 tienen más de 60 años.

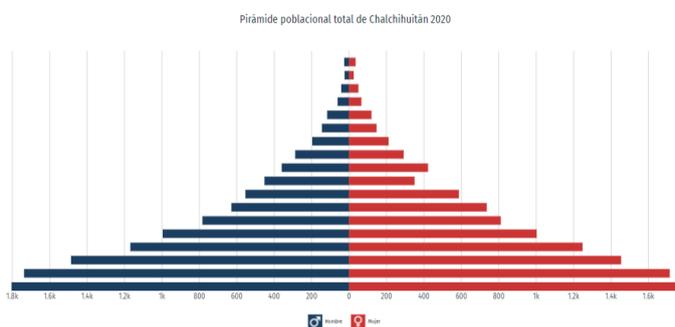
129 personas en Naranjatic Alto viven en hogares indígenas. 101 personas de los habitantes de más de 5 años de edad hablan una lengua indígena. El número de los que solo hablan una lengua indígena pero no hablan español es 42, los de cuales hablan también español es 58.

Ninguno de los habitantes de Naranjatic Alto cuenta con afiliación al Seguro Social.

En Naranjatic Alto hay un total de 30 hogares. De estas 30 viviendas, 20 tienen piso de tierra y 6 consisten en una sola habitación. 17 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 10 son conectadas al servicio público, 22 tienen acceso a la luz eléctrica.

En Naranjatic Alto hay 20 personas analfabetas de 15 y más años, 9 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela. De la población a partir de los 15 años 17 no tienen ninguna escolaridad, 41 tienen una escolaridad incompleta. 1 tienen una escolaridad básica. Un total de 1 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 4 años. (INEGI, 2020)

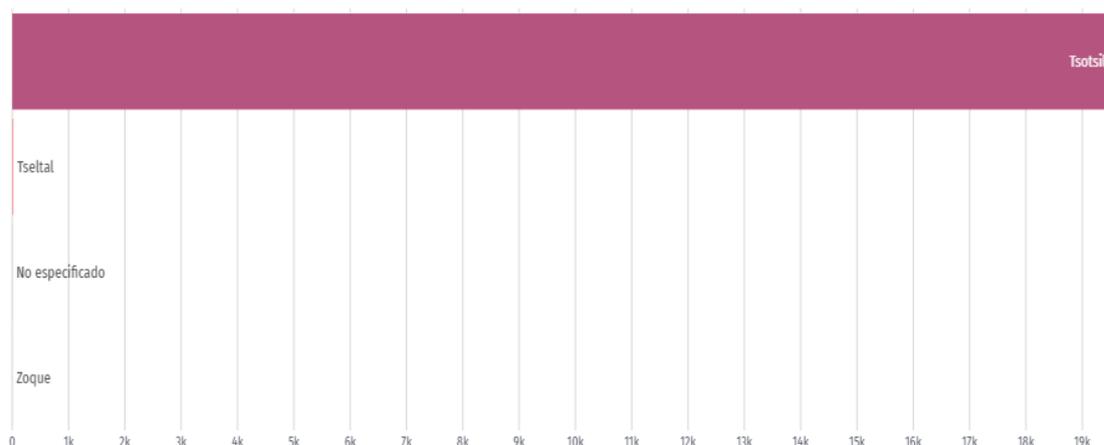
Chalchihuitan es un municipio de Chiapas con un población de 21,915 habitantes de los cuales 49.6% son hombres y 50.4% mujeres. En comparación a 2010, la población en Chalchihuitán creció un 56.2%. Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron:



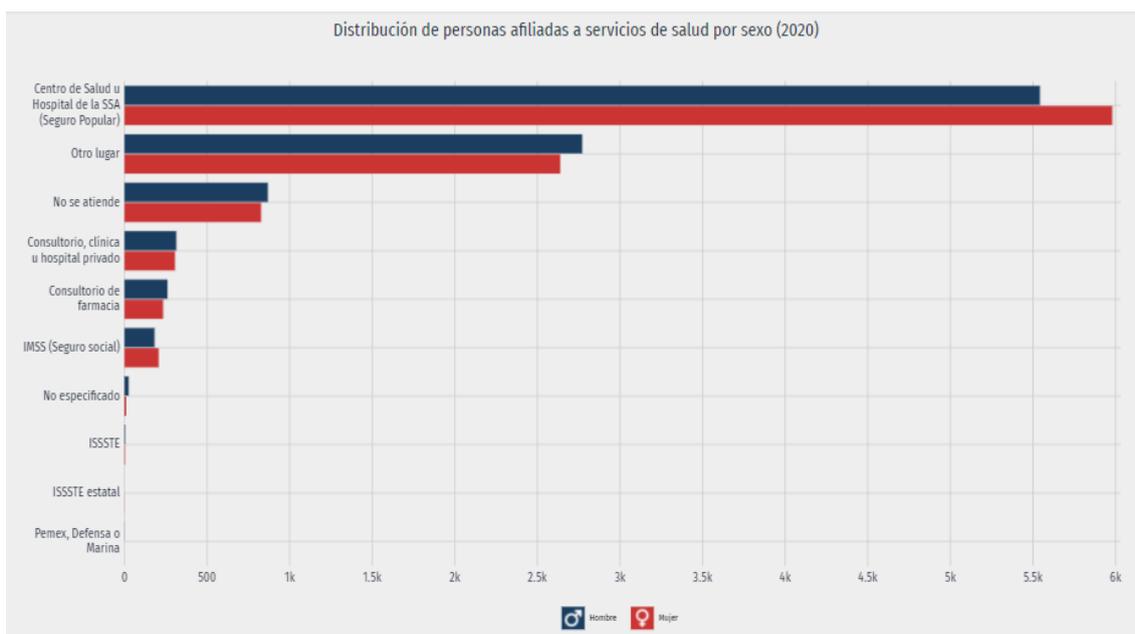
- 0 a 4 años (3,573 habitantes)
- 5 a 9 años (3,451 habitantes)
- 10 a 14 años (2,940 habitantes).

La población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena corresponde a 89% del total de la población de Chalchihuitán. Las lenguas indígenas más habladas fueron: Tsotsil (19,483 habitantes), Tzeltal (20 habitantes) y No especificado (2 habitantes)

Principales lenguas indígenas habladas por la población de 3 años y más en Chalchihuitán



57.1% de la población de Chalchihuitán es atendida por el seguro popular y 1.93% población es atendida por el seguro social como podemos observar en la gráfica siguiente.



(INEGI, 2020)

Canalumtic se localiza en el Municipio Chalchihuitán del Estado de Chiapas, México y se encuentra en las coordenadas: Longitud (dec): -92.562222 y Latitud (dec): 16.984722. La localidad se encuentra a una mediana altura de 1380 metros sobre el nivel del mar.

La población total de Canalumtic es de 267 personas, de cuales 133 son masculinos y 134 femeninas. Los ciudadanos se dividen en 155 menores de edad y 112 adultos, de cuales 14 tienen más de 60 años.

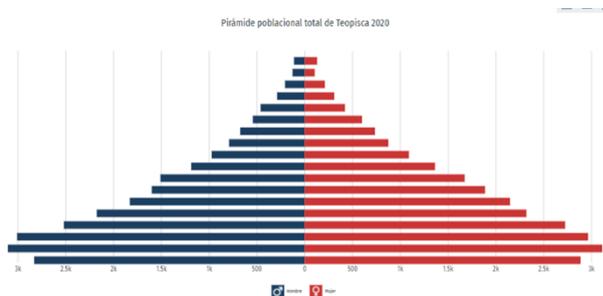
267 personas en Canalumtic viven en hogares indígenas. 216 personas de los habitantes de más de 5 años de edad hablan una lengua indígena. El número de los que solo hablan una lengua indígena pero no hablan español es 120, los de cuales hablan también español es 96.

Ninguno de los habitantes de Canalumtic cuenta con afiliación al Seguro Social.

En Canalumtic hay un total de 58 hogares. De estas 58 viviendas, 57 tienen piso de tierra y 28 consisten de una sola habitación. 54 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 2 son conectadas al servicio público de alcantarillado y 36 tienen acceso a la luz eléctrica.

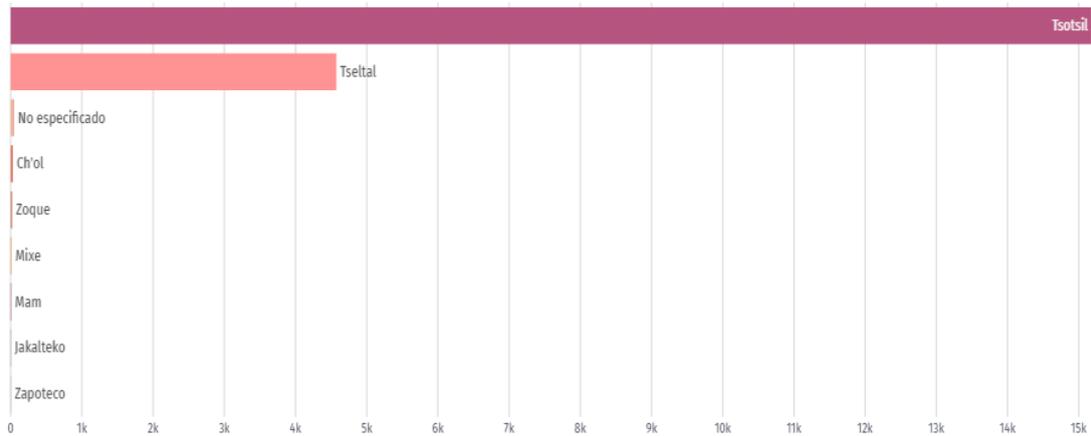
En Canalumtic hay 68 personas analfabetas de 15 y más años, 10 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela. De la población a partir de los 15 años 61 no tienen ninguna escolaridad, 60 tienen una escolaridad incompleta. 6 tienen una escolaridad básica. Un total de 13 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 3 años. (INEGI, 2020)

Teopisca es un municipio de Chiapas el cual cuenta con una población de 49,499 habitantes, de los cuales 48.4% son hombres y 51.6% son mujeres. En comparación a 2010, la población en Teopisca creció un 31.6%. Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron:



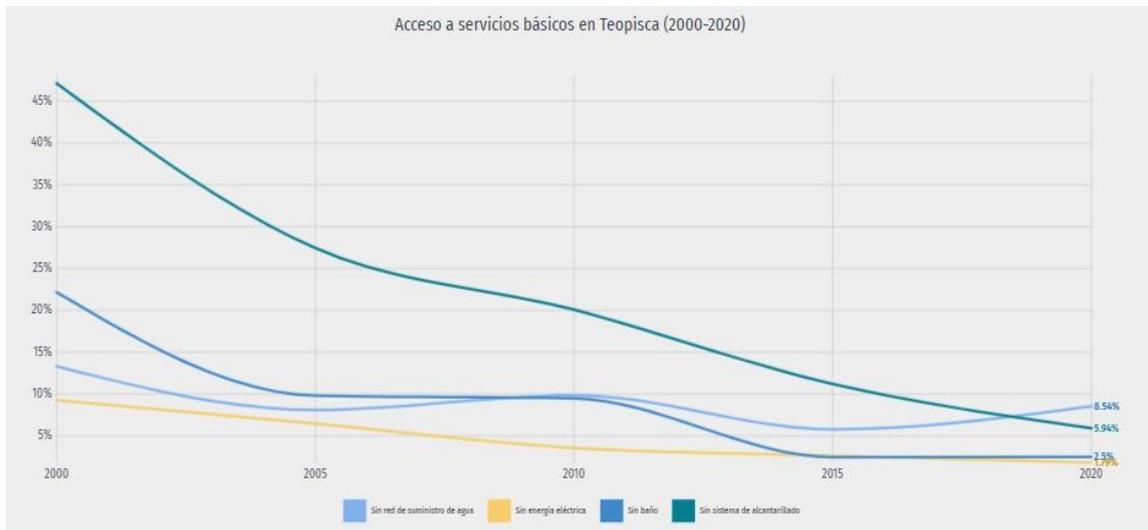
- 5 a 9 años (6,217 habitantes)
- 10 a 14 años (5,974 habitantes)
- 0 a 4 años (5,717 habitantes)

Principales lenguas indígenas habladas por la población de 3 años y más en Teopisca



La población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena corresponde a 40.2% del total de la población de Teopisca. Las lenguas indígenas más habladas fueron:

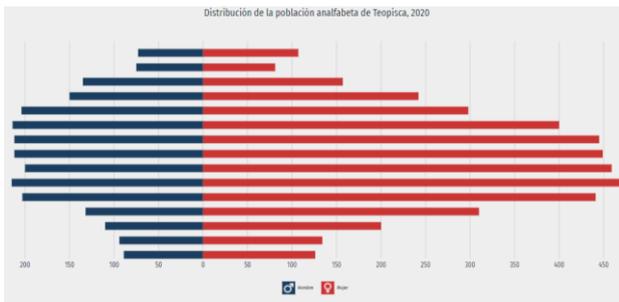
- Tsotsil (15,180 habitantes)
- Tseltal (4,574 habitantes)
- No especificado (50 habitantes)



Referente al acceso a servicios básicos en Teopisca, 8.54% de la población no tiene acceso a agua, 1.79% de la población sin electricidad, 2.5% población sin baño y 5.94% de la población sin alcantarillado.



En cuanto a la educación primaria 15,800 personas o 63.5% del total acuden a ella, 4,690 personas o 18.8% del total acuden a secundaria y 2,760 personas o 11.1% del total cursan Preparatoria o Bachillerato General.



La tasa de analfabetismo de Teopisca en 2020 fue 21%. Del total de población analfabeta 34.9% correspondió a hombres 65.1% a mujeres.

Dentro del área de salud 90.6% población es atendida por el seguro popular y 0.76% población es atendida por el seguro social (INEGI, 2020)**San Isidro**



Chichihuistán se localiza en el Municipio Teopisca del Estado de Chiapas México y se encuentra en las coordenadas: Longitud (dec): -92.561667 y Latitud (dec): 16.599444 La localidad se encuentra a una mediana altura de 1980 metros sobre el nivel del mar.

La población total de San Isidro Chichihuistán es de 275 personas, de cuales 140 son masculinos y 135 femeninas. Los ciudadanos se dividen en 154 menores de edad y 121 adultos, de cuales 13 tienen más de 60 años.

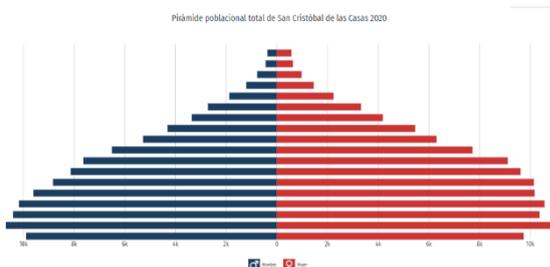
79 personas en San Isidro Chichihuistán viven en hogares indígenas. 39 personas de los habitantes de más de 5 años de edad hablan una lengua indígena. El número de los que solo hablan una lengua indígena pero no hablan español es 0, los de cuales hablan también español es 36.

Ninguno de los habitantes de San Isidro Chichihuistán cuenta con afiliación al Seguro Social.

En San Isidro Chichihuistán hay un total de 52 hogares. De estas, 46 tienen piso de tierra y 9 consisten de una sola habitación. 27 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 41 son conectadas al servicio público de alcantarillado, y 46 tienen acceso a la luz eléctrica.

Dentro de San Isidro Chichihuistán hay 62 personas analfabetas de 15 y más años, 22 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela. De la población a partir de los 15 años 63 no tienen ninguna escolaridad, 72 tienen una escolaridad incompleta. Un total de 2 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 3 años. (INEGI, 2020)

San Cristóbal de las Casas es un municipio del estado de Chiapas con una población de 215,874 habitantes de los cuales 47.4% son hombres y 52.6% son mujeres. En comparación a 2010, la población en San Cristóbal de las Casas creció un 16.1%. Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron:

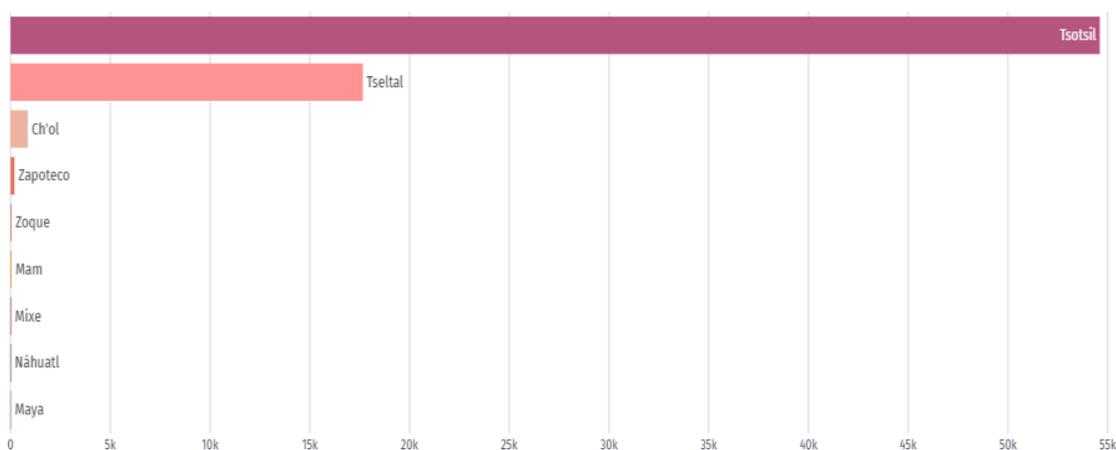


- 5 a 9 años (21,574 habitantes)
- 10 a 14 años (20,772 habitantes)
- 15 a 19 años (20,745 habitantes)

La población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena corresponde a 34.1% del total de la población de San Cristóbal de las Casas. Las lenguas indígenas más habladas fueron:

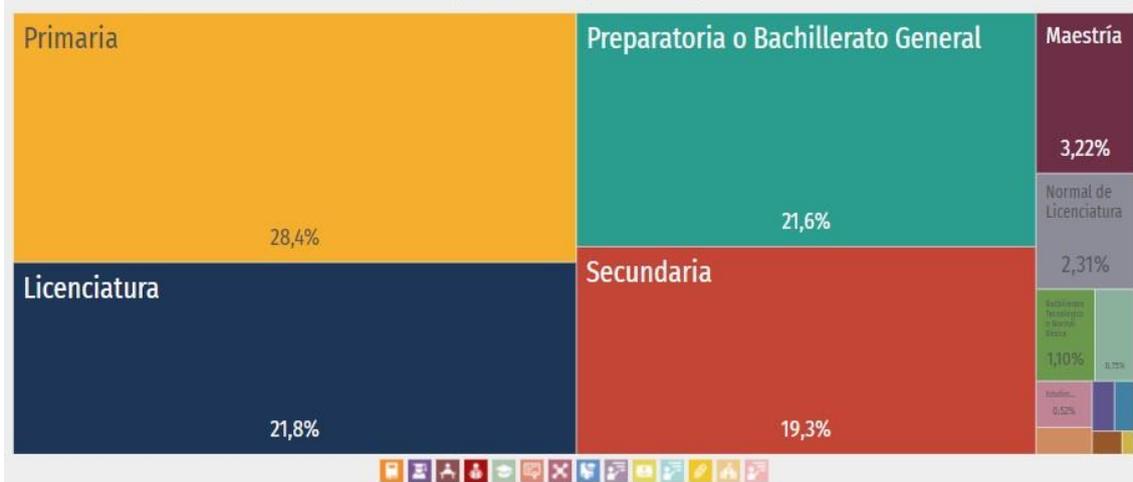
- Tsotsil (54,603 habitantes)
- Tseltal (17,662 habitantes)
- Ch'ol (866 habitantes)

Principales lenguas indígenas habladas por la población de 3 años y más en San Cristóbal de las Casas

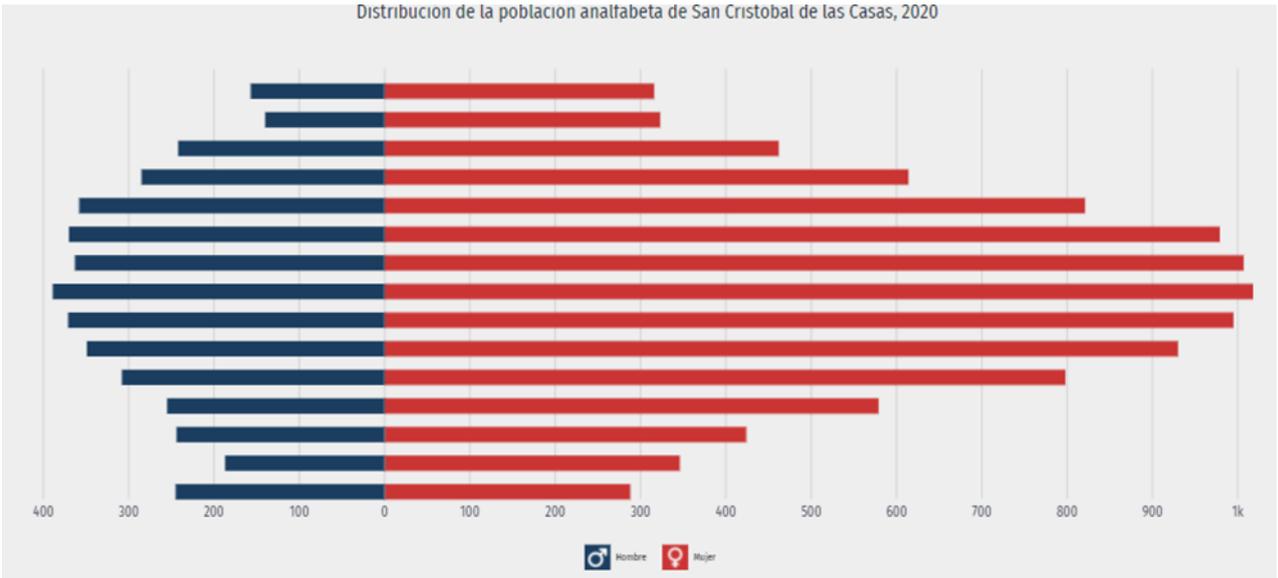


En San Cristóbal de las Casas 38,700 personas o 28.4% del total acuden a educación primaria, 29,800 personas o 21.8% del total cursan una licenciatura y 29,500 personas o 21.6% del total acuden a preparatoria o bachillerato general,

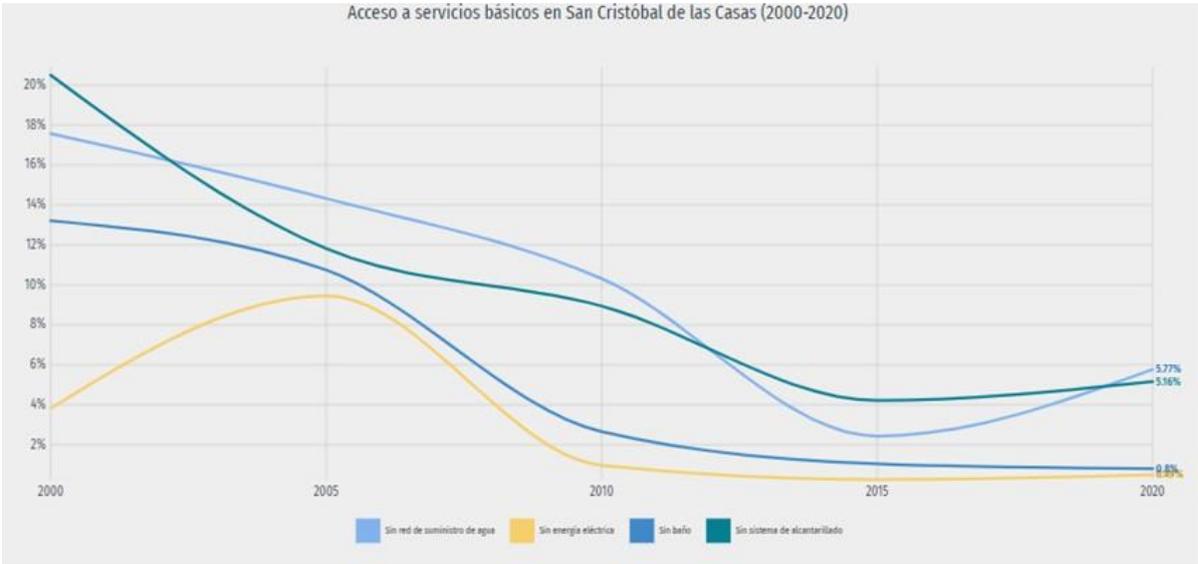
Niveles de escolaridad de la población de 15 años y más en San Cristóbal de las Casas (Distribución de la población total)



La tasa de analfabetismo de San Cristóbal de las Casas en 2020 fue 9.2%. Del total de población analfabeta 30.1% correspondió a hombres y 69.9% a mujeres.



En cuanto a acceso a servicios básicos de urbanización encontramos que 5.77% de la población no tiene acceso a agua, 0.49% de la población sin acceso a electricidad, 0.8% de la población sin baño y 5.16% de la población sin alcantarillado.



Dentro del ámbito de salud 35.4% de la población es atendida por el seguro popular y 11.6% de la población es atendida por el seguro social. (INEGI, 2020)



Los Llanos se localiza en el Municipio San Cristóbal de las Casas del Estado de Chiapas México y se encuentra en las coordenadas: Longitud (dec): -92.496944 y Latitud (dec): 16.671111. La localidad se encuentra a una mediana altura de 2280 metros sobre el nivel del mar.

La población total de Los Llanos es de 287 personas, de cuales 143 son masculinos y 144 femeninas. Ninguno de los habitantes cuenta con afiliación al Seguro Social.

En Los Llanos existen 61 viviendas, ninguna tienen piso de tierra y todas tienen más de una habitación. 50 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, ninguna está conectada al servicio público de alcantarillado y 57 tienen acceso a la luz eléctrica.

En la comunidad de Los Llanos no encontramos ninguna persona analfabeta de 15 años o más y todos los jóvenes de entre 6 años y 14 años acuden a la escuela.

(INEGI, 2020)

Si bien el concepto de salud y enfermedad es ampliamente difundido y aceptado por todo el mundo, es más un proceso cultural y personal de cada individuo, su acceso es un derecho humano universal, normado por organismos internacionales, inclusive es un derecho reconocido por nuestra constitución política, pero en la práctica, dista demasiado de la teoría, en la realidad los centros de salud están alejados de las comunidades indígenas, su difícil acceso y la incapacidad en algunas ocasiones para comunicarse entre médicos y pacientes, era una queja frecuente dentro de la población que atiende Sanando Heridas A.C.

Para la población de la región de Los Altos, existen varias condicionantes que dificultan el acceso a los servicios de salud. Uno de ellos es la tasa tan baja de los salarios obtenidos, también las distancia de traslados hacia el centro de salud, los tiempos prolongados que se tienen que esperar para recibir atención médica, la complejidad de los tramites que se tienen que realizar en las instituciones para poder acceder a los beneficios del organismo en salud, y por el lado de la atención privada, los costos elevados de la consulta, esto hace que en varias ocasiones la atención medica profesional sea un recurso de última instancia.

La educación en Los Altos es un tema de importancia, ya que varía entre las diferentes regiones. En San Cristóbal de las Casas la mayoría de la población cuenta con educación básica y saben leer y escribir, pero en Canalumtic, comunidad del municipio de Chalchihuitan, el acceso a la educación es un tema de poca importancia, al cual lo ven más como un trámite que no es de importancia, por lo que muchos no acuden a la escuela y para los que van solo lo ven como un requisito sin valor.

Para la población en la Región V, el sueño americano sigue siendo un tema con mucho más importancia que el acceso a la educación, por lo que la emigración a otros estados y países, en específico a Estados Unidos de América, es un asunto de gran valor, ya que mucha gente prefiere iniciar a laborar a temprana edad para generar ahorros con los cuales irse a radicar a Estados Unidos y enviar dinero con el cual mejorar las condiciones de vida de su familia que queda en su lugar de origen.

El acceso a la salud es un derecho y una obligación que el Estado debe brindar enmarcado en el Artículo 4º de la Constitución Mexicana el cual estipula que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, pero en bastantes ocasiones en México, las grandes palabras no siempre se concretan.

El estado Mexicano, tal parece que es indiferente y desinteresado hacia las comunidades indígenas en general; esto genera una desconfianza y temor por parte de la población hacia las autoridades, lo que hace difícil el acceso a varios servicios públicos, entre ellos la acceso a la atención en salud.

Hay muchos aspectos que marcan los derechos humanos, las leyes y las instituciones internacionales, aún falta mucho qué hacer por brindar una mejor vida a las personas de la región de los altos, especialmente los indígenas tsotsiles, quienes guardan tradiciones únicas en el mundo, poseen un sincretismo religioso y maneras comunales de regirse, donde participa toda la comunidad.

Hay un mundo de diferencia entre el estado de bienestar, la salud y todos sus componentes que se proponen en el papel, con la situación actual de las comunidades indígenas, está en nuestras manos el poder contribuir con algo, cualquier cosa que esté a nuestro alcance para mejorar las condiciones de vida de las personas que lo necesiten, quizá no mejorando una comunidad entera o la región de los altos por completo, más bien podemos intentar mejorar la confianza de una sola persona, las condiciones de vida de una familia o en el caso de Sanando Heridas, resolviendo problemas básicos de salud, resolver mínimo un momento de su vida para hacerla más sencilla y llevadera, poniendo en práctica el humanismo, la solidaridad y la igualdad entre las diferentes culturas que forman parte de nuestro país.

Para concluir, en la gran mayoría de casos, conforme a nuestras experiencias, las condiciones de igualdad, equidad, y apoyo social no se cumplen entorno a la región de los altos de Chiapas, en especial sus comunidades indígenas, problema que espero todos seamos conscientes y sean mejoradas en un futuro no tan lejano.

Seguimiento de Programas y Perfil de Morbilidad

Introducción

En este apartado se presenta la información relacionada a las políticas de salud, de los objetivos de la ONU en cuanto a salud respecta, también del papel que toma el Banco Mundial en la lucha por la equidad de los derechos de la salud.

Además se presenta la información sobre los programas en los que participamos durante el servicio social, de qué se tratan, cuáles son sus objetivos y a través de qué acciones lo están llevando a cabo, finalmente, en la parte de perfil de morbilidad presentaré las enfermedades que más afectaron a la población mes a mes.

Políticas de Salud

Durante el año 2000 se llevó a cabo la Cumbre de las Naciones Unidas en la cual 189 países pactaron llevar a cabo y cumplir con los objetivos de la Declaración del Milenio, promoviendo un plan estratégico en apoyo de los sectores que más lo necesitan. Algunos de los objetivos son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una alianza global para el desarrollo

Objetivos de desarrollo del milenio 2000-2015 (ONU, 2000)

Dos años después, en el 2002 la ONU, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la OCDE instauraron 21 metas y 48 indicadores cuantitativos, con la meta de monitorizar de manera más precisa el cumplimiento de los objetivos y los cuales durante aumentaron a en el 2008.

México tuvo un papel muy notorio en el cumplimiento de los objetivos ya que, a base de grandes esfuerzos, se logró un avance sobresaliente respecto a múltiples objetivos tales como:

- 1) Se logró reducir en más de la mitad el porcentaje de personas que padecían hambre y que sobrevivían con menos de 1.25 dólares diarios.
- 2) En el año 2014 95.9% de niñas y niños terminaron un ciclo completo de enseñanza primaria.
- 3) Se ha logrado con efectividad un aumento de la matrícula femenina en la educación superior teniendo 97.3 mujeres por cada 100 hombres.
- 4) Con arduo esfuerzo se ha logrado que la prevalencia de VIH/SIDA en México se mantenga por debajo de 0.6% en la población de 15 a 49 años, por lo tanto el sexto objetivo se considera una meta cumplida.
- 5) Desde el 2006 9 de cada 10 personas en el país cuentan con agua potable, con lo que se alcanza la meta de acceso sostenible al agua y servicios de saneamiento básicos, parte importante del objetivo número siete.
- 6) El objetivo número ocho también ha progresado pues para el momento 44 de cada 100 personas cuentan con acceso a internet.

(ONU, 2015)

Sobre los objetivos cuatro y cinco aún no puede decirse que son metas cumplidas; en el caso del cuarto objetivo, nos encontramos muy cerca de cumplir con esa meta reduciendo la mortalidad infantil de 41% a 13.7% para el año 2015. Respecto a la quinta meta con el paso del tiempo se ha logrado disminuir la mortalidad materna, pero aún falta más trabajo y empeño en este apartado.

A pesar de todo el trabajo y esfuerzo que se puso para el cumplimiento de las metas, para el 2015 no se cumplieron de manera homogénea en todos los países que formaban parte de este acuerdo por lo que en Septiembre de ese mismo año la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ONU, 2015). Dentro de este tratado se plantean 17 objetivos con 169 metas de índole integrada e indivisible, todos englobando los aspectos económicos, sociales y ambientales que son los que a continuación se enumeran:

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades.
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles.
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible. (ONU, 2015)

México se encuentra comprometido a cumplir con los objetivos ya mencionados, teniendo como tronco la salud, la equidad, el bienestar, el cuidado del medio ambiente y mantener redes de apoyo internacionales con lo que se espera una mejora en la calidad de vida para que sea equitativa para todos.

El Banco Mundial es una asociación conformada por cinco instituciones: el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), la Asociación Internacional de Fomento (AIF), La Corporación Financiera Internacional (CFI), El Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (MIGA) y el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI) las cuales colaboran para aminorar la pobreza y engendrar prosperidad en países en desarrollo. Cada institución tiene sus propios miembros, órganos directivos y convenios, pero todas trabajan en conjunto para conectar recursos financieros internacionales para combatir las necesidades de los países en desarrollo. (BM, 2021)

El Banco Mundial asume el compromiso de ayudar a los gobiernos a lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), esto significa que todas las personas puedan obtener servicios médicos de calidad, aprovechando el capital humano y sin pasar por dificultades económicas, todo esto antes del 2030 (BM, 2021)

La principal inversión se debe realizar en capital humano y crecimiento económico, sin buena salud los niños no pueden asistir a la escuela y los adultos no pueden ir a trabajar. Pero esto viene de un pensamiento capitalista, el cual busca que la ganancia en capital económico y humano suba de manera exponencial, esto basado en que, si la población se encuentra en buen estado físico de salud, puede producir y por tanto generar un consumo.

El banco mundial proporciona financiamiento, análisis y asesoría en materia política para mejorar el acceso y calidad de salud. Algunos de los puntos de interés del banco mundial son:

- Poner fin a la mortalidad materna e infantil
- Reducir el retraso del crecimiento y mejorar la nutrición de bebés y niños
- Garantizar que todas las mujeres y niños tengan acceso a atención médica
- Fortalecer los sistemas de salud y el financiamiento para el sector

- Garantizar la preparación y respuesta ante pandemias
- Promover la salud y los derechos reproductivos y sexuales
- Prevenir y tratar las enfermedades prevenibles
- Crear economías sólidas y lograr la CSU
- Salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente
- Fortalecer la preparación ante pandemias
- Fortalecimiento de los sistemas de salud
- Contener la resistencia a los antimicrobianos
- Inversión en nutrición
- Programas de manejo de adicciones
- Mejora en la atención de los trastornos mentales

(BM, 2018)

Basado en lo que estipula el Banco Mundial, se debería contar con una red de clínicas de primer nivel, los cuales cuenten con personal de salud los 365 días del año las 24 horas del día, y con la infraestructura adecuada para diagnóstico, tratamiento y referencia a otro nivel de salud. Para que esto se cumpla implica una inversión por parte del Estado y los organismos internacionales, para esto ellos deben reconocer que el Derecho a la Salud es su responsabilidad, pero esto afectaría a la medicina privada, a la industria farmacéutica y de servicios.

En México, la Secretaría de Salud (organismo que regula todas las estrategias de salud dentro de nuestro país) creó el Programa Sectorial de Salud 2019-2024 el cual está planteado sobre cinco ejes llamados Objetivos Prioritarios que se enumeran a continuación:

1. Acceso efectivo, universal y gratuito
2. Mejora continua del sistema nacional de salud
3. Capacidad y calidad del sistema nacional de salud
4. Vigilancia epidemiológica
5. Salud y bienestar.

(Secretaria de salud, 2019)

Nuestro sistema de salud se encuentra fraccionado en tres grupos, el primero es el federal, correspondiente a la Secretaría de Salud que funge como autoridad regulando a las otras instituciones. El segundo es el estatal, encargados de prestar servicios de salud, realizar actividades de salud pública y de regulación sanitaria. Y, por último, los institutos de seguridad social que brindan sus servicios médicos a sus derechohabientes. (Secretaria de salud, 2019)

Se plantea la unificación de los sistemas de salud en uno solo que garantice el acceso universal, público, gratuito y de calidad que tome como base los siguientes objetivos prioritarios:

1. Acceso efectivo, universal y gratuito

Alrededor de 20 millones de mexicanos carecen de una cobertura médica, por lo que la respuesta a esta deficiencia fue la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual está cimentado en los siguientes métodos:

- Federalizar los SES
- Organizar los recursos humanos y financieros según la epidemiología regional.
- Combatir la corrupción
- Crear la Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos (PSSyMG)
- Implementar el PSSyMG desde los centros de salud hacia arriba
- Ampliar los servicios de salud
- Conformar un padrón único de salud
- Definir programas tomando en cuenta la diversidad cultural
- Atención especializada para población no derechohabiente
- Promover la participación directa de las comunidades en promoción de la salud
- Incluir promotores capacitados originarios de comunidades donde no hay unidad de salud
- Fortalecer modelos que coordinen la atención conjunta por médico y partera en comunidades rurales
- Implementar mecanismos para la investigación, validación y fabricación de medicamentos nacionales asegurando abasto.

2. Mejora continua

Se crearon los Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS), los cuales buscan transitar hacia el acceso universal y efectivo con equidad, dignidad, calidad y eficiencia a la atención a la salud, teniendo como principios la participación comunitaria y la intersectorialidad. (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud 2019)

De igual manera se busca evitar la medicación innecesaria, lapolifarmacia y redistribuir las especialidades médicas dentro de la red desalud. Con los siguientes puntos a seguir:

- Homologar el modelo de atención en primer nivel en todas las instituciones
- Reorganizar los servicios de salud
- Identificar problemas de salud
- Crear un compendio nacional de medicamentos
- Fortalecer el diagnóstico oportuno
- Incorporar la perspectiva bioética
- Redes de referencia a niveles superiores de atención
- Anticipar los servicios de salud requeridos
- Protocolos que propicien la humanización de los servicios
- Fortalecer las GPC
- Impulsar políticas públicas dirigidas a la reducción de enfermedades crónicas
- Capacitar y sensibilizar en materia de atención a víctimas, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación a directivos y encargados de la atención directa de población vulnerable

3. Capacidad y calidad

El objetivo principal de este apartado es el de detectar las carencias regionales, capacitar continuamente al personal, mejorar, construir y rehabilitar la infraestructura sanitaria.

4. Vigilancia epidemiológica y salud sexual y reproductiva

Se prevé favorecer la salud sexual y reproductiva mejorando los estándares de aceptabilidad, accesibilidad, disponibilidad y calidad.

Dentro de las acciones a realizar se encuentran:

- Crear un Centro Nacional de Contingencias Epidemiológicas
- Fortalecer el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)
- Crear una Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública
- Constituir una red de vinculación en servicios estatales, federales e internacionales en sanidad y salud
- Farmacovigilancia en hospitales
- Disponibilidad de agua potable
- Impulsar políticas medioambientales
- Monitorear riesgos emergentes del cambio climático
- Campañas de difusión de estilos de vida saludables
- Promover una cultura sobre el uso adecuado de los medicamentos, especial énfasis en la automedicación y la polifarmacia
- Campañas en educación sexual y reproductiva
- Atención integral a las mujeres desde el embarazo hasta el periodo neonatal
- Atención a mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, incluyendo la Interrupción legal del Embarazo cuando aplique en casos de violación

5. Salud para el bienestar

Teniendo como antecedentes la prevalencia de las enfermedades no transmisibles en el país, así como la baja calidad de la atención institucional y lo deshumanizada que se encuentra se propone implementar las siguientes acciones:

- Fortalecimiento de la atención primaria en detección y tratamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT)
- Implementar un registro nacional de cáncer
- Estrategias y programas nacionales para el control de las ENT
- Promover los cuidados paliativos
- Mecanismos para detección oportuna de adicciones

- Promover campañas que procuren hábitos saludables
- Reorganizar la atención, seguimiento y evaluación de la salud mental
- Facilitar el acceso a los servicios de salud mental
- Promover la participación ciudadana en iniciativas culturales, educativas, deportivas frente a los trastornos mentales, el consumo de sustancias y las conductas adictivas.

Este programa se enfoca en la necesidad de atención primaria, enfocando los esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento y/o referencia de las enfermedades contemplando una capacidad resolutive del 80% al 85% en el primer nivel de atención. Dentro de este plan se plasma la necesidad de complementar la atención médica con promotores de salud capacitados y calificados para brindar apoyo en sitios distantes y la educación hacia el usuario para una mejor salud.

Seguimiento de programa

La misión principal de Sanando Heridas A.C. es mejorar la calidad de vida de los habitantes y comunidades en desventaja mediante programas de atención médica y educación en salud, desde un enfoque de derechos y una perspectiva intercultural en la que se fomente la corresponsabilidad comunitaria, así como generar y potenciar capacidades y actitudes que favorezcan estilos de vida saludables. (Sanando Heridas, 2021)

La labor que Sanando Heridas lleva a cabo se hace a través de dos grandes rubros, uno de ellos especializado en el área de salud y el otro en el área de educación. Por parte del área de salud, la finalidad es brindar atención médica de primer nivel, con calidad, sin costo y en su lengua materna, contribuyendo a prevenir y diagnosticar de forma oportuna patologías en la población de la región de los Altos de Chiapas. Esta labor se lleva a cabo por medio de dos estructuras: la primera es el médico en la comunidad y la segunda la atención médica en la clínica de San Cristóbal de las Casas.

1. Consulta médica en la comunidad

Es el pilar por excelencia dentro de Sanando Heridas, brindando atención médica en seis localidades de cuatro municipios distintos que son: Centro Poconichim, Naranjatic alto y Bachen de Poconichim (Chenalho), Canalumtic (Chalchihuitan), San Isidro Chichihuistan (Teopisca) y San Cristóbal de las Casas y Los Llanos (San Cristóbal de las Casas).

El objetivo es llegar a las comunidades que no tienen acceso a servicios de salud cercanos por condiciones geográficas o sociales y brindar atención de primer nivel fomentando la prevención y estilos de vida más saludables teniendo en cuenta sus oportunidades y modos de vida, con traducción a la lengua materna y sin costo para los usuarios, esta atención medica se brinda acudiendo cada dos semanas a cada localidad de acción intensiva.

La estrategia a realizar es que, mediante un contacto de confianza dentro de las Localidades de Acción Intensiva se conozca directamente a Sanando Heridas y su forma de trabajo, se genere un puente de comunicación con las autoridades locales y se acuerde una forma de trabajo en equipo creando confianza dentro de la población con comunicación constante y bilateral entre el equipo y las autoridades de cada comunidad.

Las actividades que se llevan a cabo son:

- Toma de signos vitales y cribado de hipertensión y diabetes.
- Diagnóstico y tratamiento de diversas patologías por parte del médico pasante y enfermería.
- Referencia de pacientes a segundo nivel que así lo ameriten

2. Consulta médica en la clínica de San Cristóbal de las Casas

Ubicada dentro de las instalaciones de Fundación León XIII en San Cristóbal de las Casas es un espacio que brinda atención médica general a población proveniente de comunidades y del mismo municipio de San Cristóbal de las Casas y alrededores.

El objetivo es mejorar la salud de los usuarios de consulta médica de Sanando Heridas pertenecientes a las 6 Localidades de Acción Intensiva (LAI) de los Altos de Chiapas y de la clínica en San Cristóbal, especialmente de enfermedades prevenibles y tratables, para la disminución de gastos en salud.

Su meta es que 100% de los diagnósticos agrupen de acuerdo a los padecimientos que se detecten en la consulta médica integral, la cual será brindada con un enfoque de derechos y atención primaria, en su lengua materna, con cuadro básico de medicamentos y periódica en las 6 Localidades de Acción Intensiva (LAI) y en la clínica.

Las actividades a realizar son las siguientes:

- Toma de signos vitales y cribado de hipertensión y diabetes.
- Anamnesis e historia clínica a pacientes que acuden por primera vez.
- Diagnóstico y tratamiento de diversas patologías por parte del médico pasante y enfermería
- Referencia de pacientes a segundo nivel que así lo ameriten

Como complemento a estos dos grandes rubros y como forma de mantener su misión, Sanando Heridas cuenta con otros dos programas pertenecientes al área de salud que contribuyen a la prevención y atención de la salud.

3. Gestión para la atención médica

Es un programa de apoyo complementario de la consulta médica que abarca acciones administrativas y/o de acompañamiento a usuarios que requieran atención en un siguiente nivel de salud. Auxilian al paciente en la resolución de problemas de salud, de forma personalizada, en instituciones del sector público y/o privado.

La meta es que el 100% de las acciones de gestión que requieren acompañamiento con traducción sean realizadas y que el 70% de dichas gestiones tengan un avance efectivo. El primer paso de su estrategia es captar a los posibles usuarios de este programa mediante el interrogatorio médico, identificando situaciones adversas de cualquier índole o cuya patología tenga un impacto positivo en la calidad de vida con su resolución.

Las actividades de gestión pueden ser realizadas por cualquier miembro del equipo, tanto personal de salud como administrativos, a través de alguna de las siguientes acciones:

- Referencia a segundo nivel por parte del personal de salud
- Acompañamiento presencial en caso de trámites en instituciones públicas
- Acompañamiento presencial a toma de estudios paraclínicos y de gabinete en medio público o privado
- Seguimiento presencial en caso de hospitalización
- Fungir como traductor y asesor en caso de ser necesario
- Solvencia económica para gastos de transporte, hospitalización, paraclínicos y gabinete, alimentación y hospedaje en caso de ser aplicables.

4. Grupos de vigilancia

Se cuenta con tres grupos de vigilancia, los cuales complementan los programas de consulta general en San Cristóbal de las Casas y en las Localidades de Acción Intensiva. Se trata de programas piloto, iniciados en septiembre del 2019, que han resultado efectivos para el buen control, categorización y análisis de los usuarios atendidos.

4.1 Crecimiento y desarrollo

Grupo de vigilancia donde se les da seguimiento a todos los menores de 5 años para vigilar su estado nutricional, crecimiento y desarrollo. El objetivo es que el 100% de los menores de 5 años de las Localidades de Acción Intensiva ingresen lo más temprano posible mediante la promoción con las usuarias de la consulta médica, autoridades y líderes.

Las metas a cumplir son:

- Incluir el mayor número posible de niños menores de 5 años de las LAI dentro del grupo de vigilancia
- Mejorar la nutrición de niños menores de 5 años
- Revertir procesos de desnutrición aguda y crónica agudizada en menores de 5 años
- Prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas

Se busca conseguir este objetivo por medio de las siguientes estrategias:

- Asignar días específicos de la consulta para atender a menores de 5 años
- Fomentar talleres de prevención de enfermedades y nutrición dentro de los días de consulta exclusivos
- Buscar formas de incentivar a las madres de familia a llevar a sus hijos menores de 5 años a consulta frecuentemente a pesar de no poseer enfermedad al momento de la consulta

Las actividades a realizar son:

- En todas las consultas valorar edad en año y meses cumplidos calculados con fecha de nacimiento en un documento legal.
- Pesar y medir al menor en cada consulta
- Percentilar cada consulta en curvas de crecimiento de la OMS acorde a edad y sexo
- Citar cada mes a los menores de 5 años y llevar control percentilar de su crecimiento y desarrollo
- Obtener diagnóstico nutricional en función a los siguientes diagnósticos:
 - Desnutrición crónica
 - Mejoría de puntaje z en curva de talla para la edad
 - Recuperación de desnutrición crónica
 - Desnutrición aguda
 - Recuperación de desnutrición aguda
 - Desnutrición crónica agudizada

4.2 Vigilancia del embarazo, parto y puerperio

Grupo de vigilancia donde se les da seguimiento a todas las mujeres que se detecten con embarazo y hasta 1 año después del término con el fin de alargar el periodo intergenésico. El objetivo es brindar una alternativa de atención médica a población sin acceso a servicios de salud institucionales y de localidades marginadas, brindando atención en su lengua materna, de calidad y con calidez para detectar y prevenir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Se pretende captar al 100% de las embarazadas de cada Localidades de Acción Intensiva para vigilar y dar consulta prenatal como forma

de prevenir, diagnosticar, tratar y dar referencia a los padecimientos maternos y del embarazo y puerperio que así lo ameriten.

Las metas son:

- Dar mínimo 5 consultas prenatales a cada paciente
- Detectar y prevenir complicaciones maternas y fetales durante el embarazo
- Informar a todas las embarazadas sobre el desarrollo y concepción de un bebé, así como factores de riesgo asociados a las características individuales de cada una de ellas.

Las actividades a realizar son:

- Diagnóstico de embarazo mediante Prueba inmunológica de embarazo en orina y rastreo ultrasonográfico
- Dar tratamiento y / o referencia al siguiente nivel según amerite cada paciente
- Vigilar ganancia ponderal, consumo de antihelmínticos
- Toma de tensión arterial en cada consulta
- Toma de glucosa en cada consulta
- Realizar tira reactiva de orina en cada consulta
- Toma de hemoglobina en la primera consulta y en el tercer trimestre de embarazo
- Brindar edad gestacional en cada consulta y fecha de probable parto
- Monitoreo fetal mediante Ultrasonido Doppler o Doptone en cada consulta

Empleando como estrategia la recopilación de toda la información de las usuarias en una hoja de control, de la cual se entrega una copia a la usuaria y con la cual pueda acudir a otra institución, médico o partera y que tenga una referencia de cómo se ha encontrado durante el periodo de gestación. Se cita a cada embarazada 1 vez al mes, junto a los grupos de crecimiento y desarrollo, para llevar un control prenatal hasta el momento del nacimiento. Se brinda asesoramiento previo al momento del parto, respetando la decisión de la mujer de atenderse con el profesionalista que desee y en el establecimiento de su agrado acorde a sus riesgos y posibilidades. De igual manera se hace entrega de un kit

de parto que contiene gasas estériles, hojas de bisturí estériles y cintas umbilicales en caso de querer atender su parto en casa con partera. Además de que se explican signos de alarma ante cualquier complicación materna y se brinda apoyo asistencial en caso de que la paciente lo amerite.

4.3 Planificación familiar

Es el grupo de vigilancia donde se les dará seguimiento a todas las mujeres que se encuentren utilizando un método anticonceptivo. Ya que la asociación cuenta con la posibilidad de entregar métodos anticonceptivos tales como: métodos de barrera, hormonal oral, hormonal inyectable mensual y bimensual e implante subdérmico, tiene como objetivo integrar a todas las mujeres que llegan por primera vez a solicitar método anticonceptivo o que refieran durante la consulta estar utilizando algún método anticonceptivo, mejorando la calidad de vida de las mujeres de la región de los Altos de Chiapas al permitirles decidir el número de hijos que desean, dar la oportunidad de espaciar sus embarazos, permitiendo el cuidado y desarrollo óptimo de sus hijos y/o permitirles desarrollarse personalmente.

Las metas de este programa son:

- Captar a toda mujer que solicite método de planificación familiar
- Concientizar sobre el uso responsable de los métodos de planificación familiar
- Dar vigilancia y seguimiento a todas las mujeres que soliciten algún método
- Brindar consulta y asesoramiento a toda mujer en edad reproductiva que solicite o desee usar un método de planificación familiar

Las estrategias a realizar son:

- Preguntar específicamente a toda mujer en edad reproductiva sobre deseos de embarazo y uso de método anticonceptivo
- Sugerir a toda mujer en edad reproductiva el uso de método anticonceptivo durante la consulta médica respetando su decisión de usar o no método de planificación
- Asesorar a las mujeres sobre el método de planificación más adecuado para cada una de ellas de manera personalizada y en su lengua

- Brindar opciones de tratamiento cómodas y con posibilidad de garantizar su aplicación

Las actividades a realizar son:

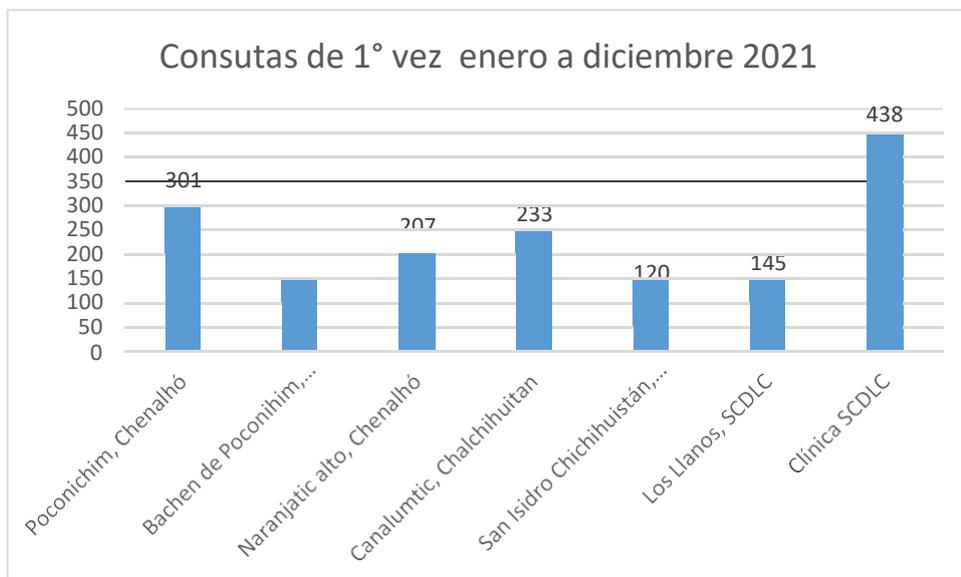
- Brindar consulta médica donde se indague el uso de método anticonceptivo y deseos de embarazo en toda mujer en edad reproductiva
- Dar consulta personalizada y confidencial respetando las decisiones de cada usuaria
- Realizar prueba inmunológica de embarazo en orina a toda usuaria que desee iniciar método anticonceptivo
- Brindar un método anticonceptivo acorde a las características y necesidades de cada usuaria
- Entregar un carnet con los datos de la usuaria tales como: nombre, edad, localidad, método utilizado, fecha de primera administración, siguiente consulta, siguiente aplicación
- Llevar un registro de citas y aplicaciones de cada usuaria, permitiendo llevar un control del método anticonceptivo de cada usuaria

Resultados

Los resultados que a continuación se presentan están descritos de acuerdo a la metodología propia de registro de datos de Sanando Heridas (Anexo 1), además que la base de datos con la que se trabaja no es propiamente un programa estadístico por lo que al momento de querer realizar análisis estadísticos o asociaciones entre variables no fue posible que se llevaran a cabo, por tal motivo los resultados se presentan desde un enfoque descriptivo.

Consultas

Se dieron 1895 consultas de primera vez durante el año de Servicio Social (enero a diciembre 2021). El 21.5% (438) fueron consultas en la clínica de San Cristóbal de las Casas, mientras que el 78.5% (1489) fueron en las 6 localidades.



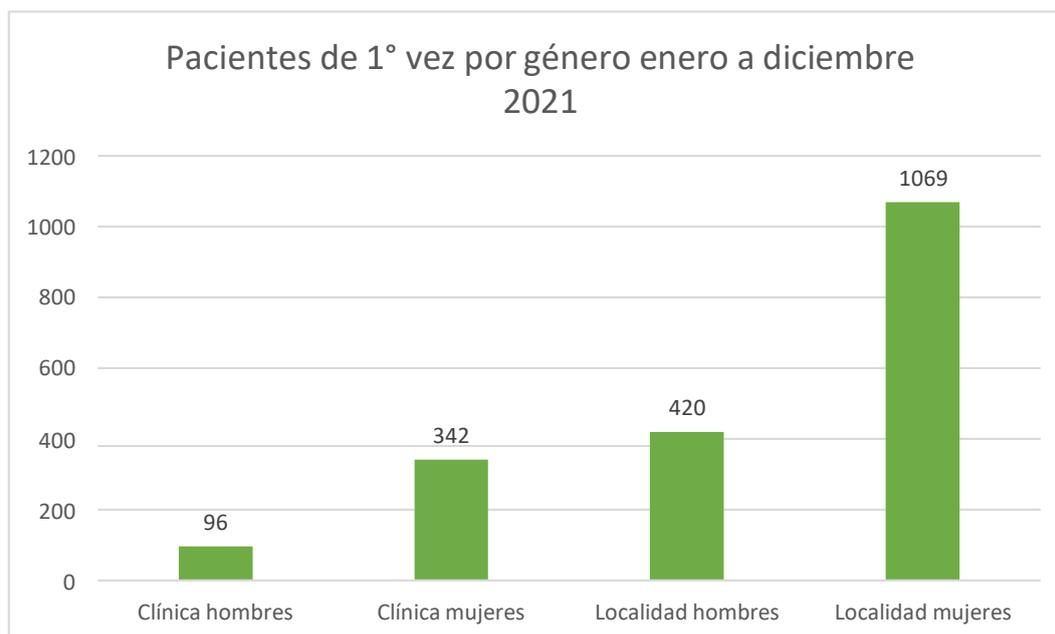
Sanando heridas 2021

Localidad	Pacientes de 1° vez
Poconichim, Chenalhó	301
Bachen de Poconichim, Chenalhó	150
Naranjatic alto, Chenalhó	207
Canalumtic, Chalchihuitán	233
San Isidro Chichihuitán, Teopisca	120
Los Llanos, SCDLC	145
Clínica, SCDLC	438

Sanando heridas 2021

En la clínica de San Cristóbal se atendieron de primera vez a 96 pacientes de género masculino y 342 pacientes de género femenino, en total en todas las

localidades se atendieron de primera vez a 420 pacientes de género masculino y 1069 pacientes de género femenino.



Sanando heridas 2021

Perfil de morbilidad

En la tabla siguiente se puede comparar las principales causas de morbilidad, a nivel nacional, estatal y de Sanando Heridas.

Principales causas de morbilidad			
Posición	México 2020	Chiapas 2020	Sanando Heridas 2021
1	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas
2	Infección de vías urinarias	Infección de vías urinarias	Gastritis, Colitis, Cefalea, Mialgias

			y Trastorno emocional
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal Definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
4	Covid-19	Úlceras, gastritis y duodenitis	Infecciones del tracto urinario
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	Otitis media aguda	Enfermedades cardio-metabólicas

Secretaría de Salud (2020), Secretaría de Salud (2020), Sanando Heridas, A.C. (2021).

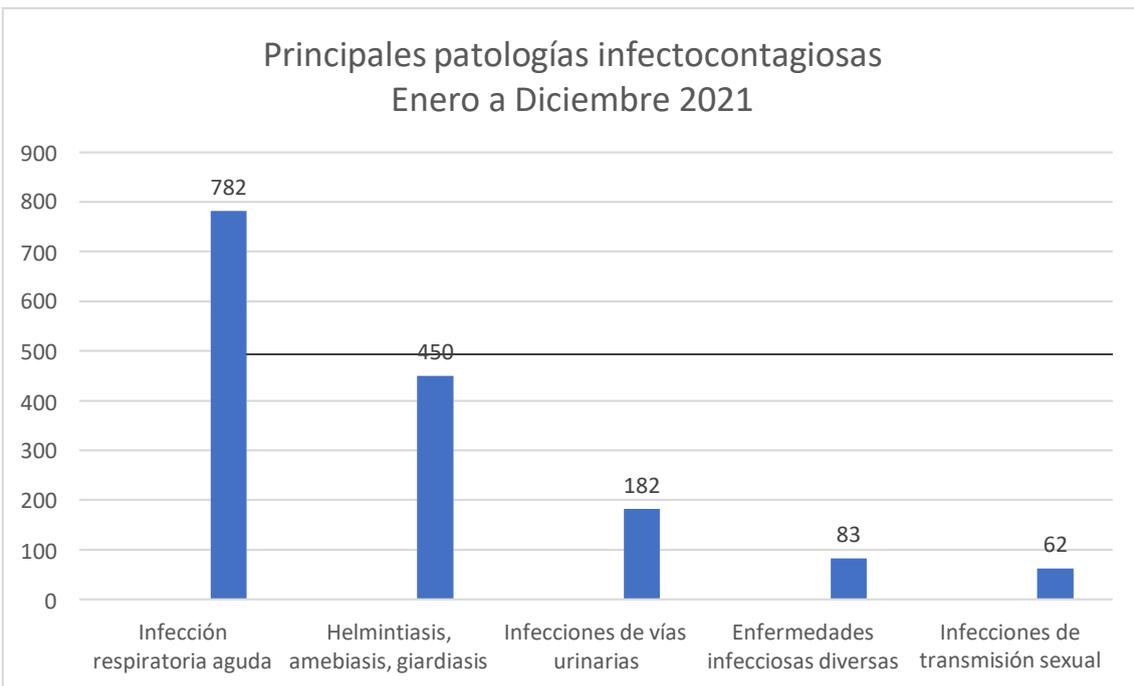
Patologías infectocontagiosas

Las siguientes tabla y gráfica muestra los principales grupos de patologías detectadas en las consultas de primera vez, se tomó en cuenta tanto las consultas de la clínica de San Cristóbal como de todas las localidades.

Principales Patologías infectocontagiosas Enero a Diciembre 2021													
Patologías	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Tota
Infección respiratoria aguda	74	75	65	42	34	72	37	107	89	78	57	52	782
Helmintiasis, amebiasis y giardiasis	50	54	39	41	34	49	35	49	11	14	31	33	450
Infecciones de vías urinarias	5	9	10	14	30	14	16	14	19	16	27	8	182

Enfermedades infecciosas diversas	11	6	6	11	5	10	8	4	8	4	6	4	83
Infecciones de transmisión sexual	6	7	6	12	4	12	4	2	3	4	2	0	62

Sanando heridas 2021



Sanando heridas 2021

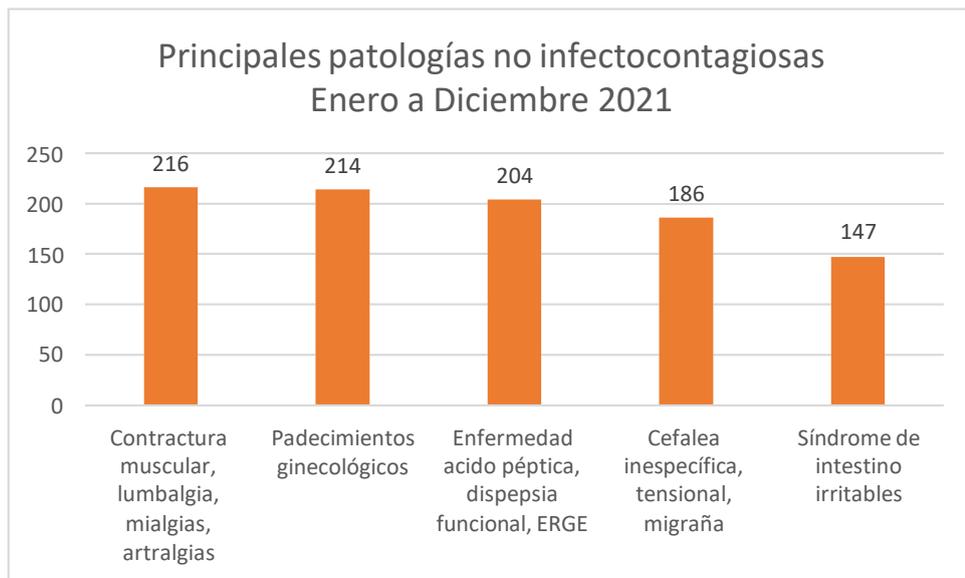
Patologías no infectocontagiosas

De las consultas de primera vez, las principales enfermedades no infectocontagiosas se presentan en la tabla y gráfica a continuación, se tomó en cuenta tanto a pacientes de la clínica de San Cristóbal como a todas las localidades.

Principales Patologías no infectocontagiosas Enero a Diciembre 2021												
Patologías	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

Contractura muscular, lumbalgia, mialgias, artralgias	16	20	12	21	13	29	20	14	17	18	17	19
Padecimientos ginecológicos	10	12	17	11	10	27	19	35	27	16	16	14
Enfermedad ácido péptica, dispepsia funcional, ERGE	14	9	17	21	13	27	12	32	17	8	16	18
Cefalea inespecífica, tensional, migraña	18	15	11	10	12	17	20	23	19	14	15	12
Síndrome de intestino irritable	11	4	8	10	17	22	20	12	10	12	8	13

Sanando heridas 2021



Sanando heridas 2021

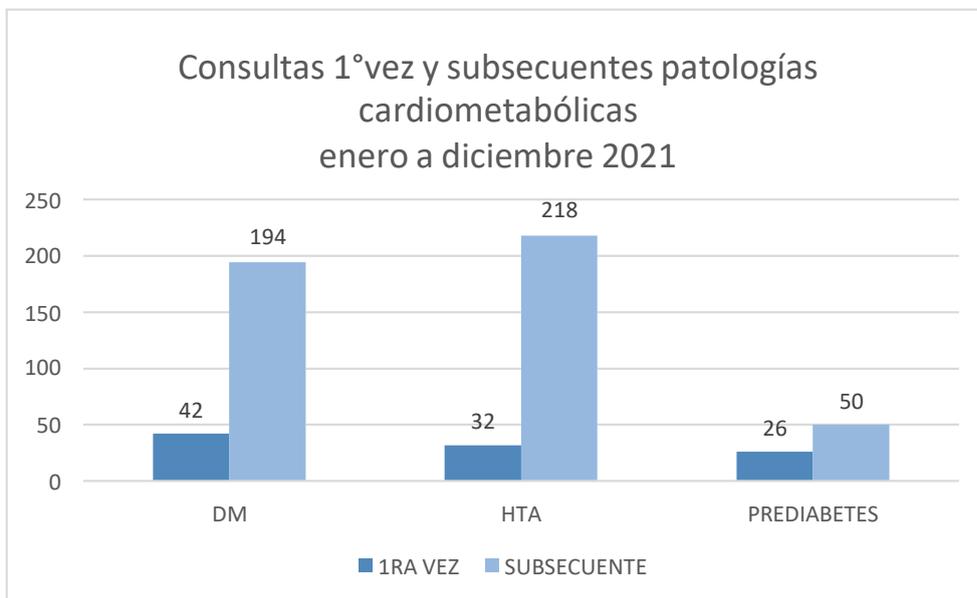
Patologías cardiometabólicas (Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial Sistémica)

Se decidió presentar los datos de los pacientes diagnosticados con patologías cardiometabólicas (DM2, HAS, prediabetes) en otro apartado debido a las dificultades técnicas que implica la base de datos de Sanando Heridas.

ENFERMEDADES CRARDIOMETABOLICAS DM, HAS Y PREDIABETES de Enero a Diciembre 2021						
DIAGNÓSTICOS						
	1RA VEZ	1RA VEZ %	SUBSECUENTE	SUB %	TOTAL	%
DM	42	17,8%	194	82,2%	236	100,0%
HTA	32	12,8%	218	87,2%	250	100,0%
PREDIABETES	26	34,2%	50	65,8%	76	100,0%
TOTAL	100		462		562	100,0%
TOTAL %	17,8%		82,2%		100,0%	
CONSULTAS DURANTE EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE						
DM2						
	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL	%
CONTROL	94	48,5%	22	52,4%	116	49,2%
DESCONTROL	100	51,5%	20	47,6%	120	50,8%
TOTAL	194	100,0%	42	100,0%	236	100,0%
TOTAL %	82,2%		17,8%		100,0%	
HTA						
	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL	%
CONTROL	155	71,8%	26	76,5%	181	72,4%
DESCONTROL	61	28,2%	8	23,5%	69	27,6%
TOTAL	216	100,0%	34	100,0%	250	100,0%
TOTAL %	86,4%		13,6%		100,0%	

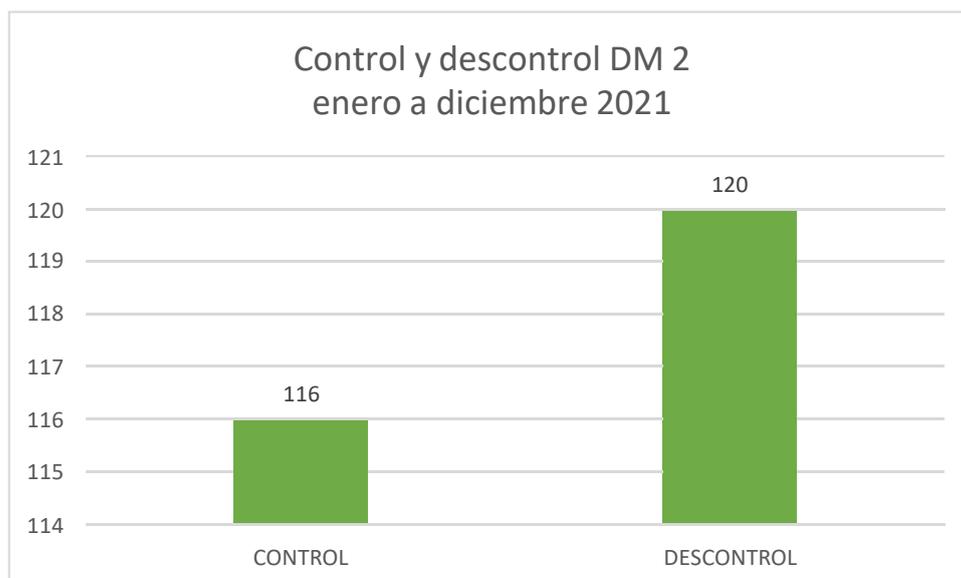
Sanando heridas 2021

La gráfica siguiente muestra la cantidad de consultas de 1era vez y subsecuentes de aquellos pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y prediabetes (glucemia en ayuno >100, <126).



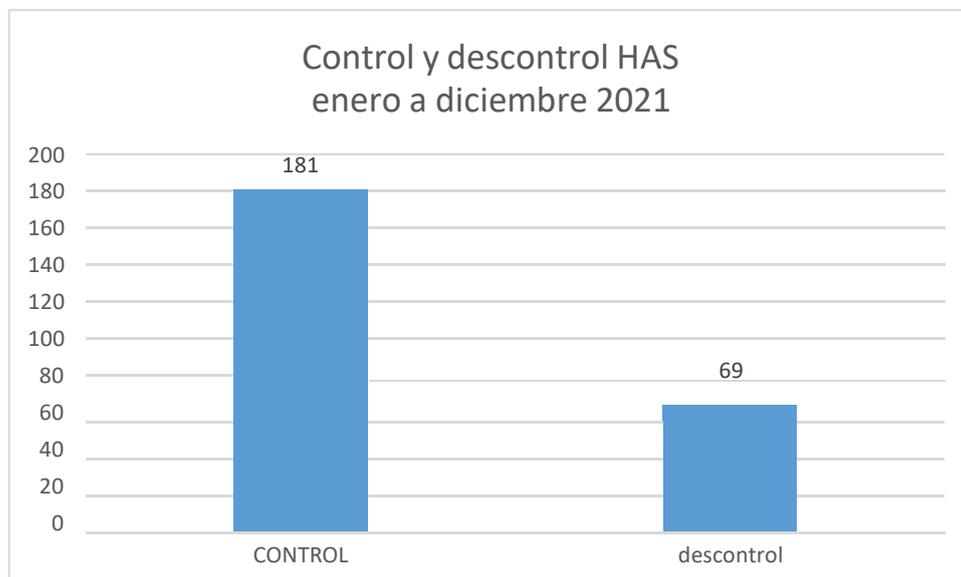
Sanando heridas 2021

La gráfica siguiente compara las consultas totales, tanto de primera vez como subsecuentes de diabetes mellitus 2 que se diagnosticaron en control y descontrol.



Sanando heridas 2021

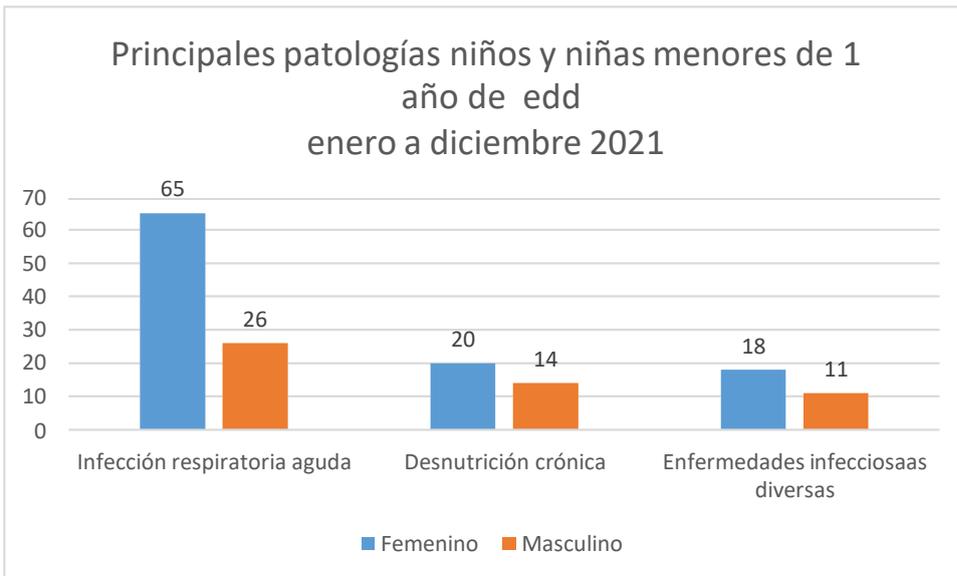
La gráfica a continuación compara las consultas totales, tanto de primera vez como subsiguientes de hipertensión arterial sistémica que se diagnosticaron en control y descontrol.



Sanando heridas 2021

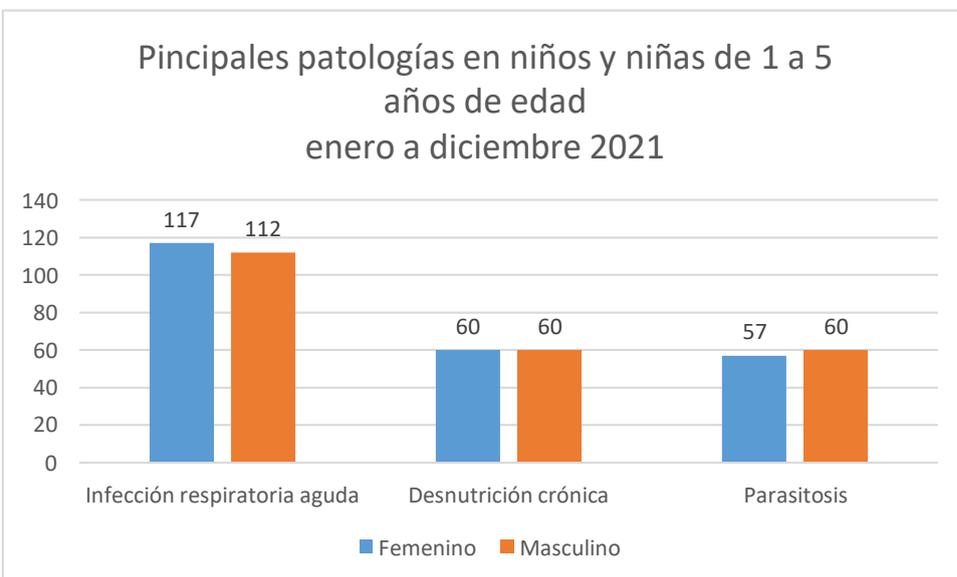
Principales patologías por grupo etario y género

En la gráfica se visualiza al grupo etario que abarca del nacimiento hasta los 11 meses en el cual se observa que la principal patología son las infecciones respiratorias agudas, seguida por desnutrición crónica y luego infecciones diversas.



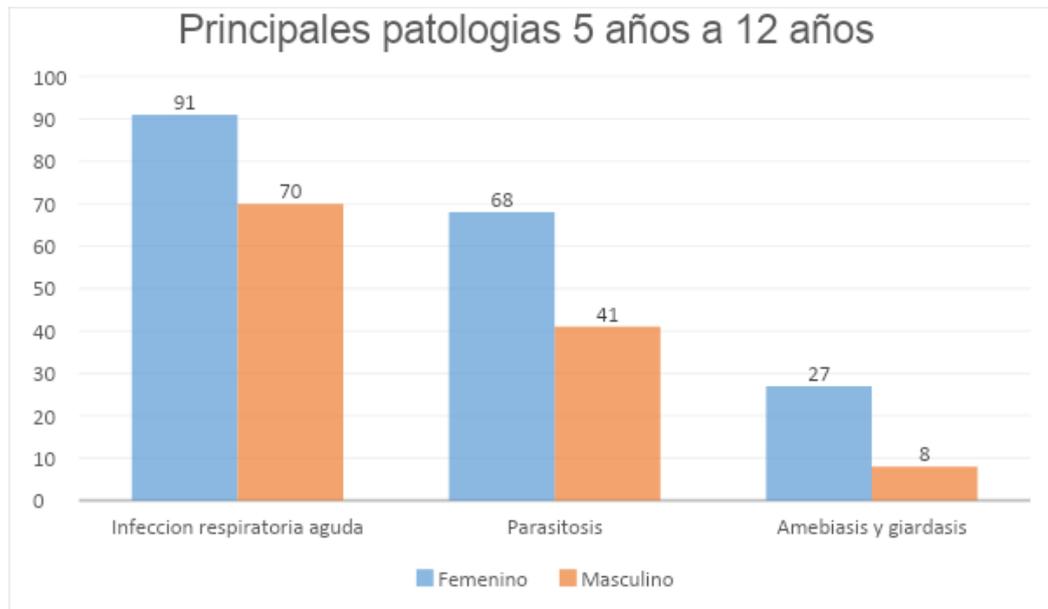
Sanando heridas 2021

En el grupo de 1 año a menos de 5 años de igual manera observamos en primer lugar a las infecciones respiratorias agudas, pero aquí se invierte el segundo y tercer lugar, quedando en segundo lugar la desnutrición crónica, y después parasitosis.



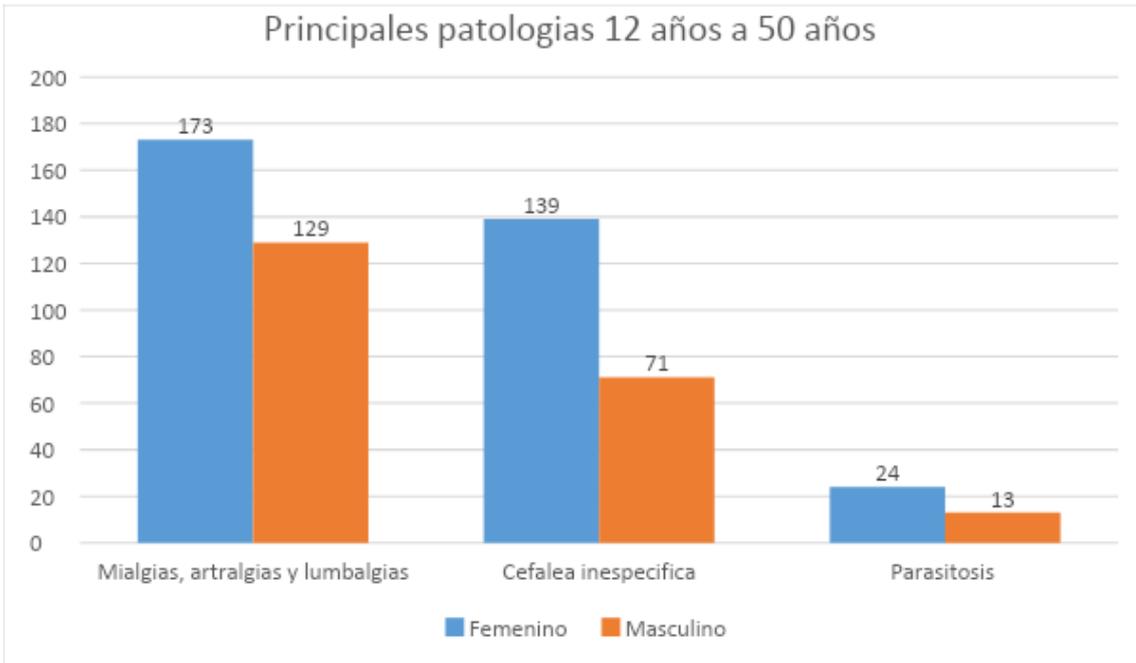
Sanando heridas 2021

Para los usuarios que tienen 5 años y 11 años, 11 meses la patología más diagnosticada son las infecciones respiratorias agudas, pero en segundo lugar se encuentran las parasitosis y en el siguiente puesto las amebiasis y giardiasis.



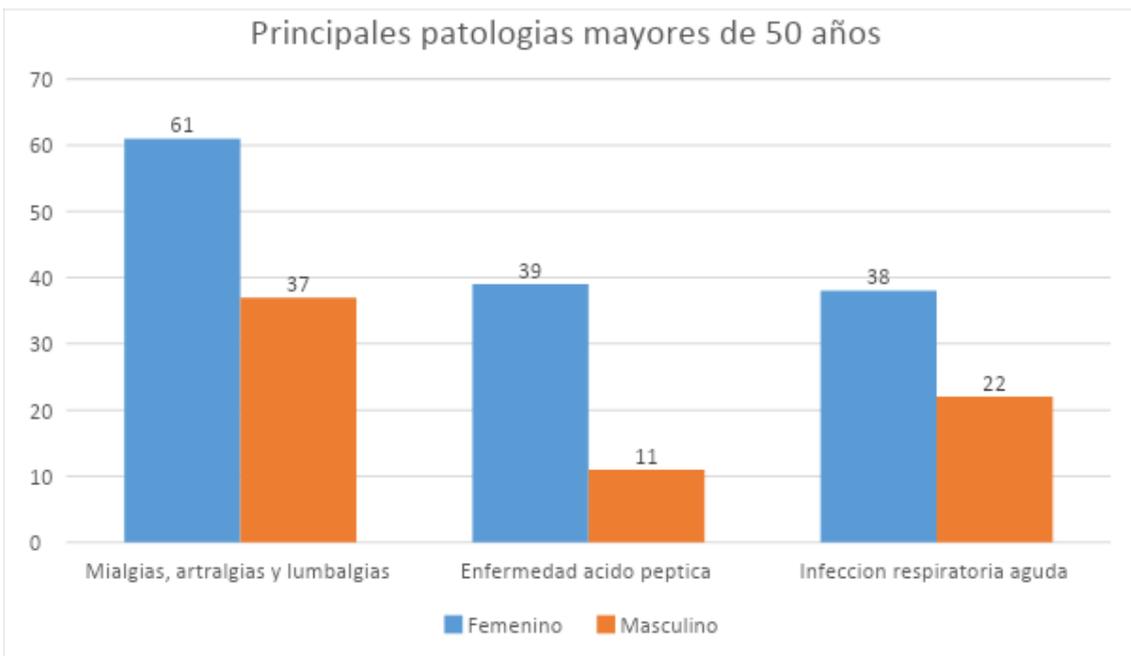
Sanando heridas 2021

Las personas cuyas edades comprenden entre 12 años y 50 años las principales afecciones son musculo-esqueléticas como mialgias, artalgias y lumbalgias, seguidas por las cefaleas y en tercer lugar las parasitosis.



Sanando heridas 2021

En el grupo de mayores de 50 años las mialgias, artralgias y lumbalgias como primer causa de consulta, cambiando el segundo lugar presentando mayor incidencia de enfermedad ácido péptica y en tercer lugar las infecciones respiratorias agudas.



Sanando heridas 2021

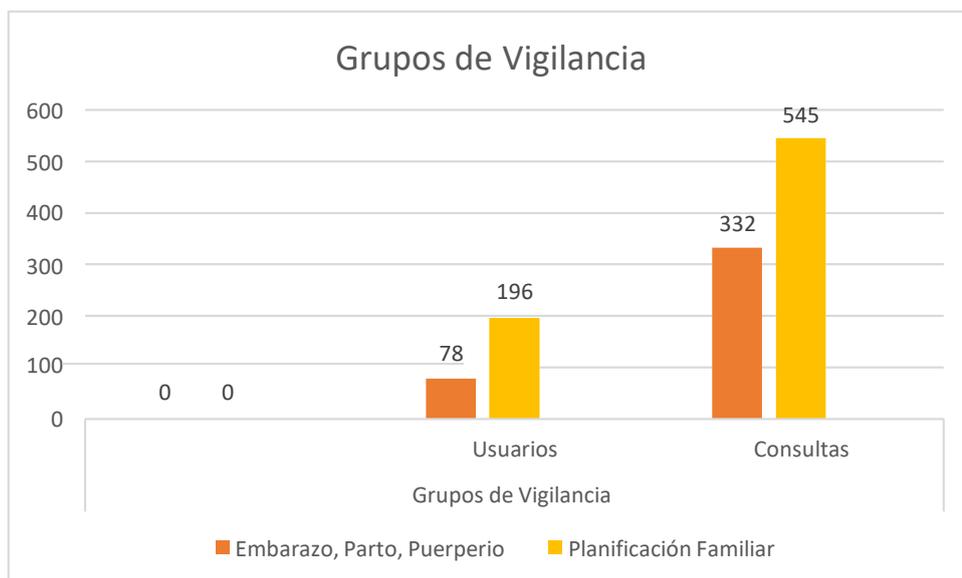
Grupos de vigilancia

En el siguiente apartado se muestran los resultados de los grupos de vigilancia instaurados por Sanando Heridas en las localidades de acción intensivas a quienes se les otorga consulta mensual, son presentados de manera general, es decir no se especificarán las características de cada comunidad.

Vigilancia de Embarazo, Parto y Puerperio y Planificación familiar

Se optó por presentar los resultados de estos 2 grupos de vigilancia juntos ya que ambos se enfocan en mujeres de edad fértil, se busca que las mujeres acudan a consulta ya sea para el control de su embarazo, como para que de manera voluntaria sean libres de decidir sobre su fertilidad.

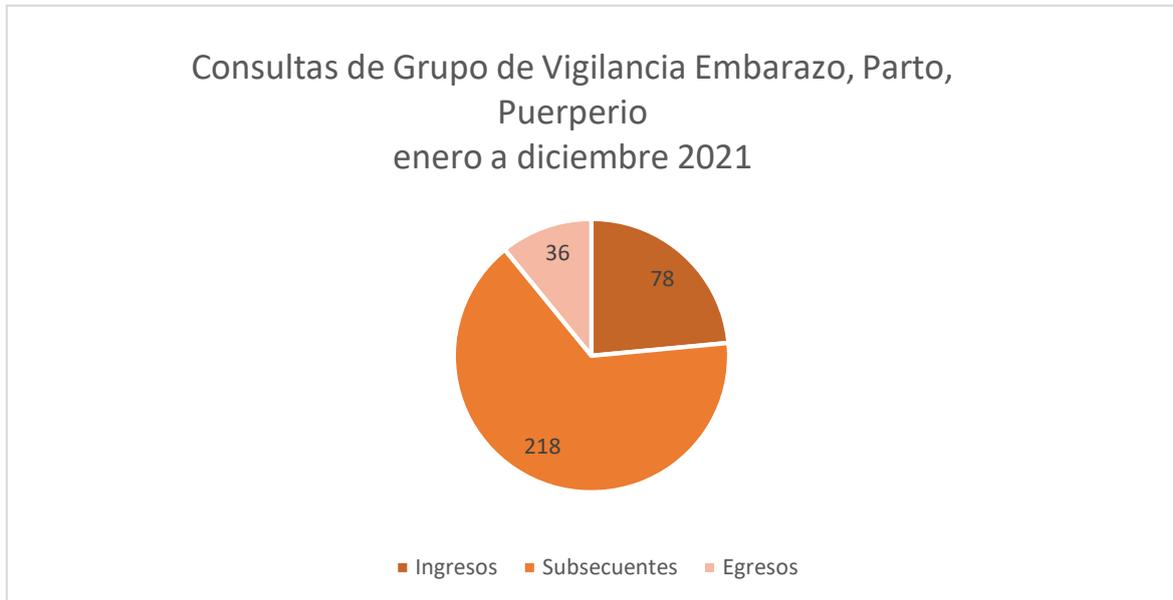
La gráfica muestra la cantidad de pacientes atendidas en la consulta y la cantidad de consultas otorgadas en total (incluyendo consultas de primera vez y subsecuentes). Es importante mencionar que Sanando Heridas no atiende partos dentro de las localidades ni en la clínica, además de que por el hecho de pertenecer a un grupo de vigilancia en cada consulta se registra que acudió a consulta independientemente si no es relacionado al seguimiento del embarazo o de la planificación familiar.



Sanando heridas 2021

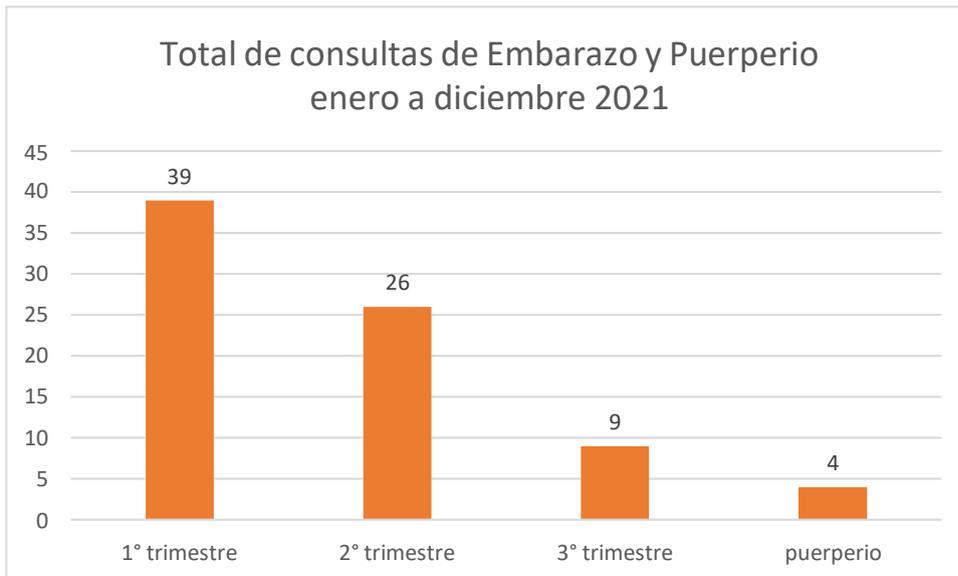
Grupo de vigilancia de Embarazo, Parto y Puerperio.

En la gráfica se observa la cantidad de consultas otorgadas, siendo 218 las consultas de primera vez, 78 consultas subsecuentes y 36 consultas donde las mujeres ya habían tenido a sus bebés.



Sanando heridas 2021

La gráfica a continuación muestra la cantidad de mujeres que acudieron a consulta durante su embarazo y en qué trimestre, por lo cual si se toma en cuenta que en total fueron 332 y 78 pacientes, cada paciente acudió en promedio 4.2 veces a las consultas prenatales; además de aquellas que llegaron a consulta durante el periodo del puerperio tardío, sin embargo no se detectaron procesos de puerperio patológico en ninguna de ellas.



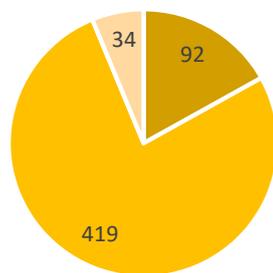
Sanando heridas 2021

Grupo de vigilancia de Planificación Familiar

En este grupo de vigilancia se otorga información y métodos anticonceptivos: inyectable hormonal mensual, inyectable hormonal bimensual, implante subdérmico, anticonceptivos orales. Las mujeres que cuentan con oclusión tubarica bilateral (OTB) pertenecen al grupo ya que si bien Sanando Heridas no proporciona las cirugías, se lleva un control interno de su método definitivo de planificación.

La siguiente gráfica muestra la cantidad de consultas, indicando que 92 fueron de primera vez, 419 subsecuentes y 34 mujeres dejaron de acudir por sus métodos por 3 meses o más.

Consultas de Grupo de Planificación Familiar enero a diciembre 2021

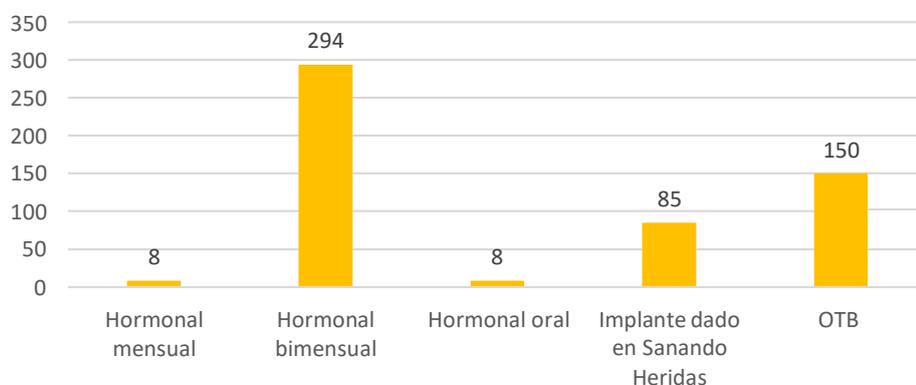


■ Ingreso ■ Susecuente ■ Egresos

Sanando heridas 2021

La siguiente gráfica muestra el tipo de método que utilizan nuestras pacientes, debido a las características de captura de la base de datos con la que trabaja Sanando Heridas cabe mencionar que cada consulta está asociada a un registro de una paciente que pertenece al grupo de vigilancia, por lo que al realizar la sumatoria, el resultado corresponde a la cantidad de consultas y no a la cantidad de usuarias, sin embargo en promedio cada usuaria acude a consulta 2.7 veces, pudiendo ser patologías relacionadas o no con el método de planificación.

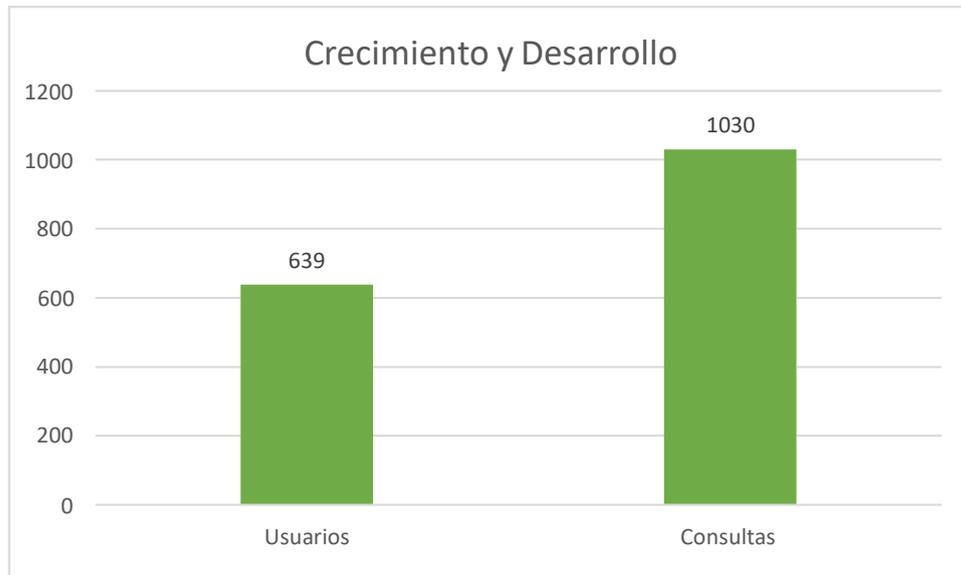
Tipos de Métodos de planificación familiar utilizados enero a diciembre 2021



Sanando heridas 2021

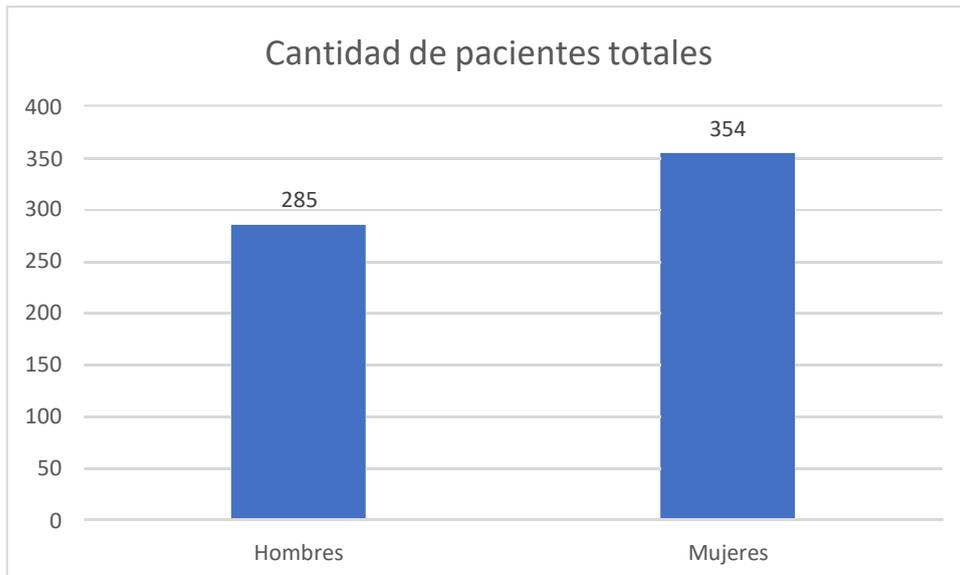
Grupo de vigilancia de Crecimiento y Desarrollo

Enfocado en monitorizar y mejorar el estado nutricional de niñas y niños de los 0 a 5 años de edad, en la gráfica siguiente se muestra el total de niñas y niños de los que se tiene registro, de todas las localidades y de la clínica (639), mientras que la otra barra muestra la cantidad de consultas totales del año (1030).



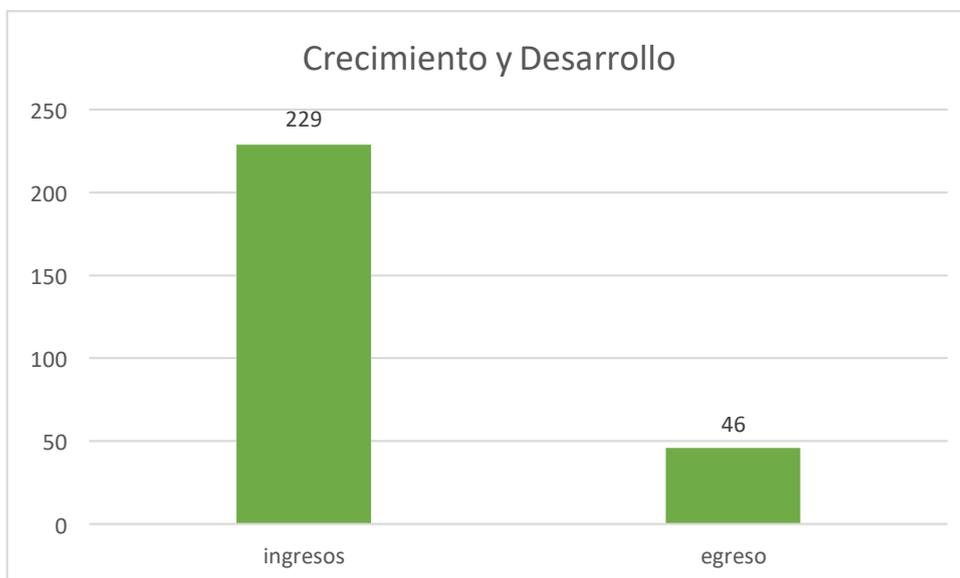
Sanando heridas 2021

De los 639 niños y niñas que se tiene registro 354 son mujeres y 285 son hombres.



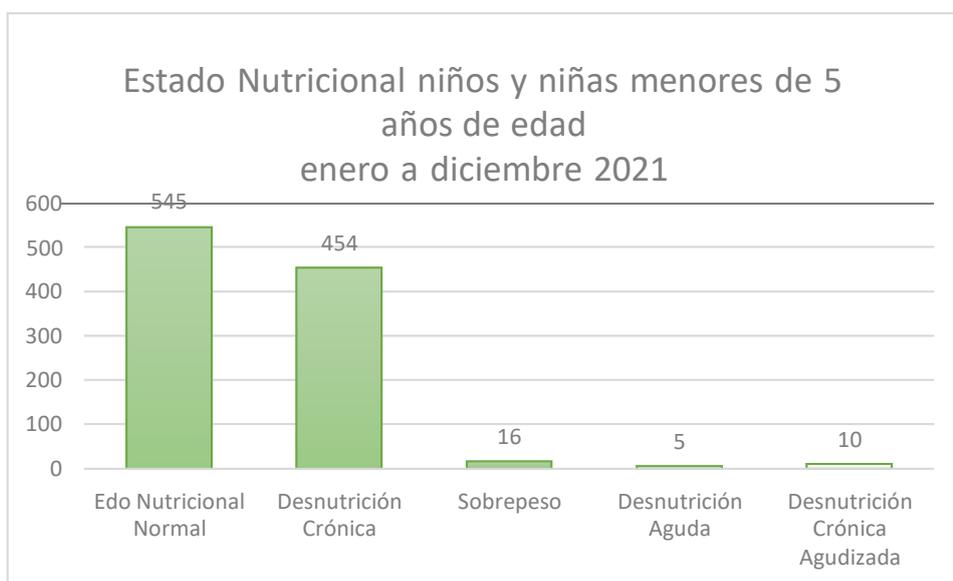
Sanando heridas 2021

De las niñas y niños que pertenecen a este grupo de vigilancia se registraron 229 ingresos, es decir, niñas y niños en un rango de edad de entre 0 a 5 años que acudieron por primera vez a consulta, Además se detectaron 46 niñas y niños que salieron del grupo de vigilancia debido a cumplimiento de edad.



Sanando heridas 2021

En la gráfica que se presenta a continuación se muestra el estado nutricional de los niños que asistieron a las consultas durante el periodo enero a diciembre 2021, en promedio cada niña y niño es llevado a consulta 1.6 veces, lo cual es muy poco para poder notar una mejoría en el peso y talla esperados para su edad, cabe mencionar que los niños no son llevados a consulta de control del niño sano, las recomendaciones higiénico-dietéticas se realizan en cada oportunidad pero no es posible medir el impacto y darle seguimiento a nivel estadístico, por lo que la mejora nutricional de cada niña y niño no se registra más allá de la consulta y la nota médica



Sanando heridas 2021

Conclusiones

Las patologías aquí descritas son reflejo de las condiciones sociales, climatológicas, y socioculturales de los habitantes de la región de los Altos de Chiapas, todo esto presentando una relación importante con las carencias de infraestructura que ocurre en distintas localidades como la falta de agua potable y manejo de excretas adecuado. Sanando Heridas forma parte del cambio, el trabajo que realiza es muy valioso, aunque poco significativo para poder reflejar el trabajo de campo realizado. A pesar de todos los programas internacionales y nacionales que se encuentran vigentes, Chiapas sigue siendo uno de los estados con más atrasos y escasez en diferentes rubros, uno de los más importantes es

en el ámbito de la salud. A pesar de que México se encuentre trabajando con distintas instituciones desarrollando programas con los que se espera una mejoría dentro del país, la realidad es muy distinta a lo que se plasma en todos esos acuerdos.

Una de las cosas más importantes sobre las cuales se debe realizar un cambio es en la relación médico-paciente. El modelo jerárquico, en el que se pensaba que el doctor es más que el usuario, debe quedar en el pasado. Valores como la empatía y la tolerancia, así como la escucha activa son factores que promoverán una relación horizontal, en la que ninguno es más que otro, en la que nos veamos como iguales y busquemos la equidad.

Este periodo de formación tan importante que es el Servicio Social, fue un viaje de autoconocimiento, aprendizaje y mejoría. Nos encontramos muy agradecidos por la oportunidad de formar parte de esta gran labor que se lleva a cabo por parte de Sanando Heridas; nos llevamos grandes vivencias tanto en lo personal como en lo profesional, cada uno de las y los integrantes de Sanando Heridas deja en aprendizajes que llevaremos y formarán parte en el sendero que hemos de seguir. Todo lo que conllevó este año de aprendizajes y cambios lo llevaremos siempre con nosotros y estamos seguros de que todo esto será aplicado dentro de nuestra práctica médica profesional.

Bibliografía:

1. Banco Mundial. (10 de abril de 2018). Salud, panorama general. *Banco Mundial* Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview#1>
2. Banco Mundial. (2021). Quiénes somos. *Banco Mundial*. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/who-we-are>
3. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (7 de febrero de 1984). Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2011) Artículo 4º. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtv/iniciativas/Inic/136/2.htm#:~:text=de%20sus%20hijos,-.Toda%20persona%20tiene%20derecho%20a%20la%20protecci%C3%B3n%20de%20la%20salud.art%C3%ADculo%2073%20de%20esta%20Constituci%C3%B3n.>
5. Gobierno de Chiapas (2021) Secretaria de Turismo. Recuperado de: <http://www.turismochiapas.gob.mx/institucional/index.php>
6. INEGI (2020) Censo de población y vivienda 2020 Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>
7. INEGI (2020). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad. Recupero de: <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#Tabulados>
8. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas e Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (2020). Tsotsiles. *Atlas de los pueblos de México*. Recuperado de: <http://atlas.inpi.gob.mx/tsotsiles-chiapas/>
9. Lopez Hernández, T. H.. (2006). La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena.. *Ra Ximhal Eneroabril*, 2, 15-26.

10. Mejía Estrada A, Romero Zepeda H.. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista médica electrónica*, 39, 832-842.
11. Obregón Rodríguez, María Concepción. 2003. Tzotziles. En *Pueblos indígenas del México contemporáneo (I, 39)* México: CDI.
12. ONU. (Septiembre de 2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Naciones Unidas México*. Recuperado de: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
13. ONU. (Septiembre de 2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas México*. Recuperado de <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/NacionesUnidas/Paginas/ObjetivosDeDesarrolloDelMilenio.aspx#:~:text=Los%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20Sostenible,todas%20en%20todas%20las%20edades.>
14. OPS. (2015). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases de acción*, OPS 2015. Washington D.C
15. Red Nacional de Información Cultural (2019) *Pueblos indígenas tsotsiles. Gobierno de México Cultura*. Recuperado de: http://sic.gob.mx/ficha.php?table=grupo_etnico&table_id=65
16. Robles, M. et al. (2015) *El servicio social*. UNAM. México. Recuperado de: http://www.planeducativonacional.unam.mx/PDF/CAP_09.pdf
17. Sanando Heridas, A. C. (2021). *Sanando Heridas A.C*. Obtenido de <https://www.sanandoheridas.org.mx/>
18. Secretaria de salud. (4 de noviembre de 2019). *Programa Sectorial de Salud 2019-2024*. México. Recuperado de: <https://amepresmexico.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/191001-PROSESA-2019-2024.pdf>
19. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, (2020) *¿Qué es el Servicio Social?* Recuperado de: <https://www.uaem.mx/estudiantes-y-egresados/servicio-social/que-es-el-servicio-social/>

Anexo 1:

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES POR GRUPOS DIAGNOSTICOS	
1. Enfermedades infecciosas diversas <ul style="list-style-type: none">Pediculosis y phtiriasis B85Escabiosis B86Miasis B87Otitis externa H60Conjuntivitis H10 (Que no sea parte de IRA)Absceso cutáneo, furúnculo y ántrax L02Dermatofitosis B35Verrugas víricas B07 (no incluimos aquí las genitales)Parotiditis infecciosa B26Candidiasis B37 (que no sea urogenital)Otras micosis, no clasificadas en otra parte B48Fiebres tifoidea y paratifoidea A01EscarlatinaErisipelaOtras enfermedades infecciosas y las no especificadas B99Otras enfermedades bacterianas, no clasificadas en otra parte A48	12. Síndrome metabólico/Enfermedad de riesgo cardiovascular <ul style="list-style-type: none">12.1 Sobrepeso/Obesidad (IMC>25m²/kg o perímetro de cintura ♀ ≥ 94 cm ♂ ≥ 88 cm)12.2 Dislipidemias<ul style="list-style-type: none">12.2.1 Hipertrigliceridemia12.2.2 Hipercolesterolemia12.3 Prediabetes (Gluc ayuno 100-125)12.4 Prehipertensión (TA 130-139/80-89)
2. Diarrea aguda pb infecciosa <ul style="list-style-type: none">Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso A09Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas A04.Otras salmonelosis, Shigelosis A02, A03Intoxicación alimentaria bacteriana A05.	13. Vigilancia del periodo intergenésico
3. Infección respiratoria aguda <ul style="list-style-type: none">Infecciones agudas J00-J06, J20 J21 ;Faringitis y amigdalitis estreptocócica J02.0 y J03.0Neumonía y bronconeumonía J2-J18 J 12- J18 excepto J18.2 (neumonía hipostática no especificada)Otitis media aguda H65.0-H65.1	14. Tabaquismo
4. Infección de vías urinarias <ul style="list-style-type: none">Infección de las vías urinarias sitio no especificado N39.0	15. Enfermedad Pulmonar Crónica <ul style="list-style-type: none">15.1 EPOC/Bronquitis crónica<ul style="list-style-type: none">Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada J44.9Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas J4415.2 Asma<ul style="list-style-type: none">Asma J45
5. Enfermedad ácido péptica/Dispepsia funcional/ERGE <ul style="list-style-type: none">Úlceras, Gastritis y duodenitis K 25 y K29	16. Crisis convulsivas <ul style="list-style-type: none">16.1 Controladas. Sin crisis último mes16.2 Descontroladas
6. Síndrome de intestino irritable <ul style="list-style-type: none">Síndrome de colon irritable K58	17. Deficiencias diversas <ul style="list-style-type: none">Auditivas y del lenguajeMotoras/mentalesNO DE AGUDEZA VISUAL
7. Contractura muscular, Lumbalgia, mialgias, artralgias, etc. <ul style="list-style-type: none">Dorsalgia M54, artropatía en otras enfermedades clasificadas en otra parte M14, dolor, no clasificado en otra parte R52.	18. Tumores inespecíficos (masas que no corresponden a crecimiento de órganos y sin sintomatología que oriente a cáncer) <ul style="list-style-type: none">Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios y de los no especificados D48
8. Cefalea inespecífica, tensional, migraña. <ul style="list-style-type: none">Cefalea R 5.	19. Cáncer en cualquiera de sus tipos y estadios (Se incluirán tumoraciones u otros tipos de cáncer de cualquier sitio o lugar que cuenta con estudios o que por clínica hay suficientes elementos para pensar en el diagnóstico)
9. Insuficiencia venosa periférica <ul style="list-style-type: none">Venas varicosas de los miembros inferiores (I83), varices en otros sitios I86, otros trastornos de las venas I87, insuficiencia venosa crónica periférica I87.2	20. Alcoholismo <ul style="list-style-type: none">Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol F10Problemas relacionados con el uso del alcohol Z72.1
10. Diabetes Mellitus <ul style="list-style-type: none">10.1 Tipo 1<ul style="list-style-type: none">10.1.1 En Control10.1.2 Descontrolada10.2 Tipo 2<ul style="list-style-type: none">Diabetes mellitus no insulino dependiente E11y E1410.2.1 En control10.2.2 Descontrolada10.3 Complicaciones asociadas a DM	21. Drogadicción <ul style="list-style-type: none">Problemas relacionados con el uso de drogas Z72.2
11. Hipertensión Arterial <ul style="list-style-type: none">Hipertensión esencial (primaria) I1011.1 En control11.2 Descontrolada	22. Accidentes o envenenamientos (Se incluye todo tipo de lesiones, intoxicaciones o envenenamientos accidentales; quemaduras, accidentes en vehículos, atropellamiento, caídas y sus consecuencias, heridas diversas, esguinces, luxaciones, fracturas, contusiones, mordeduras)
	23. Violencias incluida violencia intrafamiliar y autoinfligida (Se incluye todo tipo de lesiones infringidas o autoinfringidas) <ul style="list-style-type: none">Síndrome de maltrato T74Violencia física R45.6Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados X84Agresión por medios no especificados Y09Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas X85

Sanando heridas 2021

- 24. Control de la fertilidad (PF)**
- 24.1 Hormonal bimensual
 - 24.2 Hormonal mensual
 - 24.3 Hormonal oral
 - 24.4 Preservativos
 - 24.5 Dado en otra institución (implante, OTB, hormonal, etc.)
 - 24.6 Implante subdérmico dado por SH
 - 24.7 Consejería y Asesoría sobre MPF
- 25. Control del embarazo**
- 25.1 Embarazo uterino (normal)
 - 25.2 Complicaciones asociadas al embarazo
 - 25.2.1 Amenaza de aborto
 - 25.2.2 Enfermedad hipertensiva del embarazo
 - 25.2.3 Diabetes Gestacional
 - 25.2.4 Otros (DPPNI, Placenta previa, Emb. Molar, RPM, etc.)
 - 25.3 Aborto
 - 25.4 Embarazo Ectópico
- 26. Consulta a puérperas**
- 26.1 Puérperas sanas
 - 26.1 Puérperas con patología
- 27. Infecciones de transmisión sexual**
- Linfogranuloma venéreo por clamidias A55
 - Candidiasis urogenital B37.3-B37.4
 - Candidiasis de la vulva y de la vagina B37.3
 - Chancre blando A 57
 - Herpes genital A60.0
 - Infección gonocócica del tracto genitourinario A54.0-A54.2
 - Vulvovaginitis inespecífica N76.0
 - Sífilis adquirida A 51- A53
 - Tricomoniasis urogenital A 59
 - Enfermedades de transmisión sexual no especificada A64
 - Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, no clasificadas en otra parte A63
 - Otras enfermedades de transmisión sexual debida a clamidias A56
 - Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas N73
- 28. Padecimientos ginecológicos**
(las que no sean ITS ni de resolución quirúrgica)
- Otras afecciones inflamatorias de la vagina y la vulva N76
 - Otros trastornos de la mama N64
 - Menstruación ausente, escasa o rara N91
 - Menstruación excesiva, frecuente e irregular N92
 - Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales 93
 - Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual N94
 - Dismenorea no especificada N94.5
 - Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos N95
- 29. Estado nutricional normal** (en menores de 5 años)
- 30. Enfermedades de origen congénito** (Todas y especialmente anencefalia, encefalocele, espina bífida y labio y paladar hendido)
- 31. Patología de resolución quirúrgica**
(Hernias, apendicitis, hemorroides, colecistitis, prolapso: rectales vesicales uterinos, problemas quirúrgicos de traumatología y ortopedia, cataratas)
- 32. Alteraciones de la agudeza visual**
- 33. Esquizofrenia y trastornos graves de la personalidad**
- 34. Trastorno emocional** (Se considerará cuando la usuaria o usuario acepta tener enfermedad de tristeza, preocupación, enojo o miedo y/o cuando a valoración del médico es evidente un trastorno depresivo de ansiedad u obsesivo/compulsivo.
- Depresión F32
- 35. Desnutrición**
- Desnutrición proteico calórica, no especificada E46
 - Kwashiorkor E40
 - Marasmo nutricional E41
 - Kwashiorkor marasmático E42
- 35.1 Crónica** (talla baja para la edad)
- 35.1.1 Mejoría de puntaje z en curva de talla para la edad (aunque continúe con desnutrición crónica)
 - 35.1.2 Recuperación de desnutrición crónica (talla para la edad arriba de pz -2)
 - 35.1.3 Crónica Agudizada
- 35.2 Aguda** (peso bajo para la talla)
- 35.2.1 Recuperación de desnutrición aguda (peso para la talla arriba de pz -2)
- 35.3 Por datos clínicos** (cabello claro o quebradizo, piel delgada, uñas quebradizas, etc, aunque no tenga alteración en sus curvas de crecimiento)
- 36. Deshidratación secundaria a gastroenteritis.**
- Depleción de volumen E86
- 37. Enfermedades de reporte inmediato**
Difteria, Enteritis debida a rotavirus, cólera, poliomielitis, rubéola, Sx de rubéola congénita, sarampión, meningitis meningocócica, meningitis tuberculosa, meningococcalis amebiana, primaria tétanos, tétanos neonatal, tosferina, influenza, VIH,SIDA, sífilis congénita, encefalitis equina venezolana, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica por dengue, fiebre manchada, fiebre del oeste del Nilo, paludismo por *Plasmodium falciparum* , peste, tifo epidémico, tifo murino, leptospirosis, rabia humana, enfermedad febril exantemática, parálisis flácida aguda, síndrome coqueluchoide, efectos adversos temporalmente asociados a vacunas. Muerte materna.
- 38. Consulta a sanos (pediátricos y adultos)**
- 39. Helmintiasis**
- Otras helmintiasis B83
 - Ascariasis B77
 - Triquiolosis B75
 - Teniasis B68
 - Cisticercosis B69
- 40. Amibiasis o giardiasis**
- Giardiasis [Amibiasis] A07.1
 - Amebiasis A06
 - Criptosporidiosis A07.2
- 41. Enfermedades de origen alérgico**
- 42. Otras patologías** (Todas las que no puedan encasillarse en el resto de la lista)
- Otros síntomas y signos generales R68
 - Otra atención medica Z
- 43. Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo**