Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

PROYECTO “DESARROLLO HUMANO CHIAPAS”

REPORTE DEL SERVICIO SOCIAL:

“Experiencia de Campañas de Salud 2018-2019 en población de 0 a 15 años como estrategia de Promoción y Prevención en Salud en Comunidades Zapatistas en Regiones ubicadas dentro de los municipios de Chilón y Ocosingo”

SISTEMA DE SALUD AUTÓNOMO ZAPATISTA
CARACOL III “LA GARRUCHA”

PERIODO: FEBRERO 2018 – ENERO 2019

ELABORADO POR:
MIGUEL ÁNGEL PONCE CAMACHO
MATRÍCULA: 2123055598

ASESOR:
DR. JOEL HEREDIA CUEVAS

Palenque-Ocosingo, Chiapas, Estados Unidos Mexicanos

AGRADECIMIENTOS

A mi Familia por el apoyo incondicional, a la Universidad por construir espacios de pensamiento libre y a todas las personas que luchan por sueños y utopías hasta el final.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Portada

Agradecimientos 1

Índice de Contenido 2

Introducción 4

1. Proceso de adaptación al Servicio Social 6

1.1. Personal 7

1.2. Relación médico-paciente 9

1.3. Comunitario 11

1.4. Institucional 12

2. Panorama e Indicadores de Desarrollo Comunitario Regional-Municipal en los municipios de Chilón y Ocosingo 16

2.1. Marco Teórico 17

2.2. Indicadores geográficos 19

2.3. Indicadores demográficos 21

2.4. Indicadores sociales 26

2.5. Indicadores económicos 30

2.6. Indicadores culturales 32

2.7. Indicadores de salud 38

2.8. Conclusión 44

3. Diagnóstico Comunitario de Salud 46

3.1. Marco Teórico 47

3.2. Diseño y Metodología 48

3.3. Resultados 51

3.4. Análisis de resultados y Discusión 60

4. Seguimiento de Programas y Perfil de Morbilidad 66

4.1. Marco Teórico 67

4.2. Seguimiento de Programas de Salud 70

4.2.1. Programa de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio 70

4.2.2. Programa vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del niño sano 77
4.2.3. Programa control de pacientes con Enfermedades Crónicodegenerativas 79
4.2.4. Programa detección oportuna de Cáncer Cervicouterino 84
4.2.5. Programa detección oportuna de Víctimas de Violencia 85
4.3. Perfil de Morbilidad Semestral según Sede Clínica 87
4.3.1. Las 10 principales patologías en general registradas 89
4.3.2. Las 10 principales enfermedades transmisibles registradas 94
4.3.3. Las 10 principales enfermedades no transmisibles registradas 98
4.4. Daño Diferencial según Sede Clínica 102
4.4.1. Morbilidad de 0 a 1 año registrada 102
4.4.2. Morbilidad de 1 a 4 años registrada 104
4.4.3. Morbilidad de 5 a 14 años registrada 106
4.4.4. Morbilidad de 15 a 44 años registrada 108
4.4.5. Morbilidad de 45 a 64 años registrada 110
4.4.6. Morbilidad de 65 y más años registrada 113
5. Conclusiones Generales 116
Bibliografía 119

"El día en que íbamos a celebrar nuestra entrada al Primer Mundo, retrocedimos un siglo… creímos y quisimos ser norteamericanos y nos salió al paso nuestro destino centroamericano"

García Canclini

INTRODUCCIÓN

En la última década, el aseguramiento universal en Salud es uno de los principales objetivos de los sistemas de salud en el mundo. La sociedad mexicana se ha caracterizado por la desigualdad e inequidad de acceso a servicios sociales y de salud, "aclarando que la **igualdad** otorga las mismas oportunidades a toda la población sin distinción mientras que la **equidad** trabaja en función de las necesidades para lograr el mismo objetivo" (**COLMEX, 2010**).

Han sido los pueblos originarios los que tienen que enfrentar la subordinación y discriminación en su intento por acceder a los sistemas de salud, a pesar de que la UNESCO reconoce que toda "teoría que invoque una superioridad o inferioridad de grupos raciales o étnicos que dé a unos el derecho de dominar o eliminar a los demás… carece de fundamento científico y es contraria a los principios morales y éticos de la humanidad" (**UNESCO, 1978**).

En varias ocasiones se ha demostrado cómo la condición de los pueblos originarios conduce a un rezago epidemiológico y al mismo tiempo a una polarización en salud en comparación con el resto de la población. En este contexto, hoy la propuesta del Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ) sigue vigente en cuanto a su organización y capacidad de autoatenderse dependiendo menos del Sistema Nacional de Salud (SNS), diferente a otros pueblos en igual condición. Para los Pueblos Zapatistas, la Salud (una de las trece demandas) se construye como un

proceso colectivo “desde abajo y a la izquierda”, es decir, la responsabilidad recae en todos y todas desde una visión holística, integradora y necesariamente anticapitalista. “Las actividades van desde la consulta, actividades de promoción y prevención, planeación, ejecución y evaluación de políticas de salud” (**Heredia, 2007**).

La salud se logra solamente con una verdadera medicina integral, hoy la **medicina preventiva** juega un papel fundamental tanto para la población como para los sistemas de salud en el mundo. Con base en lo anterior, durante el año de servicio se realizaron estrategias de prevención y **promoción de la salud**, partiendo de un análisis observacional sobre los factores de riesgo locales que podían incidir en los procesos de salud-enfermedad de las comunidades, a través de “Campañas de Salud” dirigidas a la población en general (niños y adultos) y en coordinación con el área de Medicina General, Estomatología y Promotores de Salud. Para ello se diseñaron como promoción a la salud: pláticas, juegos y material didáctico, que acompañaron las actividades de prevención: evaluación del peso y talla, desparasitación y aplicación de flúor. Los resultados demuestran la necesidad de este tipo de actividades en la población y el impacto positivo que tienen a largo plazo.

Si bien la medicina preventiva no resulta fácil, el continuo ejercicio de ella contribuirá a reducir los riesgos de una o ciertas enfermedades, a veces la evolución misma de la enfermedad e incluso la razón de muerte.

1.- PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

“La belleza no existe por sí misma, sino que es a través de los ojos del ser humano que empieza a darle forma”

Manuel Bolom, 2012

1.1.- PERSONAL

La instauración del Servicio Social (SS) dentro de un modelo educativo socialista ha revolucionado el fin de las Universidades, tratar de encontrar la utilidad práctica y científica de lo profesional en la sociedad permite enriquecer ambas partes.

Desde nuestra naturaleza hemos nacido libres, pero nuestro “vacío existencial” nos hace sociales por necesidad, aceptando con “libre voluntad” pactos que constituyen derechos y obligaciones con los demás, compromiso mutuo libremente asumido por sujetos autónomos.

Las sociedades construyen una identidad compleja desde lo natural hasta lo humano que los une y, al mismo tiempo, los distingue, reconociéndose a sí mismas y aprendiendo de otras. Una sociedad organizada desarrollará los medios para protegerse y subsistir, como es la educación misma; y como parte de esta sociedad mexicana, más que una obligación, es nuestro deber cumplir y aportar al proyecto social del cual somos parte todos.

Es así como el SS fue un objetivo y una meta, sin embargo, tenía mucho más por enseñar. SADEC y el Movimiento Zapatista del Sureste Mexicano en Chiapas (espacios únicos donde se apuesta en la formación del pensamiento crítico y se fomenta continuamente el diálogo) representaron desde el inicio la oportunidad de entrar en un nuevo mundo, en su mayoría aún desconocido, esperando sobrevivir a él con los elementos hasta ese momento que me hacían ser y hacer.

Podría ubicar dos etapas, diferentes entre sí, durante mi servicio social:

- Primera o ***"en caída libre"***: los primeros seis meses del SS, apoyando el trabajo en la Clínica Autónoma Zapatista "Compañera Murcia" ubicada en la comunidad San Jerónimo Tulijá del Municipio Autónomo Zapatista Ricardo Flores Magón (Chilón); significo el proceso de adaptación al espacio y al trabajo tratando de superar los retos como la lengua, la alimentación, el tipo y dinámica de la consulta médica, el transporte, las costumbres y tradiciones, entre otros. Aún con todo esto, no tardó en llegar una decepción apresurada por prejuicios que inundaban todos los pensamientos, ¿Qué sentido tendría continuar mi trabajo? Inicie una búsqueda de respuestas en personas externas que dieran una explicación a lo que sentía sin haberme dado la oportunidad de escucharlas desde quienes merecen contar la verdad, porque esta realidad es más de ellos que de alguien más. Y así, solicite mi cambio de plaza a uno de los centros políticos esperando encontrar respuestas.

- Segunda o ***"deconstrucciones"***: sucede en los últimos seis meses del SS, apoyando el trabajo en la Clínica Autónoma Zapatista "Jesús de la Buena Esperanza" ubicada en la comunidad La Garrucha del Municipio Autónomo Zapatista Francisco Gómez (Ocosingo), que funge como centro organizador para los cuatro municipios pertenecientes al Caracol III. Antes de mi llegada, de forma inesperada y en el mejor momento, un gran historiador y humanista de toda la vida me sugirió reorientar el camino que hasta entonces seguía. El proceso de adaptación fue muy corto pues ya tenía ganadas habilidades y destrezas para la consulta médica, dominaba lo básico de la lengua local para comunicarme, la alimentación no representaba ninguna barrera, el transporte lo tenía más seguro con la ambulancia que era parte de la clínica, las costumbres y tradiciones no eran tan diferentes del espacio anterior (o mucho menos que interactuar con ellas por primera vez) y el trabajo en equipo con el personal humano relacionado con la clínica se dio al instante, y mucho se debe al ambiente de confianza que generaba la larga amistad

que guardaba con la Estomatóloga Pasante del SS, que bien llevaba seis meses entre ellos. Lo demás, consecuencia de mi modo de trabajo y con la aprobación de todos, se reorganizaron los espacios de la clínica (donde se logró habilitar un espacio de enseñanza). Desde el inicio prioricé la convivencia y la interacción en los diferentes espacios que componían a la comunidad, tratando de sentir y vivir como uno de ellos (solo en parte, claro es que se debe nacer como ellos para sentir y vivir como uno de ellos). Con una motivación más abierta a conocer la realidad contada desde sus protagonistas y un acompañamiento constante de los Promotores de Salud permanentes (personas que reciben una formación continua dentro de la clínica por años además de ser las bases que dan vida a la clínica), rompí los esquemas que daban significado al mundo (desde mi cosmovisión).,

"El humanismo es el presupuesto cultural de la ética autónoma y esta lo es de la moderna democracia… obliga universal e incondicionalmente a tratar al ser humano como fin y nunca como medio" (**Kant**).

1.2.- RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El elemento fundamental para la buena relación es la confianza y en la medicina actual hay elementos que no estimulan su génesis; de ser una práctica humanista de beneficio social se ha transformado gradualmente en una práctica concebida como una industria que pretende satisfacer intereses de terceros y no al paciente en toda su expresión biopsicosocial (**Mejía, 2017**)

Con la globalización, el avance del capitalismo y su esencia de "mercado" avanzan de forma feroz sobre todos y cada uno de los aspectos de la vida; en la medicina se pueden reconocer ejemplos como la inversión privada directa o indirecta sobre los sistemas de salud pública, incentivos al derivar pacientes a ciertos estudios complementarios y/o procedimientos para diagnóstico y/o tratamiento, incentivar la

prescripción o condicionar el hacer médico a la prescripción de medicamentos aun estando lejos de la terapéutica o poco accesibles al paciente, intervenciones de las empresas privadas de seguros sobre las políticas de un país para limitar los servicios de salud pública, entre muchos más; además de utilizar una intensa campaña de propaganda a través de cualquier medio de comunicación con mensajes enmascarados o información sin el adecuado respaldo científico.

Por otro lado, la medicina corporativa, el modelo actual de atención médica tanto en sistemas públicos y privados (estructurado para satisfacer la demanda de pacientes) ha obligado al personal de salud a ver un número de pacientes en un tiempo establecido dando poco espacio para generar esta confianza, además que el paciente no ha tenido la oportunidad de elegir a su médico y el médico de conocer a su paciente.

Si bien la lengua es la primera barrera para la consulta médica, con el apoyo constante de los promotores de salud en la traducción y el continuo aprendizaje de ella, se facilitan los procesos de comunicación y en más de las veces llegó a crear ese ambiente de confianza, donde el paciente tenía la oportunidad de expresar desde su cosmovisión el motivo de consulta, que no siempre es la enfermedad. En un espacio comprometido con la lucha por la igualdad de género, pero que aún pesan las expresiones “machistas” o se hace sentir el poder del hombre sobre la mujer, darle la oportunidad de hablar en su lengua natal a las mujeres acompañadas por sus esposos durante la consulta es una victoria para el empoderamiento de la mujer, ya que el hombre (quien suele dominar la lengua natal y el español) sirve de traductor o intérprete de la mujer mientras que la mujer (quien solo domina su lengua natal por razones que no son tema en esta ocasión) adopta una postura sumisa.

Para lo demás, es necesario involucrarse en el vivir y como viven, en un proceso dinámico para comprender lo posible del concepto salud-enfermedad desde lo local, sin embargo, el intento se verá salpicado de errores de facto si nuestra formación

médica ha sido bajo el plan hegemónico occidental y que su perfeccionamiento implica deconstrucciones y construcciones en el mismo proceso.

1.3.- COMUNITARIO

Los pueblos originarios descienden de poblaciones que habitaban en el territorio del país antes de la colonización española y que hoy en día conservan su propia unidad social, económica y cultural conforme a sus usos y costumbres (**CLACSO, 2012**)

De acuerdo a la división por regiones económicas del Estado de Chiapas (**INEGI, 2017**), el área de trabajo durante el año del SS se concentró en dos regiones: Región XII (Selva Lacandona) y Región XIV (Tulijá-Tzeltal-Chol), que a pesar de sus variaciones culturales, es posible apreciar la riqueza a través de su lengua (en su mayoría Tzeltal, Tzotzil y Chol), su vestido (blusones y faldas con bordados de colores para las mujeres, camisa de cuadros y pantalón de mezclilla para los hombres) , los rituales (en su mayoría de carácter religioso), artesanías (diferentes bordados en servilletas, morrales, pulseras y ropa) , variedad de productos agrícolas (principalmente maíz, frijol, caña de azúcar, calabaza, café) y ganaderos (principalmente pollo, pato, res, cerdo, pavo), viviendas (de madera y lámina, con una distribución sencilla: un cuarto común y un espacio de cocina-comedor) y familias nucleares extensas.

A pesar del reconocimiento oficial en México de otros saberes diferentes a la ciencia occidental, los pueblos originarios han tenido que librar luchas por preservar y transmitir estos conocimientos a nuevas generaciones; como su medicina, que, si bien desde su concepción implica “tradición”, no deja de ser cambiante e innovadora. Con el creciente interés del mundo por preservar y reglamentar la medicina tradicional, la OMS ha mejorado el trabajo inicial en 2002-2005 con una “estrategia 2014-2023” para promover el acceso y la asequibilidad a través de:

- Facilitar su integración en los Sistemas de Salud mediante el desarrollo de sus propias políticas nacionales en el sector.
- Elaboración y establecimiento de normas, directrices técnicas y metodologías relativas a la investigación de productos, prácticas y profesionales.
- Respaldar proyectos de investigación clínica sobre su seguridad y eficacia.
- Fomentar su utilización basada en pruebas científicas.
- Difundir información actuando como centro coordinador para facilitar el intercambio de información. (**OMS, 2018**)

En las comunidades, en las que se realizó el trabajo, y en sus alrededores coexisten conocimientos y prácticas de medicina tradicional como elementos vivos, que sirven de primer contacto o como el único contacto de acompañamiento en el proceso salud-enfermedad de los pobladores, alcanzando un grado de reconocimiento muchas veces mayor al Sistema Público de Salud en su capacidad para curar (sin precisar los significados que implica) y/o desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud que al final desembocan en la Buena Salud y el Buen Vivir de la persona y de la comunidad en su conjunto, por ejemplo: la partería, la herbolaría, los hueseros y los santeros. Esto ha permitido enriquecer (contrario a lo que se piensa desde el modelo hegemónico para la formación de recursos humanos en salud) el trabajo médico en general y las opciones de tratamiento para el paciente.

1.4.- INSTITUCIONAL

Entre los años 60´s y 70´s el contexto internacional era propicio para la difusión de ideologías revolucionarias. En 1969, en la ciudad de Monterrey, se fundaron las Fuerzas de Liberación Nacional (FLN) como una organización político-militar cuyo fin era la toma del poder político para instaurar una República Popular Socialista. Para 1974 tuvo un primer intento de formar un núcleo armado en la Selva

Lacandona llamado “Núcleo Guerrillero Emiliano Zapata” (NGEZ), donde previamente se había iniciado una campaña de concientización sobre los problemas de salud, vivienda, educación y tierra por parte de la Diócesis de San Cristóbal de las Casas bajo la dirección del Obispo Samuel Ruíz García con el fin de formar liderazgos entre los pueblos de las etnias tzotzil, tzeltal, chol y tojolabal. El Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) nace en 1983 como producto de la ideología de las FLN al considerar la necesidad de transitar por el camino de la lucha armada. Con la contrarreforma a la Ley Agraria y modificación del Artículo 27 Constitucional en 1992, como antesala, y la cercana entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos de Norteamérica y Canadá (TLCAN) se culminó el levantamiento en armas del EZLN el 1° de Enero de 1994 con la consigna “El Pueblo manda y el Gobierno obedece”, al mismo tiempo que las FLN abandonaban su lucha tras la derrota del socialismo a nivel mundial (**Cedillo, 2012**).

Paralelamente, en 1985 nace el “Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas” con el apoyo del Instituto Nacional Indigenista (INI), cuyo objetivo era formar y/o complementar el trabajo de promotores, promotoras y parteras, con personas de las comunidades y desde las comunidades, para atender las necesidades de salud en la región. Después de cuatro años de experiencia y dejar ver las capacidades de los promotores para resolver problemas en salud se continua el proyecto hacia el Valle de Santo Domingo y el 1993 a la región de Ocosingo. Tras el levantamiento armado zapatista el 1° de Enero de 1994 el Gobierno Mexicano, además de la represión militar, modifica las políticas, entre ellas, retirando los servicios de salud existentes hasta entonces de la región dejando en una condición vulnerable a toda la población. En un fuerte acto de voluntad asesores y coordinadores del proyecto deciden quedarse y constituirse como una organización autónoma recibiendo apoyo oportuno de Médicos del Mundo España A.C, y en Febrero de 1995 nace Salud y Desarrollo Comunitario A.C (SADEC) dedicada a brindar apoyo desde la salud en espacios autónomos como Casas de Salud y puestos médicos estratégicos, impulsando el modelo de formación a través del SS (**Heredia, 2007**).

El Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ) parte de tres ejes: la educación continua, su desarrollo colectivo y la atención en salud, a través de la formación y/o capacitación de promotores en Salud General, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Dental, Laboratorio Clínico y Tres Áreas (Hueseros, Hierberos y Parteras), todos y cada uno de ellos asumen el cargo de principio por voluntad propia y en otras ocasiones por elección del pueblo; realizando encuentros de transmisión de conocimientos de forma constante (el tiempo depende de la organización, los recursos y el contexto).

La Clínica Autónoma Zapatista Regional "Compañera Murcia Elisa Irina Sáenz Garza" se encuentra ubicada en el ejido San Jerónimo Tulijá del Municipio Autónomo Zapatista Ricardo Flores Magón. Montada sobre un antiguo predio abandonado que funcionaba como escuela y posteriormente, por acuerdo de la población, se donó para la construcción de la clínica, la cual se logra a través de la participación de toda la población zapatista y no zapatista por medio de "faenas". Se inaugura en Mayo del 2005 iniciando actividades a través de promotores y promotoras de salud permanentes. Actualmente la clínica cuenta con: 1 consultorio médico, 1 consultorio dental, 4 cuartos de hospitalización, 1 cuarto de ultrasonido, 1 cuarto para procedimientos Gineco-Obstétricos, 1 farmacia, 1 área de capacitación/aprendizaje y 1 cuarto para red fría. La organización de trabajo cuenta con un Comité de Salud, un Capacitador y Coordinador de promotores de Salud, promotores de Salud rotantes en Medicina General, promotores de Salud Dental, promotoras de Salud Sexual y Reproductiva rotantes, una Partera, un Coordinador de Farmacia, un Médico Pasante del Servicio Social y una Estomatóloga Pasante del Servicio Social.

Por otro lado, las Clínicas Autónomas Zapatistas Regionales "Jesús de la Buena Esperanza" y "Comandanta Ramona" se ubican en el ejido La Garrucha del Municipio Autónomo Zapatista Francisco Gómez, construidas dentro de los límites que comprenden al Caracol III "Resistencia hacia un nuevo amanecer". La primera

se inaugura en el año 1995 y actualmente cuenta con: 1 consultorio médico, 1 consultorio dental,1 cuarto de hospitalización, 1 farmacia, 1 área de capacitación/aprendizaje y 1 laboratorio clínico. La segunda se inaugura en el año 2008 y actualmente cuenta con: 1 consultorio médico, 1 cuarto de ultrasonido, 1 área de procedimientos Gineco-Obstétricos, 1 área de esterilización de material, 1 área de guardarropa, 1 área de hospitalización, 1 farmacia, 1 área de capacitación/aprendizaje y una ambulancia médica destinada a traslado de pacientes. La organización del trabajo sigue la misma estructura que en San Jerónimo Tulijá, pero a esta se suma la participación de los Promotores Permanentes en Medicina General y Promotoras Permanentes en Salud Sexual y Reproductiva, quienes desempeñan su papel durante diez años (con variaciones dependiendo de la persona) y Promotores de Laboratorio Clínico (quienes realizan su trabajo a través de campañas dependiendo de la demanda y la disponibilidad de recursos).

2.- PANORAMA E INDICADORES DE DESARROLLO COMUNITARIO REGIONAL-MUNICIPAL EN LOS MUNICIPIOS DE CHILÓN Y OCOSINGO

"La metáfora de la tierra como lugar de origen y como permanencia está en la memoria en un sentido tan profundo e histórico como la identidad misma; la tierra es el lugar de arraigo, de principio y fin, en ella se construye, se puede crear; es el espacio per se dé la memoria"

Maritza Gómez Muñoz, 2004

2.1.- MARCO TEÓRICO

Se ha llegado a reconocer que el derecho a la salud no es un derecho a estar sano puesto que depende de la relación azarosa con la naturaleza, pero si lo contextualizamos desde el contrato social (el Estado y la Sociedad) se asume una responsabilidad para garantizar a los ciudadanos condiciones de salud que, acompañadas de otros elementos como la vivienda, el trabajo y la educación, resulten en condiciones de vida digna (**CONEVAL, 2018**).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 incluye la noción de derecho a la Salud: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (**ONU, 2018**).

En México desde el siglo XVII existieron instituciones públicas y de asistencia social que proporcionaban el servicio de salud, pero no es hasta 1983 que se eleva a rango constitucional el Derecho a la **Protección de la Salud** que tiene que ver con la cobertura y el acceso de las personas a los servicios de salud (**Lugo, 2015**)

El cuarto párrafo del artículo 4° constitucional establece que: "Toda persona tiene derecho a la protección de salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia en la Federación y las

Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución" (Constitución Política, 2018). Actualmente, la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud se modificó a Derecho Humano (**Derecho a la Salud**) tras la reforma constitucional de 2011 (**Lugo, 2015**).

El Sistema de Salud en México, afirma la Secretaría de Salud (SS), se inicia en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Hospital Infantil de México (HIM), en conjunto con la creación de los Institutos de Especialidades Médicas más adelante. Así el IMSS presta servicio a los trabajadores y obreros mientras que la SSA a grupos campesinos y urbanos no derechohabientes (**Lugo, 2015**).

El denominado Sistema Nacional de Salud (SNS) fue regulado en 1984 por la Ley General de Salud (LGS) a cargo de la SS y conformada de acuerdo al artículo 5° constitucional:

I. Dependencias y entidades públicas
II. Personas físicas y morales de los sectores social y privado
III. Mecanismos de coordinación de acciones

La LGS fue reformada en 2003 para incluir al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) con la finalidad de lograr la cobertura universal operando a través del Seguro Popular (SP) con financiamiento Federal, Estatal y desde los Beneficiarios, y del IMSS-Oportunidades. Sin haber logrado el soporte financiero, durante el Gobierno Federal 2012-2018 se refuerza con la participación de la SS para coordinar acciones administrativas y se obliga a los Regímenes Estatales a financiar de forma eficiente, oportuna y sistemática los servicios de salud a la persona del SPSS (**Lugo, 2015**).

A pesar de los esfuerzos hasta ahora realizados, el SNS en México sigue siendo fragmentado, ineficiente y desigual. El actual Gobierno Federal se plantea proteger

y garantizar el Derecho a la Salud en igualdad de condiciones para todos los mexicanos partiendo de tres ejes fundamentales:

I. Acceso universal a los servicios de prevención y salud fortaleciendo el primer nivel de atención
II. Combate a la corrupción a través de la evaluación continua, la transparencia y rendición de cuentas
III. Impulsar una política nacional de medicamentos y otros insumos médicos mediante el fomento de la producción nacional, pública y privada (**SEGOB, 2019**)

En la lógica del Zapatismo, la Salud, una de las trece demandas, se ha estructurado en un Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ) ubicando un Primer Nivel de Atención a través de Puestos y Casas de Salud en cada una de las comunidades autónomas, seguida de un Segundo Nivel de Atención a cargo de las Clínicas Regionales, y si bien desde su concepción reconocen la necesidad de un Tercer Nivel de Atención actualmente no se cuenta con uno, a veces se intenta darle este papel a la Clínica Autónoma Zapatista “Comandanta Ramona”, sin embargo, no cuenta con la infraestructura y los recursos tanto en materia como humanos para atender la salud a este nivel.

2.2.- INDICADORES GEOGRÁFICOS

Chiapas es uno de los 32 Estados de la República de los Estados Unidos Mexicanos, incorporándose oficialmente en el año de 1824; representa el 3.7% de la superficie del país; colinda al Norte con Tabasco, al Este con la República de Guatemala, al Sur con la República de Guatemala y el Océano Pacífico, al Oeste con el Océano Pacífico, Oaxaca y Veracruz; su capital es Tuxtla Gutiérrez; se compone de 118 municipios y 26 276 localidades urbanas y rurales; por su territorio, Ocosingo es el municipio más extenso; se divide en 15 regiones económicas

(**Ilustración 1**); sus principales ciudades son: Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de las Casas, Tapachula, Palenque, Comitán y Chiapa de Corzo. (**INEGI, 2017**)

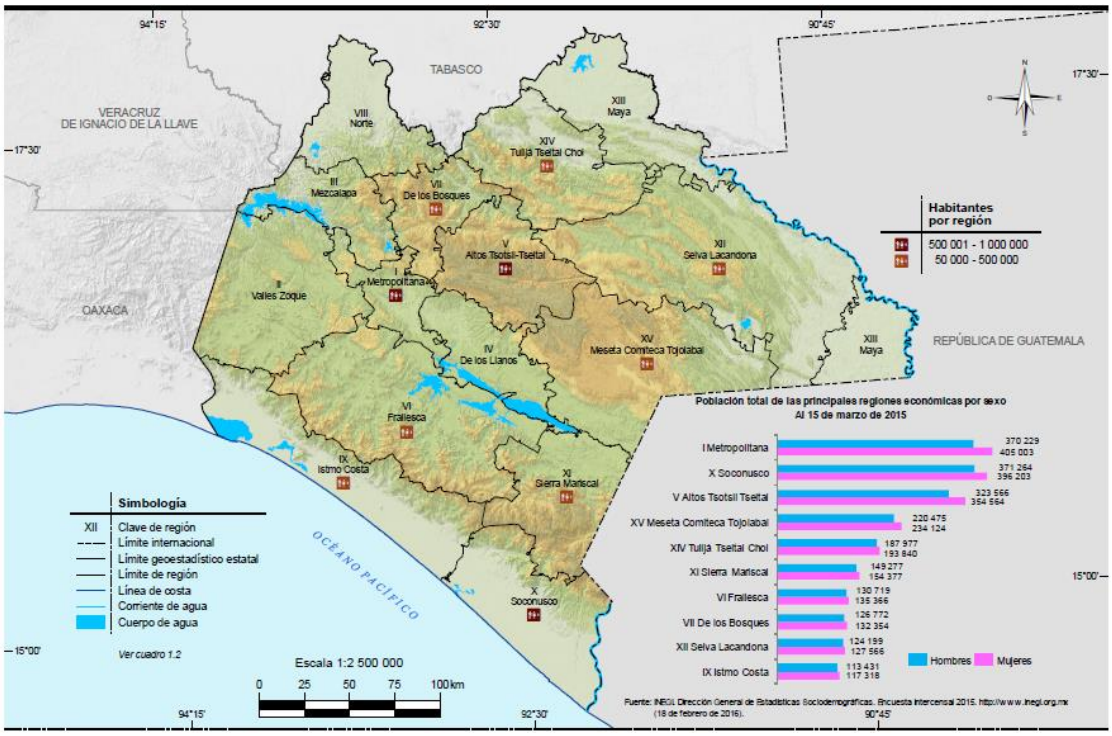


Ilustración 1 Regiones económicas de mayor población y distribución geográfica de las Regiones económicas en el Estado de Chiapas. Archivo extraído de la base de datos del "Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017".

Desde la organización de los pueblos autónomos con base de apoyo en el EZLN se constituyen en 29 Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas (MAREZ) distribuidos en 5 centros administrativos (**Ilustración 2**) encargados de cumplir y hacer cumplir los principios del Zapatismo sobre la consigna de "mandar obedeciendo".

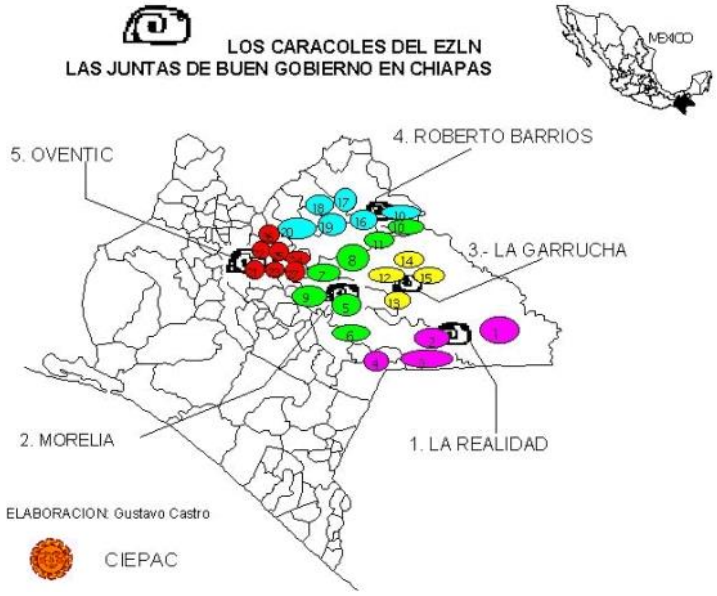
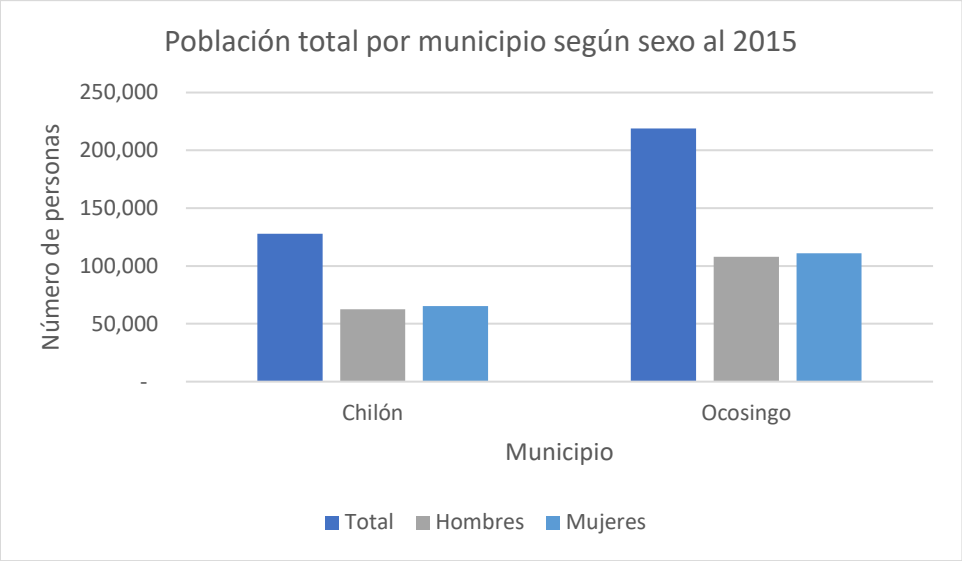


Ilustración 2 Localización geográfica de las Comunidades Autónomas Zapatistas y distinción por Caracoles del EZLN. Archivo extraído del Centro de Investigaciones Económicas y Políticas de Acción Comunitaria (CIEPAC) 2006

2.3.- INDICADORES DEMOGRÁFICOS

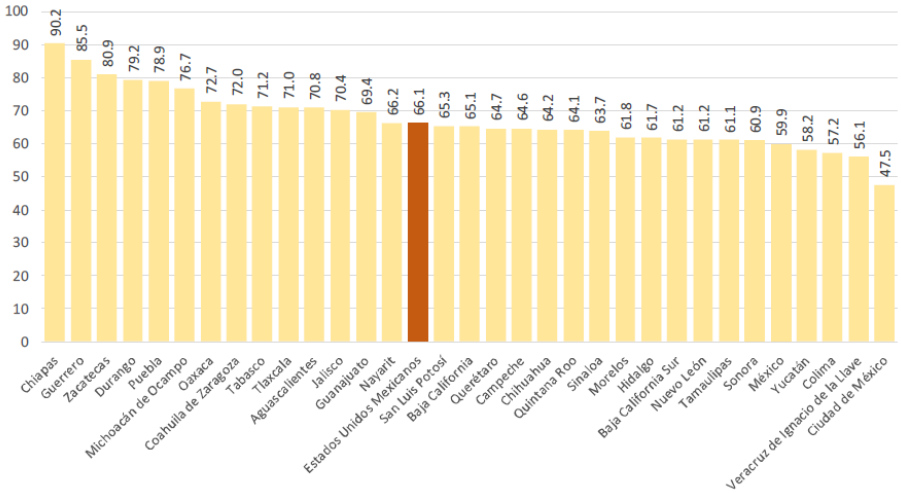
La distribución espacial de la población en las entidades federativas está definida por diversos factores, entre ellos, las diferencias en su dinámica demográfica. Las estimaciones de población del CONAPO para 2018 indican que residen en el país un poco menos de 125 millones de personas, de los cuales 63.9 millones son mujeres y 60.8 millones son hombres (**INEGI, 2018**). El Estado de Chiapas para el año 2015 tenía una población total de 5,217,908 que representaba el 4.3% de la población total en el país para el mismo año donde 48.6% eran hombres y 51.3% eran mujeres (**Tabla 1**). l municipio de Chilón para el año 2015 tenía una población total de 127,914 que representaba el 2.4% de la población estatal para el mismo año donde 48.9% eran hombres y 51% mujeres. El municipio de Ocosingo para el año 2015 tenía una población total de 218,893 que representaba el 4.1 % de la población estatal para el mismo año donde 49.2% eran hombres y 50.7% mujeres (**Gráfica 1**) (**INEGI, 2017**).



Gráfica 1 Población total por municipio según sexo de los municipios de Chilón y Ocosingo. Elaboración propia a partir de la base de datos del Informe "Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017"

La esperanza de vida al nacer (EVN) se refiere al número de años que en promedio se espera viva una recién nacida o un recién nacido, bajo el supuesto de que a lo largo de su vida estará expuesta(o) al riesgo de muerte observado para la población en su conjunto, en un periodo determinado. Para 2018, se observa que en todas las entidades federativas del país la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres. Los Estados con mayor Esperanza de Vida son Nuevo León (79.2 años), Baja California Sur (79.0 años), Sinaloa y Durango (78.9 años); las cifras más bajas se presentan en Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Chihuahua, con una esperanza de vida menor a los 77 años (**INEGI, 2018**). De acuerdo con el INEGI, para el año 2015 Chiapas tenía una esperanza de vida al nacimiento de 75.27 años mientras que la media con base en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) era de 80.6 años; para el mismo año, el municipio de Chilón tenía un índice de esperanza de vida general de 74.41 mientras que en Ocosingo era de 78.21 (**INEGI, 2019**).

La fecundidad representa el fenómeno de la procreación humana efectiva, es decir, el número de nacidos vivos en el seno de una población determinada. La tasa global de fecundidad para el 2018 a nivel nacional es de 2.2 hijas(os) por mujer (**Gráfica 2**). La tasa de fecundidad más alta se encuentra entre las mujeres de Chiapas, mientras que la Ciudad de México, Baja California, Baja California Sur y Quintana Roo presentan las más bajas (**INEGI, 2018**).



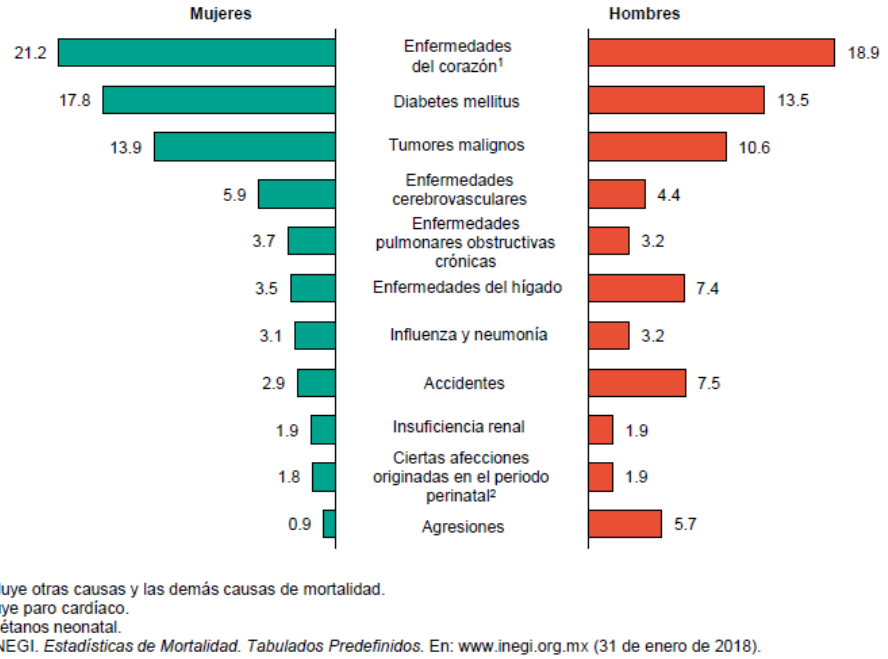
Gráfica 2 "Tasa de nacimientos registrados por entidad federativa por cada 1000 mujeres en edad reproductiva". Extraída de la base de datos del informe "Características de los nacimientos registrados en México durante 2017".

La natalidad, como fenómeno demográfico alcanza su máxima relevancia explicativa con la interacción conjunta con otros fenómenos, como la mortalidad y la migración, para observar los cambios en una población. La tasa de nacimientos registrados por cada 1 000 mujeres en edad reproductiva en 2017 fue de 66.1. Las entidades federativas con las mayores tasas fueron Chiapas con 90.2, Guerrero con 85.5 y Zacatecas con 80.9. En contraparte, las que reportaron las tasas más bajas fueron Ciudad de México, Veracruz y Colima con 47.5, 56.1 y 57.2, respectivamente. (**INEGI, 2017**).

Del total de nacimientos registrados en 2016, los menores niveles de nacimientos en unidades oficiales fueron registrados en Chiapas (46.1%), Baja California

(52.9%) y Guerrero (62.7%); mientras que la proporción más alta de nacimientos en hospitales y clínicas privadas se presenta en Jalisco (22.7%), Aguascalientes (20.5%), Puebla (20.5%) y Tlaxcala (20.1%) (**INEGI, 2018**).

El análisis de las defunciones por causa da cuenta de las condiciones y estilos de vida desiguales entre la población. En el año 2016, las enfermedades crónicodegenerativas, como la diabetes mellitus, los tumores malignos y las enfermedades del corazón, son las principales causas de muerte en el país tanto para mujeres como para hombres (**Gráfica 3**) (**INEGI, 2018**).



Gráfica 3 "Defunciones registradas de hombres y mujeres según principales causas de mortalidad 2016". Extraída de la base de datos del informe "Hombres y Mujeres en México 2018"

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es un indicador que mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Su comportamiento entre 2001 y 2016, muestra un decrecimiento de 68.9 a 36.7 defunciones de mujeres en cada 100,000 nacidos vivos por complicaciones relacionadas con el embarazo o parto y puerperio. En Chiapas y Guerrero se registran los indicadores más altos de

mortalidad materna con tasas que se ubican en el rango de 52.6 a 67.7 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos; en Baja California Sur y Aguascalientes se presentan las razones con los menos valores a nivel nacional en el rango de 7.0 a 22.1 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos (**Ilustración 3**) (**INEGI, 2018**).

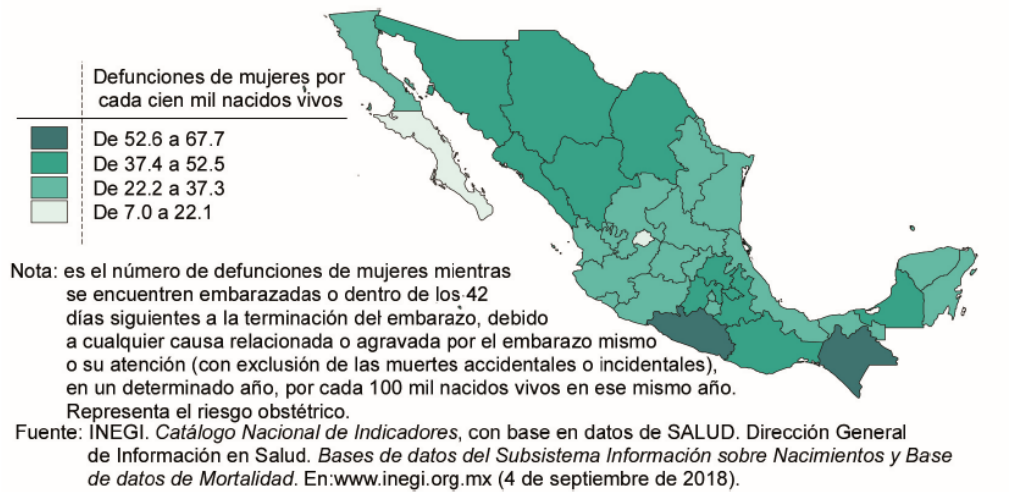


Ilustración 3 "Razón de mortalidad materna según entidad federativa 2016". Extraída de la base de datos del Informe "Hombres y Mujeres en México 2018".

Principales Indicadores Demográficos al 2015				
INDICADOR	REFERENCIA			
	Chilón	Ocosingo	Estatal	Nacional
Población	127, 914	218, 893	5, 217, 908	121, 005, 815
Natalidad	3, 913	9, 178	145, 526	2, 353, 596
Mortalidad	452	651	26, 519	655, 688
Esperanza de Vida	74.41	78.21	75.27	74.9
Razón de Muerte Materna	SD	SD	68.5	34.6

Tabla 1 "Principales indicadores demográficos al año 2015". Elaboración propia a partir de la base de datos de los Informes: "Anuario Estadístico y Geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2017", "Anuario Estadístico y Geográfico de Chiapas 2017", "Indicadores de Mortalidad Materna 2015", "Hombres y Mujeres en México 2018" y "La situación demográfica en México 2017". SD= Sin Datos

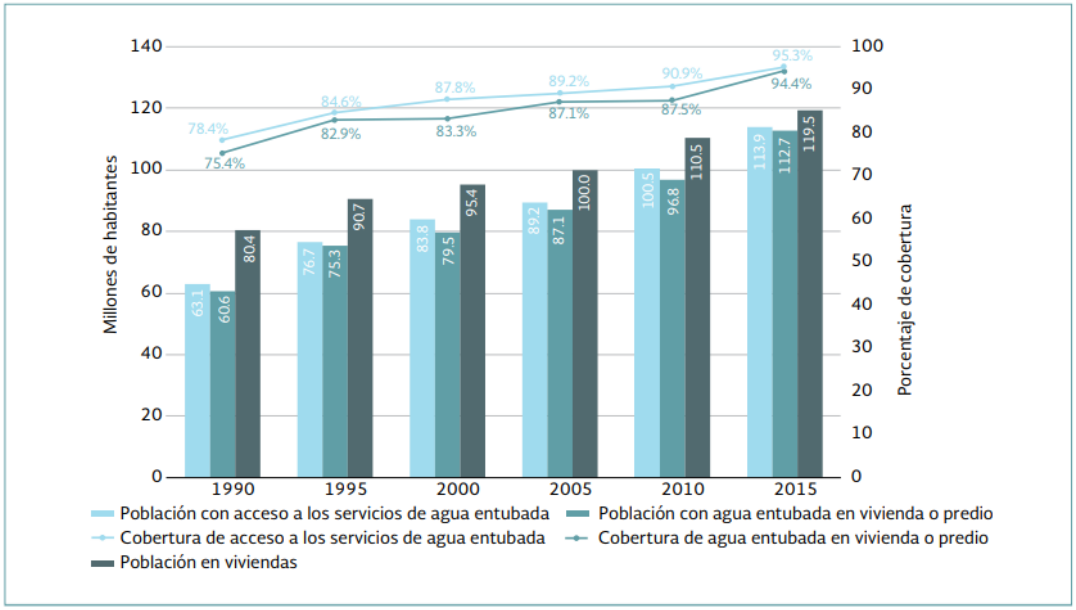
2.4.- INDICADORES SOCIALES

En Septiembre del año 2000 se celebró la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas con 189 naciones participantes, entre ellas México, donde se comprometieron con los Objetivos del Milenio (ODM) para atender las necesidades humanas y los derechos fundamentales que todo ser humano debería disfrutar. Después de 15 años, sin lograr la meta y a través del documento "Transformar nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", se plantea continuar la tarea a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que complementan y profundizan el trabajo con la participación de los 193 Estados miembros de las Naciones Unidas. En el marco de análisis, México avanzó en 37 de los 51 indicadores para los ODM; si faltó, es más si observamos desde las primeras estructuras de organización poblacional en el país. Se incluyen 17 ODS para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático sin que nadie quede atrás para el 2030 (**ONU, 2019**)

Desde el marco nacional o internacional hemos creado mecanismos indirectos que permitan evaluar el grado de desarrollo humano, sin embargo, es imprescindible no pasar por alto las diferencias y particularidades de los pueblos, por ejemplo: su distribución, su potencial económico, e incluso la cultura. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador importante que elabora la Organización de Naciones Unidas (ONU) desde 1990 (y desde 2002 en México) a partir de tres variables fundamentales: salud, educación e ingresos. México tiene un IDH de 0.762 ocupando el lugar 74 frente a 188 países y territorios (**PNUD, 2019**).

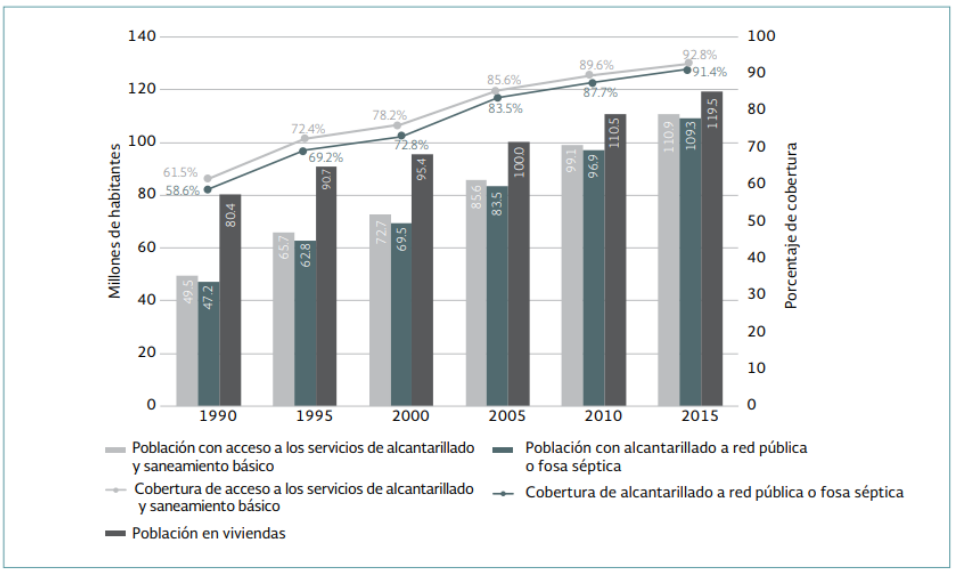
En el año 2015 la cobertura nacional de agua entubada, es decir, población que tiene agua entubada dentro de la vivienda o terreno, de llave pública o hidratante o bien de otra vivienda, era de 94.4% (97.2% urbana y 85.0% rural) (**Gráfica 4**). Para el mismo año el municipio de Chilón tenía un índice de agua entubada de 84.61% mientras que el Estatal era de 86.46% (**INEGI, 2017**). SI bien en las comunidades

cuentan con agua entubada, no llega por igual a todas las casas y el agua no es potable.



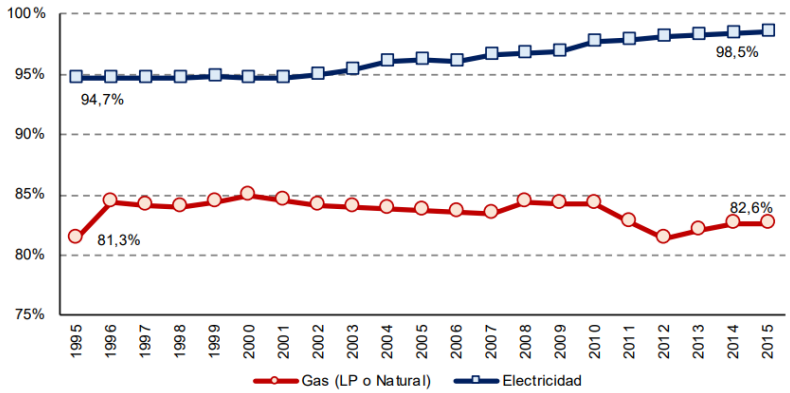
Gráfica 4 Población Nacional con cobertura de agua entubada. Extraída de la base de datos "Estadísticas de Agua en México 2017"

El drenaje de las aguas residuales en los hogares determina también la salud y calidad de vida de la población. En el año 2015 la cobertura de alcantarillado a red pública o fosa séptica fue del 91.4% (**Gráfica 5**). En el mismo año, el municipio de Ocosingo tenía un índice de drenaje de 72.02% mientras que el Estatal era de 86.93% (**INEGI, 2017**). En el caso de **las comunidades son muy pocas las que cuentan con sistema de drenaje y en muchos casos son obras inconclusas o con una cobertura limitada** que no logra cubrir a toda la población.



Gráfica 5 Población Nacional con cobertura de alcantarillado. Extraída del "Informe del Agua en México 2017"

En el caso de acceso a la electricidad, para el año 2015 el indicador nacional se incrementó a 98.5% (**Gráfica 6**). El municipio de Ocosingo, en el mismo año, presento un índice de electricidad de 90.17% mientras que el Estatal era de 97.39% (**INEGI, 2017**). Actualmente casi todas **las comunidades tienen acceso a luz eléctrica, sin embargo, la estructura que se utiliza para su distribución y las instalaciones en los hogares son de mala calidad e ineficientes** lo que provoca un uso limitado y además pone en peligro los sistemas que se conectan a ella.



Gráfica 6 Evolución del porcentaje de hogares con acceso a electricidad y a gas para cocinar (LP o natural) 1995-2015. Extraída del "Informe Nacional de Monitoreo de la Eficiencia Energética de México 2018"

En México se han registrado avances en materia educativa, sin embargo, sectores de la población ven limitado su ejercicio pleno de Derecho a la Educación. En el país, el Sistema Nacional de Educación Obligatoria comprende los niveles de: prescolar (tres grados), primaria (seis grados) y secundaria (tres grados). El acceso a los sistemas de educación puede medirse indirectamente a través de la población analfabeta, que en 2015 era del 5.5%; en ese año, la escolaridad promedio para la población de 15 años y más fue de 9.2 años (**INEE, 2018**). Para el 2015, el índice educativo general (Educación Obligatoria) para el municipio de Chilón era de 0.7109 mientras que el Estatal fue de 0.8314 (**Tabla 2**) (**INEGI, 2017**). **Para las comunidades el acceso a la Educación Obligatoria es aún un proyecto inconcluso y desigual**; mientras algunas comunidades cuentan con los tres niveles de educación, otras aún se ven en la necesidad de desplazarse a otras comunidades para cubrir esta necesidad, y en ocasiones implica cambiar de domicilio y generar gastos de bolsillo para pagar una renta de vivienda y alimentación, **rompiendo con la idea de una educación universal y gratuita**.

Principales Indicadores de Desarrollo Humano y Porcentaje Nacional al 2015				
INDICADOR	REFERENCIA			
	Chilón	Ocosingo	Estatal	Nacional %
Índice de agua entubada	0.8461	0.8688	0.8646	74.1
Índice de drenaje	0.7369	0.7207	0.8693	93.2
Índice de electricidad	0.9121	0.9017	0.9739	98.7
Índice educativo general	0.7109	0.7556	0.8314	SD

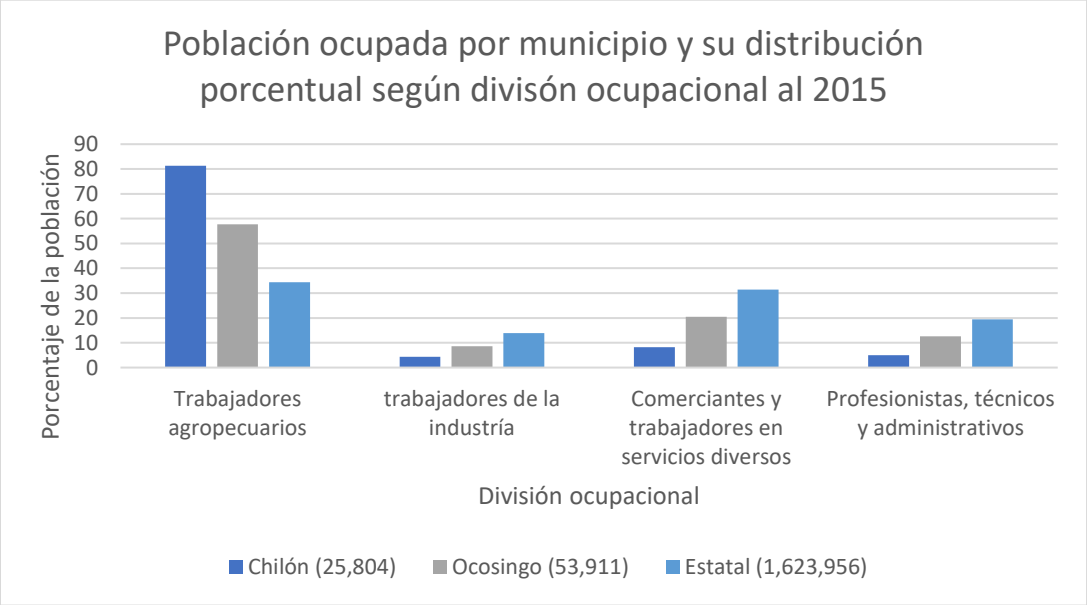
Tabla 2 Principales Indicadores de Desarrollo Humano para los municipios de Ocosingo y Chilón, y a nivel Estatal (Chiapas) y porcentaje nacional al 2015. Elaboración propia a partir de la base de datos del "Anuario estadístico y Geográfico de Chiapas 2017" y del "Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud CONEVAL 2018". SD = Sin Datos.

2.5.- INDICADORES ECONÓMICOS

En México, desde el 2000, las oportunidades para acceder a empleos de calidad han disminuido. La precariedad laboral se revela en tres datos contundentes: la proporción de trabajadores subordinados que ganan menos de un salario mínimo ha aumentado en más del 50%, la fracción con seguridad social no ha crecido y la de quienes trabajan sin contrato ha disminuido marginalmente (**COLMEX, 2018**) Para el 2018, el salario mínimo general nacional fue de 4.6 dólares diarios reportando así los salarios más bajos al promedio de la OCDE que es 16.8 dólares diarios (**OCDE, 2018**).

En 2015, el Comercio representaba la principal actividad económica de Chiapas con el 19.7% de su Producto Interno Bruto (PIB) y con una participación del 2% al total Nacional (**Gráfica 7**). Paradójicamente, la mayor parte de la población ocupada a nivel Estatal realiza trabajos de Agricultura y Agropecuaria representando el 34.34% mientras que el Comercio ocupa menos con 31.43% de la población (**Gráfica 8**); la actividad económica en Agricultura y Agropecuaria para el Estado representa el 7.38% de su PIB y con una participación del 3.9% al total Nacional (**INEGI, 2017**)

Gráfica 7 Producto Interno Bruto (PIB) Estatal (Chiapas) y su participación respecto al total Nacional por sector de actividad económica. Elaboración propia a partir de la base de datos del "Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017"



Gráfica 8 Población ocupada por municipio y su distribución porcentual según división ocupacional en el municipio de Chilón y Ocosingo, y a nivel Estatal (Chiapas). Elaboración propia a partir de la base de datos del "Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017"

En estas comunidades la Agricultura sigue siendo su principal actividad económica y la producción pretende abastecer las necesidades locales que son el maíz, el frijol y el café; además que la diversidad de climas y suelos les ha permitido domesticar otras plantas para su cultivo como calabaza, chayote, chile, caña de azúcar, papa, jitomate, aguacate, plátano, mandarina, piña, camote, nance, limón, entre otras. Una vez conseguida la reserva temporal o anual para cada hogar (dependiendo de la siembra) participan del Comercio directamente vendiendo sus productos en las zonas urbanas o a través de otros distribuidores.

2.6.- INDICADORES CULTURALES

En México hay una gran diversidad cultural, natural, de conocimientos y saberes, propias de los pueblos originarios. Como en todos los pueblos indios, su manera de ser ha sido determinada por el lugar histórico, origen de su conciencia social vinculada a los sistemas de trabajo, la economía, la lengua y la tradición (**Maritza, 2004**); sin embargo, estas condiciones históricas han determinado desde otras lógicas la desigualdad estructural, la polarización de intereses y una marcada división de los diferentes sectores que los componen.

Lengua

El rico mosaico cultural que posee se hace patente por el hecho de que en el país se hablan numerosas lenguas indígenas que, dependiendo de los criterios de clasificación, van de 59 a 291 en 68 agrupaciones dentro de las 11 familias lingüísticas indígenas (**Ilustración 4**) (**CONABIO, 2009**).

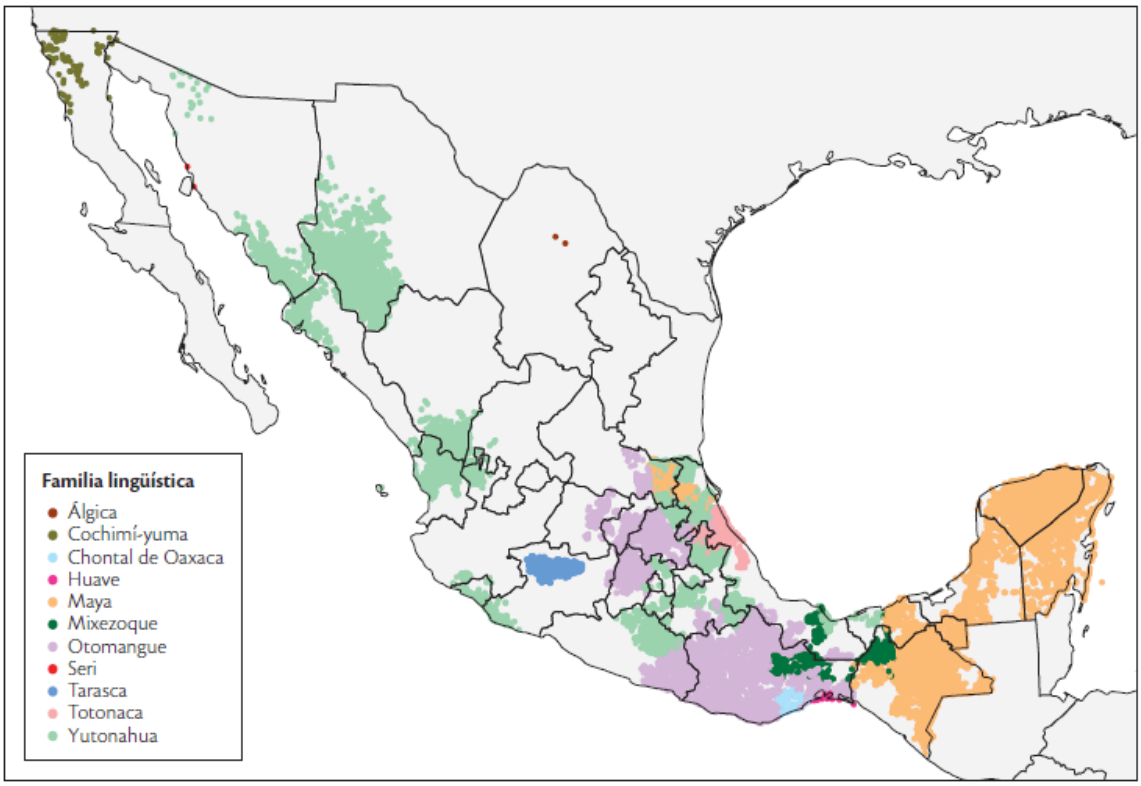
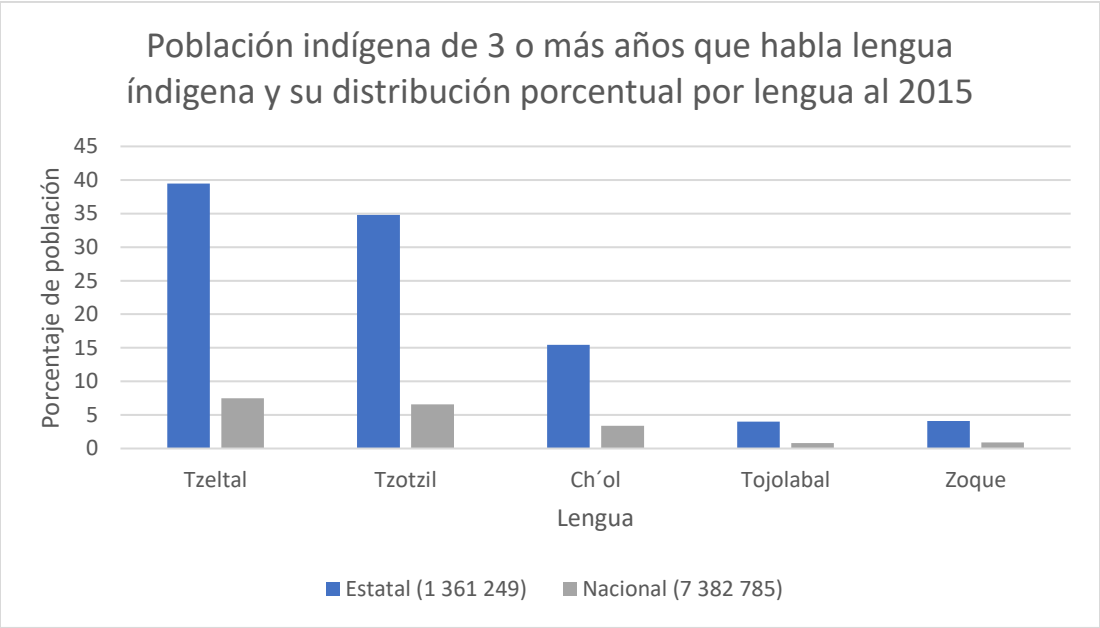


Ilustración 4 Familias lingüísticas de México. Archivo extraído de la publicación "Capital Natural de México", Cap. 16, Vol. 1, 2009

En la actualidad, los Tzeltales y los Tzotziles (descendientes de la gran familia Maya) representan la mayoría étnica de Chiapas. De acuerdo con las estadísticas, en 2015 la población hablante en lengua tzeltal representaba el 39.48% a nivel Estatal y el 7.5% a nivel Nacional; la población hablante en lengua tzotzil representaba el 34.78% a nivel Estatal y 6.6% a nivel Nacional (**Gráfica 9**) (**INEGI, 2017**).



Gráfica 9 Población indígena de 3 o más años que hablan las principales lenguas indígenas a nivel Estatal (Chiapas) y su comparación a nivel Nacional, y su distribución porcentual por lengua. Elaboración propia a partir de la base de datos del " Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017".

Vestimenta

Hoy en día los procesos de producción se desplazan más libremente que nunca, en lugar de las antiguas necesidades satisfechas con productos locales surgen necesidades nuevas que reclaman para su satisfacción productos de fuera, de los lugares más apartados y de los climas más diversos (**Heinz, 1995**), llegando a crear complejos problemas en lo social, económico, ecológico y de identidad. **Las comunidades han desarrollado un estilo propio de vestimenta adaptado al medio y a distintos referentes culturales que le dan significado**, por ejemplo: los colores, la tela, los bordados, el corte, por mencionar algunos. Sin embargo, son evidentes los procesos de aculturación, en el mejor de los casos, o estandarización en este ámbito. Las nuevas generaciones han optado por un estilo más casual de acuerdo con los modelos impuestos desde las estructuras de poder.

Religión

La religión es un ingrediente fundamental e indispensable para la estabilidad de un Estado. Entre las sociedades antiguas, los principios morales y los valores eran aportados esencialmente por la religión (**García Jurado, UAM-X**). Como en gran parte de México, la religión cristiana desde la Iglesia Católica es la más practicada (herencia histórica de la Conquista) pero han logrado apropiarse de ella agregando elementos desde su cosmovisión dándole un equilibrio a su sistema de creencias (**Fotografía 1**). Actualmente, otras Iglesias que parten del cristianismo se hacen presentes dentro de las comunidades como: Adventista, Pentecostés y Presbiteriana.

Fotografía 1 En la fotografía se observa una Virgen de Guadalupe usando un vestido hecho a mano utilizando los mismos colores y diseño que usan las mujeres en la región en su vestimenta. Realizada por Miguel Ponce 2018.

Fiestas

Descubrir nuestra composición humana nos hizo cuenta de nuestro pasado animal, al intentar crear un nuevo orden vimos que éramos el caos de un orden superior, negar nuestra espiritualidad nos dejó abandonados en la materia fría e inhóspita. En la historia de las sociedades encontramos espacios dedicados a la fiesta en diferentes sentidos: como procesos de identidad, reivindicación, transmisión, cohesión, reconocimiento, iniciación, legitimación, recreación, entre muchos otros; llena de múltiples significados y elementos simbólicos. Para las comunidades, las fiestas están determinadas o guardan una relación importante con la religión.

En San Jerónimo Tulijá se realizan anualmente tres grandes fiestas: la primera dedicada al Santo Patrono “San Jerónimo” del 22 al 30 de Septiembre, después el Día a la Virgen de Guadalupe el 12 de Diciembre y finalmente la fiesta de San Juan (solo de la población zapatista) el 27 de Diciembre; se acompañan de música, baile, comida, celebración de misas, procesiones, carrera de caballos, juegos mecánicos y pirotecnia.

En la Garrucha, como centro organizador del Caracol III, convergen fiestas de carácter local y otras relacionadas al zapatismo. Entre las más grandes está el Día de la Mujer el 8 de Marzo, el Aniversario de la creación de los Caracoles los días 7, 8 y 9 de Agosto, Aniversario de la Tierra Recuperada el 17 de Septiembre, fiesta del Santo Patrono “San Francisco” el 3 y 4 de Octubre (**Fotografía 2**), el Día a la Virgen de Guadalupe el 12 de Diciembre y el Aniversario del Levantamiento Zapatista el 1 de Enero. Cada una de ellas se realiza desde la lógica de la población zapatista, pero esto no implica que el resto de la población dentro de la comunidad no pueda participar. Se acompañan de comida, baile, música, celebración de misas, pirotecnia, teatro, canto, procesiones y actos simbólicos para el zapatismo.

Fotografía 2 Procesión del Santo Patrono "San Francisco" el día 3 de Octubre en la comunidad de La Garrucha. Realizada por Miguel Ponce 2018.

Alimentación

El crecimiento actual del hambre es un fenómeno global y ningún país es invulnerable. En 2009 el número de personas que padecían hambre crónica en el mundo alcanzo la cifra de 1 020 millones de personas y se prevé que alcance los 9 200 millones de personas en 2050 (**FAO, 2009**). Los crecientes precios de los alimentos básicos suponen una gran amenaza para la seguridad alimentaria mundial; empeoran la tendencia al alza del número de personas desnutridas.

Las crisis económicas actuales, consecuencia en gran parte del sistema de mercado internacional, afecta grandes sectores de la población y sobre todo a población rural sin tierras, los hogares a cargo de mujeres y la población urbana en situación de pobreza; en muchos casos ha rebasado el límite de su capacidad de hacer frente a la situación.

El contenido básico del **derecho a la alimentación** adecuada está conformado por la disponibilidad en **cantidad** y **calidad** suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias; por la **accesibilidad** a los mismos en forma regular y predecible y por la calidad alimenticia, ya que constituye un factor indispensable en el bienestar de las personas más allá de satisfacer esta necesidad biológica (**CONEVAL, 2018**).
De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial para la Agricultura y la Alimentación (FAO), México refleja un problema de incapacidad del sector agroalimentario del país para producir alimentos suficientes, el cual se ha resuelto mediante importaciones (**FAO, 2009**).

Dentro de las comunidades las familias han diversificado sus alimentos a partir de tres productos básicos: el maíz, el frijol y el chile. El maíz llega a significar tanto como la vida misma y ha permeado en casi todos los aspectos culturales. Otros productos de la región son aprovechados, ya sea que se cultive o lo que ofrece la tierra, como la calabaza, el camote, la chaya, el chapay, la vaina, la mostaza, el plátano, la punta de calabaza y la “hierba santa”, entre otros. Sin embargo, estos espacios no son ajenos al mercado de las grandes industrias alimentarias nacionales o trasnacionales como Coca-Cola, PEPSICO, UNILEVER o BIMBO, accesibles para todo el mundo sin distinción, promoviendo una alimentación pobre en calidad y que a largo plazo se relacionan directamente con efectos en la salud. Además, la experiencia muestra como alteran la dinámica de consumo desde lo local llegando a modificar incluso la producción local de alimentos.

2.7.- INDICADORES DE SALUD

Para garantizar el Derecho a la Salud el Estado Mexicano cuenta con un Sistema Nacional de Salud (SNS) en donde participan sectores públicos y privados. Para lograr este objetivo se requiere del financiamiento de diferentes partes: Federal,

Estatal, del Empleador, de los Empleados, cuotas de recuperación, compras de servicio y convenios de colaboración.

Al año 2015, el municipio de Chilón tenía un 95.81% de su población afiliada dentro del Seguro Popular (SP), similar al municipio de Ocosingo con 92.43% (**Tabla 3**); comparando estos porcentajes con otras poblaciones del centro del país o los datos a nivel nacional para el mismo año deja ver la precarización del Sistema de Salud en la región partiendo del hecho que el SP no ha logrado cumplir con las metas de accesibilidad, calidad y universalidad.

Población total y distribución porcentual según condición de afiliación a servicios de salud al 2015				
Institución	Afiliados			
	Chilón (127,914)	Ocosingo (218,893)	Estatal (5,217,908)	Nacional (133,225,000)
IMSS	5.50	7.44	12.37	44.64
ISSTE	0.44	2.52	5.44	9.60
PEMEX	0.03	0.48	0.77	0.50
SP	95.81	92.43	82.09	43.00

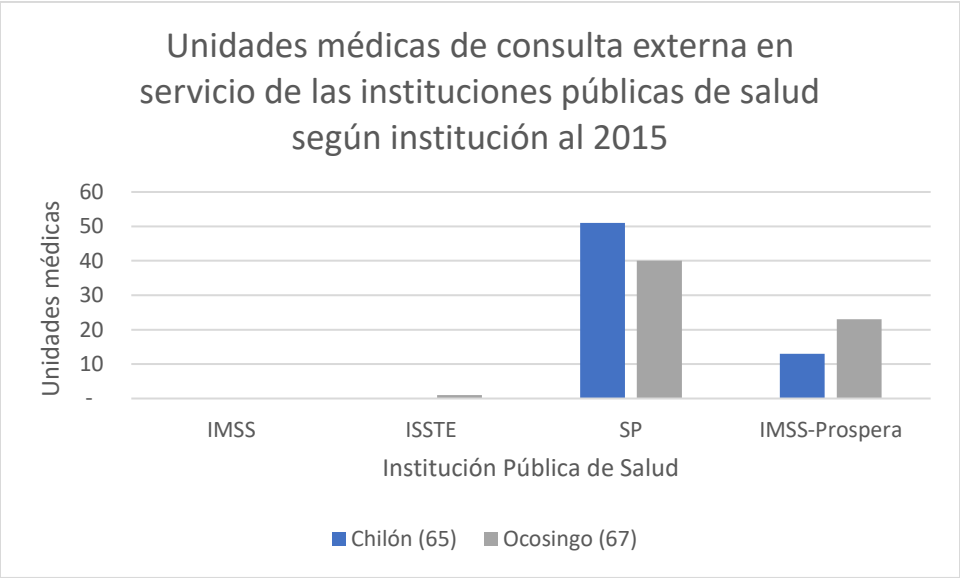
Tabla 3 Población total y distribución porcentual según condición de afiliación a servicios de salud al 2015 para los municipios de Chilón y Ocosingo, a nivel Estatal (Chiapas) y a nivel Nacional. Elaboración propia a partir del "Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017" y del "Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2017"

El acceso a los servicios de salud se mide a través de tres modalidades: físicas, económicas y de información. En 2018, 7.5% de las localidades que concentran el 82.6% de la población total del país tienen un muy alto grado de accesibilidad física, el 19.6% de las localidades con el 6.6% de la población exhibieron un nivel de acceso alto, entre el 10.3 y 23.5% de las localidades con 2.5 a 3.9% de la población tienen un nivel medio y bajo de accesibilidad, en el límite inferior sin acceso físico alguno a los servicios de salud se encuentran el 30.9% de las localidades que albergan el 2.8% de la población. El indicador de acceso oportuno a la atención médica ha mostrado una reducción entre 2010 y 2016 al pasar de 3.7% a 2.1% de

hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia (**CONEVAL, 2018**). **Dentro de las comunidades existen pocos espacios para brindar servicios de salud a la población obligándolos a buscar en otros sitios** como las ciudades, implicando un mayor costo y un tiempo que puede ir de 1 hora para las comunidades más próximas a 4 horas para las comunidades más lejanas.

En cuanto a la distribución de las unidades de atención médica, es responsabilidad de los Estados determinar el número y la ubicación de los centros de salud y centros de salud con servicios ampliados en función de variables demográficas, epidemiológicas, condiciones orográficas, disponibilidad de medios de comunicación y transporte, recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en cada unidad. El modelo de atención integral de salud de la SS considera el intercambio planificado de servicios entre distintas instituciones, ya sean públicas o privadas (**SS, 2015**).

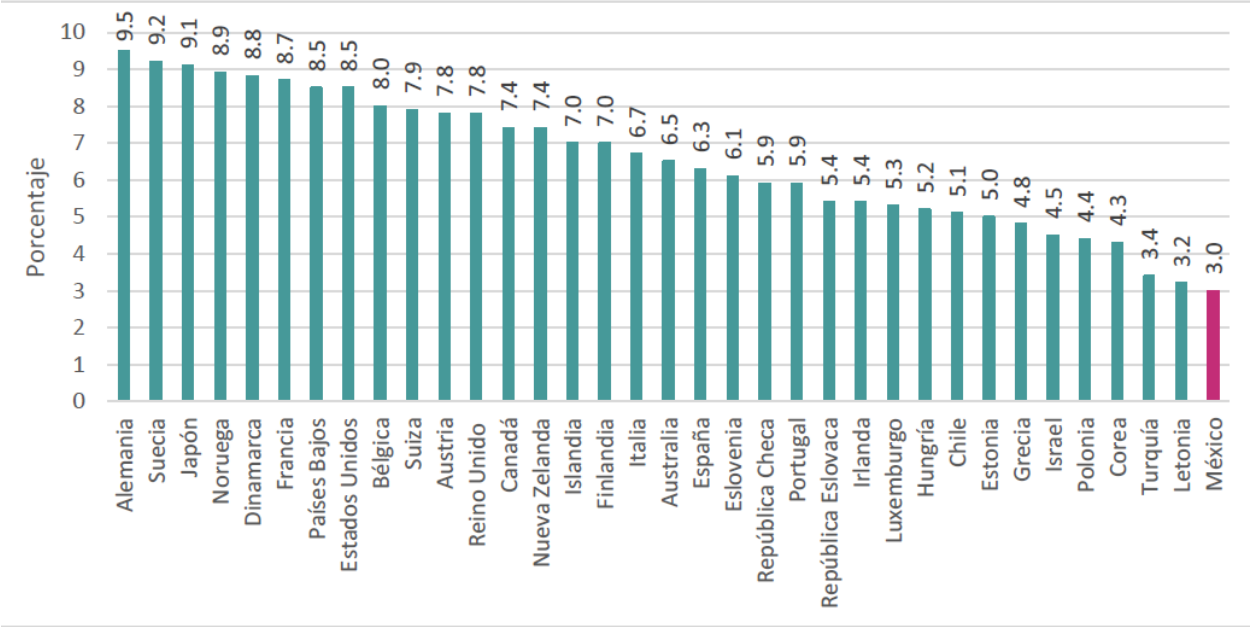
Las unidades para consulta externa incluyen consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con servicio ampliado, consultorio delegacional, unidad de ministerio público, casa de salud, brigada móvil, unidad móvil, clínica de especialidades, centro de salud con hospitalización y unidad de especialidades médicas (**CONEVAL, 2018**). Al año 2015 el municipio de Chilón contaba con 65 unidades de consulta externa mientras que Ocosingo contaba con 67, pertenecientes en su totalidad a las instituciones de salud del IMSS-Prospera y el SP (**Gráfica 10**) (**INEGI, 2017**).



Gráfica 10 Unidades médicas de consulta externa en servicio de las instituciones del sector público de salud según institución al 2015 de los municipios de Chilón y Ocosingo. Elaboración propia a partir de la base de datos del "Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017" y del "Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos del 2017".

El gasto público en salud es un indicador que permite evaluar la obligación del Estado para hacer cumplir el derecho a la salud. Para México en 2016 el gasto público en salud se situaba en 3% siendo el más bajo entre los países miembros de la OCDE (**Gráfica 11**) (**CONEVAL, 2018**). El actual Gobierno Federal se propone aumentar el financiamiento al sector público en salud por lo menos 1% del PIB (**SEGOB, 2019**), que si bien es una ganancia no llega a ser suficiente.

En 2015, el gasto de bolsillo de los hogares y las cuotas obrero-patronales del IMSS financiaron el 65% del gasto total en salud (**CONEVAL, 2018**), lo que puede significar una de las posibles causas de la falta de financiamiento público al SNS.

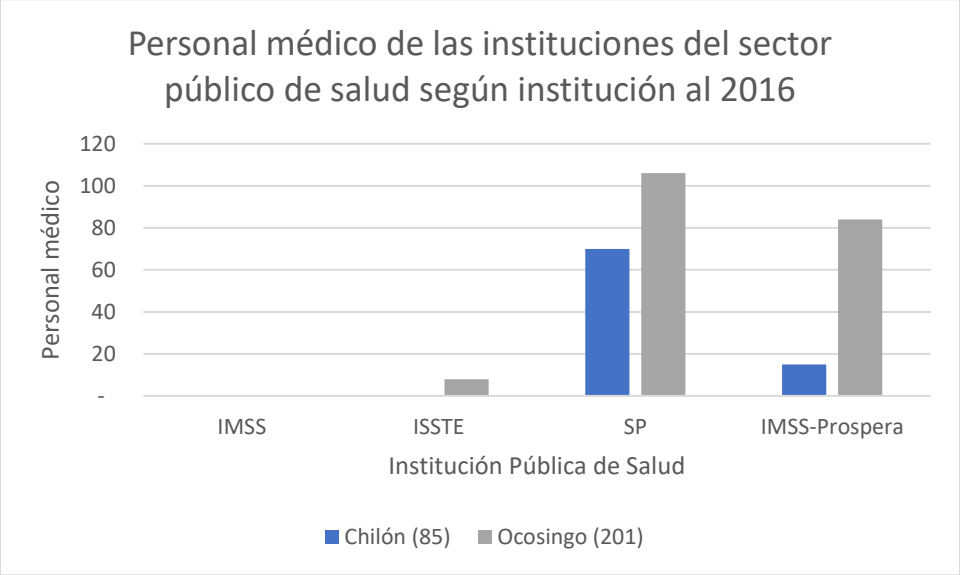


Gráfica 11 Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE al 2016. Archivo extraído de la base de datos del "Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud 2018" del CONEVAL.

La accesibilidad a la información comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. En 2016, una encuesta realizada por la Cámara de Diputados mostró que solo el 51.4% de la población no había escuchado hablar sobre los derechos civiles y entre los que si los conocían solo el 19.5% menciono el derecho a la salud (**CONEVAL, 2018**). Por un lado, es necesario que el Estado Mexicano haga promoción a la salud a través de diferentes mecanismos, por ejemplo: campañas de prevención, material didáctico disponible, información clara a través de los medios de comunicación como radio, televisión e internet; y el resto, dependerá del involucramiento de la población en el ámbito con el fin de exigir y aportar para el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los recursos humanos en salud son indispensables. En México, para el año 2015 se contaba con 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes mientras que el promedio para los países miembros de la OCDE era de 3.4; situación similar se observa en cuanto al personal de enfermería que en el mismo año se contaba con 2.8 por cada 1,000 habitantes mientras el promedio para la OCDE era de 9 (**CONEVAL, 2018**).

En 2016, **había 0.66 y 0.92 médicos por cada 1.000 habitantes** en los municipios de Chilón y Ocosingo respectivamente quedando muy por debajo de la Nacional y casi en su totalidad concentrados en las instituciones del IMSS-Prospera y el SP (**Gráfica 12**). La falta de recursos humanos origina una situación de sobreexplotación laboral además de desencadenar desastres cometidos por el riesgo aumentado de cometer un error.



Gráfica 12 Personal médico de las instituciones del sector público de salud según institución al 2016 en los municipios de Chilón y Ocosingo. Elaboración propia a partir de los datos en el "Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017" y del "Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2017".

Aunque el Estado otorga el reconocimiento y faculta a un sector de la población, que se ha entrenado para ejecutar tareas relacionadas a la salud, los criterios excluyen otros elementos humanos que, si bien, no se han formado dentro del sistema convencional juegan un papel importante en el cuidado de la enfermedad y fomento a la salud; en las comunidades estos saberes están conformados por elementos culturales en constante recomposición teniendo como soporte básico la colectividad y no al individuo, y se transmiten entre generaciones a través de la memoria (**González, 2008**).

Contaba una mujer en la comunidad de San Jerónimo Tulijá: “La partería es un don y se nace con él, es algo que se pasa de abuela a nieta. Una sabe que ha nacido con el don porque de niña lo sueñas, y entonces te preparas para ello. Llegado tu primer hijo estarás lista para ser Partera… o eso contaba mi abuela. La verdad yo nunca tuve ese sueño, yo vi que no había quien ayudara a las mujeres de mi comunidad cuando tenían sus hijos y decidí aprender por mi cuenta, recuerdo que mi abuela me decía que no podía recibir niños porque no había sido mama, ahora hace 1 año que tengo mi hija, supongo que ya no tengo problema” (**Fotografía 3**).

Fotografía 3 Partera realizando un ultrasonido para corroborar el bienestar fetal a una mujer con embarazo de término. Realizada por Miguel Ponce 2018.

2.8.- CONCLUSIÓN

A través de la evaluación de diferentes indicadores podemos reiterar lo que salta a la vista cuando nos introducimos en las diferentes realidades de este país.

Históricamente (o al menos después de la Conquista) los gobiernos mexicanos han apostado por un Crecimiento y Desarrollo Occidental, negando la existencia, y por ende, los sueños del “Otro México”, a quienes la historia les arrebato el protagonismo.

Ese “Otro México” donde no hay mejor agua que sacie la sed como la del rio que inunda los paisajes, donde no hay mejor calor que el fuego que brota del fogón o donde no hay mejor cobija que la manta estrellada de la noche.

Hoy es necesario pensar y hacer de forma inclusiva, equitativa y cooperadora, además de abandonar la idea de Progreso y Desarrollo como única forma de alcanzar el máximo disfrute de la vida misma. Así, los Pueblos Zapatistas nos invitan a reapropiarnos de la autonomía perdida y convertirnos en sujetos que escriben su propia historia.

Fotografía 4 En algún lugar entre las montañas del sureste mexicano las familias toman café para hacerle compañía al frío de la mañana.

3.- DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD

“Experiencia de las Campañas de Salud 2018-2019 realizadas en la población de 0 a 15 años como estrategia de Promoción y Prevención en Salud con Comunidades Zapatistas en Regiones ubicadas dentro de los municipios de Chilón y Ocosingo y análisis de resultados”

“Evitar la enfermedad es más humanitario que limitarse a curarla”

Arnoldo de la Loza Saldívar

3.1.- MARCO TEÓRICO

La salud se logra solamente con una verdadera medicina integral, entendiendo por esta la que va más allá del paciente como hecho aislado, la que se dirige al ser humano como unidad en continua adaptación a su ambiente físico-cultural en la que cada prestación medica combina los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo familiar y lo social (**Arnoldo, 1979**). Ya en 1945 Henry Sigerist enunciaba 4 acciones indispensables para alcanzar una atención médica integral: la Promoción de la Salud, la Prevención de Enfermedades, la Curación y la Rehabilitación (**Quintero, 2017**).

En la Carta de Ottawa de 1986, dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”, se reconoce que una Buena Salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de vida (**OMS, 1986**); para ello recupera la importancia de la **Promoción a la Salud** como herramienta para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, satisfacer necesidades y poder cambiar o adaptarse al medio ambiente. Esto debe ser desde y con la población objetivo, buscando mejorar las capacidades de los individuos para identificar y realizar acciones encaminadas a lograr un mayor control sobre los **Determinantes de Salud**, definidos por la OMS como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen” (**SS, 2014**).

El sueño de que la enfermedad desaparezca y todo sea prevenible está muy lejos de nuestra realidad, sin embrago, al día de hoy la **Medicina Preventiva** juega un papel fundamental; el conocimiento de los factores de riesgo para la enfermedad y

el control de estos han cambiado el curso de la sociedad y ha demostrado que las políticas y programas de prevención generan ahorro económico para los sistemas de salud en el mundo. Actualmente, los estilos de vida toman gran peso para entender la enfermedad y esto implica que cada persona asuma en parte la responsabilidad de cambio, cosa difícil pero no imposible.

“La verdadera medicina no es la que cura, sino aquella que es capaz de generar estilos de vida y comportamientos saludables para el disfrute máximo del Buen Vivir”.

3.2.- DISEÑO Y METODOLOGÍA

Durante el año de Servicio Social se realizaron estrategias de Prevención y Promoción de la Salud, partiendo de un análisis observacional sobre los factores de riesgo locales que podían incidir en los procesos de salud-enfermedad de las comunidades, a través de “Campañas de Salud”. Cabe mencionar que las actividades dan continuidad al trabajo realizado anteriormente por otros Pasantes de Servicio Social, en especial por el área de Estomatología quienes han aportado tanto en conocimiento y en experiencia estrategias para desarrollar y llevar a cabo acciones efectivas en estas comunidades. El trabajo se coordinó con el área de Medicina General, Estomatología y Promotores de Salud. Se difundió una convocatoria abierta a las comunidades pertenecientes a los municipios autónomos Francisco Gómez y Ricardo Flores Magón a través de sus Promotores de Salud locales. el resultado final dependió totalmente de la capacidad de organización de cada Promotor de Salud con su comunidad para solicitar una visita a las autoridades del Comité de Salud, Consejo Municipal y Junta de Buen Gobierno. El material e insumos se cubrieron con el apoyo del organismo SADEC y donativos de los pasantes y voluntarios. Las actividades estuvieron dirigidas a la comunidad en general (adultos y niños). Los espacios de trabajo se adecuaron a las posibilidades y condiciones de cada comunidad (iglesias, escuelas, casas o al aire libre). Se

procuró la toma del peso y la talla de niños entre los 0 a 15 años dependiendo de los recursos materiales con los que contaba cada comunidad (báscula y cinta métrica). Los ejes de trabajo se planearon de la siguiente forma:

I. Valoración del crecimiento
   a. Se realizan mediciones de Peso y Talla a la población entre 0 a 15 años en báscula con estadiómetro
   b. Se calcula el IMC a partir del Peso y la Talla
   c. Los datos se estadifican e interpretan a partir de las Curvas de Registro del Crecimiento para el Niño y la Niña de la OMS según edad.

II. El Buen Comer
   a. Se explica la construcción del plato del buen comer
   b. Se comentan algunas enfermedades relacionas con hábitos alimenticios
   c. Se realiza un ejercicio de dibujo con los niños donde ellos construyen su plato del buen comer en base a los alimentos que se encuentran disponibles y son accesibles en su comunidad.

III. Lavado de manos
   a. Se explica la técnica correcta del lavado de manos
   b. Se comenta la relación con enfermedades gastrointestinales
   c. Se realiza el ejercicio con niños y adultos del correcto lavado de manos usando jabón y agua

IV. Purificación del agua
   a. Se explican las opciones disponibles que tienen para mejorar la calidad del agua que se consume: solar, cloración, microdyl, ebullición
   b. Se realiza el ejercicio con niños y adultos de como purificar el agua con cloro

V. Preparación de Suero Casero
   a. Se comentan las enfermedades que pueden causar deshidratación
   b. Se explican los signos y síntomas de deshidratación

c. Se realiza el ejercicio con niños y adultos de cómo preparar un suero casero a base de sal, azúcar y limón, y el modo de administración aproximada por edad.

VI. Manejo de excretas

a. Se explican los lugares más seguros para deposición de excretas en cuanto al sitio de colocación de una letrina con fosa séptica y defecación al aire libre.

VII. Prevención de enfermedades gastrointestinales por parásitos

a. Se explican los signos y síntomas de una gastroenteritis por parásitos
b. Se comenta la necesidad de realizar la desparasitación cada 6 meses
c. Se realiza la desparasitación con Albendazol a niños mayores de 1 año y adultos

VIII. Prevención de enfermedades dentales

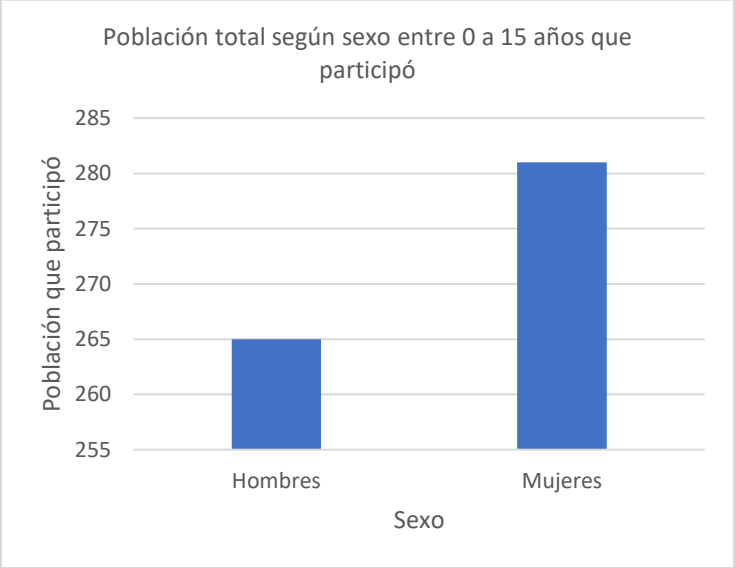
a. Se comentan las enfermedades más comunes de la boca
b. Se explica la importancia del cepillado dental y se recomienda una técnica de cepillado
c. Se entregan cepillos dentales a niños y adultos y se realiza el ejercicio del cepillado dental con pasta y agua
d. Se realiza aplicación de flúor en gel a niños entre los 6 a 15 años

IX. Planificación familiar

a. Se solicitaba la permanencia y atención de la población adulta, es decir, población mayor de 15 años mientras se diseñaban juegos en otro espacio para los niños.
b. Se explican brevemente los conceptos de sexo, sexualidad, orientación sexual y paridad satisfecha
c. Se explican los métodos de planificación familiar de barrera, hormonales y definitivos tanto para hombres como para mujeres
d. Se comentan brevemente las enfermedades de transmisión sexual
e. Se realiza el ejercicio con adultos de las características de un condón masculino y el uso correcto de este con modelos anatómicos

3.3.- RESULTADOS

Se realizaron “Campañas de Salud” en 10 comunidades diferentes con una población total de 546 participantes entre 0 a 15 años, de los cuales 265 fueron hombres y 281 fueron mujeres (**Gráfica 13**). De los participantes mayores de 1 año hasta los 15 años se desparasito a 533 personas y en algunas comunidades donde el medicamento fue suficiente se desparasitó al resto de la población que acompañaba las actividades, a excepción de mujeres embarazadas o que estuvieran lactando. Se realizó aplicación de flúor en gel a 329 participantes mayores a 6 años hasta los 15 años. Todos los participantes entre 0 a 15 años y adultos que acompañaron las actividades recibieron un cepillo dental.



Gráfica 13 Población total según sexo entre 0 a 15 años que participó en las "Campañas de Salud" 2018-2019. Elaboración propia a partir de la base de datos recabada en campañas.

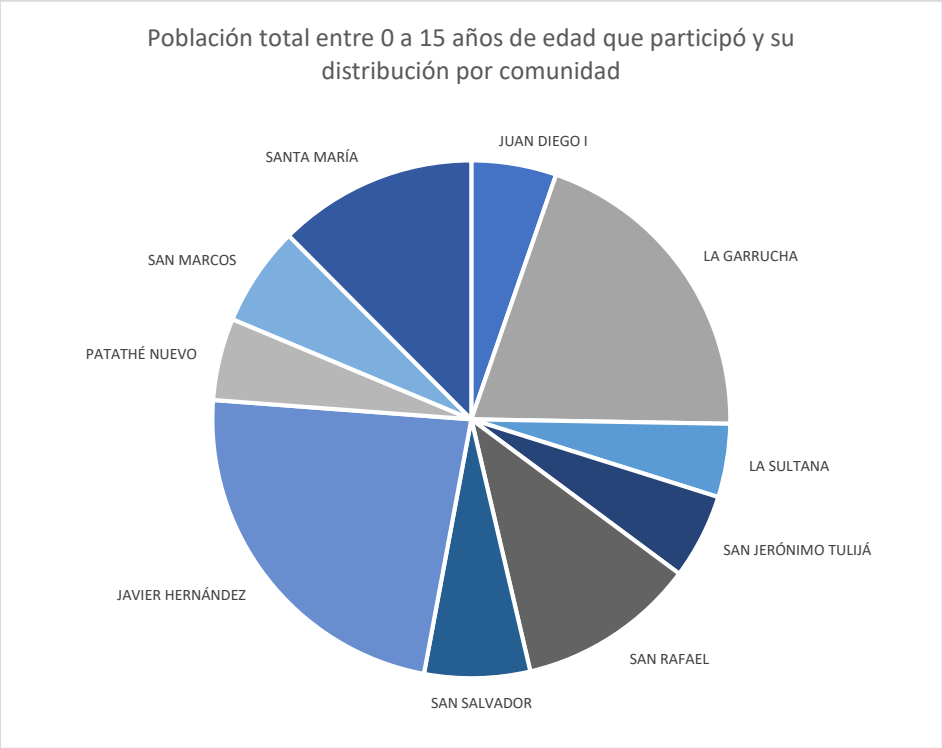
Cabe señalar que la edad es un dato inespecífico en las comunidades, ya que el tiempo toma aún más significado en la concepción cíclica que en la lineal (herencia de sus antepasados); cuándo se realiza la pregunta ¿Qué edad tiene? La respuesta puede seguir tres formatos:

- “Tengo cumplidos siete”; en este caso la edad suele ser precisa, la población que responde de esta manera por lo general son jóvenes, aquellos que han

recibido educación escolarizada o los que han tenido más contacto con las ciudades.

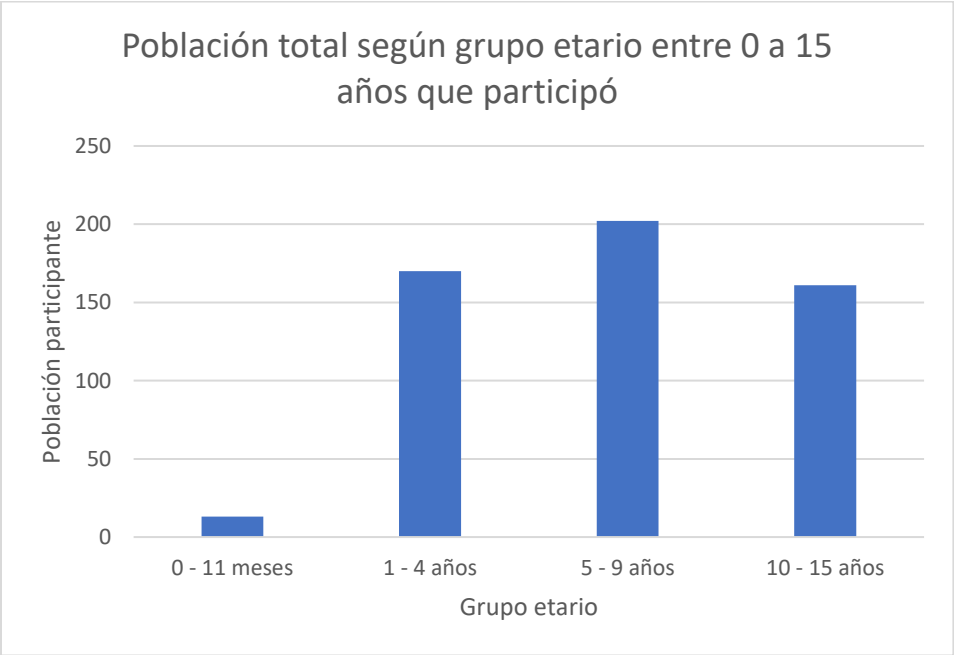
- “Voy caminando para los siete”; en este caso la edad es inespecífica, para el ejemplo la persona tiene en realidad seis años, pero en su concepción está viviendo hacia los siete.
- “Como siete más o menos” o “En los 40”; en este caso la edad es aún más inespecífica, la edad se entiende desde lo que aparenta la persona o lo que cree tener desde la propia experiencia de como transcurre del tiempo.

Las comunidades con mayor población participante fueron Javier Hernández y La Garrucha mientras que las comunidades con menor población participante fueron La Sultana y Patathé Nuevo (**Gráfica 14**).



Gráfica 14 Población total entre 0 a 15 años que participó en las "Campañas de Salud" 2018-2019 y su distribución por comunidad. Elaboración propia a partir de la base de datos recabada en campañas.

De acuerdo al grupo etario, la mayoría de la población participante se encontraba entre los 5 a 9 años con 36.9%, seguida del grupo de 1 a 4 años con 31.7%, la población entre 10 a 15 años representó el 29.4% del total mientras que el grupo más pequeño de participantes fue el de niños menores a 1 año con el 2.3% (**Gráfica 15**). En todas las comunidades se contó con el apoyo de los Promotores de Salud y en algunos casos se sumaron los Promotores de Educación; durante las actividades asistieron niños y adultos de todas las edades.

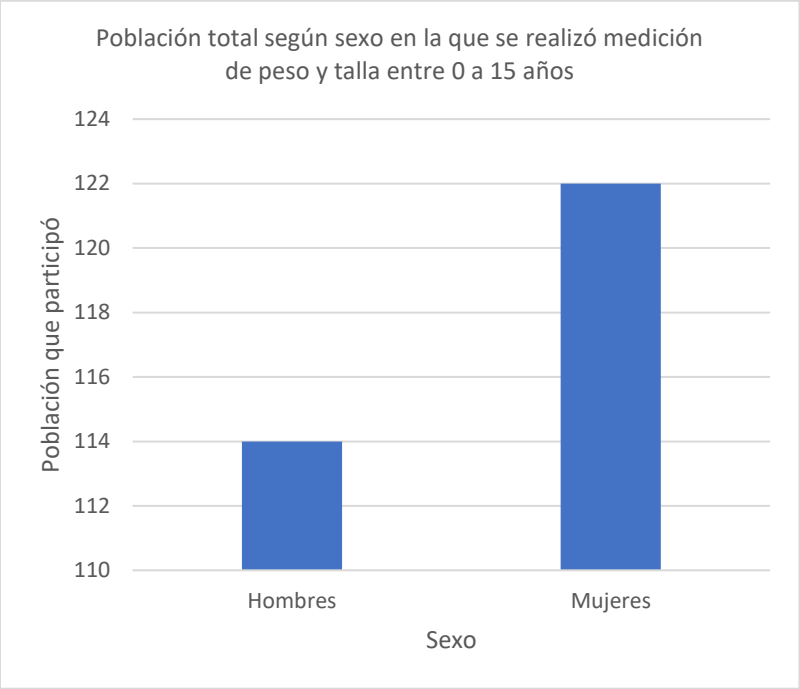


Gráfica 15 Población total según grupo etario entre 0 a 15 años que participó en las "Campañas de Salud" 2018-2019. Elaboración propia a partir de la base de datos recabada en campañas.

Peso y Talla

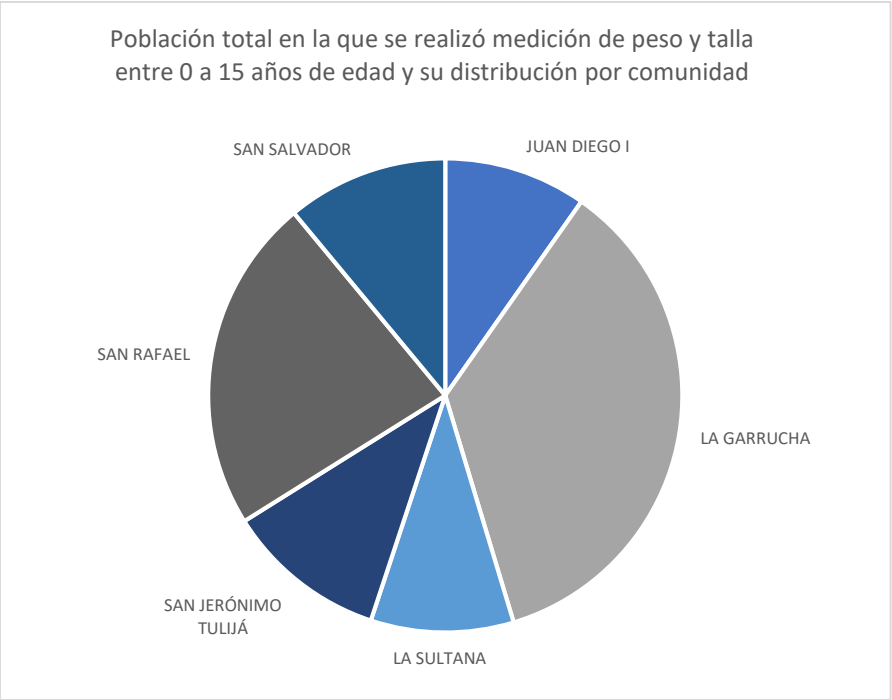
En 6 de las 10 comunidades fue posible realizar la toma de peso y talla. La medición del peso se realizó en toda la población participante en básculas con estadiómetro, sin embargo, para la construcción de la base de datos solo se registró a la población que podía adoptar una postura anatómica en bipedestación sin apoyo para la toma de peso y talla, y poder correlacionar los datos obtenidos con mayor precisión; además, se procuró la medición con el mínimo de ropa posible y sin zapatos. Con

lo anterior se obtuvo una población total de 236 participantes, de los cuales 114 fueron hombres y 122 fueron mujeres (**Gráfica 16**), el resto de las comunidades no contaba con el material para llevar a cabo la actividad.

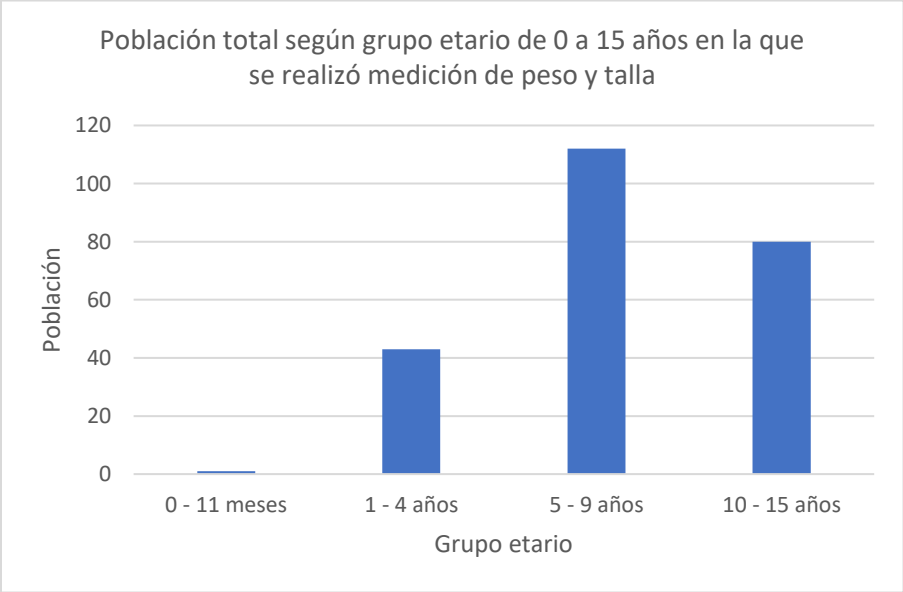


Gráfica 16 Población total según sexo en la que se realizó medición de peso y talla entre 0 a 15 años en las "Campañas de Salud" 2018-2019. Elaboración propia a partir de la base de datos recabada en campañas.

Las comunidades con mayor población a la que se realizó toma de peso y talla fueron La Garrucha y San Rafael mientras que las comunidades con menor población fueron Juan Diego I y La Sultana (**Gráfica 17**). De acuerdo con el grupo etario, la mayoría de población estuvo entre los 5 a 9 años con un 47.45% mientras que la población que menos participó fueron los niños menores a 1 año con el 0.4% lo que corresponde a una niña de la comunidad de La Sultana (**Gráfica 18**)



Gráfica 17 Población total en la que se realizó medición de peso y talla entre 0 a 15 años en las "Campañas de Salud" 2018-2019 y su distribución por comunidad. Elaboración propia a partir de la base de datos recabada en campañas.



Gráfica 18 Población total según grupo etario de 0 a 15 años en la que se realizó mediciones de peso y talla en las "Campañas de Salud" 2018-2019. Elaboración propia a partir de la base de datos recabados en campañas.

Con el fin de identificar el crecimiento normal, problemas de crecimiento o patrones que sugieran el riesgo para un problema de crecimiento se estadificaron los datos obtenidos en las “Curvas de Registro del Crecimiento del Niño y la Niña” de la OMS según la edad. Los indicadores utilizados fueron los siguientes:

- **Longitud/Talla para la Edad**: este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento debido a un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo, la longitud o talla altas rara vez son un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes (**OMS, 2008**).

- **Peso para la Edad:** este indicador se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso y bajo peso severo, pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad, debido a que el peso es relativamente fácil medir, pero no es confiable en los casos en que la edad del niño no puede determinarse con exactitud (**OMS, 2008**).

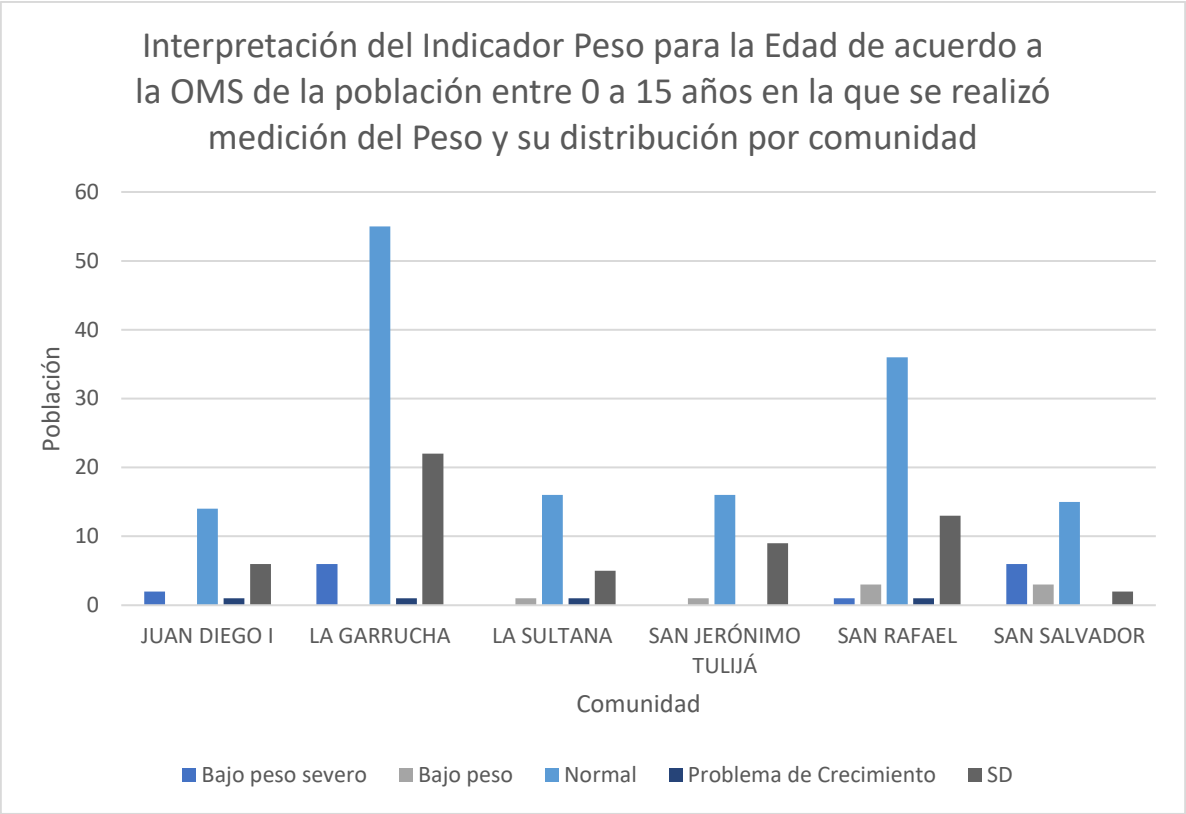
- **IMC para la Edad:** IMC (Índice de Masa Corporal), es un indicador que es especialmente útil cuando se examina por sobrepeso y obesidad (**OMS, 2008**)

Los indicadores se interpretan a través de las líneas de puntuación Z de las Curvas de Crecimiento (**Tabla 4**) que están enumeradas positivamente (1, 2, 3) o negativamente (-1, -2, -3), sin embargo, se deben considerar otros factores como la tendencia de crecimiento, las condiciones de salud del niño, el medio donde se desarrolla y la talla de sus padres.

Puntuaciones z	Indicadores de Crecimiento			
	Longitud/talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud/talla	IMC para la edad
Por encima de 3	*Ver nota 1*	*Ver nota 2*	*Obeso*	*Obeso*
Por encima de 2			*Sobrepeso*	*Sobrepeso*
Por encima de 1			*Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)*	*Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)*
0 (mediana)				
Por debajo de −1				
Por debajo de −2	*Baja talla (Ver nota 4)*	*Bajo peso*	*Emaciado*	*Emaciado*
Por debajo de −3	*Baja talla severa (Ver nota 4)*	*Bajo peso severo (ver nota 5)*	*Severamente Emaciado*	*Severamente Emaciado*

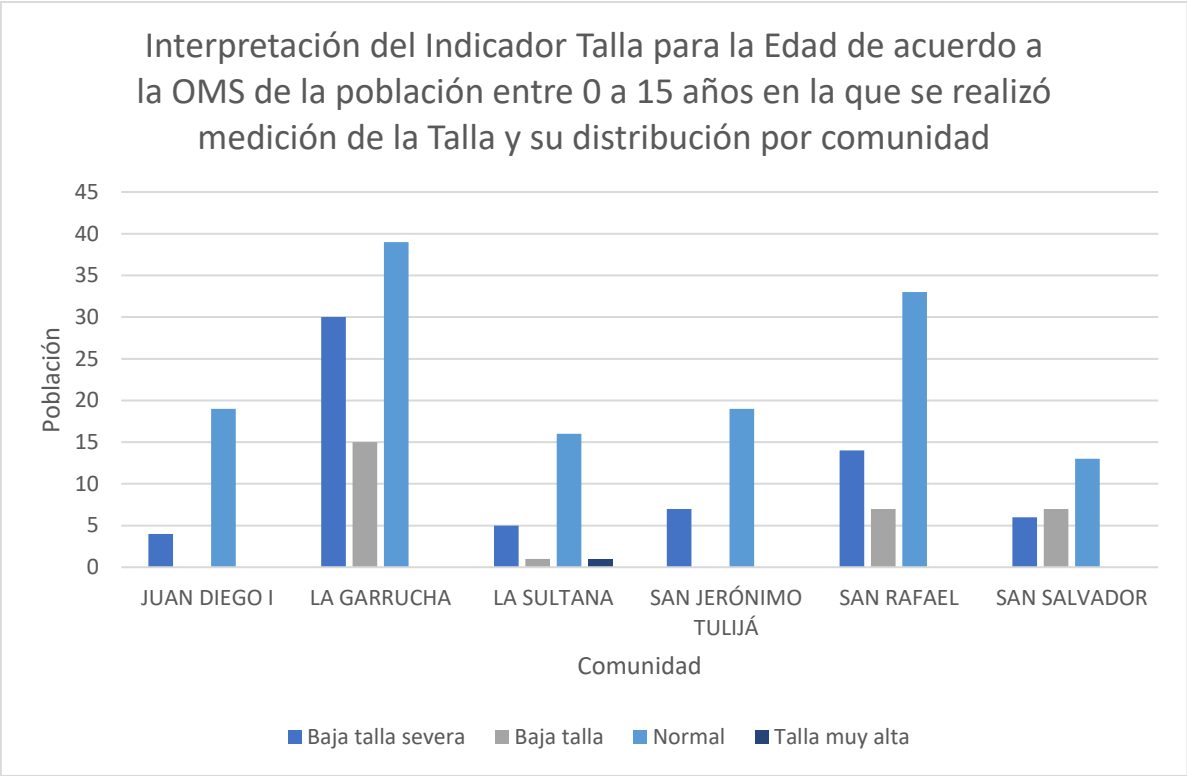
Tabla 4 Interpretación de los Indicadores de Crecimiento según la OMS. NOTA 1: Una estatura muy alta en raras ocasiones es un problema. NOTA 2: puede haber un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse con el IMC para la Edad. NOTA 3: Riesgo posible. Archivo extraído de la base de datos de la OMS.

En función de la tabla anterior, con el Indicador de Peso para la Edad se encontró que el 6.3% de la población esta con “Bajo peso” ubicando a la mayoría de estos en las comunidades de La Garrucha y San Salvador, el 3.3% de la población esta con “Bajo peso severo” con mayoría de estos en las comunidades de San Rafael y San Salvador, el 64.4% de la población tiene “Peso normal” siendo la mayoría de la población en cada una de las comunidades, y solo el 1.6% de la población presentó “Problemas del Crecimiento” que requiere ser valorado con el indicador de IMC para la Edad para una mejor interpretación (**Gráfica 19**).



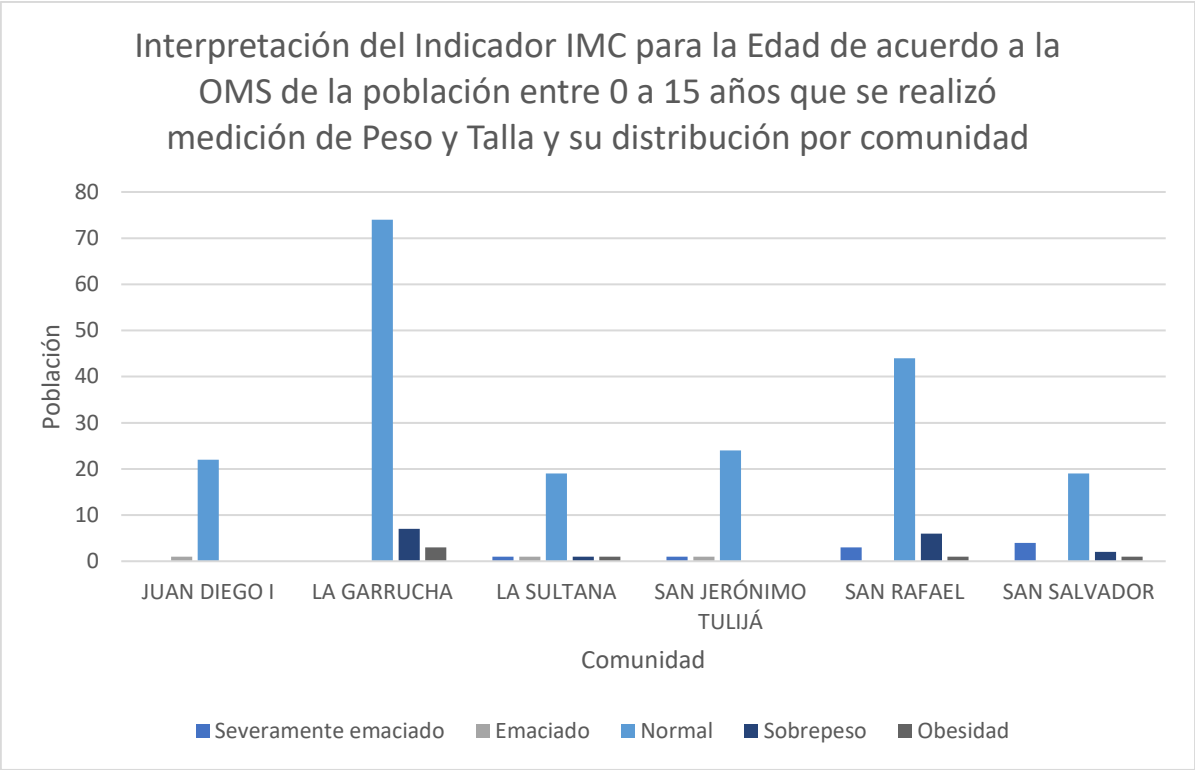
Gráfica 19 Interpretación del Indicador Peso para la Edad de acuerdo a la OMS de la población entre 0 a 15 años en la que se realizó medición del peso en las "Campañas de Salud" 2018-2019 y su distribución por comunidad. Elaboración propia a partir de la base de datos recabada en campañas. SD = "Sin Dato", de acuerdo a la OMS a partir de los 10 años el peso debe interpretarse en función de la talla con el IMC para la Edad.

Para el caso del Indicador de Talla para la Edad, se encontró que el 27.9% de la población tiene "Baja talla" encontrando a la mayoría de estos en la comunidad de La Garrucha, el 12.7% de la población esta con "Baja talla severa" ubicando a la mayoría de estos en La Garrucha, el 58.8% de la población está dentro de la "Talla normal" siendo la mayoría de la población en cada una de las comunidades, y solo el 0.4% de la población se encontró con "Talla muy alta" lo que corresponde a una persona y se ubicó en la comunidad de La Sultana (**Gráfica 20**)



Gráfica 20 Interpretación del Indicador Talla para la Edad de acuerdo a la OMS de la población entre 0 a 15 años en la que se realizó medición de la Talla en las "Campañas de Salud" 2018-2019 y su distribución por comunidad. Elaboración propia a partir de la base de datos recabada en campañas.

Por último, el Indicador del IMC para la Edad arrojó que el 3.8% de la población se encuentra “Severamente emaciado” ubicando a la mayoría de estos en la comunidad de San Salvador, el 1.2% de la población está “Emaciado” lo que corresponde a tres personas, el 85.5% de la población tiene un IMC “Normal” lo que representa a la mayoría de la población en cada una de las comunidades, el 6.7% tiene “Sobrepeso” ubicando a la mayoría de estos en las comunidades de La Garrucha y San Rafael, y solo el 2.5% de la población tiene “Obesidad” (**Gráfica 21**)



Gráfica 21 Interpretación del Indicador IMC para la Edad de acuerdo con la OMS de la población entre 0 a 15 años que se realizó medición de Peso y Talla en las "Campañas de Salud" 2018-2019 y su distribución por comunidad. Elaboración propia a partir de la base de datos recabada en campañas.

3.4.- ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se puede pensar de inició que la talla refleja un problema de desnutrición crónica en las comunidades al tener población con "Baja talla" y "Baja talla severa", no obstante, es necesario mirar a la población en general pues la talla baja es una característica somatomorfa de esta, lo que explica el problema desde la genética, sin embargo, no se debe dar por hecho con esto que no existen problemas de nutrición. Existen otros factores que explican los datos desde otra realidad, por ejemplo: en muchos casos se pudo constatar una dieta limitada en cantidad, calidad y variedad, además de la presencia de "tienditas" en todas las comunidades que ofrecen productos industrializados de alto valor calórico como refrescos, galletas y

papas que se consumen en gran parte de la población de manera frecuente, lo que podría explicar los resultados en ambos extremos por un lado con “Bajo peso” y por el otro con “Sobrepeso”. A pesar de los problemas, la población ha logrado adaptarse a las condiciones de vida y sobre todo alimentarias ya que casi toda la población participante tuvo un IMC normal para la edad.

Durante la actividad del “Buen Comer” los niños dejaron ver que su dieta se basa casi en su totalidad en el consumo de maíz y frijol, es decir, rica en proteínas y carbohidratos de origen vegetal, otros alimentos aparecieron de forma repetitiva como el huevo, el plátano, la mandarina, la calabaza, el camote, la mostaza y la hierba santa. Sorprende el bajo consumo de alimentos de origen animal, que, si bien existe, su consumo se limita a días especiales como la “Fiesta Patronal”.

Cuando se explicaba la importancia del “Lavado de Manos” se notó que gran parte de la población conocía los tiempos y alguna técnica para realizarla, quizá por el trabajo constante de los Promotores de Salud con su comunidad o por el trabajo antes realizado de personal de salud que visita estos espacios, pero la razón por la cuál no se llevaba a cado se dividió en tres respuestas: falta de tiempo, falta de recursos para comprar un jabón de manos y el poco acceso o poco abasto de fuentes de agua en la comunidad; haciendo caso a estas respuestas se optó por generar opciones que pudieran funcionar para las comunidades como el lavado de manos con solo agua que tuviera impacto tan solo por el trabajo mecánico, el ahorro de agua utilizando un vaso o una “jícara” de agua para evitar el desperdicio al mantener una llave abierta o de contaminar otros espacios de almacenamiento más grandes.

Siguiendo el orden de trabajo, se encontró que el agua destinada para consumo y preparación de alimentos en la mayoría de los casos no era tratada con algún método de purificación, sino que se consumía de forma directa de la llave y en el mejor de los casos tenía un proceso escueto al recibir calor durante la preparación de alimentos. Las respuestas del por qué no se hacía se centraron en dos puntos:

no tenían el conocimiento de cómo hacerlo y los pocos que conocían algún procedimiento desconocían la forma precisa de llevarlo a cabo. En base a esto elegimos cuatro procesos que resultan económicos y prácticos, tres de ellos (solar, cloración y microdyl) que no aseguran la inocuidad del agua, pero si mejoran la calidad y uno de ellos (ebullición) que resulta la más recomendada por muchas instituciones de salud.

En la experiencia de los adultos que acompañaron las actividades, sobre todo de las madres, las enfermedades más frecuentes en la comunidad se deben a enfermedades respiratorias del tracto respiratorio superior y enfermedades diarreicas gastrointestinales, atendiendo a estas últimas la población explicaba que acudían a la consulta médica por el “antibiótico” y los sobres de “suero oral”, al igual que muchos otros sectores de la sociedad. A partir de esto se realiza una reflexión sobre el papel primordial que tiene la rehidratación del paciente y se explica la preparación de suero casero para prevenir complicaciones por deshidratación usando 1 litro de agua previamente purificada + 4 cucharadas soperas de azúcar + 1 pizca de sal + la mitad de un limón o una naranja. Deja una satisfacción ver como la población presta atención al proceso de preparación y queda en ellos la posibilidad de cuidar la salud sin depender de los medicamentos que por cierto no siempre se justifica su uso.

Queda un gran reto para las comunidades y el personal de salud en ellas en cuanto al manejo de excretas pues en la mayoría de los casos se realizan al aire libre cerca de las casas, en los cultivos o cerca de fuentes de agua como ríos o lagunas, en muy pocos casos se contaba con letrinas montadas sobre un pozo poco profundo y sin recubrimiento de cemento además de estar mal ubicadas cerca de las casas o fuentes de agua. En base a las posibilidades y distribución de la población de cada comunidad se sugirieron los lugares que pueden ser adecuados para la construcción de una letrina con fosa séptica o destinar un espacio comunitario para la defecación al aire libre que no afecte otros espacios de convivencia o entre en contacto con los recursos de consumo humano.

La población en general comprendía la importancia que tiene para ellos realizar la desparasitación cada seis meses, pues son conscientes de las deficiencias y la falta de recursos en materia de servicios primordiales como agua potable, drenaje y luz eléctrica, que los hace vulnerables ante enfermedades infecciosas como las diarreas por parásitos; de hecho las familias acuden a las “tienditas” (a falta de farmacias y servicios de atención médica) para comprar un producto llamado “lombriniño” (el cual contiene una concentración muy baja de Albendazol que no cubre lo necesario) y desparasitan a la familia cada seis meses o cuando hay lombrices en las heces. Por tal motivo, la administración de Albendazol resulta ser bien recibida por parte de la población y procuran que la reciban todos los niños de la comunidad. En respuesta a esto, se tomó la decisión de desparasitar a toda la población que asistía a las actividades con excepción de mujeres embarazadas o que estuvieran lactando.

En todos los espacios de la sociedad la salud dental representa un costo de bolsillo alto para las personas y en las comunidades no es la excepción, nuestros sistemas de salud no han logrado incluirla adecuadamente en los servicios de primer contacto (primer nivel de atención) y poco menos en el diseño de estrategias de prevención. Se encontró una práctica casi nula del cepillado dental en todas las comunidades en gran parte por el costo que representa tener un cepillo de dientes y una pasta bucal, y las pocas personas que lo realizaban no tenían una técnica adecuada de cepillado, lo que repercute en una alta incidencia de enfermedades bucales. Con lo anterior se explica la motivación de la población en cada una de las comunidades (niños y adultos) al realizar la técnica de cepillado, en algunos casos por primera vez, sugerida por nosotros con la finalidad de prevenir o tratar algunas de estas enfermedades. Para la práctica se hizo hincapié en que esta debe realizarse incluso en los niños pequeños cuando empiezan los procesos de dentición y en que puede realizarse solo con agua aprovechando el movimiento mecánico del cepillo en caso de que el costo represente una limitación.

Al abordar los temas relacionados con Planificación Familiar se hizo necesario solicitar la seriedad de los presentes y se ofreció la oportunidad de expresar abiertamente cualquier duda frente a todos o, bien si lo preferían, podían solicitar una consulta al final de las pláticas. Durante las actividades se contó con la presencia casi similar de hombres y mujeres en cada una de las comunidades donde se distribuían por sexo en dos grupos separados, quizá porque se sentían más seguros de compartir información y expresar sus dudas o porque desde su concepción en materia de educación sexual y reproductiva así ha funcionado, lo cierto es que en todas las comunidades que se visitaron era la primera vez que se tocaba este aspecto del ser humano y para disimular un poco lo extraño que era surgieron risas y algunas caras “sonrojadas”, y a pesar de ello, la actividad fue bien recibida y hubo oportunidad de resolver dudas en público y de forma personal en consultas. El trabajo se realizó con perspectiva de género tratando de visibilizar la sumisión de la mujer frente a estos temas y como parte de esto se puntualizó la responsabilidad del hombre al elegir cuidarse y cuidar a su pareja, la capacidad de decisión que tiene la mujer de decidir cuándo y cómo tener relaciones y/o embarazarse, y en caso de cumplir con una paridad satisfecha se promocionó la vasectomía como método definitivo.

Si bien la medicina preventiva no resulta fácil, el continuo ejercicio de ella contribuirá a reducir los riesgos de una o ciertas enfermedades, a veces la evolución misma de la enfermedad e incluso la razón de muerte. Para ello es indispensable la participación de la población la cual puede ser motivada a través de actividades con sentido y significado para la población a la cual están dirigidas, que cumplan con los requisitos de ser aplicables y funcionales.

Fotografía 5 Actividad sobre un Buen Lavado de Manos en la Campaña de Salud de la Comunidad Javier Hernández. Realizada por Miguel Ponce 2018.

Fotografía 6 Actividad sobre un Buen Cepillado Dental en la Campaña de Salud de la Comunidad Juan Diego I. Realizada por Miguel Ponce 2018.

4.- SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFÍL DE MORBILIDAD

"… ¿De qué tenemos que pedir perdón? ¿De qué nos van a perdonar? ¿De no morirnos de hambre? ¿De no callarnos en nuestra miseria? ¿De no haber aceptado humildemente la gigantesca carga histórica de desprecio y abandono? ¿De habernos levantado en armas cuando encontramos todos los caminos cerrados?... ¿Quién tiene que pedir perdón y quién puede otorgarlo? ¿Los que durante años se sentaron ante una mesa llena y se saciaron mientras con nosotros se sentaba la muerte, tan cotidiana, tan nuestra que dejamos de tenerle miedo? ..."

Subcomandante Insurgente Marcos, comunicado del 18 de Enero de 1994

4.1.- MARCO TEÓRICO

América Latina es el continente más desigual del mundo y lo ha sido por mucho tiempo, esta desigualdad se ubica en el corazón mismo de las sociedades (**COLMEX, 2010**). La sociedad mexicana se ha caracterizado por la desigualdad e inequidad de acceso a servicios sociales y de salud; ya en diferentes momentos se han implementado políticas para contrarrestar la situación enfocada a los sectores más vulnerables de la población desde programas como el IMSS-COPLAMAR en los años ochenta, Oportunidades en los noventa y el Seguro Popular (SP) actualmente; no obstante, el Sistema Nacional de Salud (SNS) sigue siendo inestable y contradictorio.

Es importante aclarar que la **igualdad** otorga las mismas oportunidades a toda la población sin distinción mientras que la **equidad** trabaja en función de las necesidades para lograr el mismo objetivo; a su vez, la equidad se puede lograr asignando más recursos a las poblaciones con mayores necesidades (equidad vertical) o bien destinando la misma cantidad de recursos para poblaciones con las mismas necesidades (equidad horizontal) (**COLMEX, 2010**). En el año 2000 la

Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso por vez primera la equidad de las contribuciones financieras como uno de los objetivos centrales del sistema de salud.

Históricamente la población indígena (pueblos originarios) han enfrentado obstáculos para su pleno desarrollo e incluso su propia existencia, entre ellos: su reconocimiento y libre determinación, la discriminación o exclusión social, el despojo y expropiación de tierras, desigualdad de distribución de riqueza, bienes y servicios públicos. En el año 2000, sólo 16 de cada 100 indígenas contaba con servicios de seguridad social derivados de su actividad laboral y el resto se veía obligado a acudir a la Secretaría de Salud (SS) como población abierta, es decir, no afiliada a ninguna institución de seguridad social. Para el 2005, con la aparición del SP un 24.6% de la población hablante de una lengua indígena cuenta con alguna forma de aseguramiento médico (**Lugo, 2015**).

Para analizar las brechas que pudieran estar presentes en la salud de estos grupos podemos observar las causas principales de mortalidad entre las localidades que reportan estar compuestas por 70% o más de la población indígena frente a las que no reportan población indígena alguna (**Tabla 5**)

Principales causas de mortalidad por localidades según el grado de concentración de población indígena en México al 2016				
Lugar	**70% o más de población indígena**		**Sin población indígena**	
	Causa	**%**	**Causa**	**%**
1	Enfermedades del corazón	19.9	Enfermedades del corazón	20.2
2	Diabetes mellitus	11.8	Accidentes	15.7
3	Tumores malignos	8.7	Agresiones (homicidios)	10.3
4	Enfermedades del hígado	7.6	Tumores malignos	8.5
5	Enfermedades cerebrovasculares	5.7	Diabetes mellitus	8.3
6	Accidentes	4.9	Enfermedades del hígado	5.8
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	3.3	Enfermedades cerebrovasculares	3.4
8	Neumonía e influenza	3.1	Neumonía e influenza	3.1
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	2.6
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1

Tabla 5 Principales causas de mortalidad general por localidades, según el grado de concentración de población indígena al 2016. Archivo extraído del "Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud 2018" del CONEVAL.

Aunque existe un comportamiento similar entre las dos poblaciones comparadas no debe pasar desapercibido que la Desnutrición sigue siendo una de las causas principales de muerte en poblaciones mayoritariamente indígenas, lo que demuestra una desigualdad legítima sin justificación aun cuando tienen los recursos

necesarios para el Buen Vivir. La Salud continúa representando un reto para México y el panorama actual nos invita a ser parte del cambio.

4.2.- SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DE SALUD

4.2.1.-Programa de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio

La salud sexual y reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Las estrategias y acciones están dirigidas a la prevención, diagnóstico temprano y manejo médico de las alteraciones de la gestación que constituyen las principales causas de muerte materna: Preeclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, infección puerperal y las complicaciones del aborto.

Objetivos

- Definir el conjunto de servicios escenciales para la atención médica
- Disminuir la morbilidad y la mortalidad maternoinfantil en la región
- Mejorar la calidad de atención médica maternoinfantil

Metas

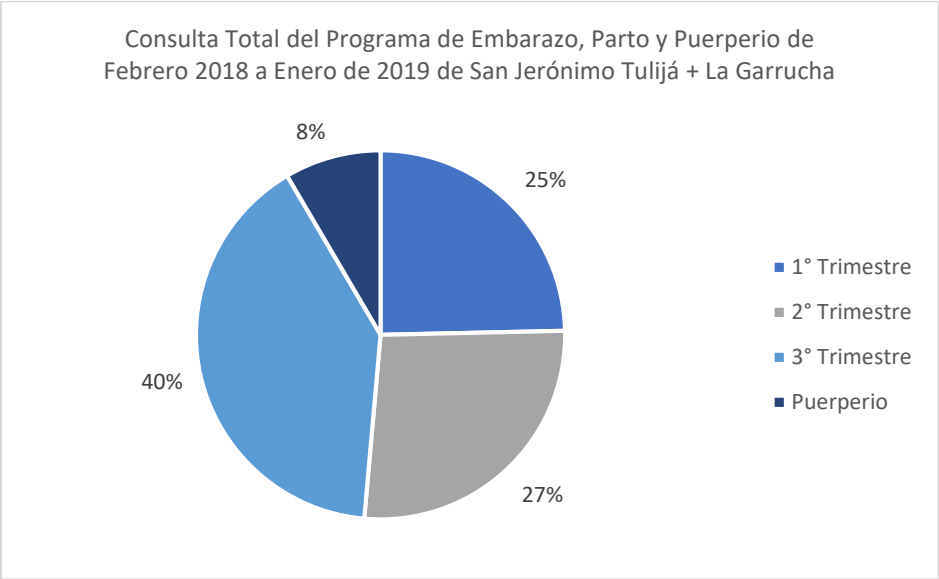
- Identificación de pacientes e ingreso a programa a partir de la segunda consulta
- Seguimiento continuo del embarazo, parto y puerperio de acuerdo a criterios de la NOM: 5 consultas mínimas prenatales, valoración materno-fetal por USG al menos uno por trimestre y 2 consultas mínimas durante el puerperio.
- Tamizaje de patologías: glucometría, verificación de signos vitales, infecciones de transmisión sexual, historia de transfusiones, biometría hemática.

Actividades

- Interrogatorio y exploración física completa
- Orientación nutricional y fomento de la Lactancia Materna
- Información oportuna sobre las complicaciones y datos de alarma
- Rastreo por Ultrasonido para descartar y prevenir complicaciones

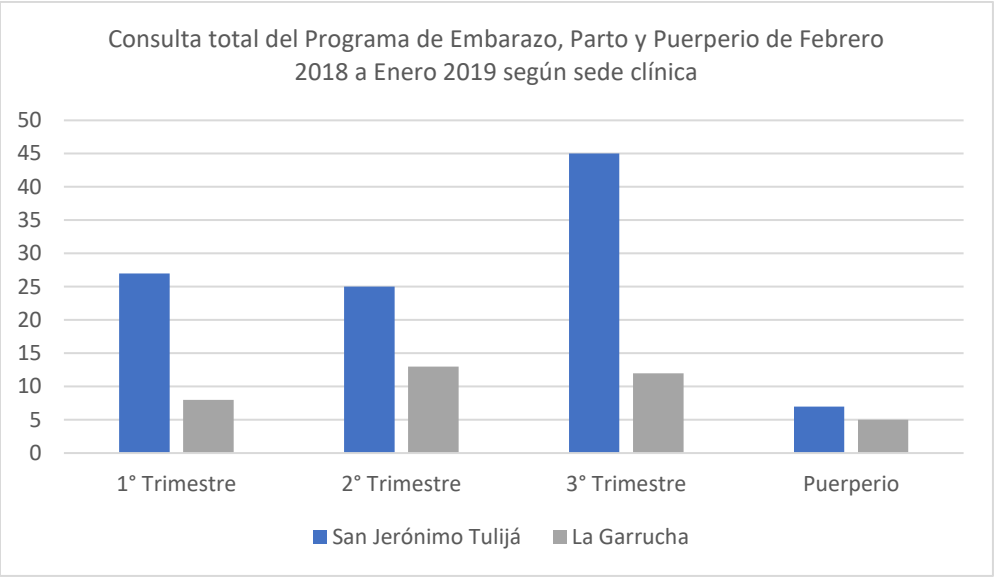
Resultados

Durante el año se dieron 142 consultas de mujeres embarazadas, de parto o puerperio; de estas el 40% acudió durante el tercer trimestre de embarazo mientras que solo el 8% durante el puerperio (**Gráfica 22**). Del total de consultas 79 fueron de Primera Vez y 63 Subsecuentes.



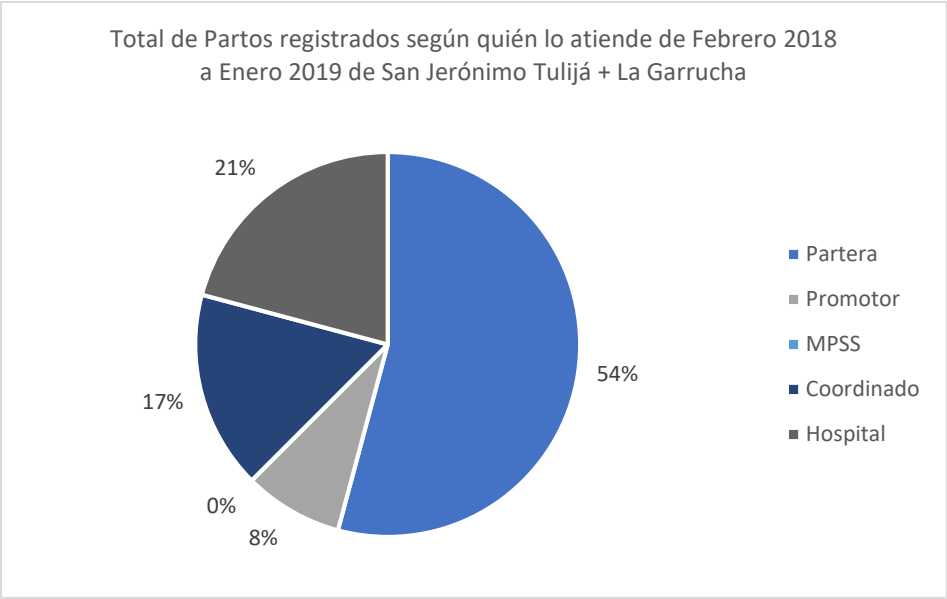
Gráfica 22 Consulta total del Programa de Embarazo, Parto y Puerperio de Febrero 2018 a Enero de 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Cuando se analiza la consulta total según la sede clínica es notable la mayor población de mujeres que asiste a la consulta médica en la comunidad de San Jerónimo Tulijá (**Gráfica 23**), y aunque la población es mayor en esta comunidad cabe destacar el trabajo de la Clínica Autónoma “La Ramona” en la comunidad de La Garrucha en donde las Promotoras de Salud Sexual y Reproductiva realizan seguimiento de Mujeres embarazadas y/o con patologías diversas de forma independiente sin la participación directa del Médico Pasante, cuyas actividades son significativas en número.



Gráfica 23 Consulta total del Programa de Embarazo, Parto y Puerperio de Febrero 2018 a Enero 2019 según sede clínica. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

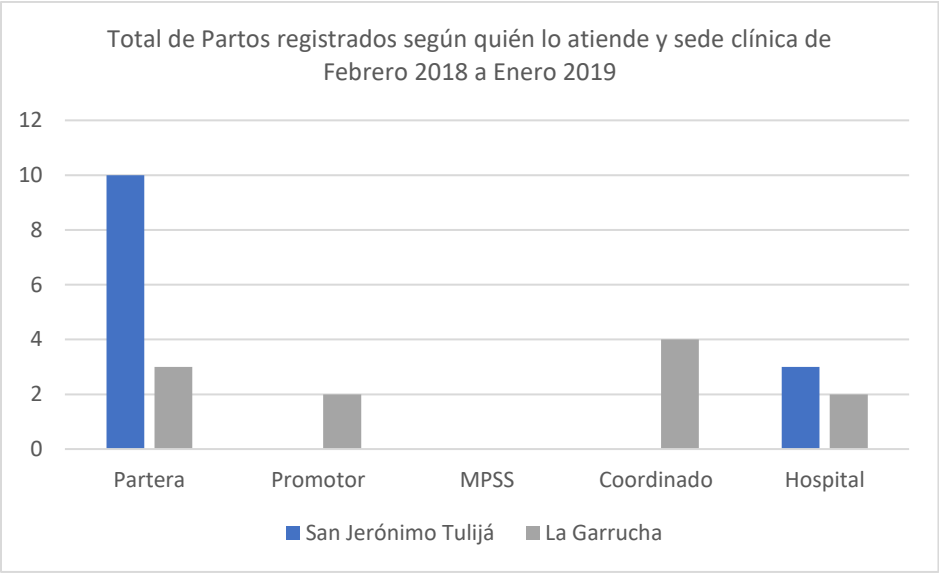
Se obtuvo el registro total de 24 partos durante el año de trabajo, la cantidad de partos que fueron atendidos por parteras de las comunidades representa el 54%, los partos registrados en las sedes clínicas ocupan el 25% y solo el 21% de estos fueron atendidos en el Hospital (**Gráfica 24**). Durante el año de Servicio Social no se registraron muertes maternas.



Gráfica 24 Total de Partos registrados según quién lo atiende de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

En cuanto a los resultados por sede clínica se puede ver que el número de partos atendidos por las parteras de comunidad es mayor en la comunidad de San Jerónimo Tulijá mientras que la cantidad de partos atendidos dentro de la sede clínica es mayor en la comunidad de La Garrucha, la cantidad de partos atendidos en el Hospital es muy similar para ambos casos (**Gráfica 25**).

En el caso particular de la comunidad La Garrucha el mayor número de partos atendidos en la sede clínica se explica en gran parte por la presencia de la Clínica Autónoma “La Ramona” ya que desde su creación y en conjunto con el trabajo que realizan las Promotoras de Salud Sexual y Reproductiva se ha posicionado como un centro confiable para la población donde se puede atender “El Parto” llegando a registrar un promedio de 2-3 partos por mes,, además de funcionar como centro de referencia de otros proveedores de salud como lo son las parteras mismas.

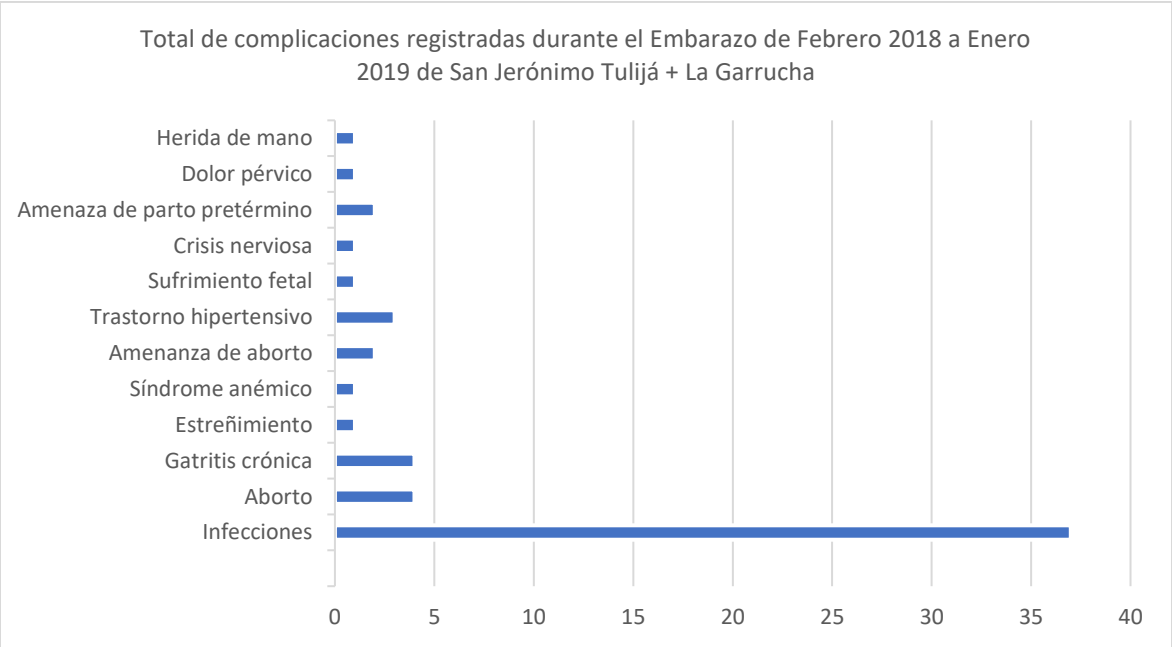


Gráfica 25 Total de Partos registrados según quien lo atiende y sede clínica de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

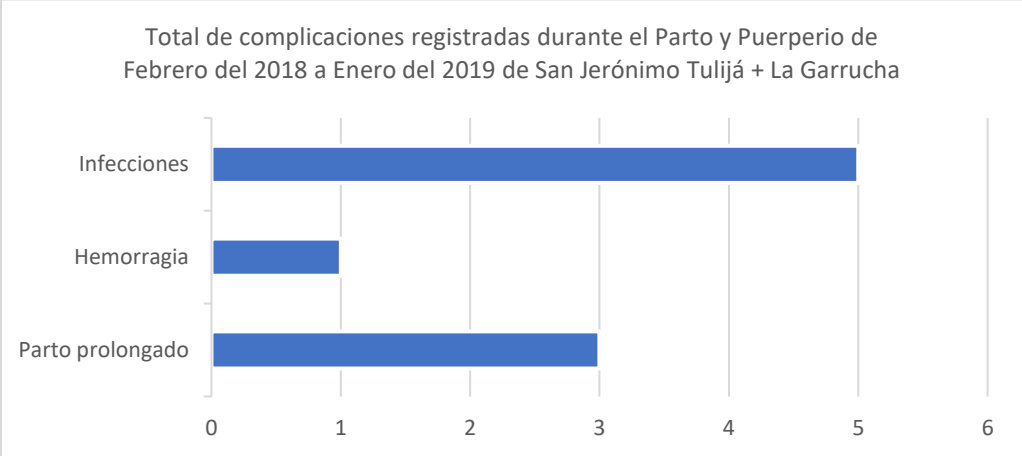
Se registraron 58 complicaciones durante el Embarazo, 23 en mujeres dentro del programa y 35 en mujeres sin seguimiento, los diagnósticos más frecuentes fueron Infecciones, Aborto y Gastritis crónica (**Gráfica 26**).

Durante el Parto y Puerperio se registraron 9 complicaciones, 6 en mujeres sin seguimiento y 4 en mujeres dentro del programa, los diagnósticos fueron 5 Infecciones, 3 Partos Prolongados y 1 Hemorragia Obstétrica (**Gráfica 27**).

Del total de complicaciones entre el Embarazo, Parto y Puerperio solo se realizaron 6 referencias a Hospital, 2 referidas por el MPSS y 4 en coordinación entre el MPSS y la Partera. En cuanto a la situación de referencia 1 fue electivo y 5 de urgencia.



Gráfica 26 Total de complicaciones registradas durante en el Embarazo de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.



Gráfica 27 Total de complicaciones registradas durante el Parto y Puerperio de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Análisis

La dinámica de consulta depende de muchos factores, no obstante, cabe señalar dos que parecían ser repetitivos. El primero, reconocer el papel de las “parteras” en las comunidades, quienes realizan un trabajo constante durante todo el embarazo

aumentando la viabilidad del producto y un parto más humano. Aunque su conocimiento y práctica difiere del modelo médico institucional, esto no significa que no pueda evolucionar, incluso hasta hacer uso de las tecnologías, siguiendo esta lógica, eran las parteras quienes invitaban a las mujeres embarazadas próximas a la fecha de parto de acudir a la consulta médica para visualizar, a través del ultrasonido, la posición del producto y la placenta, todo con la finalidad de prevenir complicaciones durante el parto, explicando así el porcentaje de mujeres que acudió durante el tercer trimestre. El segundo trata de explicar la razón por la que las mujeres asisten poco a la consulta médica durante su puerperio, más allá de cursar con una patología o de la intervención de otros elementos, desde el aspecto cultural de las comunidades existe un interés particular en la buena recuperación de la Madre después del parto por lo que inician una cuarentena (de 40 días y con variaciones de más o menos días dependiendo de la familia) donde permanecen en casa sin actividades o labores domésticas fuertes, dedicándose exclusivamente al cuidado del recién nacido y a su autocuidado (en algunas ocasiones con asesoría y seguimiento de las parteras).

La falta de infraestructura en salud, el poco acceso a servicios de salud y, por otro lado, el alto valor cultural sobre las parteras puede explicar la fuerte presencia de la partería en estas comunidades y que mucho contribuye a su desarrollo. Contrario a lo que se piensa en los espacios intrahospitalarios, las parteras logran resolver muchos de los partos sin presentar complicaciones.

En la experiencia, el programa es el mejor desarrollado y el que mejor funciona, pues cuenta con todos los elementos tanto materiales, humanos, de infraestructura y red de apoyo en cada una de las sedes clínicas para lograr los objetivos y metas que se plantea.

4.2.2.- Programa vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del niño sano

El desarrollo y el crecimiento son procesos dinámicos constantes que ocurren desde la concepción hasta la madurez y se llevan a cabo en una secuencia ordenada, aproximadamente igual para todas las personas. Las estrategias y acciones del programa están dirigidas a niños y niñas de 0 a 14 años con la finalidad de identificar comorbilidades o situaciones que interrumpan este proceso y lograr un desarrollo y crecimiento armónico que posibilite tener calidad de vida en la edad adulta.

Objetivos

- Detección temprana de patologías
- Control de peso y talla de los niños y niñas entre 0-14 años
- Disminuir la morbilidad y mortalidad de niños y niñas
- Establecer estrategias de prevención a través de atividades de promoción a la salud

Metas

- Identificación de pacientes e ingreso a programa a partir de la segunda consulta
- Consulta médica integral y personalizada
- Seguimiento de pacientes en programa hasta los 15 años de edad

Actividades

- Interrogatorio y exploración completa
- Toma de peso y talla en cada consulta
- Promoción de salud en las comunidades adyacentes a la clínica

Resultados

Durante el año de trabajo se realizaron 22 consultas de programa a niños de entre 0 a 14 años, 19 consultas fueron de primera vez y 3 fueron subsecuentes (**Tabla 6**). Los diagnósticos en el caso de los niños en programa fueron Crisis convulsivas y Asma. La cantidad de consulta por sede clínica es muy similar a pesar de sus diferencias.

Consulta total del Programa Crecimiento y Desarrollo según estado del programa de Febrero 2018 a Enero 2019				
Comunidad	**Primera vez**	**Ingreso**	**En programa**	**Total**
San Jerónimo Tulijá	11	0	1	12
La Garrucha	8	1	1	10
Total	19	1	2	22

Tabla 6 Consulta total del Programa Crecimiento y Desarrollo según estado del programa de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Análisis

Cuando observamos la cantidad de niños que se capta en la consulta de primera vez y desaparece casi en su totalidad en los niños que ingresan al programa crea la impresión de que estos pacientes no regresan, si bien esa es la respuesta se debe aclarar algunas de las razones que ayudan a entenderlo mejor. No existe un listado de patologías que pueden ingresar al programa, sino que depende de la capacidad diagnóstica y criterio del MPSS para identificar patologías que interfieren con el crecimiento y desarrollo armónico del niño y/o que afecta en algún otro aspecto de la vida. Por otro lado, dar seguimiento se vuelve complicado cuando la patología requiere atención por especialistas o subespecialistas en tercer nivel ya que el limitado o inexistente acceso a estos servicios retrasa los diagnósticos y por tanto el tratamiento, y aunado a esto, el limitado poder económico de la población en las comunidades les hace buscar alternativas de curación o paliativas abandonando el seguimiento médico (como es el caso de las malformaciones congénitas).

Con lo anterior queda decir que este programa aún se encuentra en proceso de maduración, aunque permite identificar pacientes es necesario fortalecer una red de apoyo con las especialidades médicas pediátricas para el oportuno diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, definir o ampliar los alcances del programa puede orientar mejor el trabajo, pues si aún persisten las enfermedades infecciosas y de la mala

nutrición, hoy las comunidades, como en todo el mundo, se enfrentan a un cambio en la incidencia de patologías relacionadas con la genética y el ambiente (**CONEVAL, 2018**).

4.2.3.- Programa control de pacientes con enfermedades Crónicodegenerativas

Datos epidemiológicos nacionales recientemente publicados, enfatizan y dan cifras preocupantes de la prevalencia de las enfermedades crónicodegenerativas, además, siendo estas las principales generadoras de incapacidad e invalidez, afectando tanto al grupo poblacional económicamente activo como al grupo de la tercera edad. Las estrategias y acciones están dirigidas sobre todo al seguimiento de pacientes con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Tuberculosis, Sobrepeso y Obesidad, y en casos específicos de pacientes con otra morbilidad o comorbilidad que lo requiera.

Objetivos

- Disminuir la morbilidad y mortalidad
- Dar seguimiento y procurar el control de las patologías en programa
- Fomentar conductas de higiene y alimentación

Metas

- Identificación de pacientes e ingreso a partir de la segunda consulta
- Seguimiento médico mensual
- Sensibilizar a la población en general para crear conciencia sobre las patologías y sus consecuencias

Actividades

- Interrogatorio y exploración física completa
- Toma de signos vitales y glucometría capilar en cada consulta
- Control de peso y talla
- Orientación nutricional

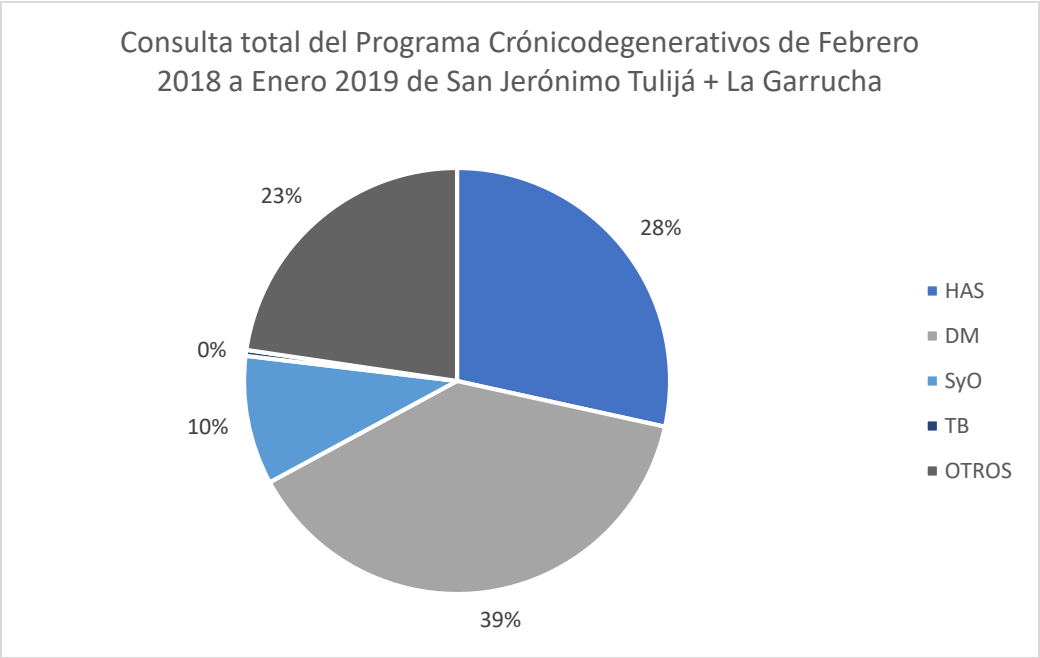
Resultados

En el año se realizaron 225 consultas del programa, 86 consultas fueron de primera vez y 141 subsecuentes. De acuerdo con la patología se realizaron 64 de Hipertensión Arterial, 87 de Diabetes Mellitus, 22 de Sobrepeso y Obesidad, 1 de Tuberculosis y 51 de otras patologías (**Gráfica 28**).

Tratando de construir un criterio diferente a las Guías y Consensos Médicos Internacionales que rigen la Medicina para identificar a un paciente en "Control o Meta de Control" de acuerdo con la condición de la Enfermedad y los Determinantes de Salud se vuelve difícil que sea aplicable a nivel población, por tal motivo se prefirió hacerlo de forma individual bajo los siguientes criterios:

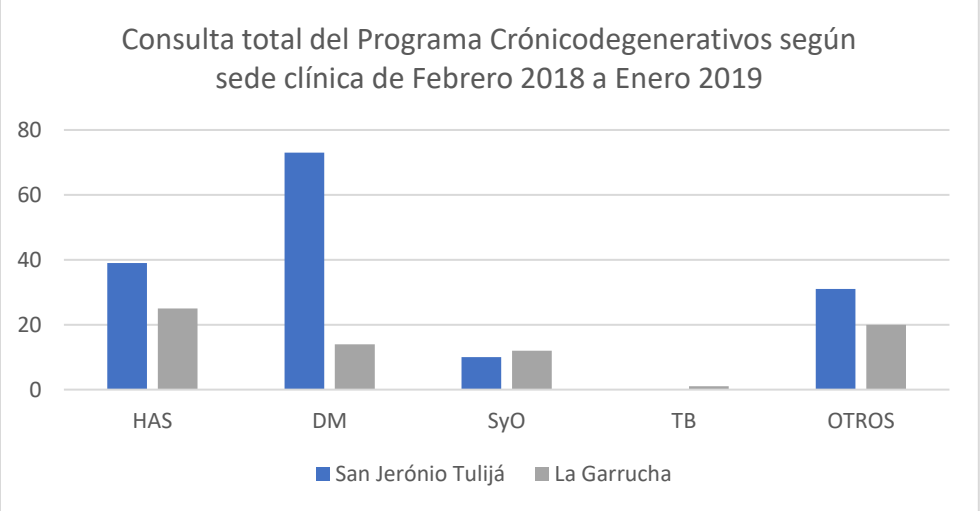
- Participación: que acuda a la consulta médica o con alguna figura de salud en la comunidad (Promotores, Partera, Huesero, Curandero, Hierbero, etc.) al menos una vez cada dos meses.
- Modificación de hábitos: que adquiera y ponga en practica estilos de vida que mejoren la condición de su enfermedad (alimentación, actividad física, correcta medicación, actividades de salud mental, etc.)
- Mejoría de parámetros cuantificables: que presenten cambios favorables en la medición de diferentes parámetros de acuerdo con la enfermedad (peso, glucosa, presión arterial, triglicéridos, etc.) aún sin llegar a las Metas de Control establecidas para cada uno.

Con lo anterior, durante el año se identificaron 5 personas con Hipertensión Arterial (7.8%), 4 de Diabetes Mellitus (4.5%), 3 de Sobrepeso y Obesidad (13.6%), 1 de Tuberculosis (100%) y 6 de Otras Patologías (11.7%).



Gráfica 28 Consulta total del Programa Crónicodegenerativas de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Según la sede clínica podemos observar una mayor población de pacientes con enfermedades crónicodegenerativas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá, en especial de Hipertensos y Diabéticos, para el resto tienen un comportamiento similar (**Gráfica 29**).



Gráfica 29 Consulta total del Programa Crónicodegenerativas según sede clínica de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

De acuerdo a la consulta de ingreso al programa, se identificaron 12 pacientes en todo el año de trabajo quienes acudían a la consulta por una patología diferente de las que tienen un seguimiento particular dentro del programa; entre ellas, las que aparecen en más de una ocasión fue el Crecimiento Prostático Benigno con 4 ingresos en total y la Dislipidemia con 2 ingresos en total (**Tabla 7**). Cabe mencionar que los datos se tomaron de la consulta de ingreso dado que estos diagnósticos se apoyaban de estudios complementarios confirmatorios, a diferencia de los diagnósticos de primera vez que en muchas ocasiones solo son probables o reflejan más el cuadro sintomático y de la consulta de seguimiento que contiene patologías que ingresaron bajo otros criterios.

Patologías en el grupo de "OTROS" según la consulta de ingreso al Programa de Crónicodegenerativos de Febrero 2018 a Enero 2019			
Patología	**San Jerónimo Tulijá**	**La Garrucha**	**Total**
Crecimiento Prostático Benigno	2	2	4
Parkinson	1	0	1
Arritmia cardiáca	1	0	1
Herpes simple	1	0	1
Dislipidemia	1	1	2
Presión Arterial Baja	1	0	1
EPOC	0	1	1
Bocio multinodular endémico	0	1	1
TOTAL	7	5	12

Tabla 7 Patologías en el grupo de "OTROS" según la consulta de ingreso al Programa de Cronicodegenerativos de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Análisis

En 2016, México ocupaba el primer lugar entre los países miembros de la OCDE en porcentaje de personas con Sobrepeso y Obesidad. Para este mismo año la Diabetes Mellitus era la segunda causa de muerte en México y hoy la tasa de mortalidad sigue en aumento; la enfermedad tiene una causa multifactorial pero gran parte de ello recae en la alimentación excesiva de carbohidratos. Por otro lado, aunque la Hipertensión Arterial no es la causa directa de muerte, podemos ver las consecuencias en las enfermedades cerebrovasculares que para el año 2016 ocuparon el lugar seis de las causas de muerte a nivel nacional (**CONEVAL, 2018**).

Las gráficas 28 y 29 reflejan esta tendencia en las comunidades, si bien los problemas de Sobrepeso y Obesidad empiezan a hacerse poco evidentes, en parte por la relativa actividad física en los trabajos diarios del campo, se hace notar entre otras patologías menos frecuentes. En cuanto a la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial se puede decir que la introducción de alimentos y bebidas industrializadas de alto valor calórico en la alimentación de la población, que alteran la dieta y el gusto, se relaciona directamente con la incidencia de estas enfermedades. A esto se suman las dificultades para lograr el control de estas de acuerdo a metas internacionales, pues el acceso a financiamiento para atención médica y medicamentos por parte del sector público de salud es limitado o no existe, y adquirirlo por cuenta propia representa un gasto de bolsillo muy alto, entre otras cosas. Por ejemplo: la insulina queda fuera de la opción de tratamiento para la población diabética en las comunidades dado que el sistema público al que pertenecen (Seguro Popular) no puede financiarlo y adquirirla por cuenta propia es costoso, por otro lado, quienes tienen la posibilidad de adquirirla no pueden asegurar su almacenamiento y uso, pues hay población que no cuenta con luz eléctrica, un refrigerador o los recursos para asegurar una asepsia previa aplicación.

El programa ha permitido relacionar el comportamiento de las enfermedades con las características de la población y el lugar, abriendo la posibilidad de fomentar

cambios de hábitos dirigidos e incluso poder capacitar en el tema al personal de las clínicas, en este caso los Promotores de Salud, para que puedan responder de la mejor manera con la población. Aunque el programa funciona bien en general, el objetivo de control de las patologías queda a deber.

4.2.4.- Programa detección oportuna de Cáncer Cervicouterino

El Cáncer cervicouterino (CaCu) representa un problema de salud al estar entre los primeros lugares de incidencia y mortalidad a nivel mundial. Es una neoplasia maligna que se presenta en el epitelio del cérvix originada a partir de la infección por Virus de Papiloma Humano (VPH) aunada a otros factores de riesgo. Las estrategias y acciones están dirigidas la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres que presenten la patología.

Objetivos

- Disminuir la morbilidada y mortalidad del CaCu
- Sensibilizar a la población y crear conciencia sobre la importancia de la salud sexual y realización de la citología cervical exfoliativa (Papanicolau)

Metas

- Identificación de pacientes e ingreso a partir de la primera consulta
- Proporcionar el servicio de tomas de citología cervical exfoliativa (papanicolau) para detección temprana y repetir anualmente
- Seguimiento de pacientes para asegurar manejo y tratamiento oportuno

Actividades

- Interrogatorio y exploración física completa
- Toma de muestra de citología cervical exfoliativa (Papanicolau)

Resultados

Durante el año se realizaron 4 consultas de programa de las cuáles 1 fue de primera vez e ingresó a programa y 3 subsecuentes, se realizó una citología cervical exfoliativa para prueba de Papanicolau en la comunidad de San Jerónimo Tulijá, se entregaron 3 resultados de Papanicolau con reporte de “cambios inflamatorios, negativos a malignidad” en todos y se invitó a las mujeres con factores de riesgo a realizarse una citología como forma preventiva.

Análisis

Con los elementos cuantitativos de la consulta diaria el trabajo en el Programa de detección oportuna de Cáncer Cervicouterino resulta ser poco, sin embargo, es necesario explicar otras razones de este resultado. Como responsable de la consulta médica pronto me percaté de la barrera que implicaba mi figura masculina en la consulta de mujeres, y sobre todo con las mujeres que acudían solas o en compañía de otras, muy a pesar de que las clínicas se ubican dentro de los espacios zapatistas, donde se trabaja constantemente en el reconocimiento y reivindicación de la mujer, por tal motivo, en muchas ocasiones hubo la necesidad de auxiliarme de otras mujeres para continuar la consulta; siguiendo lo anterior, opté por realizar estos procedimientos coordinados con el apoyo de mujeres, lamentablemente no fue posible concretar el plan.

Si bien el diseño del Programa es bueno falta coordinar el trabajo atendiendo problemáticas como la que se explicó para obtener mejores resultados, esto puede ser a través de campañas o redes de apoyo que sean accesibles a la población.

4.2.5.- Programa detección oportuna de Víctimas de Violencia

Desde hace tiempo se ha iniciado una lucha constante por deconstruir la imposición de la figura masculina en nuestra cultura, y por tal se hace indispensable reforzar

este cambio cultural y consagrar la igualdad de género en todos los espacios. Con el fin de impulsar este proceso se han creado estrategias y acciones dirigidas al diagnóstico precoz, la asistencia y la prevención de las violencias, con un enfoque especial hacia la mujer.

Objetivos

- Establecer pautas de acción en caso de victimas de violencia
- Promover un entorno social más saludable

Metas

- Identificación de pacientes e ingreso a partir de la primera consulta
- Brindar atención médica y psicológica a pacientes víctimas de vioencia
- Buscar redes de apoyo y visivilizar e problema
- Hacer que en los espacios clínicos se respeten los derechos de toda persona con enfoque en la mujer.

Actividades

- Interrogatorio y exploración fisica completa
- Orientación psicológica
- Fomentar una red de apoyo

Resultados

En el año se realizó solo una consulta de primera vez del Programa de Víctimas de Violencia en la comunidad de San Jerónimo Tulijá la cual ingresó en esa misma ocasión al programa. Se trata de paciente femenina de 34 años que acude a la consulta con inestabilidad emocional mostrando señas de maltrato físico y comenta experimentar violencia física intrafamiliar por parte de su marido. En el caso, se creó de forma inmediata, con el apoyo de las mujeres Promotoras de Salud, un espacio donde la mujer pudiera sentirse segura, posterior se buscó crear una red de apoyo con los hermanos y padres de la paciente explicando los hechos y la necesidad de proveer alojo temporal o permanente y contener la violencia física limitando la

interacción con el agresor, se avisa a las autoridades locales y se intenta establecer comunicación con el agresor, sin embargo este último nunca se presentó.

Análisis

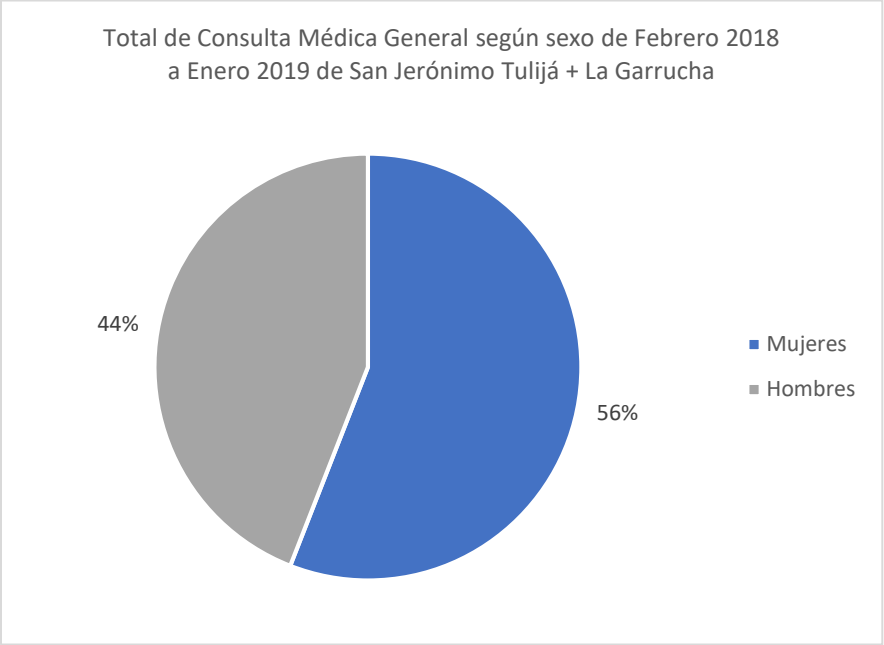
Programas con perspectiva de género como este resultan necesarios en una población donde la figura masculina tiene más peso en todos los aspectos de la vida, limitando a la mujer en toda su existencia. Y si bien su impacto no es tal, debe quedarse para ser una guía de apoyo y ampliar la forma de trabajo.

4.3.- PERFÍL DE MORBILIDAD SEMESTRAL SEGÚN SEDE CLÍNICA

Cabe destacar que la información para este aparatado tiene como base una población aproximada a partir de los datos disponibles de población total en cada una de las comunidades que aparecen con mayor frecuencia en los registros de consulta diaria. Para el caso de San Jerónimo Tulijá (1,847 hab) las comunidades con mayor frecuencia fueron El Piedrón (610 hab), Piñal (194 hab) y Paraíso (193) obteniendo una población total de 2,844 habitantes aproximadamente (**IMSS, 2017**). En el caso de La Garrucha (575 hab) las comunidades que asisten con mayor frecuencia a la consulta fueron Patihuitz (1009 hab), Rancho Alegre (125 hab), Tierra Blanca (484 hab), Tierra Negra (50 hab) y San Alejandro (90 hab) obteniendo una población total de 2,333 habitantes aproximadamente (**SEDESOL, 2015**). Por otro lado, la confiabilidad de los diagnósticos recae totalmente en el ejercicio clínico y en muy pocas ocasiones esta se pudo complementar con laboratorios y/o gabinete.

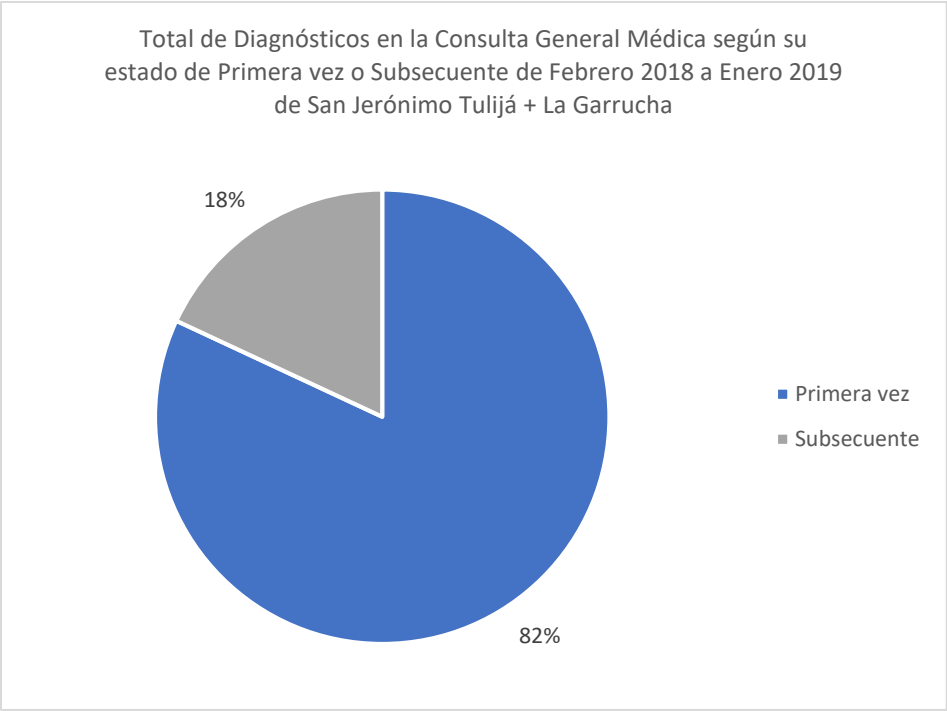
Durante el año del Servicio Social se realizaron 1,938 consultas, 997 de Febrero a Julio 2018 en la comunidad de San Jerónimo Tulijá y 941 de Agosto 2018 a Enero

2019 en la comunidad de La Garrucha; del total de consultas el 56% fueron mujeres y 44% fueron hombres (**Gráfica 30**).



Gráfica 30 Total de Consulta Médica General según sexo de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Del total de consultas se obtuvieron 2,442 diagnósticos, 1,312 se encontraron en la comunidad de San Jerónimo y 1,130 en la comunidad de La Garrucha. Del total de diagnósticos el 82% fueron de primera vez y solo el 18% fueron subsecuentes (**Gráfica 31**).



Gráfica 31 Total de Diagnósticos obtenidos en la Consulta General Médica según su estado de Primera vez o Subsecuente de Febrero 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

4.3.1.- Las 10 principales patologías en general registradas

Para el semestre Febrero a Julio 2018 se puede observar que existe un predominio de las Infecciones Respiratorias Altas (IRAS) seguido de las Infecciones de Vías Urinarias (IVUS) en la comunidad de San Jerónimo Tulijá (**Tabla 8**), teniendo un comportamiento similar con los datos a nivel Estatal y Nacional (**SS, 2017**).

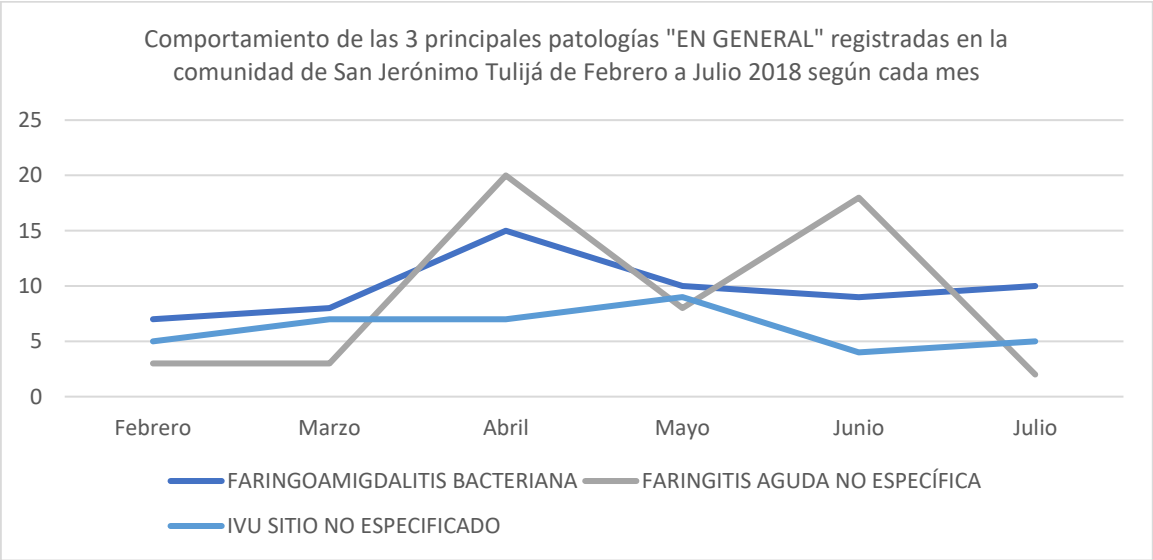
10 Principales patologías EN GENERAL registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018			
No.	**Patología**	**CIE**	**Casos**
1	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	J020	59
2	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J029	54
3	IVU SITIO NO ESPECIFICADO	N390	37
4	BRONCONEUMONIA	J180	32
5	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	A049	29
6	GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECÍFICA	K295	28
7	PARASITOSIS INTESTINAL	B829	27
8	DOLOR CRÓNICO	F454	26
9	GASTROENTERITIS DIETÉTICA	K522	25
10	CANDIDIASIS VAGINAL	B373	21

Tabla 8 Las 10 Principales patologías "EN GENERAL" registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Siguiendo el comportamiento mes con mes, se puede observar que existe una mayor incidencia de las IRAS en los meses de Abril y Junio (**Tabla 9**); esto se explica en primer lugar por el total de días de trabajo dentro de la comunidad en estos meses y por consecuencia una mayor cantidad de consulta total registrada, y por otra parte, los cambios de temperatura que a pesar de no caracterizarse estos meses por bajas temperaturas y precipitaciones (según la población) se registraron días de lluvia seguidos de días de calor intenso.

Comportamiento de las 10 principales patologías EN GENERAL de la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018 según cada mes								
No.	**Patología**	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Total**
1	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	7	8	15	10	9	10	59
2	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	3	3	20	8	18	2	54
3	IVU SITIO NO ESPECIFICADO	5	7	7	9	4	5	37
4	BRONCONEUMONIA	5	5	5	5	6	6	32
5	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	3	7	9	1	6	3	29
6	GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECÍFICA	3	0	1	2	15	7	28
7	PARASITOSIS INTESTINAL	2	6	6	8	4	1	27
8	DOLOR CRÓNICO	11	0	7	0	4	4	26
9	GASTROENTERITIS DIETÉTICA	3	1	7	2	9	3	25
10	CANDIDIASIS VAGINAL	3	1	6	2	7	2	21

Tabla 9 Comportamiento de las 3 principales patologías "EN GENERAL" registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018 según cada mes. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria. Población total: 2,844



Gráfica 32 Comportamiento de las 3 principales patologías "EN GENERAL" registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018 según cada mes. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Para el semestre Agosto 2018 a Enero 2019 hubo un predominio de las Infecciones Intestinales causadas por parásitos en la comunidad de La Garrucha (**Tabla 10**), lo que corresponde a los datos Estatal y Nacional ubicándose en ambos casos como

la segunda patología más frecuente para el año 2017 (**SS, 2017**). Es notable la cantidad de casos registrados como Colitis Inflamatoria ocupando la segunda causa de morbilidad en la región y esto se debe probablemente a la dieta y sus transgresiones.

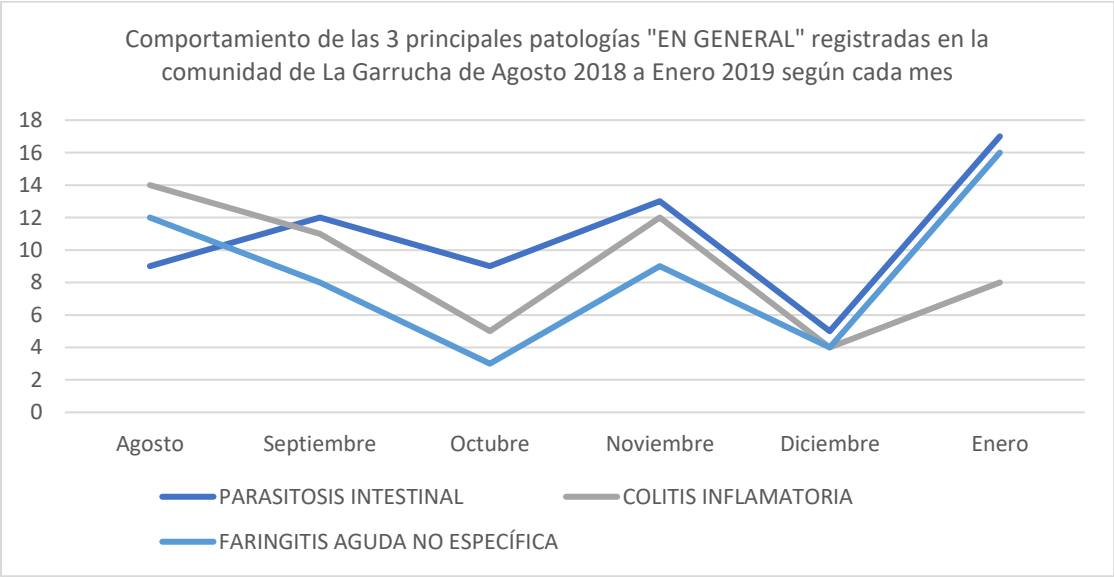
11 Principales patologías EN GENERAL registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019			
No.	**Patología**	**CIE**	**Casos**
1	PARASITOSIS INTESTINAL	B829	65
2	COLITIS INFLAMATORIA	K528	54
3	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J029	52
4	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J209	51
5	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	A049	48
6	IVU SITIO NO ESPECÍFICO	N390	45
7	DOLOR CRÓNICO	F454	43
8	AMEBIASIS INTESTINAL	A069	38
9	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	J020	30
10	GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECÍFICA	K295	30
11	RESFRIADO COMÚN	J00	30

Tabla 10 Las 11 principales patologías "EN GENERAL" registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Siguiendo el comportamiento mes a mes, se observa un predominio de las Infecciones Gastrointestinales causadas por parásitos en los meses de Septiembre, Noviembre y Enero (**Tabla 11**); la incidencia de esta puede relacionarse directamente a la poca o inexistente infraestructura de algunos servicios básicos como agua potable o drenaje, además que en estas comunidades aún es habitual la defecación al aire libre sin un protocolo de sanidad.

Comportamiento de las 11 principales patologías EN GENERAL de la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019 según cada mes								
No.	**Patología**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Enero**	**Total**
1	PARASITOSIS INTESTINAL	9	12	9	13	5	17	65
2	COLITIS INFLAMATORIA	14	11	5	12	4	8	54
3	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	12	8	3	9	4	16	52
4	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	4	2	6	17	2	20	51
5	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	11	6	9	10	5	7	48
6	IVU SITIO NO ESPECÍFICO	9	10	2	12	4	8	45
7	DOLOR CRÓNICO	11	10	5	7	4	6	43
8	AMEBIASIS INTESTINAL	6	10	3	2	5	12	38
9	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	11	3	2	8	2	4	30
10	GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECÍFICA	1	0	2	5	5	17	30
11	RESFRIADO COMÚN	4	1	0	10	6	9	30

Tabla 11 Comportamiento de las 3 principales patologías "EN GENERAL" registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019 según cada mes. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria. Población total: 2,333



Gráfica 33 Comportamiento de las 3 principales patologías "EN GENERAL" registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019 según cada mes. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

4.3.2.- Las 10 principales enfermedades transmisibles registradas

En la comunidad de San Jerónimo Tulijá se observa la misma incidencia de enfermedades transmisibles a la reportada en el panorama general del semestre de Febrero a Julio 2018 (**Tabla 12**). Cabe decir que se hacen notables otras patologías como la Amebiasis intestinal y Pielonefritis crónica no obstructiva.

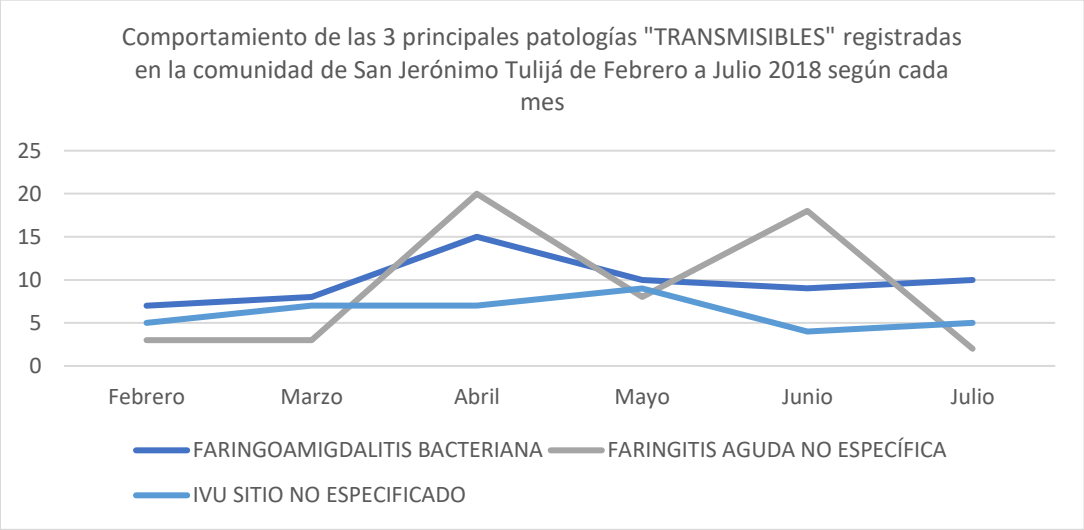
10 Principales patologías TRANSMISIBLES registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018			
No.	**Patología**	**CIE**	**Casos**
1	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	J020	59
2	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J029	54
3	IVU SITIO NO ESPECIFICADO	N390	37
4	BRONCONEUMONIA	J180	32
5	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	A049	29
6	PARASITOSIS INTESTINAL	B829	27
7	CANDIDIASIS VAGINAL	B373	21
8	GASTROENTERITIS PB VIRAL	A084	18
9	AMEBIASIS INTESTINAL	A069	14
10	PIELONEFRITIS CRÓNICA NO OBSTRUCTIVA	N110	13

Tabla 12 Las 10 Principales patologías "TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Analizando el comportamiento por mes de las IVUS se tiene una incidencia similar en cada uno (**Tabla 13**), esto se puede explicar por la baja ingesta de líquidos en la población a pesar de las altas temperaturas y el trabajo extenuante en el campo.

Comportamiento de las 10 principales patologías TRANSMISIBLES en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018								
No.	Patología	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
1	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	7	8	15	10	9	10	59
2	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	3	3	20	8	18	2	54
3	IVU SITIO NO ESPECIFICADO	5	7	7	9	4	5	37
4	BRONCONEUMONIA	5	5	5	5	6	6	32
5	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	3	7	9	1	6	3	29
6	PARASITOSIS INTESTINAL	2	6	6	8	4	1	27
7	CANDIDIASIS VAGINAL	3	1	6	2	7	2	21
8	GASTROENTERITIS PB VIRAL	2	0	3	8	4	1	18
9	AMEBIASIS INTESTINAL	1	3	1	2	7	0	14
10	PIELONEFRITIS CRÓNICA NO OBSTRUCTIVA		1	7	2	1	2	13

Tabla 13 Comportamiento de las 3 principales patologías "TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018 según cada mes. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria. Población total: 2,



Gráfica 34 Comportamiento de las 3 principales patologías "TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018 según cada mes. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

En la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019 se registra un predominio de las Infecciones Gastrointestinales por parásitos y aparecen las IRAS

como segunda y tercera causa de morbilidad en la población de las enfermedades transmisibles (**Tabla 14**).

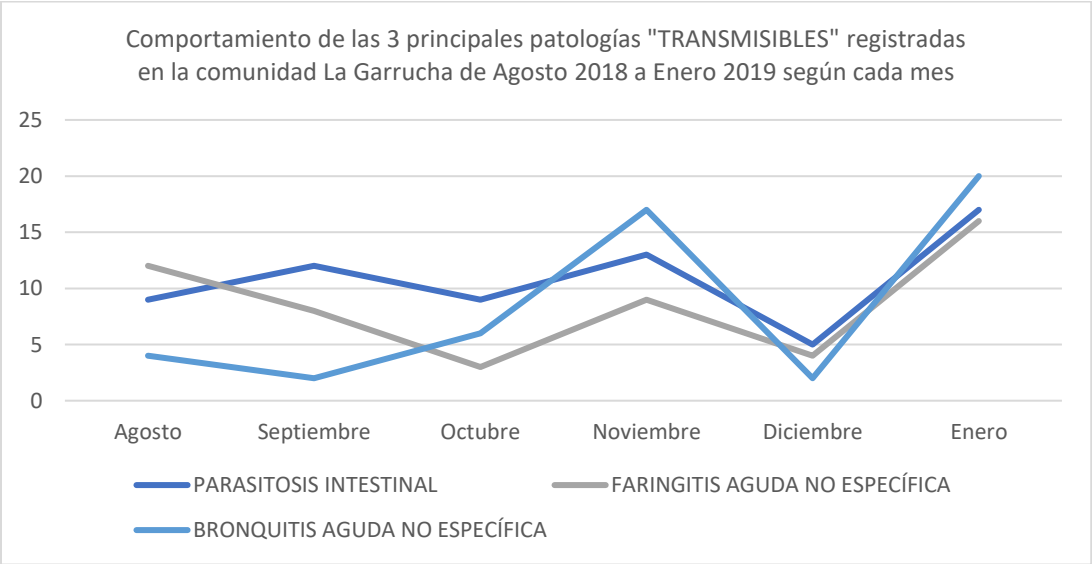
13 Principales patologías TRANSMISIBLES registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019			
No.	**Patología**	**CIE**	**Casos**
1	PARASITOSIS INTESTINAL	B829	65
2	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J029	52
3	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J209	51
4	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	A049	48
5	IVU SITIO NO ESPECÍFICO	N390	45
6	AMEBIASIS INTESTINAL	A069	38
7	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	J020	30
8	RESFRIADO COMÚN	J00	30
9	GASTROENTERITIS PB VIRAL	A084	23
10	ABSCESO CUTÁNEO DE SITIO NO ESPECÍFICO	K122	8
11	ABSCESO PERIBUCAL	K122	8
12	OTITIS EXTERNA	H609	8
13	PIELONEFRITIS CRÓNICA NO OBSTRUCTIVA	N110	8

Tabla 14 Las 13 Principales patologías "TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta.

Siguiendo el comportamiento mes a mes observamos una alta incidencia de las Faringitis en los meses de Agosto y Enero lo que se relaciona directamente con los cambios de baja temperatura y aumento de precipitaciones en la región siendo la etiología viral la más frecuente (**Tabla 15**).

Comportamiento de las 13 principales patologías TRANSMISIBLES de la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019 según cada mes								
No.	**Patología**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Enero**	**Total**
1	PARASITOSIS INTESTINAL	9	12	9	13	5	17	65
2	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	12	8	3	9	4	16	52
3	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	4	2	6	17	2	20	51
4	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	11	6	9	10	5	7	48
5	IVU SITIO NO ESPECÍFICO	9	10	2	12	4	8	45
6	AMEBIASIS INTESTINAL	6	10	3	2	5	12	38
7	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	11	3	2	8	2	4	30
8	RESFRIADO COMÚN	4	1	0	10	6	9	30
9	GASTROENTERITIS PB VIRAL	1	0	0	6	6	10	23
10	ABSCESO CUTÁNEO DE SITIO NO ESPECÍFICO	1	0	2	1	3	1	8
11	ABSCESO PERIBUCAL	0	1	1	1	3	2	8
12	OTITIS EXTERNA	2	0	2	2	0	2	8
13	PIELONEFRITIS CRÓNICA NO OBSTRUCTIVA	2	1	2	1	1	1	8

Tabla 15 Comportamiento de las 3 principales patologías "TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria. Población total: 2,333



Gráfica 35 Comportamiento de las 3 principales patologías "TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

4.3.3.- Las 10 principales enfermedades no transmisibles registradas

Dentro de las enfermedades no transmisibles se encuentran las Gastrointestinales no infecciosas y el Dolor crónico como las tres primeras causas de consulta en la población de la comunidad de San jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018 (**Tabla 16**). Cabe mencionar que el diagnóstico de dolor crónico incluía trastornos dolorosos del sistema muscular y óseo de origen mecánico y/o degenerativo con una aparición constante y que no mejora a pesar de los tratamientos convencionales tanto farmacológicos y con otras terapias alternativas.

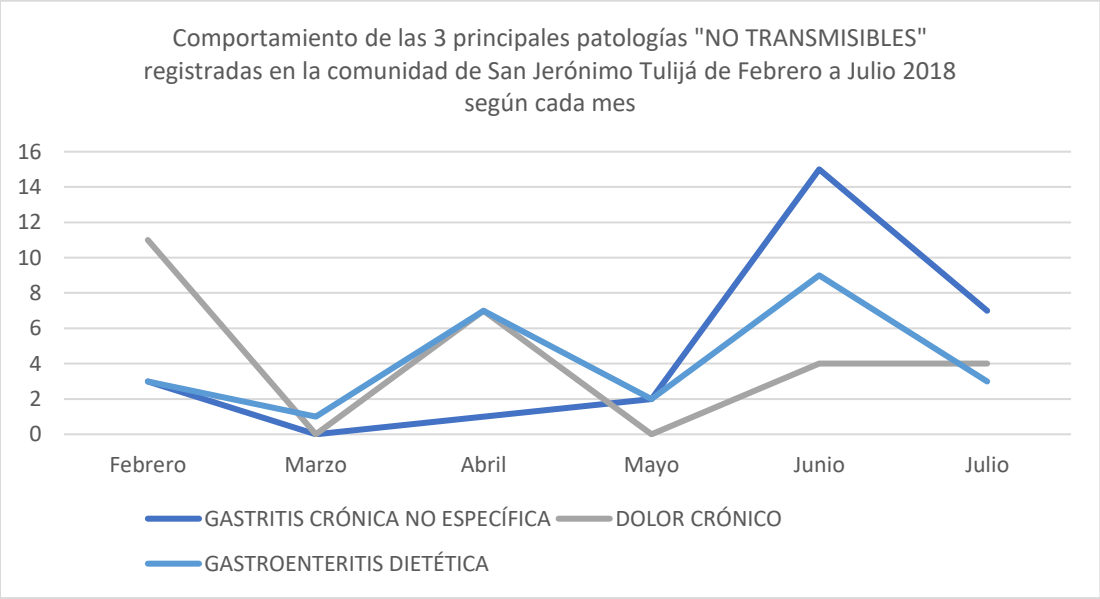
10 Principales patologías NO TRANSMISIBLES registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018			
No.	**Patología**	**CIE**	**Casos**
1	GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECÍFICA	K295	28
2	DOLOR CRÓNICO	F454	26
3	GASTROENTERITIS DIETÉTICA	K522	25
4	DISPEPSIA	K30	16
5	DM NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIONES	E119	14
6	DERMATITIS ATÓPICA	L209	10
7	HERIDA DE MANO	S617	10
8	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	I10	9
9	AMENORREA SECUNDARIA	N911	8
10	ARTROSIS NO ESPECÍFICA	M199	8

Tabla 16 Las 10 Principales patologías "NO TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

De acuerdo al seguimiento mes por mes, se observa una incidencia alta de Gastritis en el mes de Junio (**Tabla 17**), sin embargo, a pesar de que el número de consultas fue mayor comparada con otros meses no se encuentra una explicación para ello.

Comportamiento de las 10 principales patologías NO TRANSMISIBLES en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018 según cada mes								
No.	**Patología**	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Total**
1	GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECÍFICA	3	0	1	2	15	7	28
2	DOLOR CRÓNICO	11	0	7	0	4	4	26
3	GASTROENTERITIS DIETÉTICA	3	1	7	2	9	3	25
4	DISPEPSIA	0	3	4	5	4	0	16
5	DM NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIONES	1	4	2	1	4	2	14
6	DERMATITIS ATÓPICA	1	3	3	3	0	0	10
7	HERIDA DE MANO	0	3	2	3	1	1	10
8	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	2	1	3	1	0	2	9
9	AMENORREA SECUNDARIA	2	1	2	2	1	0	8
10	ARTROSIS NO ESPECÍFICA	0	0	0	2	4	2	8

Tabla 17 Comportamiento de las 3 principales patologías "NO TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018 según cada mes. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria. Población total:



Gráfica 36 Comportamiento de las 3 principales patologías "NO TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de Febrero a Julio 2018 según cada mes. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Parecido a San Jerónimo Tulijá y a pesar de los diferentes periodos de observación, las enfermedades Gastrointestinales no infecciosas y el Dolor crónico ocupan los

primeros lugares de incidencia de enfermedades no transmisibles en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019 (**Tabla 18**).

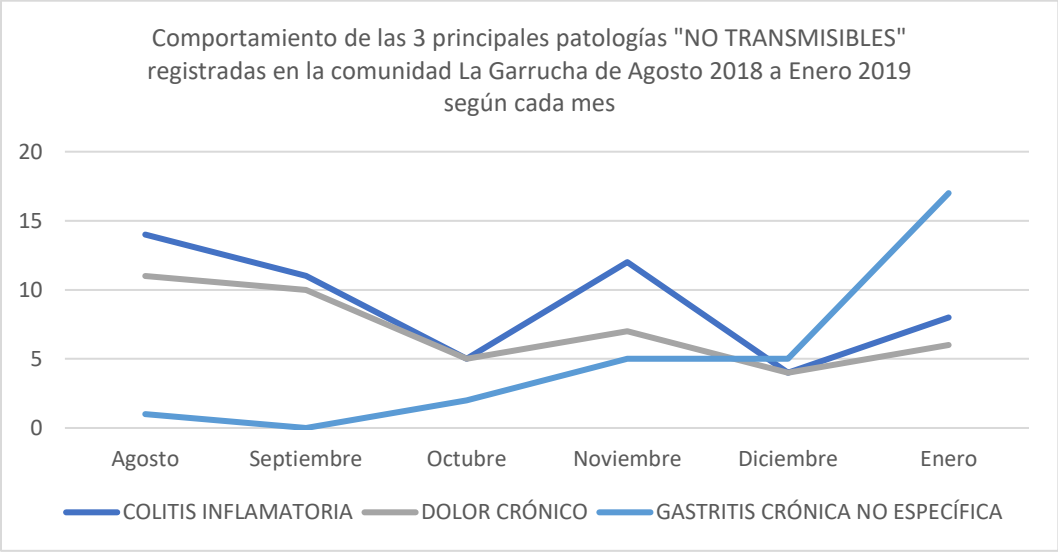
10 Principales patologías NO TRANSMISIBLES registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019			
No.	**Patología**	**CIE**	**Casos**
1	COLITIS INFLAMATORIA	K528	54
2	DOLOR CRÓNICO	F454	43
3	GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECÍFICA	K295	30
4	GASTROENTERITIS DIETÉTICA	K522	16
5	ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE	K120	13
6	ARTROSIS NO ESPECÍFICA	M199	11
7	CEFALEA	R51	11
8	CERUMEN IMPACTADO	H612	11
9	DISPEPSIA	K30	11
10	FIEBRE PERSISTENTE	R501	11

Tabla 18 Las 10 Principales patologías "NO TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

Siguiendo el comportamiento mes con mes se observa un incremento de la incidencia del Dolor crónico en el mes de Agosto y Septiembre (**Tabla 19**), lo que se puede relacionar con los tiempos más cargados de trabajo en el campo, ya que corresponden con la cosecha del maíz y el transporte de este se realiza en costales de 250 a 300 mazorcas para niños y mujeres y de 400 a 500 mazorcas para hombres cargados sobre la espalda y asegurados con un lazo que rodea el costal y se sostiene de la frente del cargador.

Comportamiento de las 10 principales patologías NO TRANSMISIBLE de la comunidad de La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019 según cada mes								
No.	Patología	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Total
1	COLITIS INFLAMATORIA	14	11	5	12	4	8	54
2	DOLOR CRÓNICO	11	10	5	7	4	6	43
3	GASTRITIS CRÓNICA NO ESPECÍFICA	1	0	2	5	5	17	30
4	GASTROENTERITIS DIETÉTICA	1	1	3	2	3	6	16
5	ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE	0	2	3	2	2	4	13
6	ARTROSIS NO ESPECÍFICA	2	1	2	1	2	3	11
7	CEFALEA	2	1	2	1	1	4	11
8	CERUMEN IMPACTADO	1	3	2	2	1	2	11
9	DISPEPSIA	1	0	1	4	2	3	11
10	FIEBRE PERSISTENTE	0	0	3	6	1	1	11

Tabla 19 Comportamiento de las 3 principales patologías "NO TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria. Población total: 2,333



Gráfica 37 Comportamiento de las 3 principales patologías "NO TRANSMISIBLES" registradas en la comunidad La Garrucha de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

4.4.- DAÑO DIFERENCIAL SEGÚN SEDE CLÍNICA

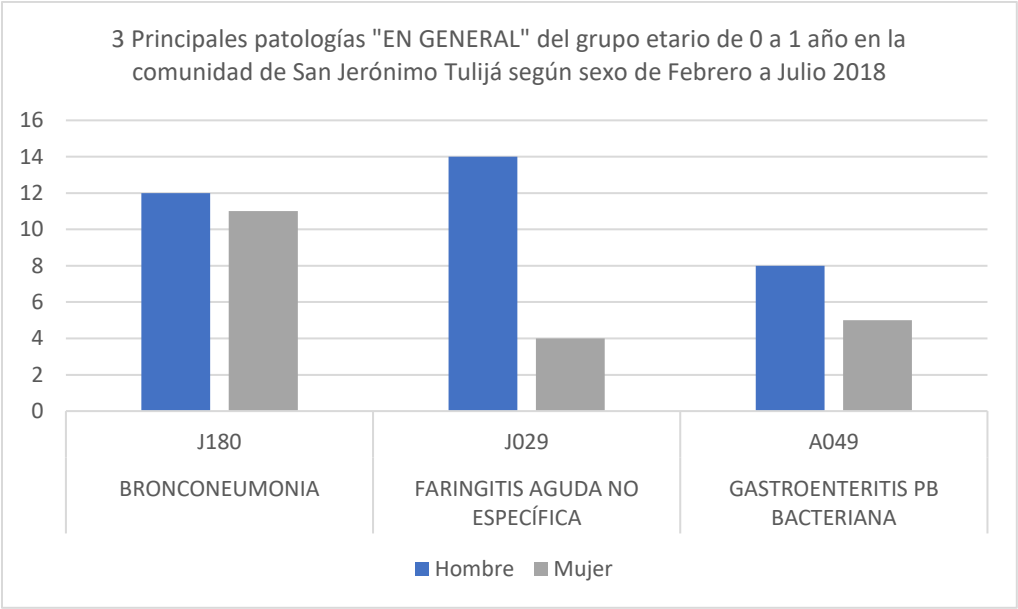
En este apartado se presentan las patologías con mayor incidencia de acuerdo al grupo etario y su distribución por sexo de modo que permita un análisis más profundo de la población. Los grupos estas divididos de 0 a 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 a 44 años, de 45 a 64 años y, por último, de 65 años y más, lo que corresponde en mismo orden a lactantes, preescolares, escolares, adultos jóvenes, adultos y adultos mayores.

4.4.1.- Morbilidad de 0 a 1 año registrada

En la comunidad de San Jerónimo Tulijá se observa un predominio de las enfermedades de origen infeccioso, tanto del Tracto Respiratorio como del Tracto Gastrointestinal (**Tabla 20**), lo que corresponde en el mismo orden con los datos a nivel nacional (**SS, 2017**). El número de casos es mayor en hombres para las tres enfermedades lo que coincide con los datos bibliográficos para cada enfermedad (**Gráfica 38**).

3 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 0 a 1 año en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	BRONCONEUMONIA	J180	12	11	23
2	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J029	14	4	18
3	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	A049	8	5	13

Tabla 20 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 0 a 1 año en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

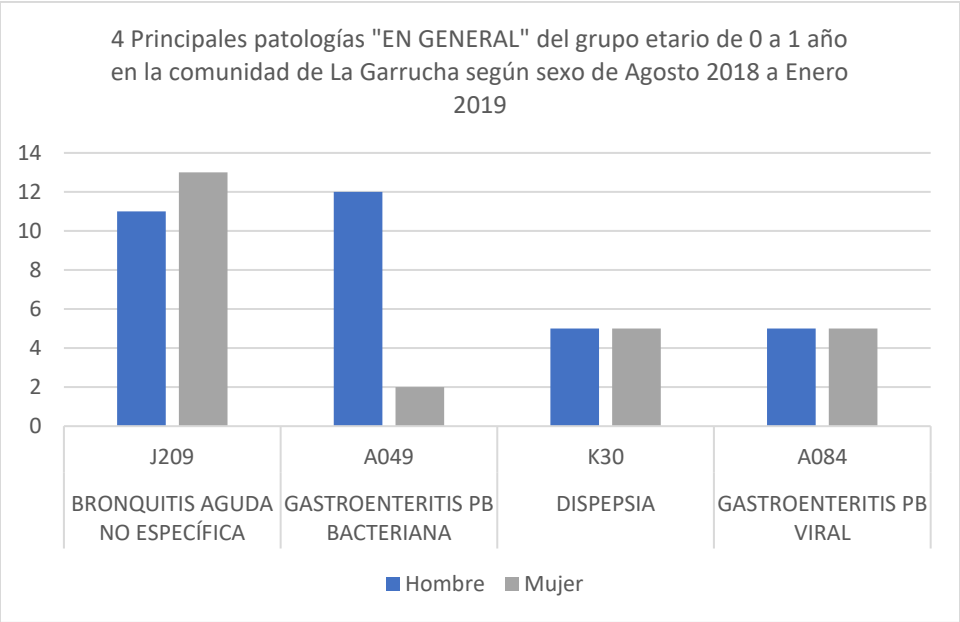


Gráfica 38 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 0 a 1 año en la comunidad de San jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

En la comunidad de La Garrucha se observa un patrón similar a nivel nacional, sin embargo, refleja un predominio de las Infecciones Gastrointestinales en su conjunto sobre las IRAS (**Tabla 21**). El comportamiento por sexo es muy similar a excepción de las Gastroenteritis probablemente bacterianas donde hay un gran número de casos en hombres en comparación con las mujeres (**Gráfica 39**), sin embargo, no se encuentra una explicación para esto.

4 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 0 a 1 año en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J209	11	13	24
2	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	A049	12	2	14
3	DISPEPSIA	K30	5	5	10
4	GASTROENTERITIS PB VIRAL	A084	5	5	10

Tabla 21 Las 4 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 0 a 1 año en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.



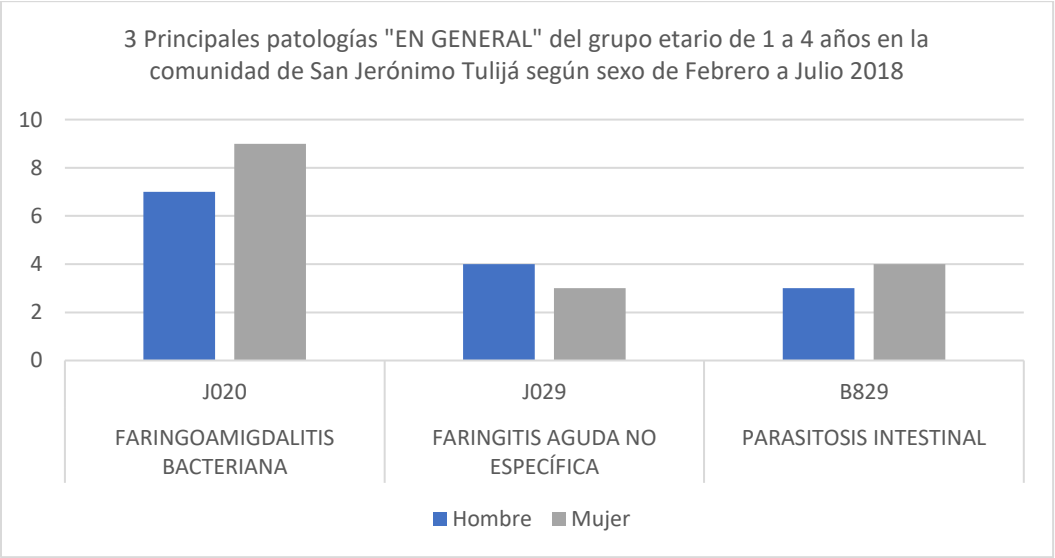
Gráfica 39 Las 4 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 0 a 1 año en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

4.4.2.- Morbilidad de 1 a 4 años registrada

En San Jerónimo Tulijá hay una aparición de las Infecciones Gastrointestinales por parásitos en este grupo de edad, probablemente porque los niños realizan sus juegos y actividades con poca supervisión de los adultos siendo fácil adquirir algún parásito por falta de medidas higiénicas (**Tabla 22**). La distribución de casos por sexo parece ser muy similar (**Gráfica 40**).

3 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 1 a 4 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	J020	7	9	16
2	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J029	4	3	7
3	PARASITOSIS INTESTINAL	B829	3	4	7

Tabla 22 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 1 a 4 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

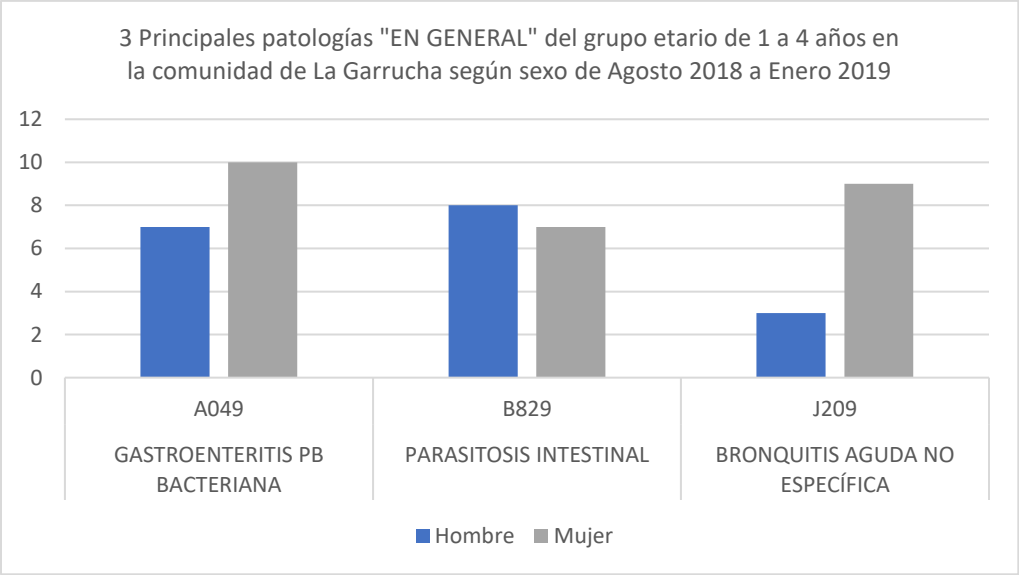


Gráfica 40 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 1 a 4 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

En la comunidad de La Garrucha ocurre lo mismo, hay una aparición de las Infecciones Gastrointestinales por parásitos (**Tabla 23**) que se pueden explican de la misma manera y, además, de que las condiciones de vivienda como piso firme, drenaje y agua potable son mucho más escasas. Sorprende el mayor número de casos de Bronquitis aguda en mujeres ya que suelen ser los niños quienes aparecen en la bibliografía de la enfermedad (**Gráfica 41**).

3 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 1 a 4 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	GASTROENTERITIS PB BACTERIANA	A049	7	10	17
2	PARASITOSIS INTESTINAL	B829	8	7	15
3	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J209	3	9	12

Tabla 23 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 1 a 4 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.



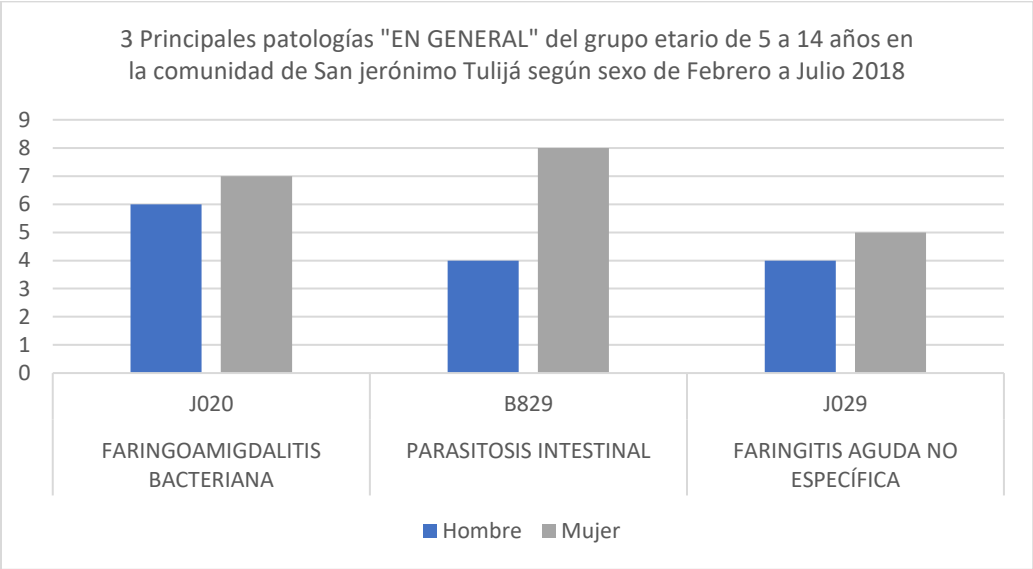
Gráfica 41 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 1 a 4 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

4.4.3.- Morbilidad de 5 a 14 años registrada

Para San Jerónimo Tulijá el patrón sigue siendo muy similar a la del grupo etario anterior siendo las enfermedades infecciosas las principales causas de enfermedad para la población escolar (**Tabla 24**). Es notable un predominio de las Infecciones Gastrointestinales por parásitos en mujeres, sin embargo, no hay explicación para esto (**Gráfica 42**).

3 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 5 a 14 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	J020	6	7	13
2	PARASITOSIS INTESTINAL	B829	4	8	12
3	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J029	4	5	9

Tabla 24 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 5 a 14 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

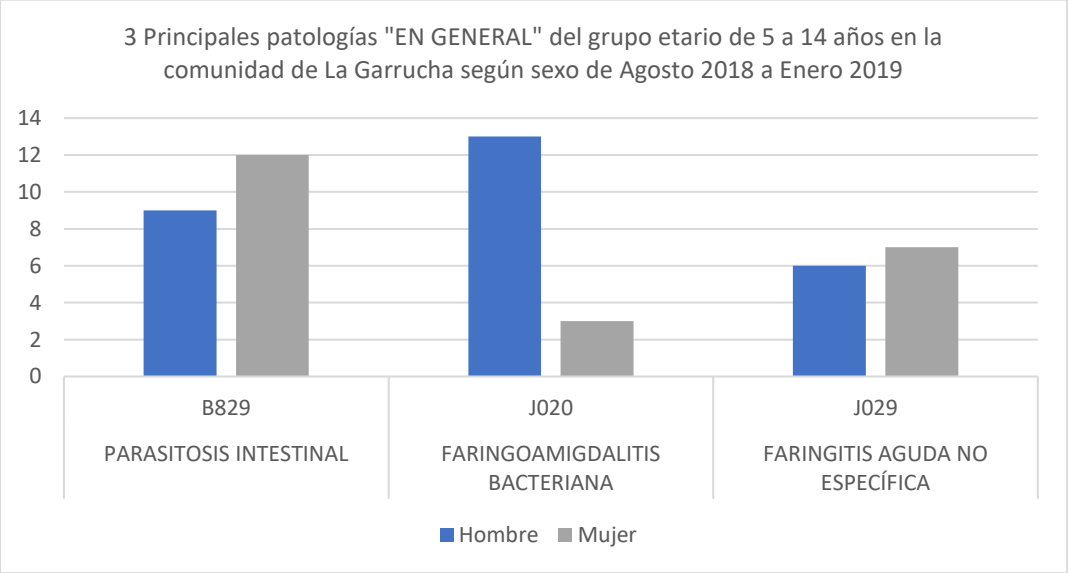


Gráfica 42 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 5 a 14 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

En la comunidad de La Garrucha se observa como las Infecciones Gastrointestinales por parásitos siguen escalando hasta ser la primera causa de morbilidad en este grupo de edad, por la misma razón antes comentada y quizá por la autonomía que van adquiriendo en cuanto a la selección de alimentos aún sin cumplir con medidas higiénicas (**Tabla 25**). Es notable el predominio de casos en hombres por Faringoamigdalitis bacteriana (**Gráfica 43**).

3 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 5 a 14 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	PARASITOSIS INTESTINAL	B829	9	12	21
2	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	J020	13	3	16
3	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J029	6	7	13

Tabla 25 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 5 a 14 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.



Gráfica 43 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 5 a 14 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

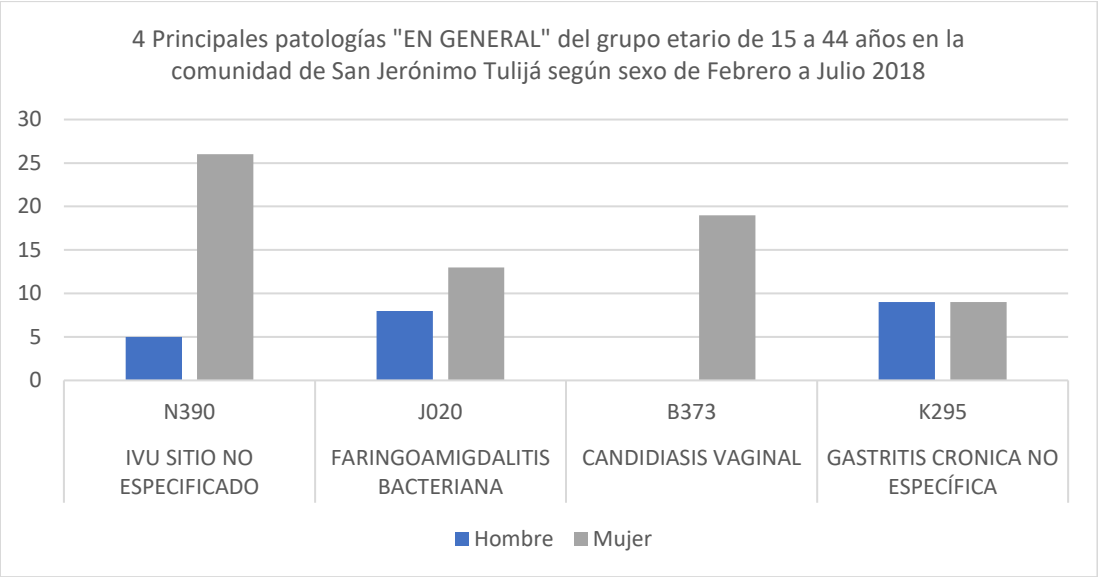
4.4.4.- Morbilidad de 15 a 44 años registrada

En este grupo aparecen de repente las IVUS como primera causa de morbilidad en la comunidad de San jerónimo Tulijá (**Tabla 26**) lo que difiere un poco de la estadística nacional donde ocupan el tercer lugar, sin embargo, se corresponde con

la bibliografía de la patología. De acuerdo a la distribución de casos por sexo se observa el predominio de IVUS en mujeres, dato esperado (**Gráfica 44**).

4 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 15 a 44 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	IVU SITIO NO ESPECIFICADO	N390	5	26	31
2	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	J020	8	13	21
3	CANDIDIASIS VAGINAL	B373	0	19	19
4	GASTRITIS CRONICA NO ESPECÍFICA	K295	9	9	18

Tabla 26 Las 4 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 15 a 44 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.



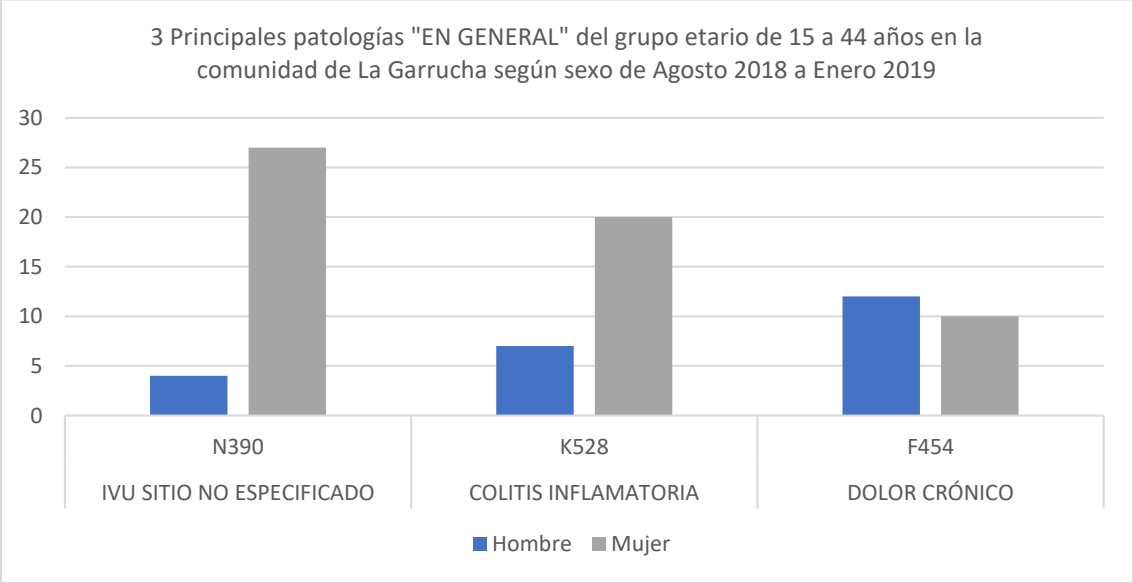
Gráfica 44 Las 4 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 15 a 44 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

En la comunidad de La Garrucha ocurre lo mismo, pero llama la atención que el Dolor crónico aparezca como tercera causa de consulta médica (**Tabla 27**). Esto último se puede explicar por la actividad física de la población, pues a diferencia de

otras comunidades que cuentan con recursos como camionetas para trasladarse, en esta son escasos y esto implica largas caminatas con o sin carga que tiene un impacto en el sistema musculoesquelético. En la distribución por sexo también se observa un predominio de casos en mujeres con IVUS, dato esperado (**Gráfica 45**).

3 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 15 a 44 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	IVU SITIO NO ESPECIFICADO	N390	4	27	31
2	COLITIS INFLAMATORIA	K528	7	20	27
3	DOLOR CRÓNICO	F454	12	10	22

Tabla 27 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 15 a 44 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.



Gráfica 45 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 15 a 44 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

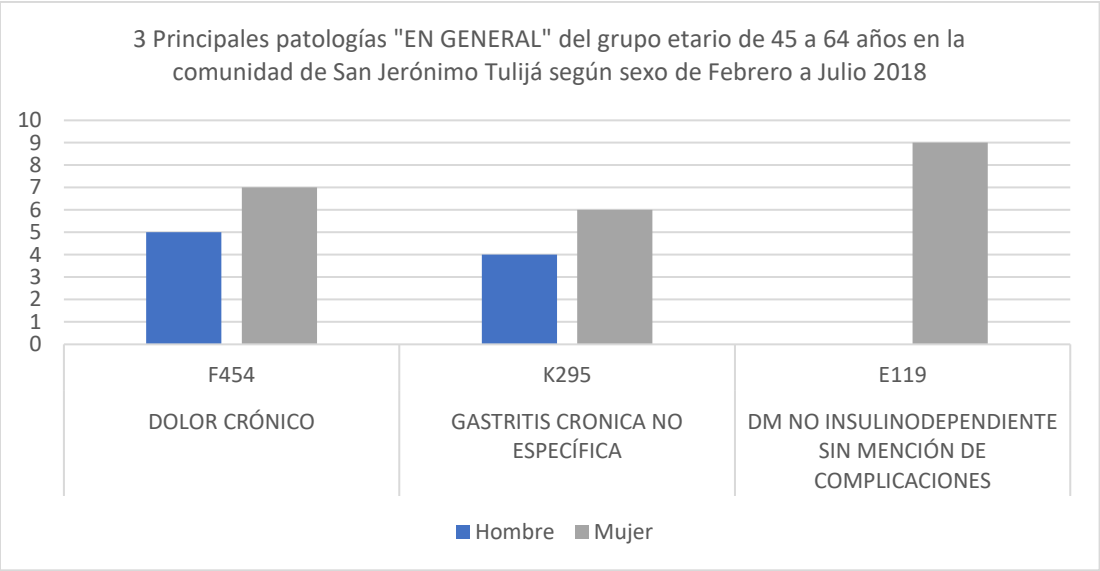
4.4.5.- Morbilidad de 45 a 64 años registrada

En la comunidad de San Jerónimo Tulijá se empieza a hacer notable la incidencia de enfermedades de carácter crónico que son el resultado acumulado de los estilos

de vida a lo largo de los años, sobre todo en lo que respecta a la alimentación y actividad física, y tanto más sorprende que la Diabetes Mellitus se coloque como la tercera causa de enfermedad ya que a nivel nacional esta ocupa el octavo lugar (**Tabla 28**) (**SS, 2017**). En la distribución por sexo llama la atención que el total de número de casos con Diabetes Mellitus sean mujeres (**Gráfica 46**). Aunque es una enfermedad multifactorial, es cierto que en las comunidades son ellas quienes dedican su vida a las actividades del hogar como alimentación lo que las limita a un pequeño espacio de movimiento, a diferencia de los hombres quienes trabajan la tierra y llegan a tener un grado de actividad física mayor.

3 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 45 a 64 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	DOLOR CRÓNICO	F454	5	7	12
2	GASTRITIS CRONICA NO ESPECÍFICA	K295	4	6	10
3	DM NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIONES	E119	0	9	9

Tabla 28 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 45 a 64 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

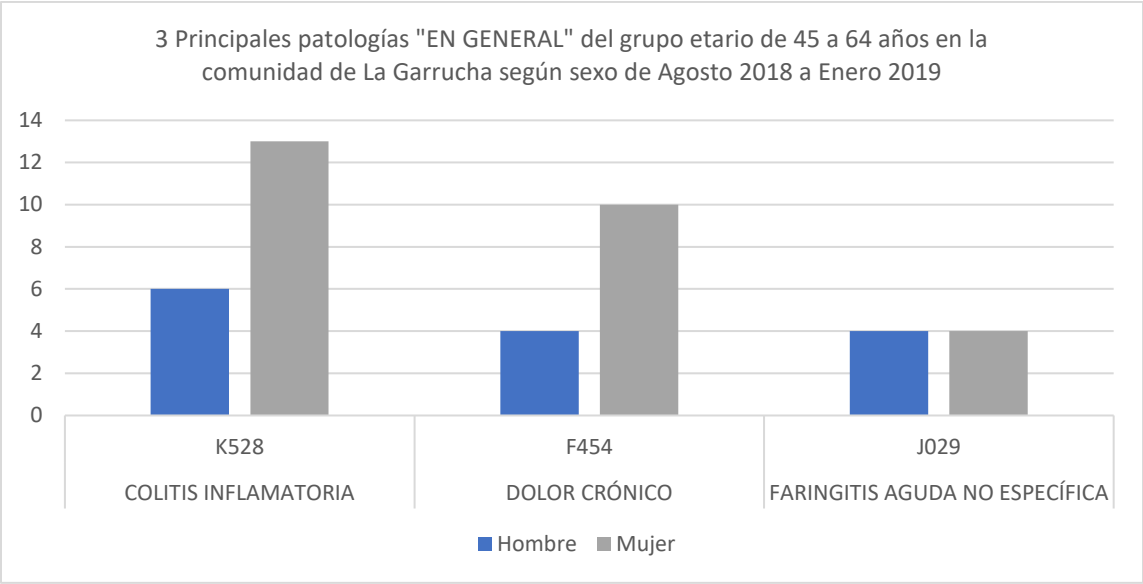


Gráfica 46 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 45 a 64 años en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

En la comunidad de La Garrucha continúan siendo la Colitis Inflamatoria y el Dolor crónico las principales causas de consulta en la región (**Tabla 29**), por las razones antes comentadas. En la distribución por sexo se observa aún el predominio de casos en mujeres (**Gráfica 47**).

3 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 45 a 64 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	COLITIS INFLAMATORIA	K528	6	13	19
2	DOLOR CRÓNICO	F454	4	10	14
3	FARINGITIS AGUDA NO ESPECÍFICA	J029	4	4	8

Tabla 29 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 45 a 64 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.



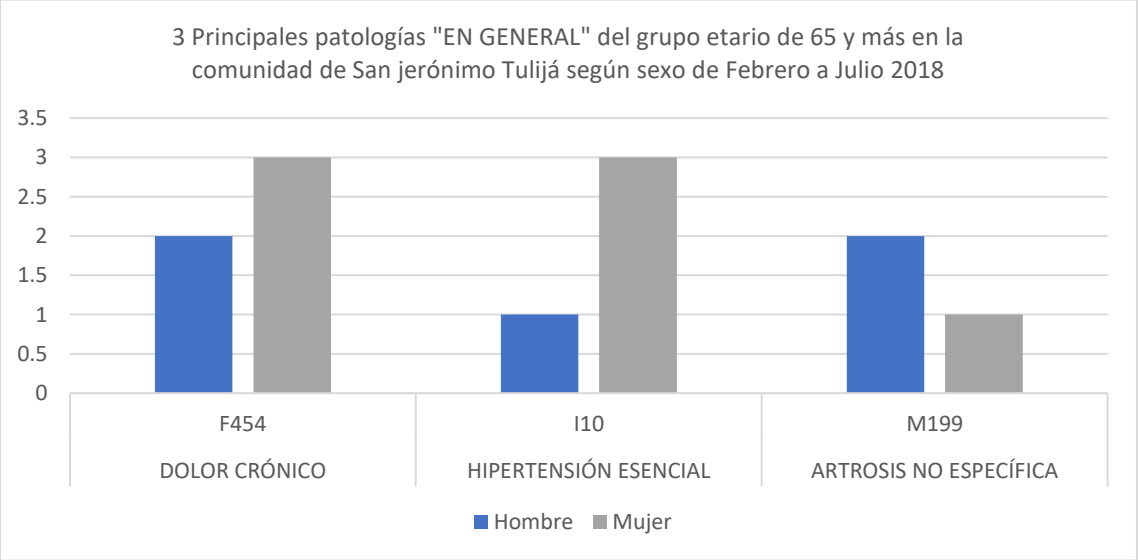
Gráfica 47 Las 3 Principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 45 a 64 años en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

4.4.6.- Morbilidad de 65 y más años registrada

En este grupo etario se hace más evidente la aparición de enfermedades crónicodegenerativas relacionándose directamente con la edad (**Tabla 30**), a pesar de que la estadística nacional aún reporta enfermedades de carácter infeccioso en los primeros tres lugares (**SS, 2017**). La diferencia se puede explicar desde el comportamiento de la población, ya que en las comunidades las personas en este grupo etario han crecido en un medio de pocos o inexistentes servicios de salud y además poseen un conocimiento vivo y enriquecido sobre otras formas de curar siendo las enfermedades infecciosas resueltas por ellos. Por otro lado, sorprende que la Hipertensión se ubique en el segundo lugar pues en los datos a nivel nacional ocupa el quinto lugar (**SS, 2017**).

3 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 65 años y más en la comunidad de San Jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018					
No.	Patología	CIE	Hombre	Mujer	Total
1	DOLOR CRÓNICO	F454	2	3	5
2	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	I10	1	3	4
3	ARTROSIS NO ESPECÍFICA	M199	2	1	3

Tabla 30 Las 3 principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 65 años y más en la comunidad de San jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

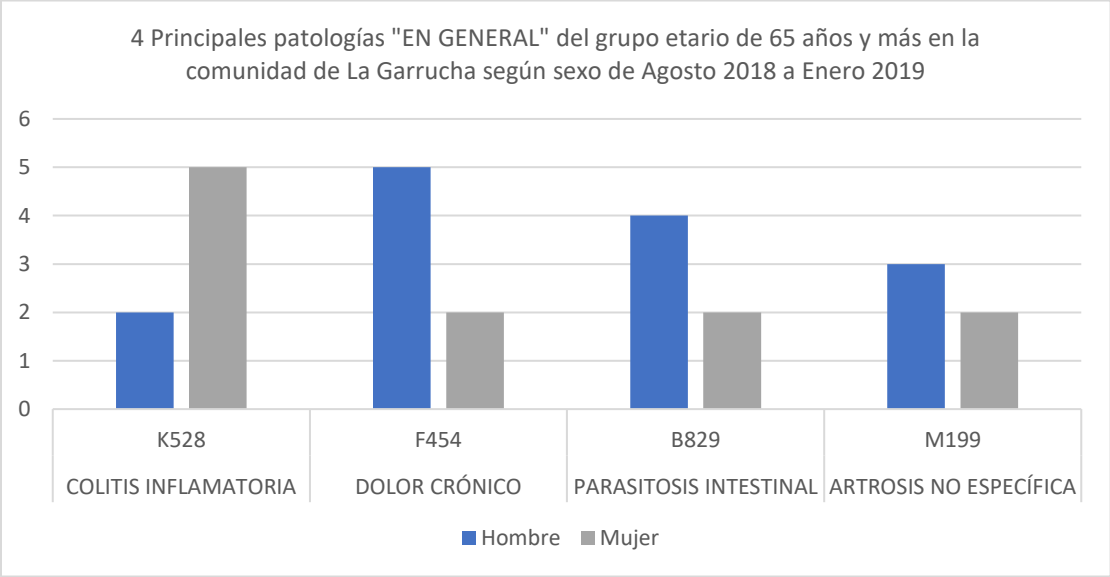


Gráfica 48 Las 3 principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 65 años y más en la comunidad de San jerónimo Tulijá según sexo de Febrero a Julio 2018. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

En la comunidad de La Garrucha, aunque el panorama de enfermedades sigue siendo similar al grupo etario anterior se observa un cambio en la distribución por sexo habiendo un mayor número de casos de hombres con Dolor crónico (**Gráfica 49**). Es importante notar que en esta población las enfermedades crónicodegenerativas no tienen tanto peso como en la comunidad anterior.

4 Principales patologías EN GENERAL del grupo etario de 65 años y más en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019					
No.	**Patología**	**CIE**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
1	COLITIS INFLAMATORIA	K528	2	5	7
2	DOLOR CRÓNICO	F454	5	2	7
3	PARASITOSIS INTESTINAL	B829	4	2	6
4	ARTROSIS NO ESPECÍFICA	M199	3	2	5

Tabla 31 Las 4 principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 65 años y más en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.



Gráfica 49 Las 4 principales patologías "EN GENERAL" del grupo etario de 65 años y más en la comunidad de La Garrucha según sexo de Agosto 2018 a Enero 2019. Elaboración propia a partir de la base de datos de la consulta diaria.

5.- CONCLUSIONES GENERALES

“El vino de plátano, y si sale agrio, ¡es nuestro!”

José Martí

La rapidez con la que se mueve la idea de “mercado” en el mundo ha transformado la vida sin haber dado tiempo de elegir o de comprender, dejándonos en un vacío de respuestas sin sentido y sin esperanza. Hoy el “valor” no está en lo tangible, sino que es meramente simbólico, dentro de una realidad virtual a la que no podemos pertenecer dada nuestra naturaleza física.

Frente a esta conducta irracional del capitalismo actual no queda más que apropiarnos de lo que aún nos pertenece para reconstruir la vida desde lo local y abrirnos paso hacia un nuevo futuro. Así, las comunidades han demostrado que es posible vivir de otra manera a través de su lengua, su casa o su relación con la naturaleza, a pesar de la constante amenaza del sistema mundial que los hace víctimas o los aísla.

Pienso que no es el lugar, sino quienes le dan significado, haber hecho este viaje y el intercambio de saberes durante el año de Servicio Social es suficiente para continuar en la lucha por preservar la vida en toda su expresión.

Fotografía 7 Niños de San Jerónimo Tulijá bajo el Sol que da vida. Realizada por Miguel Ponce 2018.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONU México; “Objetivos del Desarrollo Sostenible: Agenda 2030”; Portal en línea; México; Consultado el día 09-02-2019.

2. ONU México; “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”; Portal en línea; México; Consultado el día 13-08-2019

3. Soler Torroja M.; “Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina familiar”; Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de semFYC (PACAP); Elsevier; España; 2019.

4. Cuvi Juan; “La sociedad autónoma: Del Estado tutelar a la nueva utopía”; Ediciones Abya-Yala; Primera edición; Quito; Ecuador; 2018.

5. Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social; “Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud 2018”; Ciudad de México; CONEVAL; 2018.

6. Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social; “Informe de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018”; Ciudad de México; CONEVAL; 2018.

7. Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social; “Consideraciones para el Proceso Presupuestario 2019”; Ciudad de México; CONEVAL; 2018.

8. Consejo Nacional de Población (CONAPO); “La situación demográfica de México 2017”; Ciudad de México; Primera edición; 2018.

9. El Colegio de México; “Desigualdades en México 2018”, primera edición; COLMEX; Ciudad de México, México; Red de Estudios sobre Desigualdades; 2018.

10. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE); “La educación obligatoria en México: Informe 2018”; INEE; México; 2018.

11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México); “Características de las defunciones registradas en México durante 2017”; México; INEGI; 525:18; pp. 1-3; 2018.

12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México); “Mujeres y Hombres en México 2018”; México; INEGI; 2018.

13. Juvinyá-Canal D., Bertran-Noguer C., Suñer-Soler R.; “Alfabetización para la salud, más que información”; Grupo de Investigación Salud y Atención Sanitaria; Universidad de Girona; Girona; España; 32 (1); pp. 8-10; 2018.

14. Luna Marisol, A. Muños José, Freyermuth Graciela; “Indicadores 2015: Mortalidad Materna en México”; México; Observatorio de Mortalidad Materna en México; CIESAS; Primera edición; 2018.

15. Secretaría de Gobernación; “Proyecto de Nación 2018-2024”; México; 2018; Disponible en: www.proyecto18.mx.

16. Coronel Carbo J., Marzo Páez N.; “La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina”; Universidad de Guayaquil; Guayas; Ecuador; 21 (7); pp. 926-932; 2017.

17. Cuba M., Albrecht C.; “A 30 años de la Carta de Ottawa”; Acta Médica Peruana; Universidad Peruana Cayetano Heredia; Lima; Perú; 34 (1); pp. 66-67; 2017.

18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México); “Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2017”; México; INEGI; 2017.

19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México); “Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017”; México; INEGI; 2017.

20. Mejía Estrada Adriana, Romero Zepeda Hilda; “La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica”; Revista Médica Electrónica; Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo; 2017.

21. Organización Panamericana de Salud (PAHO); “Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país”; Washington D.C; 2017.

22. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS); “Plan de acción sobre la Salud en todas las políticas: informe de progreso”; 29° Conferencia Sanitaria Panamericana; Washington D.C; EUA; 2017.

23. Quintero Fleites E.J., De la Mella Quintero S., Gómez López L.; “La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria”; Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruíz; Villa Clara; Cuba; 21 (2); pp. 101-111; 2017.

24. Rodríguez Vargas Liana Elisa; “Atención preventiva y promoción de la salud por médicos del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención en Chimborazo”; Centro Provisional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; La Habana; Cuba; 2017.

25. Secretaría de Salud; “Estadísticas de Morbilidad en México”; SUIVE; DGE; Secretaría de Salud; Estados Unidos Mexicanos; 2017.

26. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales; “Estadísticas del Agua en México 2017”; Comisión Nacional del Agua; 2017.

27. Nishijima Azeredo Yuri, Blima Schraiber Lilia; “El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea”; Salud Colectiva; Universidad Nacional de Lanús; 12:1; 2016.

28. OCDE México; “Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México”; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; México; 2016.

29. Organización Mundial de la Salud (OMS); “Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”; 9° Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; Shanghái; 2016.

30. Secretaria de Salud; “Informe sobre la Salud de los mexicanos 2016”; México; Primera edición; 2016.

31. Ather Ali, David L. Katz; “Disease Prevention and Health Promotion: how integrative medicine fits”; Am J Prev Med; Yale University School of Medicine; USA; 49 (503); pp. S230-S240; 2015.

32. Lugo Garfias María Elena; “El Derecho a la Salud en México: Problemas de su Fundamentación”; CNDH; México; 2015.

33. Secretaría de Salud; “Informe sobre la Salud de los mexicanos 2015”; México; Primera edición; 2015.

34. Secretaría de Salud; “La calidad de la atención a la Salud en México”; Biblioteca Mexicana del Conocimiento; segunda edición; México; 2015.

35. Lifshitz Alberto; “La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones; Med Int; México; 30:66-72; 2014.

36. Secretaría de Salud (SS); “Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018”; Programa Sectorial de Salud 2013-2018; Sistema Nacional de Salud; México; 2014.

37. OMS; “Estrategias de la OMS sobre la medicina tradicional 2014-2024”; OMS; Hong Kong SAR; China; 2013.

38. Ávila Romero Agustín, Vázquez Luis Daniel; “Patrimonio biocultural, saberes y derechos de los pueblos originarios”; CLACSO; Universidad Intercultural de Chiapas; México; 2012.

39. Cedillo Cedillo Adela; “Análisis de la fundación del EZLN en Chiapas desde la perspectiva de la acción colectiva insurgente”; Estudios Sociales y Humanísticos; Centro de Estudios Superiores de México y Centro América; San Cristóbal de las Casas; México; X:2; pp. 15-34; 2012.

40. Díaz Brito Y., Pérez Rivero J.L., Báez Pupo F., Conde Martín M.; “Generalidades sobre promoción y educación para la salud”; Revista Cubana de Medicina General Integral; Cuba; 28 (3); pp. 299-308; 2012.

41. Lamus Canavate Doris; “Raza y etnia, sexo y género: El significado de la diferencia y el poder”; Reflexión Política; Universidad Autónoma de Bucaramanga; Colombia; 14:27; pp. 68-84; 2012.

42. Secretaría de Salud; “Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México: elementos generales para la construcción del Programa de Acción”; México, 2012.

43. Amoroz Solaegui Iliana; “El Derecho a la Salud en Comunidades Indígenas del Estado de Chiapas”; Revista Pueblos y Fronteras Digital; Universidad Nacional Autónoma de México; Distrito Federal; México; 6:11; pp. 8-37; 2011.

44. González Chévez Lilián; “Medicina Tradicional en México desde la Filosofía”; Facultad de Humanidades; UAEM; 2011.

45. Rodríguez Méndez M., Echemendía Tocabens B.; “La prevención en salud: posibilidad y realidad”; Revista Cubana de Higiene y Epidemiología; La Habana; Cuba; 49 (1); pp. 135-150; 2011.

46. El Colegio de México; “Los grandes Problemas de México: V Desigualdad Social”; primera edición; COLMEX; Ciudad de México; México; 2010.

47. Cárdenas Rosario; “Indicadores selectos para la Evaluación de las Condiciones de Salud-México”; Comité Promotor para una Maternidad sin Riesgos en México; 2009.

48. Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad; “Capital Natural de México: Conocimiento actual, Evaluación y Perspectivas de Sustentabilidad”; CONABIO; México; 2009.

49. Quijano Manuel; “De la Medicina Preventiva”; Revista Facultad de Medicina; UNAM; 52:3; 2009.

50. Tortosa José María; “Maldesarrollo: entre el American way of life y el sumak kawsay”; Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz; España; 2009.

51. B. Starfield, J. Hyde, J. Gérvas, I. Heath; “The concept of prevention: a god idea gone astray”; J Epidemical Community Health; USA; 62; pp. 580-583; 2008.

52. Consejo Carolina, Viesca-Treviño Carlos; “Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: unas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu”; Bol Mex His Fil; 11:1; 2008.

53. Bonal Ruíz R.; “De la Promoción de la Salud Clínica a la Promoción de la Salud Comunitaria: un desafío para la Medicina Familiar Contemporánea”; Archivos en Medicina Familiar; Santiago de Cuba; Cuba; 9 (4); pp. 182-186; 2007.

54. Echeverría Bolívar; “La modernidad americana. Claves para su comprensión”; Universidad Nacional Autónoma de México; México; 2007.

55. Heredia Cuevas J.; “Salud y Desarrollo Comunitario: estudio de caso Marqués de Comillas, Chiapas”; División de Ciencias Sociales y Humanidades; Posgrado en Desarrollo Rural; Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; México; 2007.

56. Secretaria de Salud; “Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de México. Elementos Generales para la Construcción del Programa de Acción”; México; Programa Nacional de Salud 2007-2012; 2007.

57. Muñoz Ángel Emilio; “Del sentimiento de la prudencia o la mano invisible de la moral”; Lecturas de Economía; Universidad de Antioquia; Medellín; Colombia; Primera edición; 84:33; pp 223-240; 2006.

58. Kwok Cho Tang, Robert Beaglehole, Evelyne de Leeuw; “Health Promotion International”; 6° Global Conference on Health Promotion; Oxford Journals; Bangkok; 2005.

59. Gómez Muñoz Maritza; “Tzeltales: Pueblos indígenas del México Contemporáneo”; CDI; México; PNUD; 2004.

60. Torres José Luis, Villoro Renata, et al; “La salud de la población indígena en México”; Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; México; 2003.

61. Soler Torroja M.; “Atención comunitaria y promoción de salud: la atención primaria en una encrucijada”; Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria; España; 2003.

62. Galeano Eduardo; “Las venas abiertas de América Latina”; Editorial Siglo XXI; Primera Edición; 2000.

63. Gutiérrez Angel; “Cuba en el pensamiento de Lázaro Cárdenas”; Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo-Universidad de la Habana; Cuba; 1995.

64. R. Sonntag Heinz, Arenas Nelly; “Lo Global, Lo Local, Lo Híbrido. Aproximaciones a una discusión que comienza”; Gestión de las Transformaciones Sociales MOST; UNESCO; París; Francia; 1995.

65. R. Calduch; “El Estado, el Pueblo y la Nación”; Relaciones Internacionales; Ediciones Ciencias Sociales; Madrid; 1991.

66. Mires Fernando; “La rebelión permanente: Las revoluciones sociales en América Latina”; Editorial Siglo XXI; 3° edición; México; 1988.

67. Carpintero Francisco; “La independencia y autonomía del individuo: Los orígenes de la persona jurídica”; Anuario de Filosofía del Derecho; Universidad de la Rioja; España; 4; pp. 477-522; 1987.

68. Organización Mundial de la Salud (OMS); “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”; Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; Ottawa; Canadá; 1986.

69. De la Loza Saldívar Arnoldo; “La importancia de la Medicina Preventiva”; Salud Pública; México; 1979.

70. UNESCO; “Declaración sobre la Raza y Prejuicios Raciales”; Conferencia General de la UNESCO; 20° sesión; París; Francia; 27 de Noviembre; 1978.