



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA
PROYECTO: SALUD Y DESARROLLO HUMANO CHIAPAS

REPORTE DEL SERVICIO SOCIAL

**DIAGNOSTICO COMUNITARIO DEL POBLADO DE SAN
JERONIMO TULIJÁ Y SISTEMA DE SALUD AUTONOMO
ZAPATISTA**

SAN JERONIMO TULIJA, CHILON, CHIAPAS

DEL 1 DE AGOSTO DEL 2018 AL 1 DE AGOSTO DEL 2019

ELABORADO POR:

MPSS LUIS ENRIQUE FERNÁNDEZ MAXIMO

2123075205

ASESOR DE SERVICIO:

DR. JOEL HEREDIA CUEVAS

Este trabajo se realiza de la manera más grata posible, se tuvo que juntar el pensamiento de otros con el mío.

Es por eso por lo que estoy agradecido con todo el personal de SADEC, mis compañeros pasantes, el grupo de promotores de salud zapatista.

Un fuerte agradecimiento a mis padres quienes nunca dejaron de apoyarme, mi hermano y compañeros de la carrera que me alegraban los días.

A photograph showing a dirt path leading through a dense, green forest. The path is reddish-brown and appears to be a well-trodden route. The surrounding vegetation is thick and vibrant green. In the foreground, the back of a horse's head and its ears are visible, indicating the perspective is from the rider's point of view.

**DIAGNOSTICO COMUNITARIO SAN
JERONIMO TULIJA 2018-2019**

Contenido

PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL	5
INTRODUCCION	6
¿Qué es el servicio social?.....	7
Primera impresión y mi forma de ver	10
La relación médico-paciente: eje de la atención médica	16
Encuentro de pensamientos distintos, pueblo vs ciudad.....	21
El trabajo en SADEC	27
FODA	31
DERECHO A LA SALUD Y DIAGNOSTICO COMUNITARIO	32
INTRODUCCION	33
EL DERECHO A LA SALUD Y SU COMPLEJIDAD	34
Contexto internacional	34
Contexto nacional.....	38
DIAGNOSTICO COMUNITARIO.....	42
Datos Nacionales	42
Datos estatales.....	50
Datos Municipales	56
Diagnostico comunitario del poblado de San Jerónimo Tulijá	60
CONCLUSIONES	87
SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD	90
INTRODUCCIÓN	91
Políticas de Salud en México y el Banco Mundial	92
Seguimiento de Programas y Perfiles de morbilidad.....	97
Atención del Embarazo parto y puerperio	98
Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo.....	105
Seguimiento de Pacientes Crónico-Degenerativos.....	107
Detección oportuna de víctimas de violencia.	113
Detección oportuna de cáncer cervicouterino	115
PERFIL DE MORBILIDAD.....	117
DAÑO DIFERENCIAL.....	124
CONCLUSIONES.....	130
Bibliografía.....	133

PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

INTRODUCCION

El siguiente trabajo, tiene como finalidad describir desde puntos de vista diversos (Individual, colectivo, Institucional, profesional) lo que es realizar el servicio social en Chiapas.

El trabajo trata de hacer entender con datos gruesos y subjetivos, de qué consta esta experiencia, que se obtiene de ella y lo más importante, qué se logra recabar de este año donde se realizan una serie de modificaciones a lo que entendemos como salud, la influencia que tiene la misma población en nuestra forma de pensar y como nosotros al mismo tiempo influimos en ellos, porque somos al final objetos de cambio.

En mi humilde forma de pensar, el servicio social es justamente la oportunidad de analizar de manera más directa sobre los problemas de salud de una comunidad, no solo entendiendo la salud como la usencia de una patología, ni como el bienestar psicológico, fisiológico, emocional, sino como las cuestiones que llevaron a ser a esa población en específico, vulnerable a ciertas patologías y al mismo tiempo con una menor incidencia de otras, es decir, analizar la comunidad, porque al tener contacto estrecho con la población, sus costumbres, su alimentación, su forma y estilo de vida, su cultura, nos permite reflexionar como es que podemos colaborar con la población y otras que estén bajo situaciones similares en cuestiones de salud.

La primera parte del trabajo hablará un poco más de la experiencia subjetiva de este año de servicio, en el cual se llega con ciertas expectativas acerca de lo que podía ser y al mismo tiempo con muchas dudas acerca de lo que sería, pero ¡todos tenemos miedo de empezar cosas nuevas! Empezar nuevas etapas y cerrar ciclos, es lógico que cambien las cosas, pero un análisis profundo al intentar reflexionar lo que sucede durante este periodo, nos lleva a entender la trasformación como médicos y como personas, para bien o para mal, de esa forma mejorar como médicos.

En la segunda parte del trabajo se abordarán temas complejos como derecho a la salud, salud y género, salud y pobreza además del diagnóstico de la comunidad, todo esto debido a que me parecen temas que no se pueden dejar pasar aquí en Chiapas ni en ninguna otra parte.

La tercera parte hablaremos un poco sobre los programas que se manejan en SADEC (Salud y Desarrollo Comunitario) el seguimiento y los registros de la consulta analizando toda la información recabada.

¿Qué es el servicio social?

“Las palmeras dejan pasar los fuertes vientos, se doblan y agachan su cabeza, pero se recobran y siguen creciendo después de las tormentas, robusteciendo así su tronco, su resistencia”

Dr. Filiberto David Estrada Salgado
Clase Relación médico paciente 27-08-2013

El servicio social, desde un punto de vista actual, al menos por lo que se puede percibir, es un limbo existencial dentro del campo profesional, me planteo lo siguiente ¿Somos licenciados en medicina o somos aun estudiantes de medicina? Se nos atribuyen trabajos con cargas que en teoría debería de manejar un licenciado ya graduado, pero sin los papeles pertinentes (título y cedula), los salarios, prestaciones y respaldo se ven disminuidos o abolidos.

Se nos ve como una fuerza de trabajo formal, de hecho, los pasantes de medicina son uno de los pilares que sostienen el sistema de salud mexicano, dejándonos sentir las grandes deficiencias de nuestro sistema y pese a los esfuerzos realizados por todos los que pasamos por el servicio social falta mucho camino por recorrer, esto lleva a pensar ¿somos peones de un juego político que trata de enmascarar todas estas deficiencias en el sector salud, en el sector social, en el sector humanístico que existe en nuestra nación?

Hablando del servicio social, podemos encontrar en el carácter histórico, que los fundamentos con los cuales se puso en marcha el programa en un principio son tan alejados de lo que ahora es, que me atrevo a cuestionar ¿actualmente para que esta diseñado el servicio social? ¿A caso el gobierno y las instituciones quieren aprovechar este marco para obtener mano de obra barata? Estrictamente hablando, la comercialización de la medicina desensibilizó la formación y el actuar del médico, generando que el pensamiento social-comunitario se pierda, pese a que los problemas se vuelven más complejos e interdisciplinarios, no podemos verlos ni actuar en base a ellos, si no logramos retomar esta parte de la medicina, la medicina social.

Adentrándonos un poco a la historia, en 1936 el entonces director de la UNAM el Dr. Gustavo Baz Prada gestionó la formalización del servicio social de medicina, cuyas pautas en un principio, tenía un periodo de 6 meses en medios rurales, esto con un carácter obligatorio antes de la titulación del médico. Aquí se alcanza a ver que el servicio social no solo tenía los ideales de fortalecer los conocimientos del

recién graduado si no también la de fortalecer los lazos con la población y ver las necesidades y los factores que los afectaban, es decir tenía un carácter social. Posteriormente en el año de 1957 el Dr. Miguel Bustamante propone que el servicio social tenga doce meses de duración para la carrera de medicina y en 1968 también para otras disciplinas del área de salud (MEXICO, 2008).

Ahora podemos analizar que como su nombre lo dice, el proyecto del servicio social estaba enfocado a la comunidad, a las zonas con más carencias, donde se necesitaba la ayuda, donde no alcanzaba a llegar el gobierno, donde las voces que clamaban por ayuda se disolvían con el viento y no llegan a los oídos de los altos mandatarios, era ese tiempo donde los médicos aun teníamos un juicio social y moral en cierta manera limpio de la influencia de otras mentalidades que nos alejan de un criterio para actuar en bien de la sociedad.

“el servicio social fuera para dar responsabilidad social al estudiante y generar el compromiso permanente de contribuir a la satisfacción de las necesidades del país” (MEXICO, 2008) ¿no son acaso unas bonitas palabras? Están diciendo básicamente que los estudiantes en servicio social son un carácter importante dentro de la cobertura de las necesidades, es entonces cuando se genera la duda, de si somos tan importantes ¿Por qué no se garantiza un trabajo digno, con salario o garantías que nos aseguren una adecuada calidad de vida? Es cierto que se han hecho avances para esto, que se ha procurado mejorar y establecer normas como el DOF del 30 de marzo de 1981 (ADULTOS, 1981) el reglamento del SS o la actual NOM-009-SSA3_2013 *“educación en salud” criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica en campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología* (Salud, NOM-009-SSA3-2013 Educación en salud, criterios para la utilización de establecimientos de la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología, 2014), incluyendo todos los documentos que ha hecho la CIFRHS normas, manuales, guías etc. Pero que en lo que parece a los objetivos iniciales del servicio social me parece que perdieron el rumbo de los ideales.

Actualmente dentro de muchas instituciones el servicio social, ya no se compone solo de ir a una comunidad, ver y sentir de forma palpable las carencias a las que se enfrenta nuestro sistema de salud, ahora dentro de las modalidades del SS existen las de campo clínico en área rural y urbana, investigación, dentro de la institución (casa de estudio) y dentro de otras instituciones de gobierno que aunque según esto refuerzan el aprendizaje, algunas están muy lejos de tener el carácter social y la concientización de los problemas que afectan a la población, por eso mi

preguntas sigue siendo ¿Qué es lo que busca el gobierno con la permanencia del servicio social? O ¿Solo quieren médicos como herramientas, sin criterios sociales?

Ya desde hace algún tiempo varias disciplinas se empezaron a cuestionar el servicio social en la educación superior en México y no es de extrañarse que los planteamientos sean similares a los que se dejan ver hoy en día, donde el servicio social es una herramienta para el desarrollo del país, pero queda debiendo a los ideales del beneficio social, empezando a encarecer el servicio y formando simplemente gente para un campo laboral, es decir preparándolos solo para ser obreros, trabajadores de empresas, sector público o de sector privado, cada día siendo este último el que tenga mejor equipo y preparación, por lo cual el perfil de egreso tiene algo en común ser consumido por el conocimiento y el dinero, alguien a quien no le interese tanto las condiciones del paciente, sin conciencia o criterio social, sin el pensar en cómo eso realmente impacta a la población.

“Una premisa de importancia general es que el concepto, la filosofía y la intención con las cuales se consignó el servicio social han dejado de tener vigencia en más de un sentido. Así, las condiciones de su creación y evolución prácticamente han desaparecido: ya no es más un medio para retribución a la comunidad con la formación profesional adquirida; tampoco es más un medio para vincular a los estudiantes con mercados laborales tradicionales, ni tampoco para que las instituciones de educación superior reconozcan las pertinencias de sus planes y programas de estudio.”

(alejandro mungary, 1999)

El párrafo anterior refleja parte de mi preocupación actual con los compañeros pasantes, con los compañeros médicos, con la población y con los políticos, que empezaron a manejar sus propios ideales sin sentimiento social, esta es una remembranza, un pequeño espacio donde dejo mi pregunta al aire y con lo que inicio mi experiencia del servicio social: ¿En dónde ha quedado el pensamiento crítico social? ¿En dónde ha quedado nuestra empatía con las personas? ¿En dónde perdimos nuestra capacidad de asombro ante los problemas de los demás?

Primera impresión y mi forma de ver

“El éthos es la raíz o la fuente de la vida de donde brotan todos los actos humanos”.

Zenón “el estoico”
(Montes, 2004)

El servicio social, una etapa en la vida profesional del médico, que sin duda alguna genera cambios importantes en su forma de pensar, en su forma de actuar y porque no, hasta de su comportamiento, es un espacio donde él médico afrontara sus miedos, sus dudas y sus respectivos análisis hacia lo que es y lo que quiere llegar a ser.

Es así como, durante este tiempo en el que yo estuve trabajando con la comunidad, hubo una gran cantidad de choques entre ideologías que había aprendido y las nuevas que se me estaban presentando en el momento, fue como un tornado de ideas donde las antiguas ya frías y bien fijadas en mi cabeza se encontraban con nuevos aires calientes y exuberantes, llenos de una frescura y al mismo tiempo que arrastraban pensamientos que desde hace mucho no se habían hecho escuchar por los lugares donde yo había estado.

Un primer momento durante la llegada al estado de Chiapas llega un médico recién formado, que le había gustado el ámbito laboral hospitalario, con una ideología de la especialización que traía gloria, reconocimiento, grandeza y riquezas, era yo un profesionista que pese a la falta de conocimientos, entré sin miedos ni dudas, iba a ver ocasiones en las que estaría afligido por lo lejano que estaba mi tierra natal, por mi familia que casi no vería, por la falta de conocimiento en la medicina e incluso dudando de mis habilidades diagnósticas, pero ya la decisión estaba tomada, desde que me enteré de la plaza quería estar aquí, en Chiapas, en el lugar donde alguna vez acudí como un voluntario y que me había generado grandes expectativas de cosas por hacer, estaba seguro de a donde llegaría y también de las posibles adversidades a las que tendría que hacer frente como médico, sin embargo, al momento de entrar ya en la comunidad, pese al acompañamiento del pasante anterior, no sabía exactamente que iba a hacer.

Los días de introducción dentro del espacio SADEC me hablaban de lo que era Chiapas, los problemas más frecuentes, de los zapatistas, de la puesta en marcha del trabajo, pero no cabe duda de que se quedó muy corto toda esa introducción con respecto a lo que hay en la comunidad.

Al principio dentro de la comunidad no había gran diferencia a mi estancia en otros lugares, una población diferente, un ambiente laboral diferente, dudas sobre cómo

se lleva a cabo el trabajo y sensación de vacío por no saber cómo es que tomara mi llegada los habitantes de la localidad, entonces empiezo a tener tropiezos, llega gente a la consulta dudando si soy el médico a cargo, con poca o nula confianza en este “ente” nuevo que ahora se presentaba, falta de material para trabajar y eso solo hablando de lo que tengo influencia directa, también estaba el trabajo con los promotores, la verdad era la primera vez que trabajaba con algo similar, no sabía que significaba ser un promotor y la verdad conforme pasa el tiempo aún tengo muchas dudas de lo que significa “*promotor en salud*” aun así estuve trabajando con ellos, muy distinto a lo que se pintaba en el marco teórico del promotor de salud, en varios libros como los “*manuales de capacitación de promotores*”, el que creó SADEC de “*la salud comunitaria*”, un libro de Guatemala “*Donde no hay médico*”, encontraba que el promotor era un individuo cuya misión era impactar en la población y generar estrategias para mejorar los distintos hilos de los que pende la salud comunitaria, aparte de su capacitación para responder ante las enfermedades más comunes que por más extraño que parezca obedecen a las enfermedades de países de tercer mundo en su mayoría, en fin, es decir estaba adaptándome al nuevo estilo de trabajo.



Ilustración 1 Taller sistema respiratorio a promotores de San Jerónimo Tulijá

Conforme avanzaban el primer mes veía la consulta como algo normal (de por si es algo a lo que estaba familiarizado) pero un suceso empezó a cambiar todo, dentro del segundo mes de estancia recibí SADEC una petición para ver un poblado, en el cual, parecía había una gran cantidad de enfermos de los cuales varios habían sido trasladados al hospital con índole de urgencia y todos fueron operados, algunos por parasitosis intestinales, otros por perforación intestinal secundaria a salmonelosis, tristemente también tres defunciones, dejando ver que había un problema que debía ser atendido con carácter de urgencia, fue así como un grupo de SADEC formado por una pasante de estomatología, un maestro en salud y cooperación internacional (voluntario de España), coordinador SADEC y dos pasantes médicos del servicio social (dentro de los cuales yo era uno) fuimos a un poblado llamado Mukul Witz (arriba de la montaña en tzeltal) con la idea de realizar



Ilustración 2 Consultas improvisadas en Mukul Witz como parte de una alerta sanitaria a SADEC

un cerco sanitario y ver qué era lo que estaba pasando ahí, una vez dentro de ese poblado todo cambió; La población perteneciente a varias organizaciones entre ellas Zapatistas quienes fueron las que nos pidieron la ayuda, viven en lo que se puede considerar un nivel de pobreza extrema, sin acceso a ningún servicio, retirados por mucho de un poblado con medios suficientes de respuesta a necesidades básicas, casas con construcciones muy improvisadas y una notable falta de solvencia económica, me estaba encontrando con una población que no me había imaginado encontrar en el México actual, fue un golpe de realidad muy duro, que me hizo empezar a reflexionar acerca de todo, empezando a cuestionar porque existía un lugar así, adentrándome a la conciencia social que aunque la manejaba

un poco, en realidad solo estaba raspando la superficie de todo un mundo para mi desconocido.



Ilustración 3 Poblado de Mukul Witz en campaña por alerta sanitaria

Posterior a la caída de lo que yo pensaba era estar en malas condiciones y ver que la realidad era mucho más fatalista de la que yo creaba en mi mente, me fui llenando de pensamientos que cambiarían mi ser, se podría decir que dejé escapar la estigmatización de muchas cosas para abrirme paso a experimentar y recrear pensamientos en mi formación médica, fue entonces cuando empecé a trabajar más con los promotores de salud, fui dándoles capacitaciones desde lo básico, asumí el rol de un facilitador de conocimientos, no les di los conocimientos aburridos y llenos de lenguaje médico, empecé a entender lo que implicaba manejar el lenguaje adecuado de acuerdo a la población con la que estaba tratando, me sensibilicé, recreé mi forma de pensar médica y fui reestructurando nuevas formas de ver la medicina, el hecho es que cambió incluso mi forma de dar consulta, estaba harto de asumir esa posición superior ante los pacientes que más que ayudar a veces ponía barreras, dejé de lado todas esas características, abandoné mi bata que me distinguía de los demás y simplemente fui armando un lugar donde en vez de parecer una consulta solo se viera como una charla entre conocidos cual único fin era ayudar a resolver las molestias del paciente, fueran o no por patologías.

Justo dentro del ámbito médico también el encuentro con médicos, estomatólogos y enfermeras de otros países que acudían a SADEC como un intercambio de culturas me fue abriendo la mente hacia otras corrientes que antes, aunque sabía que existían, no me daba el tiempo para poder leerlas detenidamente, fue entonces

que trabajé con el área de salud sexual y reproductiva, gracias a las ideas de compañeras que apoyaban movimientos feministas, que tuvieron la amabilidad y la paciencia de explicarme las cosas de manera que alguien como yo pudiera entenderlas mejor, me llevaron a leer textos donde se trataba el contexto feminista y no solo como la lucha social, también dentro de la lucha de la salud, poco a poco dejándome entender todo esto, que gracias a los medios de comunicación y otras personas se ve desprestigiada o deformada la información, que no solo es importante para las mujeres, también para la población, porque, aunque es una lucha feminista, vela por los intereses de todos.

Sin duda alguna SADEC mismo, dentro de las reuniones de fin de mes me fue permitiendo ir adentrándome más en estos otros temas, la verdad es algo refrescante, da la certeza de que hay mucho que hacer en Chiapas, mucho que hacer dentro del sistema de salud actual, es decir, SADEC bien aprovechado es un lugar transformador de ideas y al mismo tiempo de concientización, cabe recalcar que el espacio es el lugar perfecto para discutir temas políticos, sociales, culturales, etc. Pero deja un sabor amargo de boca no por SADEC en sí mismo, más bien porque me permitió apreciar lo que era el desinterés social de los compañeros, ver como la falta de participación a veces hundía una plática que era prometedora o como las posturas tan rígidas que traemos de algunos temas vuelven presa fácil la incomprensión y llevan a un dialogo poco fluido y muy torpe del cual las conclusiones que se pueden recabar son muy pocas o nulas, como lo dije, es un espacio que permite el esparcimiento mental acerca de temas de mucho interés social, pero solo si el que llega tiene las ganas de interactuar, si no se torna el ambiente tenso y a veces hasta poco atractivo.

Algo que es importante mencionar dentro de mi experiencia del servicio social es la comunicación, sin duda alguna es para mí la mayor barrera que existe, siendo honestos, por ejemplo, cuando nos topamos con alguien que habla otro idioma la mayoría de las veces es muy difícil ayudarla si tiene problemas, entenderle cuando pide aclaraciones, e incluso saludarla, debido a que no sabemos si el mensaje que uno quiere transmitir será bienvenido o malinterpretado desde ambas partes, en todo caso nos sentimos inseguros. Eso pasa en esta región donde la gente aunque también habla español, todavía hay muchos que hablan solamente en la lengua natal que para fines de mi comunidad era la lengua originaria, la mística lengua tzeltal, cuya cosmovisión está muy lejos de ser similar a la que nosotros tenemos y la misma lengua muy lejana a lo que se escucha del español "castilla" como dicen ellos, la verdad me siento feliz de encontrar que un lugar mantenga la lengua, pero sí que me fue complicado tratar de superarla como barrera, incluso ahora creo que no lo he logrado, aunque hubo herramientas que me facilitaron no darle tanta importancia como la ayuda de los promotores de salud que servían de traductores

o el manual y taller que recibí de tzeltal en SADEC, admito que sigue siendo una espina que no logro sacar fácilmente.

Los zapatistas, los pobladores del siempre rebelde Chiapas, gente en su mayoría indígena, o de zonas indígenas, que tienen una visión casi utópica de las cosas (al menos así los siento) que no está mal, al contrario, es algo de reconocimiento internacional, son una de las cosas que me llevo en el corazón de mi estancia aquí, porque me enseñaron tantas cosas, que aunque las conocía, aún estaba muy lejos de entenderlo, un señor ya grande fue mi mayor compañía y al mismo tiempo un gran maestro de la vida, me mostró todo lo complejo que es el zapatismo, me explicó de manera detallada los ideales, los principios y las exigencias de ellos, al mismo tiempo que me mostraba también lo amargo y difícil que era la lucha por la "AUTONOMIA", palabra clave en el zapatismo, entendí como el descontento de un pueblo olvidado los llevó a alzar la voz y exigir sus derechos, como al no ser apoyados deciden emprender un nuevo camino, uno en el que se incluyera a todos y no solo a unos cuantos, me mostró cómo van caminando, cómo tienen errores e intentan corregirlos, cómo ven las cosas pero al mismo tiempo respetando las otras visiones, un movimiento que apoya otros movimientos, personas que entienden a los demás y buscan que todos sean escuchados, ese es el zapatismo, esa es la ideología zapatista, no una lucha política, no una lucha por poder, por ambición, por riquezas, más bien una lucha por el bienestar común. Vi de cerca la organización desde las bases, me gané la confianza de ellos y me permitieron adentrarme a su mundo, un mundo lleno de esperanza, de alegría, de fuerza, son un ejemplo para México y para el resto del mundo, tanto en lo colectivo como en lo personal, es algo que todos deberían de conocer, pues en realidad yo creo que son el estandarte de un mejor futuro para la humanidad.

Aunque no todo es color de rosa, tienen sus deficiencias, también tienen sus diferencias entre unos y otros, aun entre ellos dominan fuertemente los sentimientos humanos que acarrearán hacia la misma destrucción: ira, envidia, pereza, descontento, desigualdad, injusticia, carencias, intrigas, entre otras, pero al menos tratan de solucionarlo de la mejor manera posible y como ellos dicen *"cometeremos errores, pero al menos serán nuestros errores y buscaremos una solución"* no cabe duda que el zapatismo impacta en los corazones de la gente que busca algo mejor, que está cansado del sistema en el que se vive, que quiere ver un mejor lugar. Podría seguir escribiendo tantas cosas del zapatismo, pero para cerrar creo que dejaré aquí que el sistema de salud zapatista, aunque visionario es deficiente, pero puede mejorar y eso es lo que me da ánimos, no solo en salud sino también en lo demás, nunca mueras zapatismo, mueve tu gente que es tu bandera, estimula el pensamiento y demuestra que "un mundo donde quepan muchos mundos" es posible, Abajo y a la izquierda ésta el corazón, arriba y hacia el cielo las miradas de los libres.

La relación médico-paciente: eje de la atención médica

“Son tres los conceptos mediante los cuales puede observarse un paciente: La enfermedad, el padecimiento y la situación psicosocial”
(Viniestra, 2000)

En los inicios de la Medicina, hasta la actualidad, el vínculo entre médico y paciente es un momento donde se intercambian ideas, pensamientos, visiones entre dos personas con un aire de respeto y confianza por parte de ambos individuos.

Desde que empieza la formación del médico al menos en la UAM (universidad autónoma Metropolitana) la mayoría de los profesores nos hablan de algo en común y es como nos vamos a comunicar de manera efectiva con el paciente, qué garantías podemos ofrecer y la calidad con la que se le va a atender.

La relación médico-paciente según Laín Entralgo **“...entre el médico y el enfermo consiste, como antes apunté, en la adecuada combinación de las operaciones objetivantes y las operaciones coejeutivas que en cada caso hagan necesarias el diagnóstico y el tratamiento”**. Se entiende que la relación objetivante es aquella donde el paciente nos trae una serie de información de la cual nosotros podemos llevar un proceso de indagación para conocer la enfermedad, con ayuda de herramientas como la historia clínica, el interrogatorio y la exploración física podemos acercarnos al diagnóstico y así a un tratamiento adecuado.

La relación coejeutivas las podemos entender como toda aquella parte emocional que rodea al paciente y al médico con la cual se puede brindar un ambiente de confianza, respeto, solidaridad y tranquilidad que llevaran a una adecuada colaboración entre ambos, aquí entran los aspectos psicológicos de la relación médico-paciente que son la transferencia: reacciones sentimentales que desarrolla un paciente hacia el médico y que se produce por el desplazamiento de afectos de una persona a otra. Y la contratransferencia: sentimientos que el médico siente hacia su paciente. Los cuales son muy importantes para lograr ese estado de confianza y seguridad para los pacientes (Entralgo, 1969).

Para poder asegurarnos de que la relación con el paciente nos lleve a una atención médica de calidad debemos tener en cuenta lo que Leonardo Viniestra nos dice: **“...la calidad no es una situación dada o estática, sino el resultado de un proceso complejo de cuya permanencia dependerá el mantenimiento de aquella”** (Viniestra, 2000). Las palabras de Viniestra nos dejan ver que para lograr la mejor calidad necesitamos constantemente mejorar, no solo la labor médica, sino también el entendimiento sobre nuestros pacientes, por lo tanto, un “acto médico”

de calidad es la relación médico-paciente donde se llevara a cabo la comprensión y un mejor manejo de las situaciones de forma personalizada de forma permanente.

En otras corrientes como son la ética médica podemos ver que el primer paso para un adecuado trato es ver y tratar al paciente como esta persona llena de complejidad no solo desde lo patológico también desde lo social y tratarlo como lo que es, un ser humano, con dignidad y conciencia que le permiten tomar sus propias decisiones, además de ser individualizado, es decir cada paciente tiene una forma de sentir y de expresar sus dolencias, no es lo mismo para todas las personas el mismo sentimiento o afección, cada uno carga con conocimiento y formas de sentir. (Mundial A. m., 2023) Al mismo tiempo esto tiene mucho parecido a la corriente de la bioética la cual nos habla de la creación de derechos y colocar una normativa en el actuar en el campo de la salud, esto respetando al menos 3 principios básicos de la ética que son 1.-Principio de respeto (autonomía), 2.-Principio de Beneficencia, 3.- Principio de justicia, que analizando detenidamente nos engloba muchos de los avances que se han dado en el campo de la bioética médica y por consiguiente en el actuar medico diario (Mendoza, 2017).

Todo lo anterior nos lleva a la premisa que se repiten en muchos lugares de enseñanza medica que poco a poco se olvidan pero no cabe duda de que la instrucción está presente “*Se tiene que tratar a enfermos, no enfermedades, a personas, no objetos*” Este es uno de los dogmas que más se me quedaron en mi paso por la carrera de medicina ya que tuve la fortuna de encontrarme a muchos Médicos que se preocupaban por que la atención del paciente fuera lo mejor posible, siempre atendiendo que son personas que sienten, sufren y se angustian en momentos de enfermedad.

En diciembre del 2001 la CONAMED (Comisión Nacional de Medicina) publicó la carta de los derechos de los pacientes, la cual contiene 10 puntos que mencionare: 1.-Recibir atención médica adecuada, 2.-Recibir trato digno y respetuoso, 3.-Recibir información suficientemente clara, oportuna y veraz. 4.-Decidir libremente sobre su atención, 5.-Otorgar o no su consentimiento válidamente informado, 6.-Ser tratado con confidencialidad, 7.-Contar con facilidades para obtener una segunda opinión, 8.-Recibir atención médica en caso de urgencias, 9.-Contar con un expediente clínico, 10.-Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica. Tiene mucho que ver con la calidad del acto médico, ya que en cualquier medio ya sea hospital, clínica, consultorio o domicilio se tienen que asegurar que se cumplan todas estas condiciones porque son los derechos que tienen todos los pacientes (INCMNSZ, 2023). De la misma forma esto es muy parecido a lo que la AMM (asociación de medicina mundial), hace en la declaración de Lisboa sobre los derechos de los pacientes que se llevó a cabo en 1981 y que se sigue reafirmando la última en 2015 en Oslo Noruega, que a mi parecer es un poco mejor que la que se maneja en

nuestro país debido a que considera varios aspectos que la carta de derechos de los pacientes de la CONAMED no toma tanto en cuenta, así como revisando las declaraciones de Córdoba, Ginebra y el código internacional de ética médica de la AMM tocan puntos importantes que como médicos debemos valorar (mundial, 2023).

Dentro de la relación médico-paciente encontramos también los modelos de relación, los cuales nos dicen el comportamiento que adquiere el médico ante la persona, de esa misma forma el trato que se le da según esto:

- Modelo Paternalista: Es aquel que considera lo mejor para el paciente y en base a eso actúa, sin dejar repercutir la decisión de este dentro de la labor médica, pensando que su capacidad de raciocinio es disminuida por la enfermedad, con una actitud de padre que sabe lo mejor para su hijo, pero siempre poniendo el bien del paciente por arriba de lo que el médico quiere.
- Modelo informativo: En este modelo el médico se puede considerar como un facilitador de información el cual brinda toda la información relevante, para que así el paciente dentro de todas sus dudas pueda seguir un plan de acción que encaje con sus principios y actividades.
- Modelo interpretativo: En este modelo, el médico brinda una orientación al paciente, el cual tiene dudas de escoger algún camino ya sea terapéutico o de otra índole, donde el médico se convierte en una especie de consultor o guía que le pueda ayudar a escoger lo que más se adecue a él ayudando a descubrir algunos valores o ideologías que antes tenía en duda.
- Modelo deliberativo: En este modelo en especial es el que se trabaja de manera conjunta agrupando la información e intercambiando ideas las cuales a su vez tratan de entrar dentro de los valores e ideales del paciente, tomando así una decisión conjunta para la mejor resolución del problema o enfermedad de interés. (Mendoza, 2017)

Todos los modelos antes mencionados son dinámicos y en muchos casos el médico no solo puede actuar en base a uno de estos si no que se adapta a la situación y requerimientos del paciente, por eso un médico adecuado tiene la capacidad de dar un trato digno y respetuoso al paciente, respetar su autonomía, brindar un ambiente de confianza y por último tener la capacidad y la seguridad de lo que hace según la situación lo demande, en caso contrario si sobrepasa los conocimientos o habilidades del médico tratante informarle al paciente que no puede ayudarlo y darle orientación de con quién puede acudir, ese es el modelo de médico ideal que he formado tras el análisis de la información.

Aludiendo a todo lo anterior se formula la pregunta ¿Cómo califico el acto médico que yo llevé a cabo durante mi año de servicio? Y ¿Cómo fue la relación médico-

paciente? para dar respuestas a estas dos preguntas tuve que llevar una meditación exhaustiva de mi trato con las personas y como ellos me percibían, cabe resaltar que mucho de lo que mencionaré se basa en una perspectiva subjetiva del comportamiento y el trato que recibí de todos aquellos que me rodearon, no solo los pacientes si no los que me acompañaron durante mi estancia.

En cuanto al acto médico puedo decir que hubo algunas deficiencias puesto que no siempre logré un adecuado ambiente en la consulta con el cual los pacientes se sintieran cómodos, pero si he tratado de remediar esos asuntos.

1.-Cambiar las relaciones de poder; Aprendí que las personas respetan la figura de autoridad pero no siempre es lo que necesitan, incluso hay veces que lo que requieren es una charla comfortable no para resolver una patología sino para desahogar algún sentimiento o una preocupación que a veces tiene o no relación con alguna enfermedad, de ese modo mi táctica de consulta se modificó, ahora dejo que me platiquen más acerca de ellos, además de que ya no pongo un escritorio como barrera, hice la consulta a un modo más tipo consulta psicológica, donde me siento en frente del paciente y dejo que este se ponga cómodo y se exprese, ese es el primer paso para iniciar mi consulta.

2.- Mayor confidencialidad y espacio personal; ahora les pregunto directamente si tienen algún problema con que estén presentes los promotores o familiares, o si quieren que se cierre la puerta, para mantener un estado más armónico para el paciente (solo aplicable a mayores de edad o casos de maltrato).

3.-Información y participación en el tratamiento; Antes solo me dedicaba a dar los tratamientos y que ellos los siguieran al pie de la letra, ahora les expongo todas las posibilidades de tratamiento y con información oportuna les expongo las ventajas y desventajas de cada una, diciendo lo que en mi opinión profesional es la mejor, pero los hago participes ahora de la toma de decisiones lo cual les deja una sensación de autonomía y en la mayoría de los casos logrando un acuerdo mutuo, que conllevaba a un adecuado seguimiento de las instrucciones y una resolución buena de sus enfermedades o un adecuado control en el caso de los pacientes con seguimientos.

4.- Ubicación de las condiciones socioculturales económicas; antes solo manejaba medicamentos, sin pensar en las condiciones que tenía el paciente, capacidad económica, de tiempo, entendimiento de sus tradiciones o sus costumbres, por lo cual también adapte mi forma de pensar para mandar tratamientos que fueran baratos o alternativos como plantas medicinales, logrando un resultado positivo en cuanto al entendimiento de la cosmovisión de la gente de la región. Esos son a mi parecer aspectos que se fueron enriqueciendo en mi estancia del servicio social, pero aún falta mucho si quiero lograr el mejor acto médico en toda su expresión.

En cuanto a la relación médico-paciente, siendo honestos lo logré con una gran parte de la población al menos desde mi perspectiva, con muchos se dio un ambiente muy grato, lleno de confianza y respeto mutuo, sin embargo, hubo muchos con los que no logré tales alcances, en primera instancia porque hubo momentos en los que no pude contener mi desagrado ante ciertas circunstancias que observaba como lo son:

- La desatención de un familiar enfermo.
- La falta de compromiso a seguir el tratamiento.
- la falta de atención mientras se le explicaban las cosas.
- La actitud de mandar directamente desde la entrada exigiendo que le diera “x” medicamento porque pensaba que era lo mejor o siempre lo consumía cuando tenía esos síntomas, etc.

Lo cual en parte dificultaba el dialogo, y debido a la exigencia no dejando tiempo para explicaciones lo cual hacía que si no se cumplieran sus demandas se fueran molestos y diciendo que la atención había sido mala.

El aspecto más importante por el cual creo no logré establecer esa adecuada relación fue sin duda alguna el idioma, la zona es tzeltal, por lo tanto hubo muchos casos donde me encontré con gente que solo hablaba el idioma tzeltal, por tanto mi comunicación era muy poco fluida, además de que eso limitaba mucho la interacción con el paciente, es cierto, tenemos promotores que nos ayudan en la traducción pero no se tiene la certeza de que se explique de la forma en que queremos, además que también había muchos promotores que tampoco hablaban bien el español por lo cual se volvía muy complejo. Conforme fui aprendiendo tzeltal (lo poco que aprendí) veía como los pacientes cuando les daba una consulta en su idioma se alegraban e incluso hasta hablaban más con uno, pero mi comprensión del idioma no llegaba tan lejos como para sostener una conversación en forma, por lo que me limitaba mucho, es sin duda el mayor problema que hubo para lograr una adecuada relación médico-paciente, pero creo yo que fui por un buen camino.

Aún hay mucho que mejorar, aún estoy aprendiendo y seguiré aprendiendo, espero que lo que se refleje aquí no solo me sirva a mí, sino también a todos aquellos que lleguen a leer estas palabras.

El acto médico de calidad y la relación médico-paciente ideal son los objetivos que debe perseguir todo médico en cualquier circunstancia, esto nos asegurará una mejor forma de entender al paciente ya que nos brindará mayor información no solo de su malestar físico, sino también de todas aquellas condiciones que pueden o no influir directamente en su padecimiento, además de fortalecer los lazos de comunicación y conseguir un vínculo con el paciente, lo cual logrará sin duda alguna una respuesta a sus necesidades buena, oportuna y adecuada.

Encuentro de pensamientos distintos, pueblo vs ciudad

“Asclepio, Euscalapio de los romanos, era un demonio local de tesalia, una deidad del mundo subterráneo. Al ser extraído del útero de su madre por Apolo, cuyas flechas le habían causado la muerte, fue llevado a la cueva del centauro Quirón, quien le enseñó las virtudes medicinales de las plantas y muchos conjuros, llegando a convertirse en un médico que curó muchos enfermos y resucitó algunos muertos. Zeus castigo tal osadía con su rayo divino.”

Texto tomado de Éthos médicos (Montes, 2004)

Desde tiempos remotos, la humanidad ha intentado dar una explicación a los fenómenos que lo rodean, desde lo que pasa en su entorno hasta lo que pasa en el interior del cuerpo y a lo largo de la historia dependiendo de los avances científicos y del entorno social, se ha intentado dar una respuesta a todo esto, cada cultura lanza sus propias teorías y da una forma de entender el mundo al mismo tiempo que va cambiando dentro del proceso histórico, tenemos entonces desde lo mitológico, pasando por lo mágico religioso hasta el punto actual con el método científico. El proceso de salud-enfermedad no está exento de este proceso y es así como cada cultura le da un significado a este fenómeno natural.

Es importante recordar que nosotros vivimos en un mundo pluricultural (donde habitan muchas culturas distintas) y cada cultura se define a través del éthos, para esto tomo la forma que menciona Geertz **“El éthos de un pueblo es el tono, el carácter, y la calidad de su vida, su estilo moral y estético, la disposición de su ánimo; se trata de la actitud subyacente que un pueblo tiene sí mismo y ante el mundo que la vida refleja”** (Montes, 2004) Es decir su cultura no solo la define la indumentaria ni las costumbres si no una expresión más profunda de la cohesión social, implicando también un carácter psicológico donde la interacción de su gente da como resultado un comportamiento y una forma de entender la vida, aquí es donde entra el término de la cosmovisión, la cual se puede entender como la forma de interpretación de la vida misma dando un significado a la forma de vivir y como vivir, una de las formas de entender todo esto es a través del idioma, citando a Lenkersdorf dice **“...por lo tanto los idiomas son puertas –aunque no las únicas- que nos permiten entrar a otras culturas, porque las incluyen y expresan”** (Lenkersdorf, 2001).

México es también un país pluricultural al mismo tiempo como lo deja ver en el art. 2º primer párrafo de la constitución mexicana, cada una de las regiones en México tendrá distintas culturas y esto tiene un gran significado en cuanto a los pasantes

en servicio social ya que un encuentro entre distintas culturas será inevitable, es por esto que también tendremos que conocer qué quiere decir interculturalidad, la definición de Xavier Albo dice **“El termino interculturalidad designa cualquier relación entre personas o grupos sociales de culturas diversas, así como las actitudes de personas y grupos de una cultura hacia elementos de otras cultura.”** (Rios CV, 2008) Esto nos hace entender que, ya sea entre dos personas o un grupo de personas o comunidades enteras si existe una diferencia cultural entonces tendremos un encuentro, pero dependiendo de la forma de la actuación de este intercambio es como la interculturalidad se va a dar.

Ahora se formula la pregunta ¿Qué importancia tiene todo esto para los médicos pasantes del servicio social? La respuesta rotunda sin duda es, una gran importancia, porque el adentrarnos a una comunidad ya sea dentro o fuera de la ciudad predispone a un encuentro cultural entre lo que sabe el pasante y lo que sabe la comunidad y todo esto se ve remarcado cuando se adentra en territorio de pueblos originarios, porque poseen una cultura y una lengua completamente distinta a la occidental (en la que nosotros médicos hemos sido educados), sin embargo lo que sucede a menudo es que no logramos entender esta cultura causando grandes separaciones entre el médico pasante y la comunidad, citando nuevamente a Lekersdorf **“...la primera explicación para entrar en otra realidad y “no la entendemos” ... por un lado esta lo obtuso de nuestra mente, de nuestro corazón y de la falta de toda experiencia de esta alteridad de la realidad del “nosotros”. Por otro lado esta nuestra educación.”** (Lenkersdorf, 2001) En la cita anterior lo que se refleja es que al principio cuando tenemos contacto con una cultura muy distinta a la nuestra es que no la entendemos aunque nos la expliquen debido a que su forma de percepción e interpretación del mundo es distinta a la nuestra, también hace mención de la realidad del “nosotros” ya que este párrafo hace alusión al estudio que hace sobre la lengua tojolabal que se encuentra en algunas regiones de Chiapas, quienes tienen ancestros mayas, al igual que los tzeltales que es la lengua que habla la región donde hice el año de servicio social y que comparten algunas cosas en cuanto a la cosmovisión, posteriormente reflexiona sobre cuáles son las causas de esto y en primera instancia es la falta de conocimiento acerca de esta “otra” forma de interpretación del mundo aunado a la falta de preparación y educación en las escuelas de medicina sobre estos temas, además de la falta de conocimiento acerca de los lugares donde se ofertan las plazas para el servicio.

Dentro de las relaciones interculturales ya antes mencionadas Albo menciona que pueden ser de dos caracteres, positivas o negativas definiendo la primera como **“En la que se da un reconocimiento y aceptación del otro, el enriquecimiento mutuo y el aprendizaje el uno del otro”** y la segunda como **“la que lleva a la**

destrucción o disminución asimilándola del otro (Rios CV, 2008) es por esa cuestión que es de suma importancia el entendimiento de los conceptos por parte del personal de salud, para evitar este tipo de relaciones tóxicas hacia los demás.

Actualmente en el ámbito médico, la medicina institucionalizada occidental, podemos encontrar que nos han educado bajo una serie de conocimientos que forman parte de un proceso hegemónico de una cultura sobre otra, así los médicos actuamos también como replicantes, aseverando que la forma que conocemos es la correcta, además que el campo de la medicina ha cambiado su valor principalmente por los procesos de industrialización, influencias sociales y económicas secundarias a los procesos de globalización, comprometiendo el actuar médico y también nuestra capacidad de interacción y diálogo.

Lo anteriormente descrito es un breve repaso de algunos conceptos que consideré fundamentales para poder entender lo que continuación escribo; el poblado de San Jerónimo Tulijá en Chiapas, tiene en sus raíces la cultura maya y casi todos los habitantes son hablantes de la lengua tzeltal aunque hay mucho bilingüismo con el español castellano, además tiene una división política muy marcada y una variedad religiosa predominada por el catolicismo, aun así guarda en cierta manera su cultura prevaleciendo su concepción del mundo y con esto su forma de entender sus enfermedades, aquí me encontré con eventos y circunstancias para las cuales no me preparó mi formación médica, por ejemplo hablando desde la cosmovisión había muchos pacientes que me llegaban con la frase ***“Malek cotan”*** que en su traducción literal significa “Mal de corazón” al escuchar esto uno pensaría que es un dolor de corazón o una enfermedad cardíaca, sin embargo a lo que se referían los pacientes y gracias a la ayuda de los promotores de salud quienes me servían de intérpretes podía significar: que estaban tristes, que no se sentían bien, o que el dolor que sin importar la ubicación les causaba molestias para su actividad diaria. Una expresión tan simple podía transmitir distintas cosas dependiendo de las circunstancias por las que pasara. Otro ejemplo de esto es cuando decían ***“Cu´x cotan”*** que la traducción literal es “dolor de corazón o en corazón” pero en realidad a veces después de revisar al paciente lo que en realidad le dolía era el estómago.

Hay muchas más expresiones que lo que reflejan en su idioma es un entendimiento distinto al que tenemos en otras partes del país, dejándonos entrever la falta de conocimiento de estas “otras” formas de percibir el mundo y en este caso de las enfermedades que incluso a veces no se asemejaban a nada de lo que vimos durante nuestras prácticas o estudios dejándonos perplejos y sin saber dar una explicación clara de que es lo que sucedió, donde el corazón y la mente además del medio externo se entrelazan y afectan unas a otras, conocimientos que trascienden siglos de conocimientos mayas y que en la medicina moderna hace apenas menos de cien años empezamos a considerar dentro de la llamada medicina moderna,

dejándonos en expresión coloquial “*con la boca cerrada*” y dando un golpe fuerte al ego al demostrarnos al puro estilo de Aristóteles que “solo sabemos que no sabemos nada”.

Otra cosa para la cual no estaba preparado y que nunca se tocó en la universidad es la convivencia con la llamada medicina tradicional que aunque está marcada e incluso legalizada en nuestro país, no viene dentro de los planes actuales de estudio de las distintas escuelas de medicina formal, a lo que cabe recalcar que es la medicina occidental, sin embargo desde hace muchos años se tiene recuento de esto, por ejemplo, entre 1982 y 1989 se hizo una encuesta de terapeutas tradicionales donde un conteo arrojó que había 13,094 terapeutas tradicionales a nivel nacional con promedio de 4 terapeutas por unidades médicas rurales o UMR como les llamaron y de los cuales los porcentajes eran 53% parteras, 24% curanderos, 17% hueseros y 6% hierberos (Rios CV, 2008) y esto solo contaba a los que estaban registrados por el gobierno, sin duda alguna había más que lo que esos números reflejaban, sin embargo pese a las acciones que el gobierno ha tomado no se ha logrado ver esa aceptación de estos terapeutas.

En la comunidad de San Jerónimo Tulijá se cuenta con al menos 3 parteras y 2 hueseros, de los que yo tuve conocimiento, lo que es una realidad es que los pobladores a veces acudían solo con las parteras, los hueseros, los hierberos y en casos donde no se encontrara una mejoría ya acudían con el médico, incluso si no se encuentra mejoría con los médicos a veces llegan a recurrir a los curanderos, también hay que hacer un apartado importante para ver estos terapeutas tradicionales donde cada uno, al igual que una especialidad en medicina tienen su campo de acción.

Las parteras, son las encargadas de llevar el embarazo de una mujer desde los principios de este hasta su finalización y todavía más allá en la llamada cuarentena, supervisan, evalúan y se aseguran del bienestar tanto de la madre como del recién nacido, desde visitas en los espacios de trabajo de las parteras que generalmente son sus casas, hasta visitas domiciliarias, con una atención personalizada y con variedad en los trabajos de parto que pueden ser verticales con la paciente parada, en cuclillas o recostadas, con una serie de maniobras durante todo el proceso, por ejemplo al principio y mediados del embarazo con los “tallados o sobadas de panza” y si el bebé viene en una posición que no sea la cefálica los llamados “acomodos de bebé” que literalmente consiste en mover al bebé hasta que quede en la posición deseada, también tienen conocimiento de saber cómo atender partos podálicos, de cara, pélvicos y de espalda, cosa que actualmente en medicina moderna es indicativo de cesárea. Además de todo lo anterior la partera también funge a veces como una orientadora de problemas sexuales, y terapeuta de enfermedades que atañen al órgano reproductor femenino, algo así como una ginecóloga.

El huesero, por su parte se encarga de todos aquellos males que tengan en el cuerpo, ya sea en el hueso, las articulaciones, la postura o contusiones. La forma en que estos trabajan es generalmente a través de las llamadas “sobadas” cuando son golpes, que consisten dependiendo de la evaluación del huesero entre fomentos fríos o calientes, además de una serie de hierbas que pueden ayudar a calmar los dolores. Cuando existe alguna luxación o problema articular estos hacen los famosos “acomodos” que pueden ir desde una serie de movimientos repetitivos hasta que logra escuchar un chasquido, hasta la tracción de la extremidad o parte luxada para lograr colocar los huesos en su lugar, y por último está en las fracturas, donde por medio de maniobras alinean el hueso y posteriormente lo estabilizan ya sea con ramas o tablas y les dan un seguimiento hasta que ellos en su valoración consideran pertinente que pueda mover sin problemas la parte afectada, en comparación de la medicina moderna ellos serían una especie de ortopedistas combinado con un quiropráctico.

Los hierberos a mi parecer los más complicados de entender tienen un amplio conocimiento de la flora, no solo de su región, también de muchas otras y por medio de conocimientos en su mayoría empíricos conocen las propiedades curativas de cada planta, conocimientos transmitidos a veces por generaciones y resguardado celosamente, ya que es muy raro que un hierbero de buenas a primeras te transmita sus conocimientos, eso podría explicar entre muchas otras cosas, por qué son tan pocos, sin embargo se les tiene mucha confianza, ya que resuelven enfermedades con tratamientos naturales, cosa que en las regiones donde hay mucho indígena o con influencia de cultura indígena es muy apreciado, debido a la cosmovisión con el ambiente. Generalmente los hierberos combinan una serie de plantas en determinadas cantidades y hacen sus preparados, en tinturas, otras en alcoholatos, también en infusiones, jabones, emplastes, cremas o incluso en comprimidos o capsulas los cuales se los dan ya preparados a los pacientes en la mayoría de los casos o casi listos para su consumo, con una serie de indicaciones de como tomarlo, cada cuanto, que dosis, y que medidas debe de guardar la persona incluyendo actividades, alimentación y aseo. Aunque son tradicionales esto tiene ya toda una línea de estudio que desde hace tiempo se viene revisando, que es la herbolaria y en unas más actuales la fitoterapia, además de ser los precursores de la farmacología moderna, tienen ellos tantos conocimientos tanto de enfermedades como formas de curarlas a través de la herbolaria.

El último y más extraño es el curandero, que aunque maneja cosas similares al hierbero, tiene un saber más, actualmente catalogado entre el misticismo que son las enfermedades atribuidas a males que conciernen a la brujería o a “malas vibras”, o “entes malignos”, estos terapeutas tradicionales tienen formas de diagnosticar sumamente distintas y son vistos a lo largo y ancho del país, estos curanderos

aseveran que hay males que la ciencia no puede explicar porque no contemplan la “otra parte del ser” es decir la parte espiritual, donde adentramos profundamente en otra forma de ver el proceso de enfermedad, ellos se ayudan de la lectura de cartas, las lecturas del aura, los sueños, incluso en características físicas de las personas, para poder hacer su análisis y de ahí partir hacia un tratamiento que bien puede ser con hierbas, rituales de limpia, o conjuros u oraciones acompañados de objetos de “protección” contra los males, que van a variar dependiendo de lo que observe durante su análisis, sin duda alguna es uno de los temas más tabús de la medicina, ya que no se puede cuantificar, medir, apreciar o ver de manera objetiva, es decir es una medicina fuera de nuestra comprensión y que actualmente se le considera una charlatanería, pero aun siendo yo un escéptico de todo cabe la duda de ¿Y si no estuvieran tan equivocados y realmente existiera algo que no logramos ver? Puede sonar gracioso pero algo que está demostrado es que muchas cosas que antes eran cosas místicas actualmente son tecnologías o ciencia, simplemente que cuando no logramos entender algo la humanidad tiende a darle una explicación religiosa o sobrenatural, y puede que esto sea un caso, por ejemplo el aura, actualmente se llevan investigaciones acerca de una extraña micro biota flotante en cada ser humano que nos rodea como una especie de aura, suena extraño y se ve raro pero puede ser que esto solo sea un precursor así como los anteriores terapeutas tradicionales ya mencionados, de una nueva rama de ciencia.

Todo lo dicho anteriormente lo recabé de la experiencia de convivir de cerca con estas “otras” formas de ver y tratar las enfermedades además de relatos contados por los propios pobladores, aunque en cierta forma se generan muchas dudas y se dejan otras por contestar, es así como me di cuenta que un año de servicio social no basta para poder entender de manera completa la forma de vida de la gente, ni su forma de entender y ver el universo, ni tampoco de como expresan esa percepción, ahora solo puedo afirmar sin riesgo a equivocarme que me falta mucho para entender la comunidad en la que estuve, el tiempo que permanecí fue escaso para poder lograr consolidar estrategias y métodos que pudiesen ayudar a la gente con las cuestiones de salud. Hago hincapié en la premisa que lo que hace falta realmente en estas zonas es que permanezcan médicos, que puedan a través del tiempo comprender más a fondo su población, sus enfermedades, sus necesidades y sus formas de expresar su conocimiento para poder generar realmente mecanismos o herramientas que puedan ayudar en sus procesos de salud.

El trabajo en SADEC

“Hay que voltear a ver...”

Dr. Joel Heredia Cuevas

SADEC “Salud y Desarrollo Comunitario en Chiapas” es una Organización No Gubernamental (ONG) que ha estado trabajando por más de 20 años con las comunidades chiapanecas sobre todo indígenas, a las cuales apoya desde diversas áreas para fortalecer y disminuir los problemas de salud que azotan desde hace varias décadas a este estado.

Para conocer un poco más de esta ONG nos remontamos desde el año de 1984, año en que se da inicio al programa de salud comunitario “Marqués de Comillas” el cual desde un inicio fue supervisado y financiado por el Instituto Nacional Indigenista o INI abreviado, el cual tenía como objetivo brindar atención de salud con médicos y odontólogos, al mismo tiempo que se trabajaba con la capacitación de recursos humanos denominados promotores, que estarían entrenados en medicina general y partería, de ese modo cubriendo las deficiencias del sistema de salud que era incapaz de responder ante las problemáticas de la región.

Pese a los esfuerzos realizados, por este programa un suceso marcaría la diferencia. El 1° de enero de 1994 se alza la voz de los pueblos indígenas ante la inconformidad y el hartazgo de la falta de apoyo por parte del gobierno, iniciando un movimiento armado por parte del grupo denominado Ejército Zapatista de Liberación Nacional o EZLN, con lo cual se forma un parte aguas dentro de la historia del país, debido a que dejan ver las carencias, desprecios y desigualdad que viven hasta la fecha los pueblos indígenas, junto con la llegada del movimiento hubo una serie de cambios a nivel económico, social y político que tuvo impactos positivos y negativos para las zonas chiapanecas, sin embargo para el trabajo que se realizaba en Marqués de Comillas fue completamente malo, iniciando con un recorte presupuestal que culminó en su desaparición.

Bajo este panorama que se dibujaba, con ataques militares de baja intensidad a estas zonas, además de la falta de apoyo para los miles de desplazados que se iban generando por la movilización militar y grupos paramilitares y esto sumado a políticas socio-económicas que desfavorecían a los pueblos, nace SADEC, cuyos integrantes en un principio trabajaban en el proyecto Marqués de Comillas, pero al ver la realidad de la situación deciden independizarse para posteriormente formar la ONG SADEC, quien desde un principio tenía como propósito ayudar a las

comunidades para formar estrategias y objetivos, que impulsaran un sistema de salud comunitario alternativo, autónomo, a través de distintas áreas, por mencionar algunas estaban los siguientes:

- Detectar y combatir la desnutrición infantil.
- Capacitación de personal: Parteras, promotores de salud, hierberos.
- Campañas de vacunación.
- Gestión de proyectos para levantamientos de clínicas, así como otros a mediano y largo plazo que mejoraran la calidad de salud de las personas.
- Presencia de médicos y odontólogos tanto en clínicas como en situaciones de emergencia.

Desde el inicio SADEC tuvo mucha movilización iniciando con la participación en 1995 con el programa de ayuda comunitario en el poblado de “Las Tazas” donde se acondicionó una clínica y se inició con la capacitación de recursos humanos para los poblados aledaños, además de la presencia de personal médico, cabe recalcar que durante un tiempo también hubo ayuda de “Médicos del Mundo España” y “Cruz Roja Internacional”. En 1996 inician también trabajo en el poblado de “Amador Hernández” con el mismo apoyo que se brindó en Las Tazas, este mismo año también es que se establece su sede actual en Palenque desde donde ahora se organiza y coordina para la acción en campo.

Durante este tiempo SADEC también forma lazos de apoyos con instituciones universitarias como es el Instituto Ibero Puebla, la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), donde se forma el Programa de Investigación Interdisciplinario “Desarrollo Humano en Chiapas” en el que participan diversas disciplinas, como sociología, comunicación, agronomía, veterinaria, psicólogos, nutriólogos, médicos, enfermeros y estomatólogos. Con los lazos formados no solo con instituciones educativas si no también con el Sector Salud gubernamental, se inician trabajos en una amplia gama de zonas de Chiapas, desde la zona de los altos, zona selva y zona norte, algunas de todas sus actividades se pueden mencionar los trabajos en los poblados de Vascan o del Trabajo, Vicente Guerrero, Santa Catarina, y Roberto Barrios incluyendo también el trabajo en Polhó de la zona norte donde se atendió a más de 10,000 desplazados debido a la lamentable masacre que sufrió el pueblo de Acteal (SADEC S. y., 2002) (Información tomada de video de SADEC).

Para 1998 desde SADEC nace Casa de la mujer o “Ixim Antsetik” un espacio creado desde una perspectiva de género que trata de ayudar al desarrollo de las mujeres con apoyo médico, psicológico y jurídico, no solo se buscaba mejorar las condiciones de salud, si no también todos los aspectos generales para una mejor calidad de vida por parte de las mujeres.

En el año 2000, SADEC es invitado a participar en el programa de salud de la comunidad “La Culebra” donde no solo apoya con personal si no que afianza su relación con los sistemas de salud Autónomos que se venían formando desde hace tiempo tras el levantamiento armado de 1994. Es así como a lo largo del tiempo SADEC ha ido cambiando de espacios de trabajo según se vaya requiriendo tanto por las comunidades como por las necesidades que se dejan ver. (SADEC, 2005)

Actualmente SADEC continua su “Lucha” por definirlo de algún modo, para disminuir la brecha de la atención de salud en Chiapas, cuenta con su espacio fijo en Palenque y acción de campo en cinco comunidades de influencia zapatista que son: Las Tazas, Zapata, La Garrucha, Arroyo Granizo y San Jerónimo Tulijá Colaborando en estas regiones a través de pasantes del servicio social de medicina y estomatología, además de enfermera y médica para casa de la mujer, también gracias al constante esfuerzo de SADEC, se logró formar vínculos con otras ONG como son Casa del Migrante, Sanando Heridas, Casa de la Mujer y el hospital San Carlos (Que funciona con servicios básicos y campañas de especialidades), cada uno con características distintas de trabajo comunitario, pero que tienen pasantes del servicio social por parte del proyecto “Salud y Desarrollo Humano Chiapas” de la UAM, a cargo del Dr. Joel Heredia Cuevas, que forma parte del equipo de coordinación de SADEC.

Las y los pasantes de medicina y estomatología tienen una serie de trabajos que hacer dentro del espacio de las clínicas autónomas, no solo la de brindar la atención del servicio, también tienen la oportunidad de colaborar con las y los promotores en aéreas de salud sexual y reproductiva, medicina general, salud dental, además que cuentan con la posibilidad de realizar campañas de salud que pueden contener: Desparasitación, aplicación de flúor, toma de Papanicolaou, platicas de concientización acerca de distintos temas (lavado de manos, potabilización del agua, cepillado de dientes, plato del buen comer, problemas ginecológicos, manejo de excretas, etc. Dentro del trabajo de brindar el servicio de salud se cuentan con una serie de programas que tienen la finalidad de dar seguimiento a patologías o problemas que se consideran de mayor importancia dentro del área de la salud los cuales son:

1. Atención de embarazo, parto y puerperio.
2. Diabetes Mellitus.
3. Hipertensión arterial.
4. Crecimiento y desarrollo del niño sano
5. Cáncer cervicouterino.
6. Atención a víctimas de violencia.
7. Tuberculosis
8. Otros padecimientos de importancia médica.

9. Índice de caries.

También las y los pasantes, haciendo concientización de los problemas de salud del paciente y las cuestionables formas de trabajo de los hospitales, acompañan a las personas hacia un segundo nivel de atención por patologías que se ven en la consulta y se consideren necesario su resolución con carácter urgente, aquí entra el apartado especial de traslados o referencias a segundo nivel de atención, las cuales consisten no solo en llevar al paciente a hospital, también conlleva el asegurar que se les brinde una atención oportuna y posterior a esto, de ser posible, dar seguimiento al caso, como en Palenque donde la cercanía con el hospital, permite llevar un seguimiento con lo que acontece a los pacientes dentro del mismo, hasta que está fuera de peligro y verlo posteriormente ya en la comunidad, dejando en claro que no está solo y dando una sensación de seguridad y tranquilidad.

FODA

FORTALEZAS

- Mentalidad abierta.
- Antecedente de trabajo en Chiapas.
- Conocimiento de trabajo zapatista.
- Seguridad en mi persona.
- Trato amable y buen manejo del discurso.
- Búsqueda de mejorar constantemente.
- Buena disposición a nuevas formas de trabajo.
- Inventiva ante situaciones difíciles.
- Gusto por la enseñanza y el dialogo.

OPORTUNIDADES

- Trabajar de la mano con estomatólogos.
- Canalización a nuevas corrientes del aprendizaje.
- Aprender un nuevo idioma y una nueva visión de la vida.
- Aprender sobre medicina tradicional u medicina alternativa.
- Dialogar y aprender de otras personas de la comunidad.
- Entender mejor la situación social de otras personas.
- Trabajo con partera y grupo de promotores
- Demostrarme mi capacidad como médico.
- Seguir aprendiendo a través de la experiencia.

DEBILIDADES

- Falta de experiencia en la consulta.
- Difícil acceso a un segundo nivel de atención.
- Falta de acceso a recursos de laboratorio e imagen.
- Falta de cultura de prevención de mi parte.
- Mal manejo del idioma local.
- Falta de seguimiento de pacientes crónicos o de enfermedades de importancia.
- Tendencias a encariñarse con personas o lugares.
- Mal manejo de situaciones con pacientes “exigentes”.

AMENAZAS

- Barrera de idioma fuerte.
- Limitaciones de tiempo para realizar grandes proyectos de capacitación.
- Perdida de personal o promotores continuamente.
- Amoldarse a las órdenes del consejo de salud zapatista.
- Mala comunicación y falta de respeto ante los diagnósticos al segundo nivel de atención.

DERECHO A LA SALUD Y DIAGNOSTICO COMUNITARIO

INTRODUCCION

Desde el inicio de la historia de la humanidad, la preocupación y el cuidado de otros, ha sido fundamental para nuestra supervivencia, debido a esto se podría decir que el proceso de salud y su garantía son inequívocamente el principal bien que podemos observar y procurar, si uno no está saludable no puede asistir a la escuela, al trabajo, si no está sano puede tener fallas en el rendimiento y en sus labores diarias, es decir la salud es una pieza fundamental de nuestra existencia diaria.

Entender cómo es que se da el derecho a la salud y su cumplimiento a nivel general es de vital importancia para el médico y personas en general, por ese motivo, a lo largo de esta sección, se realizara un análisis a cerca del derecho a la salud, desde la perspectiva internacional y nacional, procurando hacer énfasis en los distintos documentos que a fines al derecho a la salud nos puedan brindar el marco tanto legal, como las pautas que nos permitan revisar las garantías de este tan preciado derecho.

Posteriormente teniendo una idea más concreta a cerca de lo que implica todas las vertientes del derecho a la salud, nos enfocaremos a realizar el diagnostico comunitario, el cual es una herramienta de análisis que nos permitirá de manera más concisa el examen del cumplimiento del derecho a la salud en la comunidad donde se estuvo trabajando, contrastando con algunos puntos a nivel estatal y nacional, revisando las variantes geográficas e indicadores sociales que serán puntos clave para la realización de este diagnóstico.

Al final podremos con el análisis respectivo, dar una opinión de si es que se cumplen las condiciones adecuadas además de las garantías para poder disfrutar de este derecho a la salud y considerar la posibilidad de dar algunas sugerencias o comentarios acerca de lo que se puede cambiar o en donde se puede mejorar, pero ya con un panorama más completo.

EL DERECHO A LA SALUD Y SU COMPLEJIDAD

“Es la salud el bien máspreciado. Y no el oro o la plata”
(Mahatma Gandhi)

Contexto internacional

El derecho a la salud, así como las políticas en salud, tienden a ser muy complicadas de entender, debido a la complejidad necesaria para que se logre una vida sana, como lo define la OMS *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”* (OMS, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2023).

Según esta definición, estamos de acuerdo que lograr un completo bienestar es un reto difícil, debido a la enorme cantidad de factores que esto implica, por este motivo en la Constitución de la Organización Mundial de la salud de 1946 dice que: *“el derecho a la salud es el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental”*. y para determinar que tanto es este máximo el Gobierno será el encargado en ejecutar los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento de este derecho (OMS, DOCUMENTOS BASICOS 48a EDICION, 2014)

El derecho a la Salud contiene una serie de condiciones que se deben tener en cuenta para que se cumpla de manera adecuada:

- ❖ A un sistema de protección de salud con igualdad de oportunidades para disfrutar el máximo nivel posible de salud.
- ❖ A la prevención y tratamiento de las enfermedades y su lucha contra ellas.
- ❖ Al acceso a medicamentos esenciales.
- ❖ A la salud materna, infantil y reproductiva.
- ❖ Al acceso igual y oportuno de servicios de salud.
- ❖ Al acceso a educación e información sobre la salud
- ❖ A la participación de la población en el proceso de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

Con esto no pensemos que el derecho a la salud es lo mismo a la garantía de estar sano, debido a que hay factores que escapan de la competencia del Estado, por lo cual lo mejor que puede hacer este mismo es brindar un conjunto de bienes, servicios, instalaciones y condiciones necesarios para la salud, por eso mismo la problemática económica de un país no lo exime de adoptar medidas para garantizar el derecho a la salud (OMS, El derecho a la Salud, 2008).

Actualmente podemos decir que el derecho a la salud tiene aspectos fundamentales en sí mismo: Accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, buena calidad, participación, rendición de cuentas, libertades y derechos (humanos, 2023). Aunque mucho de esto tardó para llegar a este punto desde la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 donde menciona a la salud y la asistencia médica, así como otros servicios en el Art. 25 (ONU, 1948). Posteriormente se ratificaría este derecho en el Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales (PIDESC) (General, 1966).

En cuanto se decreta el PIDESC se forma el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales encargado de dar vigilancia y seguimiento al pacto, el cual se puede resumir de forma breve y concisa en los “Factores básicos determinantes de la salud” que son los siguientes:

- Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- Alimentos aptos para el consumo;
- Nutrición y vivienda adecuada;
- Condiciones de trabajo y medio ambiente salubres;
- Educación e información con cuestiones relacionadas con la salud;
- Igualdad de género;

Estos factores “básicos” son aquellos que se priorizaron como factores que intervienen directamente sobre la salud de las personas en cualquier lugar del mundo (OMS, El derecho a la Salud, 2008), además podemos fácilmente relacionarlos con los art. 1, 2 y del 22 al 27 de la declaración universal de los derechos humanos, por eso se describe al derecho a la salud como un derecho inclusivo debido a que para su cumplimiento también se tienen que cumplir con otros derechos, así van unidos e interrelacionados.

Con respecto al derecho a la salud, el Comité del PIDESC ha subrayado que los Estados deben garantizar:

- ❖ El derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación, especialmente para los grupos vulnerables o marginales;
- ❖ El acceso a alimentos esenciales mínimos aptos para el consumo y suficientes desde el punto de vista nutricional;
- ❖ El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y un abastecimiento de agua potable adecuados;
- ❖ El suministro de medicamentos esenciales;
- ❖ Una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud. (OMS, El derecho a la Salud, 2008)

Dentro de estas garantías que están en constante vigilancia, el Estado tiene que encargarse de sus obligaciones que se pueden dividir en 3 que son respetar, proteger y realizar cada uno de los puntos antes mencionados.

Encontramos que estos puntos tienen que ver con elementos que salen de la burbuja de la patología de la persona de forma individual y entramos al campo de la epidemiología donde los factores externos al ambiente influyen en la salud de la persona, aquí es donde empezamos a encontrar sentido a los determinantes sociales de la salud que se esbozan tras la salida del PIDESC.

A partir de la puesta en escena de los determinantes sociales de la salud, empezó a surgir una nueva corriente para las políticas de salud y así mismo de la epidemiología médica, dando un nuevo esquema del proceso de enfermedad pasando de un modelo unicausal a un modelo multifactorial, es decir el agente causal de la patología perdió protagonismo logrando que se volteara a ver la realidad socioeconómica de la persona previa a la patología

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud

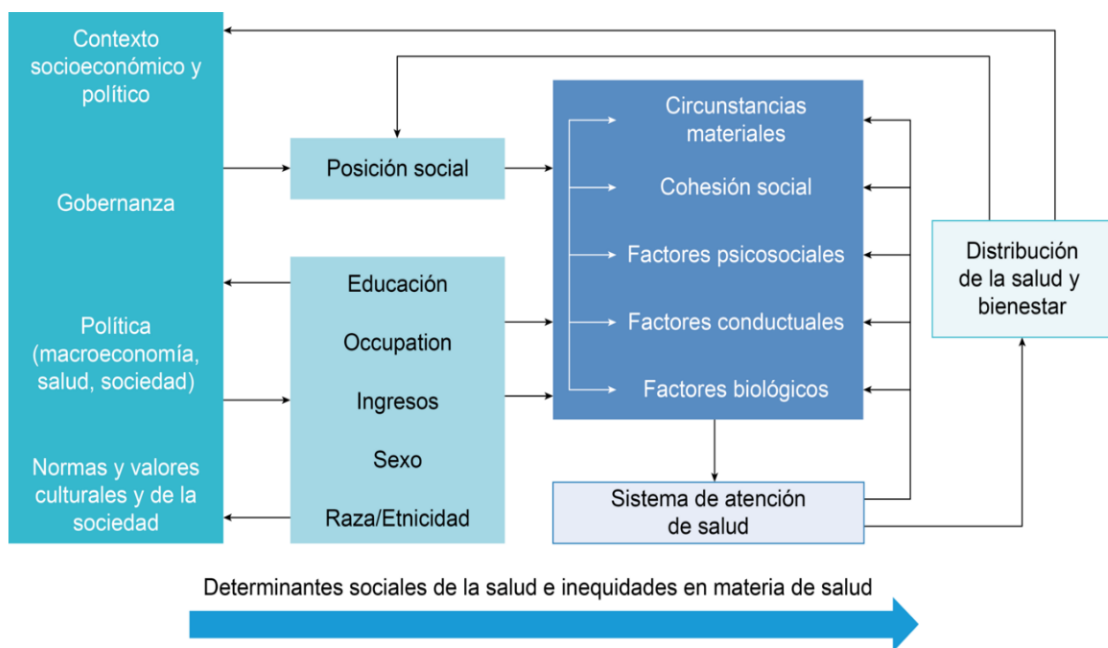


Ilustración 4 Determinantes sociales, tomada de www.who.int

Jaime Breilh hace una observación interesante sobre un problema en la cuestión del campo de la salud, donde la medicina crítica es un lugar de lucha y que al igual que otras fuentes de la ciencia, tiende a estar en medio de la disputa de poderes e intereses sociales, donde puede verse afectada por intereses externos llevando a sistemas de sociedades malsanas, no sustentables, debido a esto surgieron nuevos estudios y recalca trabajos como los realizados en la UAM-Xochimilco acerca de la maestría de medicina social pionera en estos nuevos modelos que derrocarían el

causalismo en la génesis de la salud por medio de los determinantes sociales (Breilh, 2013).

Teniendo en cuenta la vigencia y el avance poblacional, en el 2000 se crearon los objetivos del milenio (ODM) por parte de la Organización de Naciones Unidas (ONU) que tenía como meta para el 2015 mejorar aspectos sociales de importancia, los cuales eran:

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



Producido en colaboración con TROLLBÄCK + COMPANY | TheGlobalGoals@trollback.com | +1.212.529.1010
Para cualquier duda sobre la utilización, por favor comuníquese con: dpcampaign@un.org

Ilustración 5 Objetivos de desarrollo sostenible, tomada de la página oficial de la OMS

Después de que se celebrara la reunión en 2015 para ver como se había avanzado con respecto a estas metas, se elaboró posteriormente los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) que consta de 17 objetivos que a grandes rasgos se puede considerar una forma de PIDESC, pero ahora más con el enfoque sostenible como dice su nombre, secundario al cambio climático y la sobre explotación de los recursos ambientales, de alguna manera Jaime Breilh nos hacía referencia a estas

luchas de poderes y la reproducción de sistemas insostenibles y malsanos que condenarían a la población y creo que no estaba tan equivocado (UN, 2023).

Actualmente tras el 40 aniversario de la Declaración de Alma-Ata, se ratifica y se plantea la Declaración de Astaná que lleva los cimientos de la Atención primaria y que enfoca, sobre todo, los avances tecnológicos además de optar por la sostenibilidad y apegado también a los ODS (OMS, Declaración de Astaná, 2018).

Contexto nacional

Con respecto al derecho a la salud en México, desde el siglo XVII existieron instituciones públicas que brindaban los servicios de salud, desde el Real Tribunal del Protomedicato (1628), la facultad de medicina del Distrito Federal (1831) al Consejo Superior de Salubridad (1841), se encargaban de las necesidades de asistencia, que posteriormente se transformarían en la dirección de la Beneficencia pública en 1861, pero no fue hasta 1891 cuando se redactara el primer código sanitario.

Pasado el tiempo la Dirección de Beneficencia pública fue sustituido en 1943 por la secretaria de Salubridad y Asistencia como un solo organismo para coordinar, los esfuerzos de atención en salud, se priorizaron los ámbitos en infraestructura, campañas, programas y comités para mejorar la salud, el 6 de septiembre de 1978 en Rusia se lleva a cabo la conferencia Alma-Ata sobre la Atención Primaria de la Salud dando al primer nivel la atención requerida además de las actividades como partería, hueseros, herbolaria y otras fuentes tradicionales relevancia y participe en la atención en pueblos (OMS, Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, 1978) y volviendo a poner en la mesa el Derecho a la salud proclamado por la OMS, donde nace en 1979 el Programa IMSS-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR).

En 1981 México ratifica el PIDESC cambiando así la forma en la que se percibía el derecho y empezando el debate de si poner como protección a la salud o derecho a la salud, generando que el 3 de febrero de 1983 se elevara a rango constitucional el derecho a la salud, el cual fue acompañado por la publicación de la Ley general de la salud (LGS) publicada el 7 de febrero de 1984, debido a que en el art. 4 constitucional donde el gobierno definiría las bases y accesos a los servicios de salud y fue hasta 1985 que se sustituye La secretaria de salubridad y asistencia por la actual secretaria de Salud (SS).

Seguido a eso hubo varias reformas y en 1989 se cambia COPLAMAR por IMSS-Solidaridad y no fue hasta el 2003 donde se hace una reforma a la LGS para que se pudiera brindar servicio de salud de forma universal el cual sería manejado por el Seguro Popular (SP), posteriormente en 2011 se eleva a derecho humano el derecho a la salud por parte del Estado y en 2014 se reforma la LGS para que la SS no solo funcionara como coordinadora sino que también participará activamente en la atención a la salud, además de encontrar grandes problemas en la atención a la salud (Garfias, 2015).

En el plan sectorial de salud 2013-2018 se plantea que el sistema de salud tenía 3 problemas en ese momento

1. Modelo de salud enfocado en lo curativo y no en lo preventivo.
2. Falta de políticas en salud multidisciplinarias, interinstitucionales y bien coordinadas.
3. Los arreglos de organización y financieros que no permiten un adecuado uso de los recursos y desigualdad en su manejo

Planeaban combatirlo con 6 acciones globales que se describirían más a fondo a través de metas e indicadores:

1. Intensificar la promoción y protección de salud, así como prevenir enfermedades y actividades perjudiciales para la misma.
2. Mejorar el acceso a los servicios de salud de calidad a través de la atención primaria equiparable y resolutive.
3. Regulación, control y fomentos sanitarios.
4. Controlar las enfermedades de rezago, muerte materna, infantil, obesidad, Etc. Así como trabajo con los grupos vulnerables.
5. Optimizar la generación y uso de recursos en materia de salud, además de la simplificación de trámites y normativas.
6. Transformar el Sistema Nacional de Salud para que todos cuenten con un sistema de aseguramiento publico costeable (Salud, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, 2014).

Con todo esto y el cambio político que se dio en las elecciones del 2018 se plantea varias cuestiones como el fracaso al acceso universal a la salud por parte del seguro popular, así como la descentralización, fragmentación, rezago y falta de apoyo económico que tenía el sistema de salud en México, por lo que el gobierno actual pone en marcha su plan sectorial de salud 2019-2024 el cual se plantea 5 objetivos prioritarios, que se pueden resumir en 3 grandes rubros

1. Acceso efectivo, universal y gratuito.
2. Capacidad operativa del Sistema Nacional de Salud
 - a. Mejora continua
 - b. Capacidad y calidad

3. Salud pública

- a. Vigilancia epidemiológica y salud sexual y reproductiva.
- b. Salud para el bienestar.

Dentro del Plan Sectorial de Salud lo que se puede resumir como importante es:

- Creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).
- Integración de los servicios públicos de salud en un solo órgano.
- Política de servicios de salud y medicamento gratuito.
- Incremento de los recursos financieros del sector salud.
- Incremento de la plantilla laboral del sector salud.
- Incremento de infraestructura y mantenimiento de esta.
- Modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APS-I) como base primaria.
- Políticas de interculturalidad y trato digno.
- La regulación sanitaria y lucha contra la corrupción.
- Atención con énfasis a grupos vulnerables, mujeres y niños.

Aunque suena algo ambicioso que el programa este hecho para que al culminar el sexenio del actual presidente Andrés Manuel López Obrador se logre por lo menos la unión del sistema de salud y gran parte de la cobertura y acceso a la salud (Salud, Programa Sectorial De Salud 2019-2024, 2019)

Actualmente la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos publicada en el DOF de 1917 y con su última reforma 2020 dice en su Artículo 1º: *En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Párrafo reformado DOF 10-06-2011* En el cual nos garantiza no solo el derecho a la salud, también se compromete a estar a la altura de las metas internacionales sobre estos.

También en el Artículo 4º Cuarto párrafo: *Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. Párrafo adicionado DOF 03-02-1983. Reformado DOF 08-05-2020* En el mismo artículo también se disponen las garantías para la igualdad de género, vivienda digna, agua potable, ambiente sano, cuidado prioritario de los niños, atención a discapacitados etc.

Así como el citado Artículo 73 en la Fracción XVI nos dice: *Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República. Párrafo reformado DOF 18-01-1934*

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República. Base reformada DOF 02-08-2007

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan. Base reformada DOF 06-07-1971

La ley general de salud actualmente consta de 18 títulos que contienen 482 artículos, los cuales definen en si la forma de cómo se da el derecho a la salud en México, desde la parte de las leyes, como la organización, base de definiciones operativas y todo lo del área que compete a la salud incluyendo los factores sociales y económicos, la cual tuvo varias adaptaciones en 2019 para que pudiera estar a la par de lo que es el Plan sectorial de salud del gobierno actual ((SS), 2020).

Actualmente las políticas de salud han presentado un perfil más dirigido a lo que se esperaría en el ámbito internacional acerca del derecho de la salud, sin embargo, aún hay mucho camino por cubrir, parte de las políticas van en buen camino, pero para lograr las garantías se necesita mejorar las políticas en todos los sentidos, esperemos que en un futuro próximo esto pueda llevarse a cabo.

DIAGNOSTICO COMUNITARIO

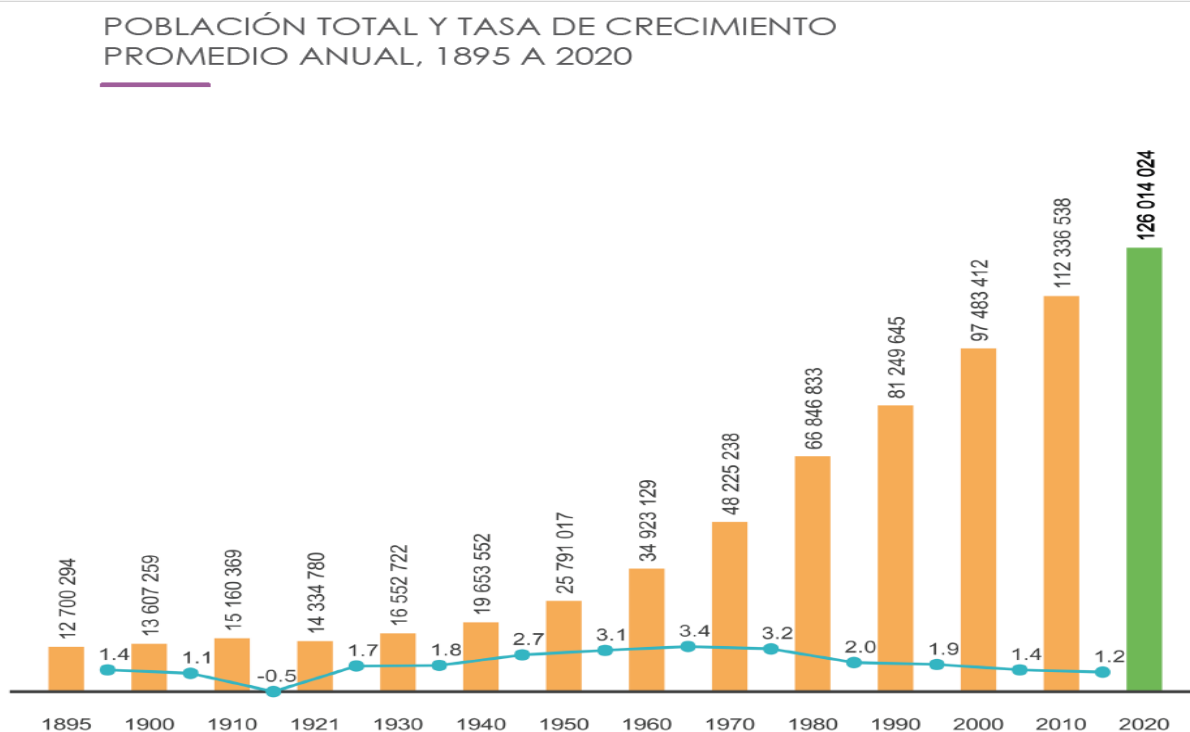
Datos Nacionales

En México el último gran censo por parte Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) que se realizó en el 2020, se registró una población de 126,014,024 personas en total, con un incremento poblacional constante desde la década de 1960, aunque la tasa de crecimiento se ha visto disminuida en las últimas décadas el crecimiento poblacional es consistente.

De la población total, 61,473,390 (48.8%) personas son hombres y 64,540,634 (51.2%) son mujeres, lo que implica una relación de 95-100 respectivamente, aunque por grupos de edades la relación hombres-mujeres, se ve cambiada en grupos de 0-19 años hay más hombres que mujeres, mientras que de los 20 adelante va disminuyendo, esto atribuible a la migración por empleo, la mayor mortalidad en hombres entre otros factores.

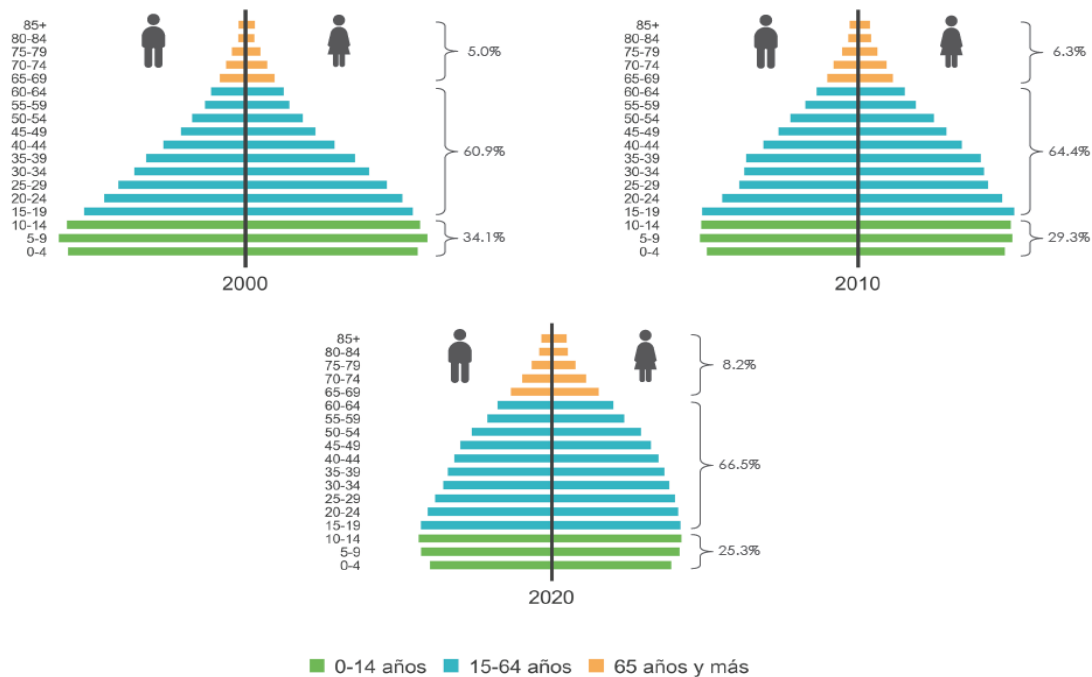
Actualmente la mayoría de la población reside en localidades de más de 100,00 habitantes, siendo el 48,4% de la población, seguida del 21.4% que todavía habita en comunidades menores de 2,500 habitantes.

EL estado con mayor población es el Estado de México con 16,992,418 personas, mientras que el estado con menos población es colima con 731,391 personas.



Gráfica 1 Población Total por décadas, Fuente INEGI 2020

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN, 2000, 2010 Y 2020



Grafica 2 pirámide poblacional nacional, Fuente INEGI 2020

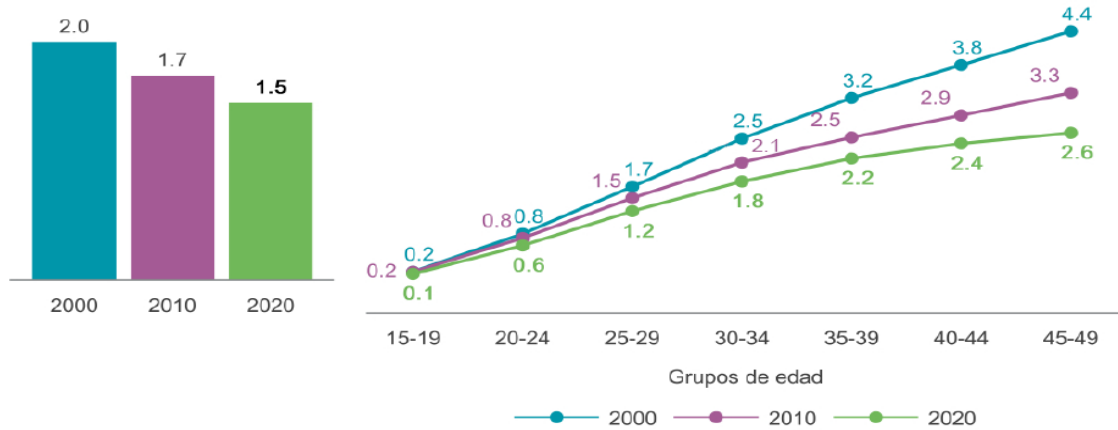
En la imagen anterior podemos apreciar cómo fue cambiando la distribución de las edades de la población en México durante las últimas 2 décadas, observando que la población menor a 15 años al principio representaba el 34.1% en el 2000, ahora representa solo el 25.3% incrementando así la edad media de la población, además se muestra como la población adulta al mismo tiempo también incremento, pasando del 5.0% al 8.2% en las últimas 2 décadas.

La vida media de México para el 2020 es de 29 años, debido al incremento de población en edad laboral, dejando ver un incremento en la longevidad de la población, el estado con la edad media más alta es la Ciudad de México con 35 años, mientras que por el lado opuesto Chiapas es la entidad con la vida media más joven siendo esta de 24 años.

Todo esto es secundario a la transición demográfica que está sufriendo tanto nuestro país como el mundo, esto porque cada vez hay menos nacimientos y vivimos más.

Como antes se mencionaba una de las partes importantes del cambio demográfico que se ha dado a lo largo de las décadas es secundario a la disminución de los hijos nacidos que existe, que es consistente en todos los grupos de edades donde pasamos del promedio de 2 hijos por mujer a 1.5 hijos por mujer en dos décadas.

PROMEDIO DE HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, 2000, 2010 Y 2020



Nota: Excluye a las mujeres que no especificaron si han tenido hijas e hijos nacidos vivos y a las que sí han tenido hijas e hijos, pero no especificaron el total.

Grafica 3 Fuente INEGI 2020

El número de hijos que tienen las mujeres tiene como variable la escolaridad, en la cual entre mayor escolaridad menos hijos tienen, en el censo con las preguntas ampliadas, se obtuvo que las mujeres con estudios superiores (licenciaturas, ingenierías, etc.) tienen en promedio 1 hijo, mientras que las que no tienen estudios en promedio tienen 2.8 hijos.

En el 2020 inicia la pandemia de COVID-19 lo que trajo ciertas consecuencias entre estas las defunciones, en la tabla de las principales causas de defunción podemos ver como ocupa el 2° lugar del total, siendo la principal causa de muerte en hombres y ocupando el 3° lugar en el caso de mujeres.

Pese a ese cambio es importante señalar, que las 5 principales causas de muerte tanto del total como de hombres y mujeres son los mismos Enfermedades del corazón, Diabetes, tumores malignos, influenza y neumonía.

Cabe señalar que en el top 10 de las causas de muerte aparece los homicidios o muertes secundarias a agresiones, ocupando el octavo lugar, pero el sexto en el caso de los hombres, lo cual denota preocupación ante la seguridad de las personas, la mayoría de las muertes fueron realizados con arma de fuego o armas blancas.

Principales causas de muerte por sexo⁷

Rango	Total	Hombre	Mujer
1	Enfermedades del corazón 218 885 En 2019 fueron 156 041	COVID-19 129 329	Enfermedades del corazón 97 233 En 2019 fueron 72 768
2	COVID-19 201 163	Enfermedades del corazón 121 637 En 2019 fueron 83 258	Diabetes mellitus 72 173 En 2019 fueron 52 643
3	Diabetes mellitus 151 214 En 2019 fueron 104 354	Diabetes mellitus 79 038 En 2019 fueron 51 711	COVID-19 71 829
4	Tumores malignos 90 645 En 2019 fueron 88 680	Tumores malignos 44 498 En 2019 fueron 43 296	Tumores malignos 46 145 En 2019 fueron 45 384
5	Influenza y neumonía 56 830 En 2019 fueron 31 081	Influenza y neumonía 34 897 En 2019 fueron 17 034	Influenza y neumonía 21 928 En 2019 fueron 14 046
6	Enfermedades del hígado 41 520 En 2019 fueron 40 578	Agresiones (homicidios) 32 147 En 2019 fueron 32 530	Enfermedades cerebrovasculares 18 091 En 2019 fueron 17 659
7	Enfermedades cerebrovasculares 37 054 En 2019 fueron 35 303	Enfermedades del hígado 30 319 En 2019 fueron 29 692	Enfermedades del hígado 11 198 En 2019 fueron 10 879
8	Agresiones (homicidios) 36 579 En 2019 fueron 36 661	Accidentes 25 371 En 2019 fueron 25 758	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 10 062 En 2019 fueron 11 269
9	Accidentes 32 334 En 2019 fueron 33 524	Enfermedades cerebrovasculares 18 961 En 2019 fueron 17 644	Accidentes 6 942 En 2019 fueron 7 730
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 21 972 En 2019 fueron 23 768	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 910 En 2019 fueron 12 499	Insuficiencia renal 6 632 En 2019 fueron 6 359

■ Enfermedades del corazón
 ■ Diabetes mellitus
 ■ Tumor maligno
 ■ Otras enfermedades no transmisibles
 ■ Accidentes
 ■ Agresiones (homicidios)
 ■ Enfermedades transmisibles
 ■ COVID-19

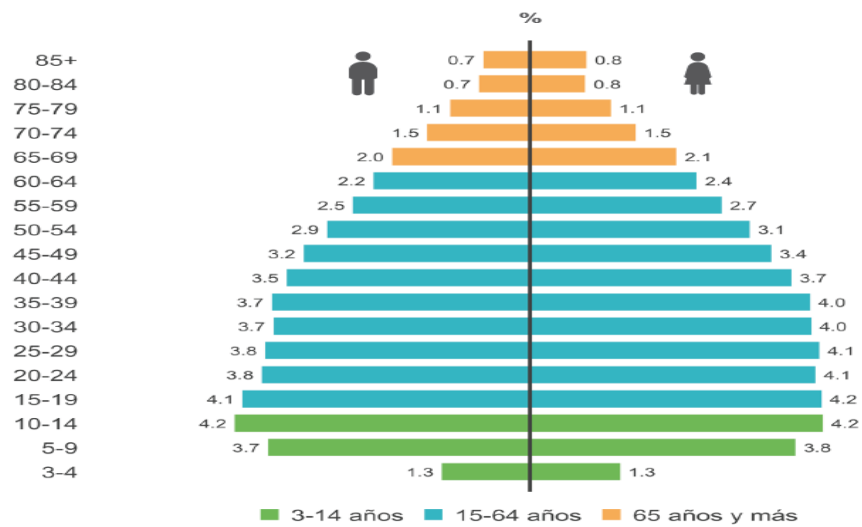
Tabla 1 Principales 10 causas de muerte por sexo. Fuente INEGI 2020

México hay un total de 7,364,645 persona de 3 años en adelante que hablan alguna lengua indígena para el 2020, lo cual es un incremento comparado con las 6,913,362 que había en 2010. El porcentaje promedio de población de 3 años o más que habla alguna lengua indígena es de 6.1%, de estos el porcentaje que solo habla lengua indígena es de 11.8% el resto habla también español.

Dentro de la población que habla lenguas indígenas, encontramos que la más hablada es el Náhuatl con 22.4% seguido del Maya con 10.5% y en tercer lugar el Tzeltal con 8.0%.

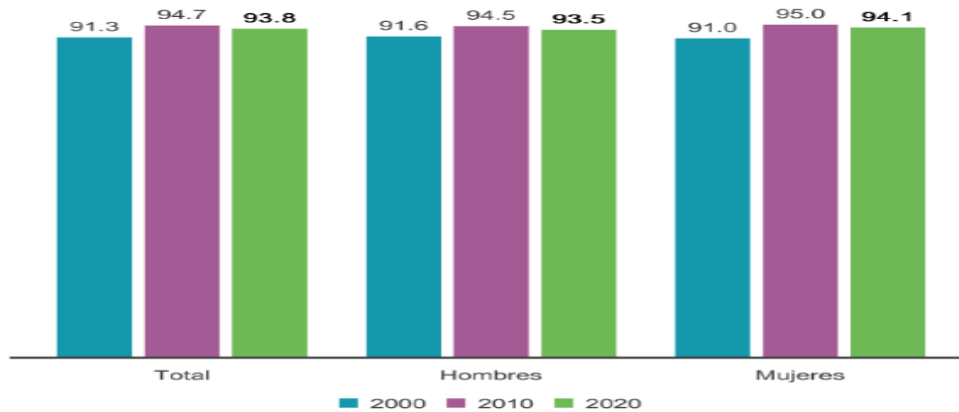
La población que se considera indígena en 2020 es de 23,229,089 personas de las cuales 11,949,189 son mujeres y 11,279,900 son hombres, esto según su auto percepción.

ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN DE 3 AÑOS Y MÁS HABLANTE DE LENGUA INDÍGENA



Gráfica 4 pirámide poblacional por edad y sexo de población indígena, Fuente INEGI 2020

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 6 A 14 AÑOS QUE ASISTE A LA ESCUELA SEGÚN SEXO, 2000, 2010 Y 2020

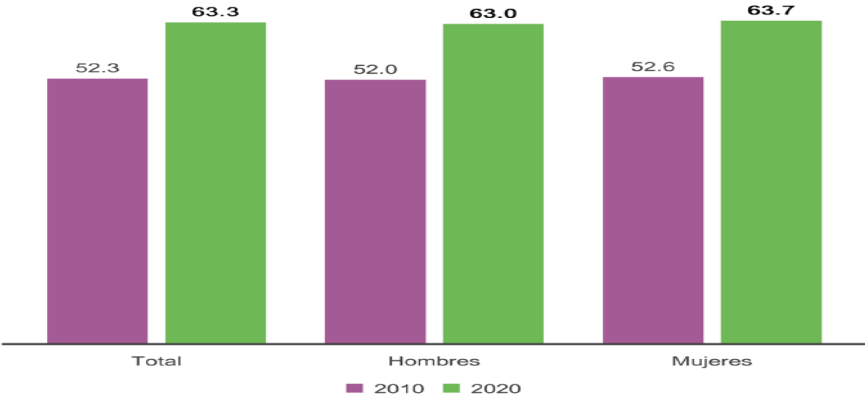


e: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Cuestionario Básico.
Censo de Población y Vivienda 2010, Cuestionario Básico.
Censo de Población y Vivienda 2020, Cuestionario Básico.

Gráfica 5 Fuente INEGI 2020

En cuanto a la educación tenemos que la participación de niños entre los 3 a 5 años ha incrementado de forma considerable, mientras que en la educación de niños entre 6 y 14 años se ha mantenido casi constante, mientras que los adolescentes y adultos entre 15 y 24 años también ha incrementado lo que implica que hay un mayor número que cursan el nivel licenciatura.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 3 A 5 AÑOS QUE ASISTE A LA ESCUELA SEGÚN SEXO, 2010 Y 2020



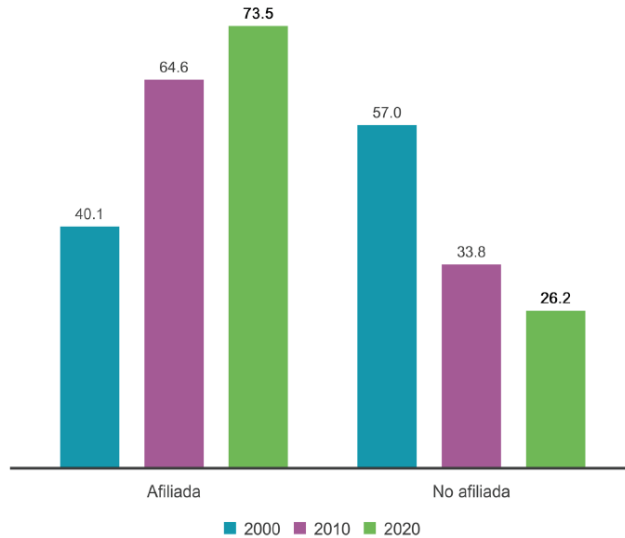
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010, Cuestionario Básico. Censo de Población y Vivienda 2020, Cuestionario Básico.

Grafica 6 Fuente INEGI 2020

También se reporta un decremento en el analfabetismo en personas de 15 en adelante se reporta tan solo un 4.7 de tasa de analfabetismo lo cual es una mejoría ya que en 2010 era de 9.5 y en 2010 de 6.9 lo que implica una mejoría en la educación no solo de los niños, también en la educación de los adultos.

En cuanto a la salud en el censo de INEGI podemos encontrar de manera esperanzadora un incremento en la población que está afiliada a algún sistema de salud, asegurando a la fecha más del 70% de la población.

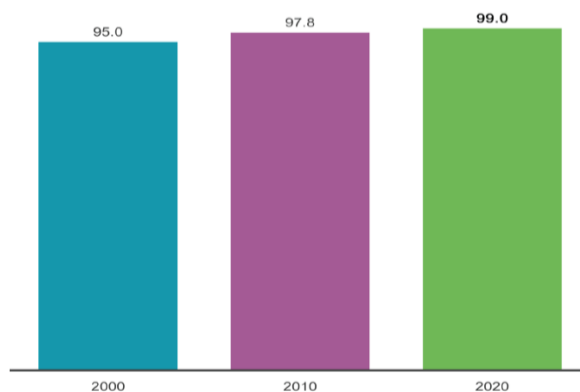
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, 2000, 2010 Y 2020



Nota: La distribución porcentual no suma 100%, porque no se grafica el valor del No especificado. En 2000 y 2010 se refiere a la población derechohabiente a servicios de salud.

Grafica 7 Fuente INEGI 2020

PORCENTAJE DE VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS QUE CUENTAN CON ENERGÍA ELÉCTRICA, 2000, 2010 Y 2020



Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Cuestionario Básico. Censo de Población y Vivienda 2010, Cuestionario Básico. Censo de Población y Vivienda 2020, Cuestionario Básico.

Grafica 8 Fuente INEGI 2020

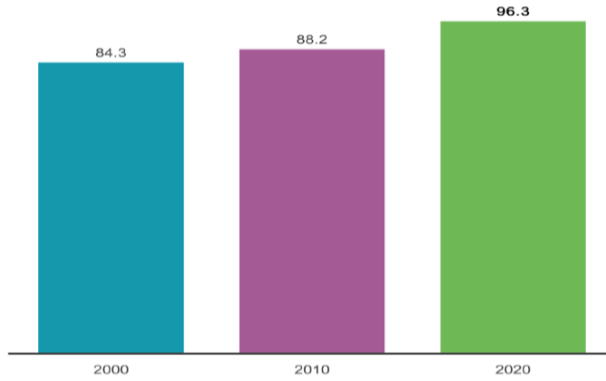
De esta población afiliada el 51% depende del IMSS mientras que el 35.5% este afiliado al nuevo Instituto de Salud del bienestar (INSABI).

Pero en cuanto al uso de estos el IMSS, SSA (también INSABI) y servicios particulares son a los que más acude la gente para resolver las cuestiones de salud con 32.3%. 29.5% y 16.3% respectivamente.

Como parte de la evaluación que se realiza para saber si una población está avanzando o no se valora si cuentan con los servicios básicos, agua, luz y drenaje, los cuales podemos observar a la izquierda, donde podemos observar claramente como se avanza hasta la cobertura total de estos servicios.

El más avanzado es el servicio de electricidad donde se estimó que al menos el

PORCENTAJE DE VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS QUE DISPONEN DE AGUA ENTUBADA, 2000, 2010 Y 2020

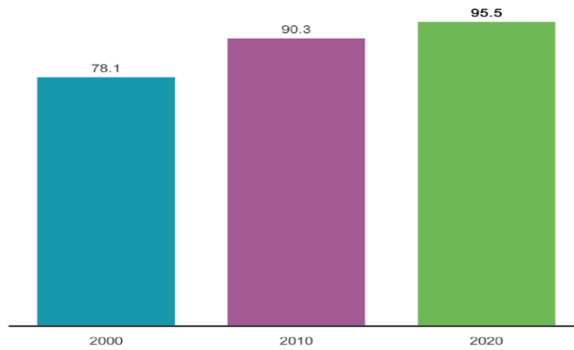


Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Cuestionario Básico, Censo de Población y Vivienda 2010, Cuestionario Básico, Censo de Población y Vivienda 2020, Cuestionario Básico.

99% de la población cuenta con este servicio, en cuanto al agua entubada marca que el 96,3% pero comparado con años pasados mejoro bastante, y por último el servicio de drenaje que actualmente el 95.5% cuenta con drenaje en casa, pero aún falta un poco para asegurar que todos tengan los servicios básicos.

Grafica 9 Fuente INEGI 2020

PORCENTAJE DE VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS QUE DISPONEN DE DRENAJE, 2000, 2010 Y 2020



Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Cuestionario Básico, Censo de Población y Vivienda 2010, Cuestionario Básico, Censo de Población y Vivienda 2020, Cuestionario Básico.

Grafica 10 Fuente INEGI 2020

Datos estatales

Chiapas es un estado mágico, que conserva gran parte de su cultura y recursos naturales, este se localiza al sureste de México, sus coordenadas son al norte 17°59', al sur 14°32', al este 90°22' y oeste 94°14' y colinda con los estados de tabasco, Veracruz y Oaxaca, compartiendo frontera internacional con la República de Guatemala la cual son 658.5 km que es el 57.3% de la extensión fronteriza.

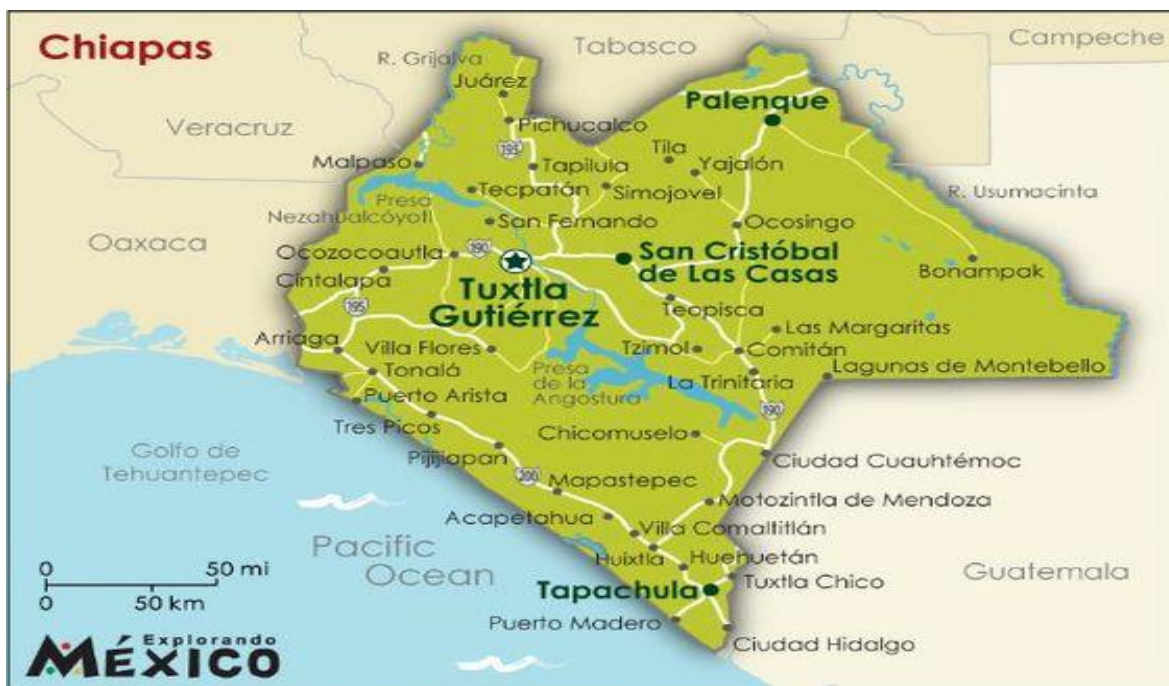


Ilustración 6 Mapa de Chiapas, tomada de internet

Tiene una superficie de 74,415 km² lo que representa el 3.8% del territorio mexicano con esto es el octavo estado más grande de la República mexicana, y una extensión de litoral de 260 kilómetros.

Su capital-estado es Tuxtla Gutiérrez, las principales ciudades a parte de su capital son San Cristóbal de las Casas, Tapachula, Palenque, Comitán, Chiapa de Corzo las cuales tienen atractivo turístico importante además de ser puntos de distribución del resto de poblados (Chiapas, 2023).

Sus regiones fisiográficas se dividen en Llanura costera del pacífico, Sierra Madre de Chiapas, Depresión central, Altiplano central, Montañas del Norte, Montañas del Oriente, Llanura contera del Golfo, estos aspectos del estado son los que le dan su clima característico cálido-húmedo en el 54% del territorio, un 40% clima cálido-subhúmedo, 3% templado-húmedo y el 3% restante templado-Subhúmedo con abundantes lluvias al norte todo el año y en el resto del estado con abundancia en verano. (INEGI, Cuentame.inegi, 2023)

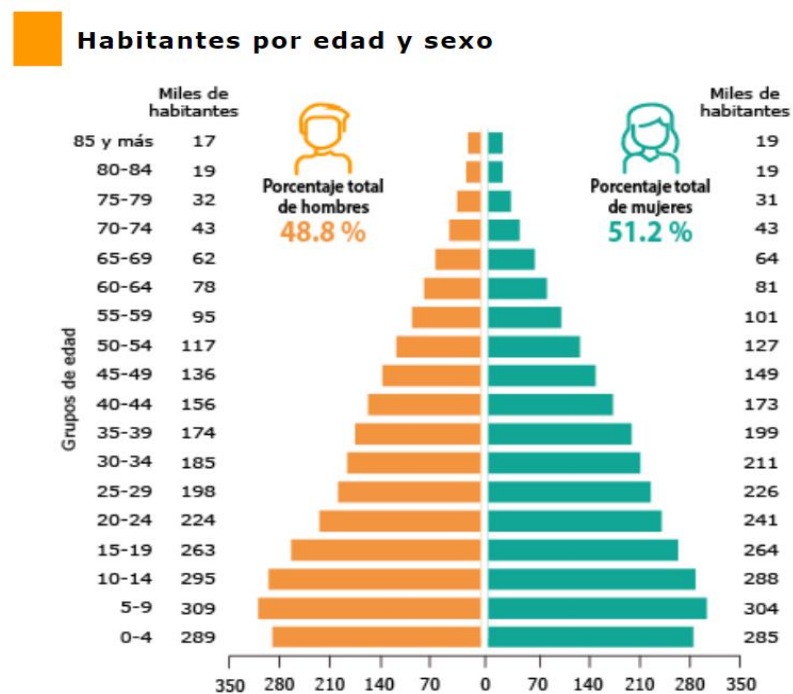
Actualmente Chiapas está conformado por 123 municipios los cuales se distribuyen en 15 regiones:

- Región I. Metropolitana
 - Región II. Valles Zoque
 - Región III. Mezcalapa
 - Región IV. De los Llanos
 - Región V. Altos Tsotsil-Tzeltal
 - Región VI. Frailesca
- Región VII. De Los Bosques
 - Región VIII. Norte
 - Región IX. Istmo-Costa
 - Región X. Soconusco
 - Región XI. Sierra Mariscal
- Región XII. Selva Lacandona
 - Región XIII. Maya
 - Región XIV. Tulijá Tzeltal Chol
 - Región XV. Meseta Comiteco Tojolabal

Dentro de estos se encuentran los pueblos originarios o indígenas Tzeltal, Tsotsil, Ch'ol, Tojol-ab'al, Zoque, Chuj, Kanjobal, Mam, Jacalteco, Mochó, Cakchiquel y Lacandón o Maya caribe, que son 12 de los 62 pueblos indígenas reconocidos oficialmente en México (Chiapas, 2023).

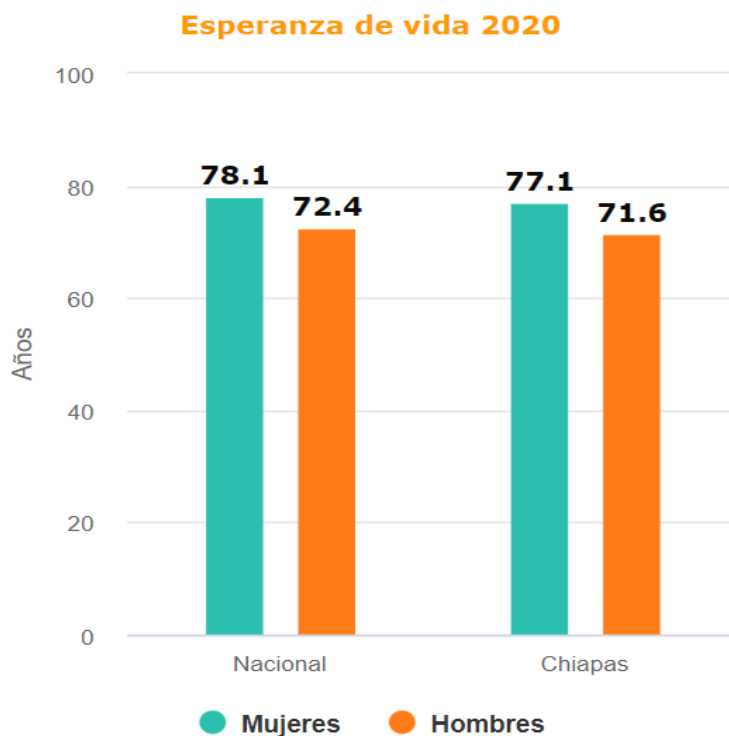
Para el 2020 en Chiapas viven 5,543,828 personas, de las cuales 2,837,881 son mujeres y 2,705,947 son hombres, de esta forma se coloca en el 8° puesto de los estados más habitados, en su pirámide poblacional podemos observar que la población es más joven, que la que tiene la media nacional.

De la población total en Chiapas 49% vive en zonas urbanas y 51% en zonas rurales, distribuidas en 20,951 localidades rurales y 206 urbanas, por lo cual la población en las zonas urbanas está altamente concentrada mientras que la población rural está muy dispersa con una densidad de población de 76 personas por kilómetro cuadrado.



Grafica 11 pirámide poblacional de Chiapas Fuente INEGI 2020

En Chiapas la esperanza de vida en Chiapas es de 74.3 años, comparada con la nacional de 75.2 años no es tan diferente.



Al igual que sucede en otras entidades en Chiapas las mujeres viven en promedio más que los hombres.

Para el 2019 se registraron en el estado 49,766 nacimientos con un promedio de hijos nacidos de 1.8 en mujeres de 15 a 49 años. También se presentaron 28,317 defunciones las principales causas de muerte fueron enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos

Grafica 12 Esperanza de vida en Chiapas, Fuente INEGI 2020

En Chiapas hay 1,459,648 personas mayores de 3 años que hablan alguna lengua indígena, colocando al estado como el 2° con más hablantes de lenguas indígenas solo por debajo de Oaxaca (Chiapas, 2023).

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

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

Tabla 2 Principales lenguas habladas en Chiapas

Como se puede observar en la tabla la lengua más hablada es el Tzeltal, seguida del Tsotsil Ch'ol y Tojolabal, pese a que hay más lenguas que se hablan estas son las que más impacto tienen en la región.

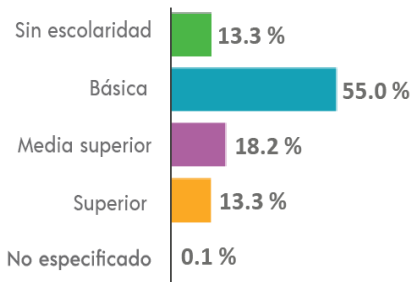
En Chiapas para el 2020 el grado promedio de escolaridad de población de 15 años y más es de 7.8, lo que equivale a casi segundo año de secundaria, también en esta misma población 14 de cada 100 personas no saben leer o escribir y de los cuales

más del 50% son las personas que tienen más de 75 años y va en decremento conforme son más jóvenes.

La asistencia escolar es del 89% en niños de 6 a 14 años, la nacional de encuentra en 94%.

CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

Población según nivel de escolaridad⁵

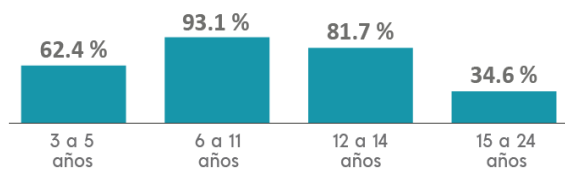


⁵ De 15 años y más.

Tasa de alfabetización

15 a 24 años	96.3 %
25 años y más	82.6 %

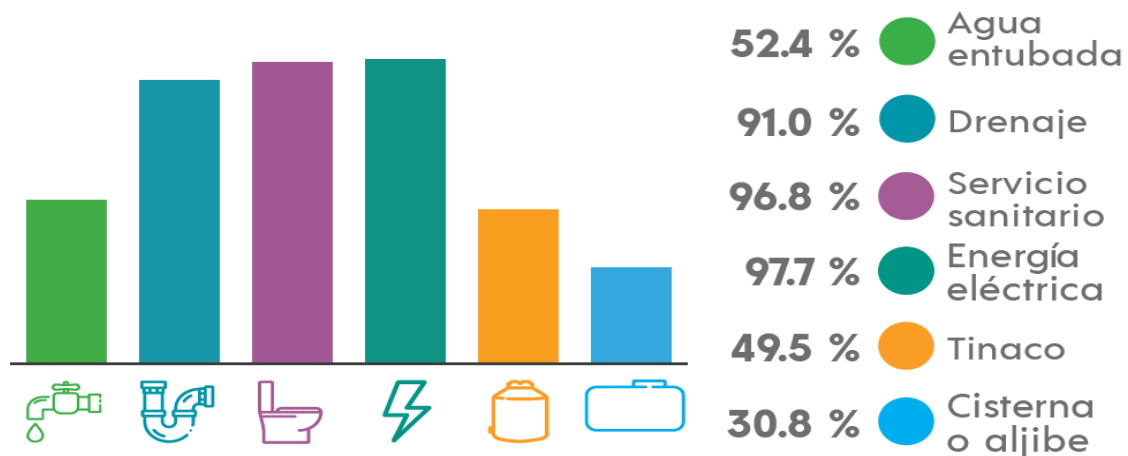
Asistencia escolar



Grafica 13 Fuente INEGI 2020

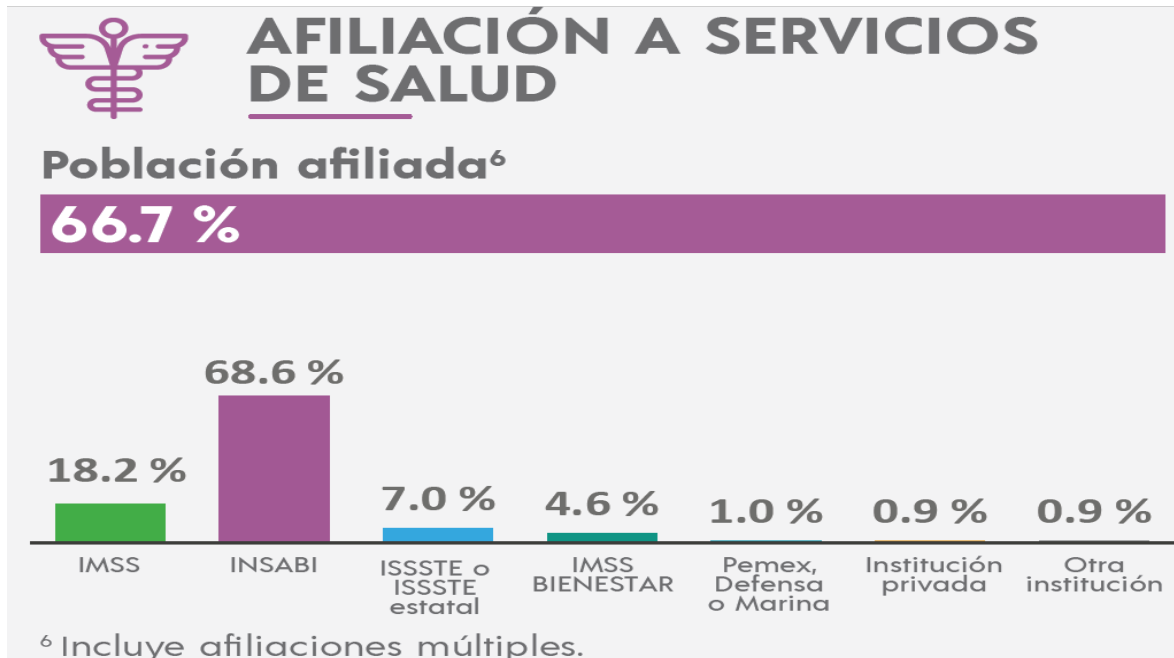
En Chiapas hay 1,351,023 viviendas particulares habitadas, a nivel nacional son 35,219,141, lo que la pone en el octavo lugar de viviendas particulares, el municipio con mayor cantidad de viviendas fue Tuxtla Gutiérrez con 166,151, el 41.8% de estas cuentan con solo un dormitorio, el 73.8% tiene pisos de cemento o firme, el 78,3% usan tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto y los techos en un 58.5% utilizan techo de concreto oviguetas con bovedilla.

Disponibilidad de servicios y equipamiento



Grafica 14 Fuente INEGI 2020

Como podemos apreciar en la grafica en cuanto a los servicios basicos, el agua entubada dentro de la vivienda corresponde al 52.4% de la poblacion muy por debajo de la nacion, al mismo tiempo el drenaje conectado a la red publica solo es del 57.3% otra vez por debajo de la nacional .

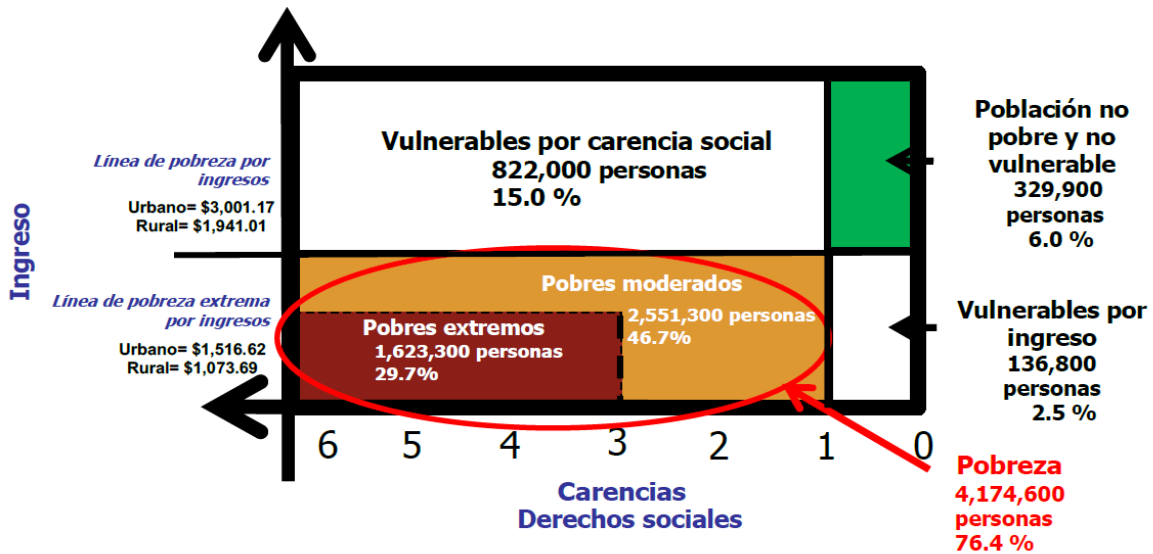


Grafica 15 Fuente INEGI 2020

El 66.7% de la población tiene una afiliación con algún tipo de servicio de salud, como podemos observar en la gráfica, la mayoría de esta población está protegida por el INSABI con un 68.6% seguido del IMSS con 18,2% ISSSTE 7,0% e IMSS bienestar con 4.6% mostrando el gran impacto que tuvo la creación del INSABI y la protección a la salud que actualmente otorga a la población (INEGI, Panorama Sociodemografico de México 2020 Chiapas, 2020).

Chiapas se posiciona como uno de los estados más pobres de la nación, recordemos que hay varias dimensiones que se analizan para decir si la población es pobre o no, pero al menos en el último reporte del 2020 del CONEVAL para el 2018 al menos 4,174,600 personas equivalente al 76.4% de la población tiene algún grado de pobreza en Chiapas (Social, 2020).

Solo el 6% de la población se mantiene a salvo de ser pobre y tener condiciones de vulnerabilidad, lo cual es muy poco, por lo cual hay que enfatizar la lucha por la desigualdad social que viven las poblaciones en este estado y que vulneran las posibilidades del derecho a la salud.



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

Como podemos observar las características de la población en Chiapas, reflejan la gran falta de mejoría en su población en general, la mayoría de su población vive en condiciones que se busca eliminar, comparado con los demás estados hay muchas cosas que mejorar, pero también se deben de buscar los mecanismos ideales para evitar derribar la cosmovisión de la población en alas del desarrollo ya que la riqueza cultural y ambiental que manejan es grandiosa y enorme.

Datos Municipales

Chilón es el municipio de Chiapas que se encuentra en las coordenadas 16°56' y 17°17' de latitud norte, los meridianos 91°38' y 92°25' de longitud oeste, altitud entre 0 y 2 100m, colinda al norte con los municipios de Yajalón, Tumbalá, Salto del Agua y Palenque, al oeste con el municipio de Ocosingo y San Juan Cancuc, al oeste con los municipios de San Juan Cancuc, Sitalá, Pantelhó y Yajalón (INEGI, Compendio de información geográfica municipal 2010 chilon, chiapas, 2020).

Chilón tiene una distribución territorial de 1,674.5 kilómetros cuadrados, que representa el 2.3% del territorio estatal, su densidad de población es de 82.0 Hab/km².

El clima en su mayoría es Cálido Húmedo, con lluvias todo el año (30.33%), Cálido húmedo con abundantes lluvias en verano (25.44%), semicálido húmedo con lluvias todo el año (11.13%), cálido subhúmedo con lluvias en verano (3.66%), semicálido

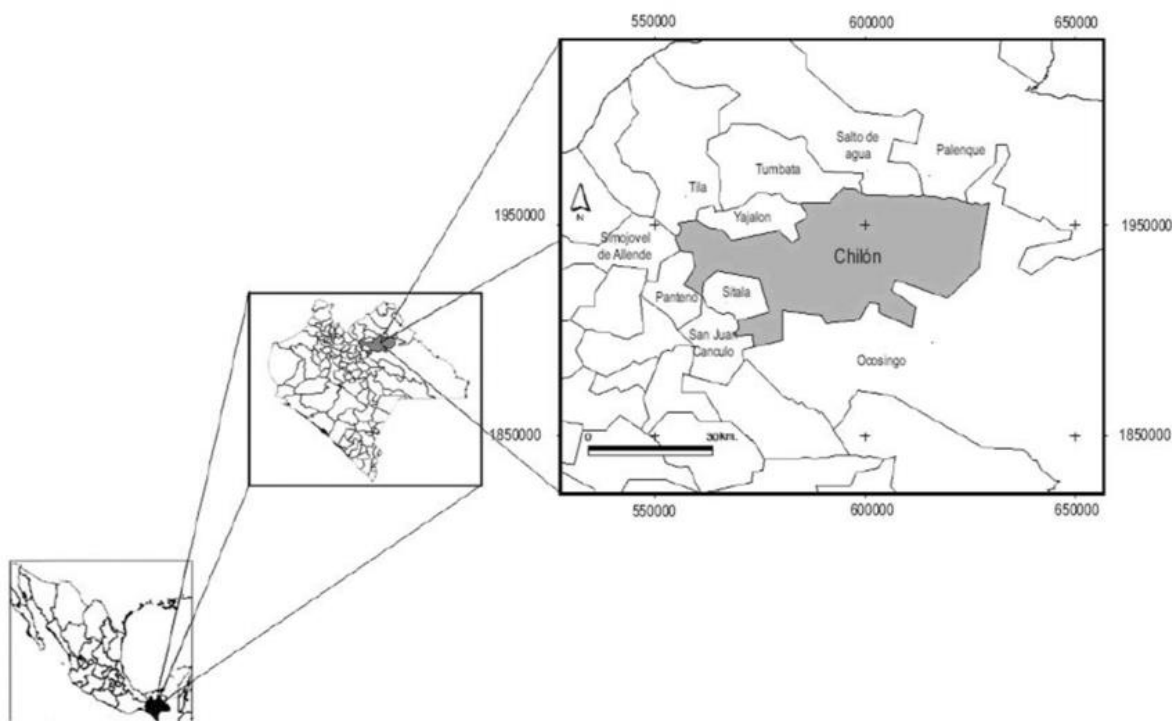


Ilustración 7 Mapa del Municipio de Chilón, tomada de internet.

subhúmedo con lluvias en verano (2.49%) y semicálido húmedo con lluvias todo el año (2.11%) con variaciones térmicas que van de los 18-26°C.

Cuenta con 687 localidades de las cuales la que contiene mayor población es Chilón con 8.982, Bachajón con 6.677 y Guaquitepec con 3,511 personas.

Cuenta con una población total de 137,262 personas que representa el 2.5% de la población estatal, de los cuales hay 96 hombres por cada 100 mujeres, la edad media de la población tiene 18 años o menos.

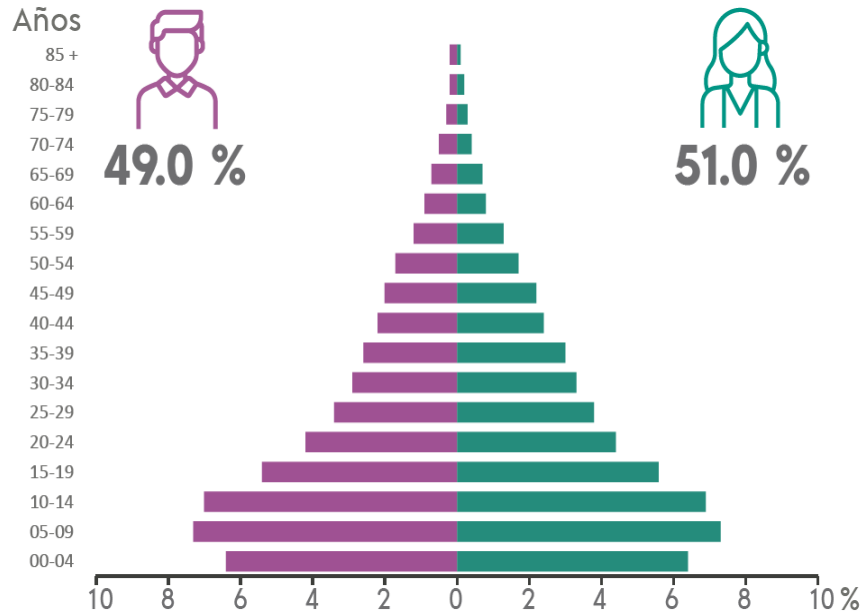
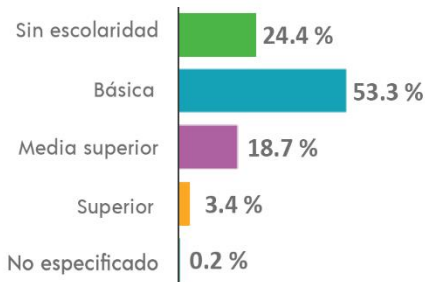


Ilustración 8 pirámide poblacional en Chilón Fuente INEGI 2020

CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

Población según nivel de escolaridad⁵



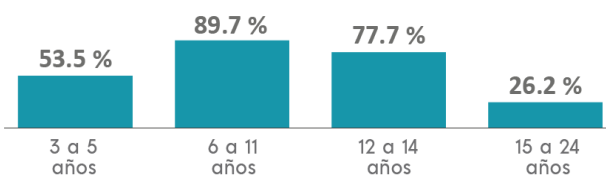
⁵ De 15 años y más.

Grafica 16 Fuente INEGI 2020

Tasa de alfabetización

15 a 24 años	92.0 %
25 años y más	63.8 %

Asistencia escolar



Grafica 17 Fuente INEGI 2020

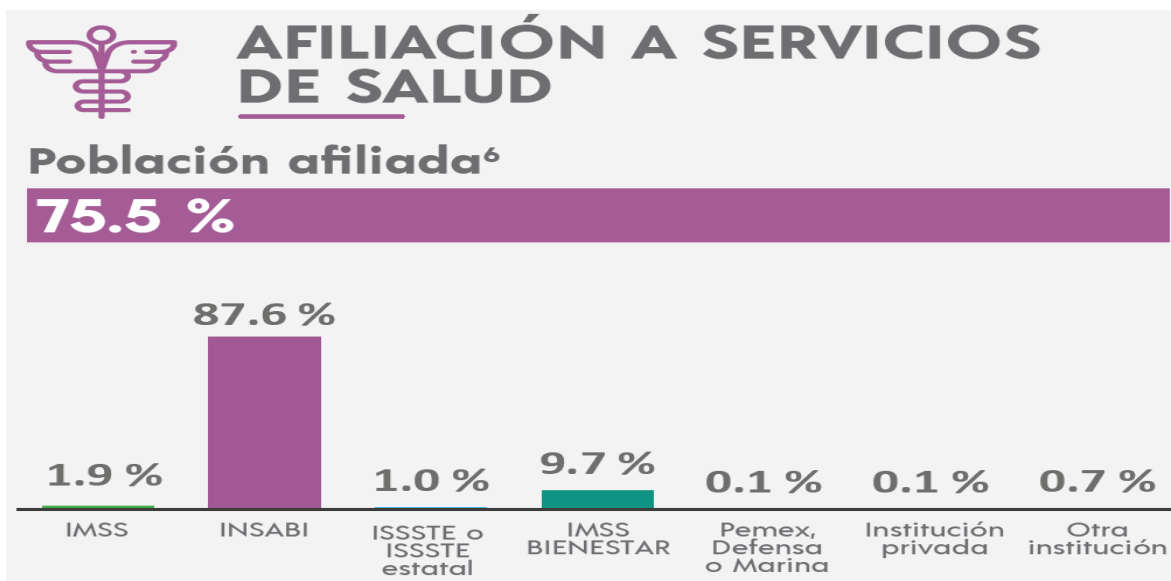
En el territorio de Chilón la población que habla lengua indígena es del 93,44% y de esta misma población que no habla español y que habla lengua indígena se reportó que era el 34.97% dentro de la región la lengua indígena más hablada es el Tseltal con el 99.8% y solo el 0.1% habla Ch'ol.

La escolaridad en el municipio consta del 53.3% la básica, lo cual lo deja un poco por detrás de la estatal, y de la misma forma a nivel nacional, y solo un 3.4% tiene estudios superiores, en cuanto a los no escolarizados representan hasta el 24.4% de la población, y la media superior con 18.7%.

Como lo refleja el nivel de escolaridad, los que tienen una mayor asistencia a la escuela son los niños entre 6 a 11 años con un 89.7%

las edades siguientes tienen una menor participación escolar.

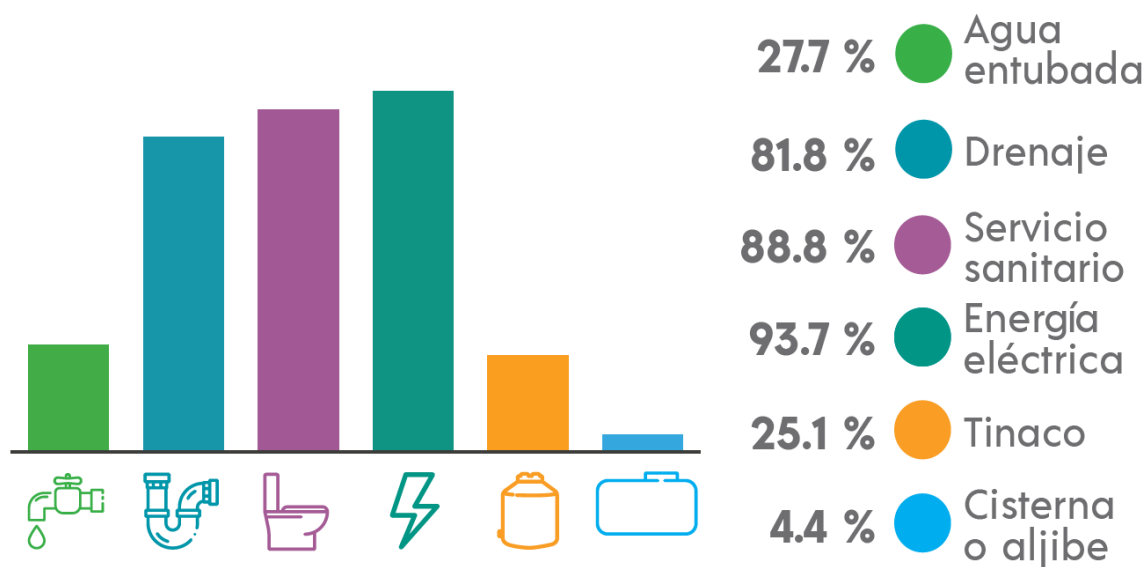
En Chilón la población afiliada a algún servicio es del 75.5%, la mayoría está asegurada por el INSABI con un arrollador 87,5% de la población y en segundo plano, pero con un porcentaje mucho menor el programa de IMSS-bienestar con solo 9.7%, el resto solo con menos del 3% del total,



Grafica 18 Fuente INEGI 2020

En cuanto a los servicios básicos encontramos que, en el municipio de Chilón, el servicio de agua entubada es el que más escasea con solo el 27.7% de la población

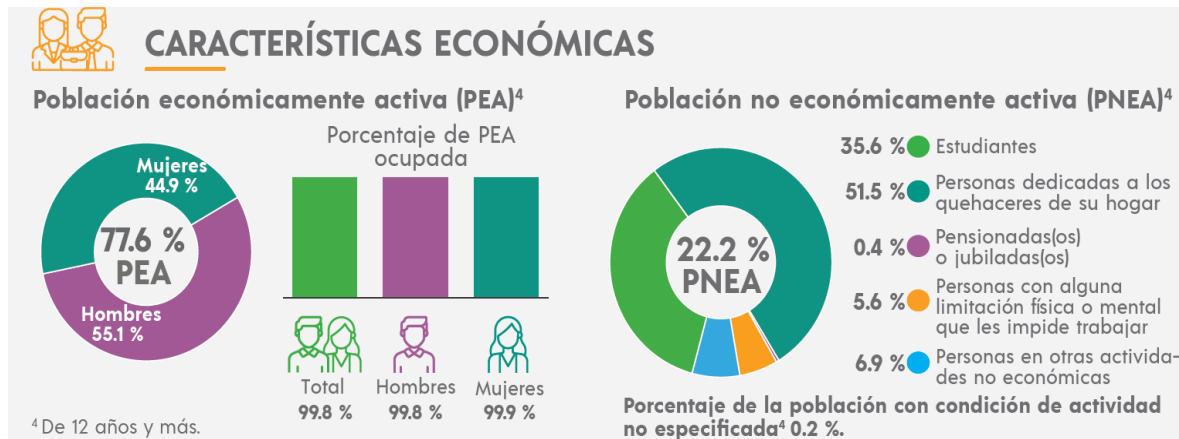
Disponibilidad de servicios y equipamiento



Grafica 19 Fuente INEGI 2020

con acceso a ella, de la misma forma el servicio de drenaje se ve en menor cantidad con 81.8%, el servicio de la electricidad es el más completo llegando al 93.7% de la población.

En los gráficos inferiores se denota la población activa económicamente de más de 12 años es del 77.6%% con una ligera diferencia entre el sexo, ya que de esta población los hombres ocupan el 55.1% y las mujeres el 44.9%.

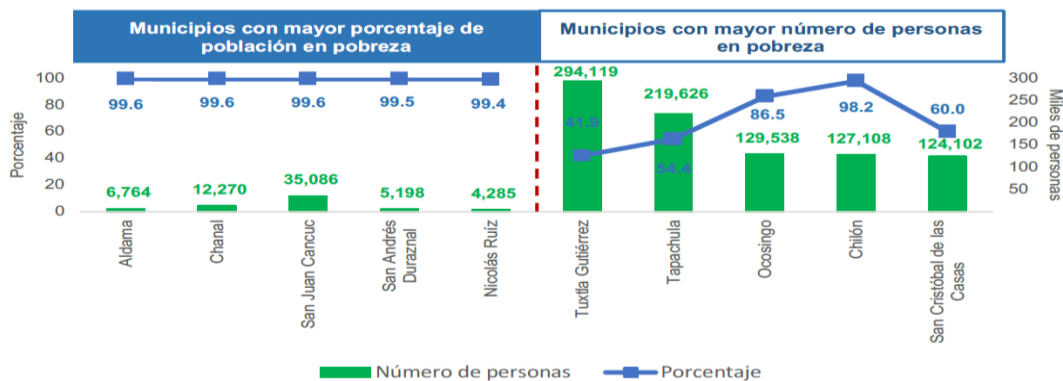


Grafica 20 Fuente INEGI 2020

De la población no económicamente activa que representa el 22.2% de la población total, la mayoría son por dedicarse al hogar con 51.5%, seguido de los estudiantes con un 35.6% (INEGI, Panorama Sociodemográfico de México 2020 Chiapas, 2020)

El municipio de Chilón que es donde se ubica el poblado de San Jerónimo Tulijá es de los municipios con mayor número de personas pobres y también que representa el 98,2% de la población total de Chilón, es decir menos del 2% de la población del municipio se considera en un nivel de vida aceptable sin datos de pobreza, pero no por eso que no sean vulnerables (Social, 2020).

Gráfica 8. Municipios con mayor porcentaje y número de personas en situación de pobreza, Chiapas, 2015



Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010, el Modelo Estadístico 2015 para la continuidad del MCS-ENIGH y la Encuesta Intercensal 2015.

Diagnostico comunitario del poblado de San Jerónimo Tulijá

El poblado de San Jerónimo Tulijá, se encuentra localizado en el municipio de Chilón, Chipas, México, se encuentra bajo las coordenadas latitud (dec): 91.789167 y latitud (dec): 17.223889, y se encuentra a aprox. 370 metros sobre el nivel del mar (Mexico N. , 2023).

El clima de la región es predominantemente cálido-húmedo, con temperaturas estimadas entre los 18 y 28°C con lluvias todo el año y temporadas de sequias durante los meses de abril, mayo y temporada de alta humedad en septiembre, octubre y noviembre.

El acceso a la población principalmente es por la carretera 148 que comunica con la ciudad de Palenque, el transporte público está compuesto de taxis, Urban y redilas (camionetas de carga) de forma privada con vehículos particulares.



Ilustración 10 Foto satelital de San jerónimo Tulijá, tomada de Google mapas

Principalmente al costado del poblado corre el rio Tulijá que en tiempos de lluvia crece y mantiene una corriente constante, también en este la gente del poblado sale algunas veces a pescar (solo bajo temporada de mucha lluvia).

El poblado se le atribuye la categoría de ejido, razón por la cual muchas veces se le agregan otros pequeños poblados como son: Paraíso Tulijá, Piñal, San Miguel, San Ignacio, Naranjo, Mazanilja y santa cruz.

Al principio San Jerónimo Tulijá era un poblado conformado plenamente por personas que pertenecían al grupo Tseltal y que con el tiempo debido a la explotación y otros factores se unieron al Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), pero debido a conflictos entre pobladores, secundarios a descontentos con las políticas del EZLN además de un descontento por parte de algunos pobladores se hizo una ruptura del poblado en 2 los cuales abandonaron el movimiento zapatista y los que permanecieron.

Posterior a esta fractura el pueblo se divide en 2, los que continuaron en el gobierno zapatista y los que se unieron al estado convirtiéndose en los partidistas, sin embargo, pese a esto debido a que existe un grado de respeto entre los pobladores, se sigue tomando en cuenta ambas partes para las decisiones que afectan a lo colectivo.

Conforme avanza el tiempo, cada vez más personas abandonan el bando zapatista, pero sin querer recaer en manos del gobierno se unen a otros movimientos como los son el Congreso Nacional Indígena (CNI) entre otros, perdiendo fuerza el movimiento zapatista dentro de la región y ganando más adeptos el partidista y otros.

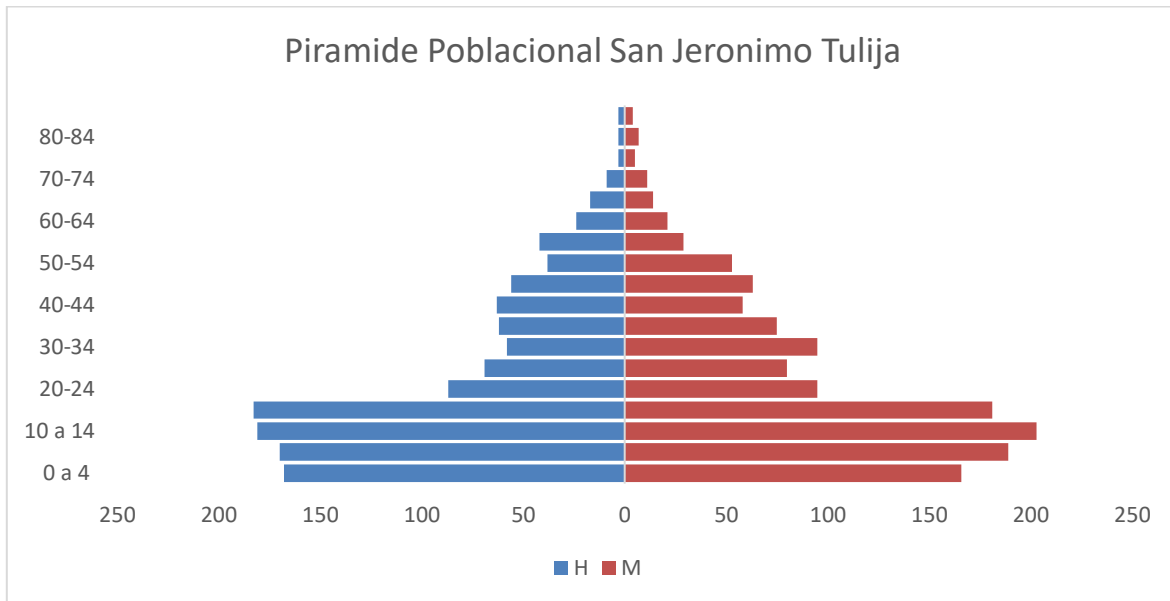
Actualmente por parte del EZLN su organización depende ahora del Caracol V de Roberto Barrios, desde donde se le lleva las riendas del municipio de Canal Ulub y posteriormente al poblado de San Jerónimo, desde los cuales un comité se encarga de generar los acuerdos y llevarlos a juntas del buen gobierno realizadas por el caracol.

Por otro lado tenemos el sistema ejidal, donde la figura representante es el comisario ejidal que es el que vive en la comunidad y se encarga de todas las cuestiones de organización, en este también se llevan a cabo asambleas para revisar los pendientes y que es lo que se piensa hacer en la comunidad, aunque es del lado partidista la convocatoria para participar en las reuniones es para toda la población sin importar su afiliación política, siempre y cuando las decisiones que se tomen afecten a los pobladores en general, como servicio de luz, calles, construcciones, nuevos pobladores, recursos, fiestas etc.

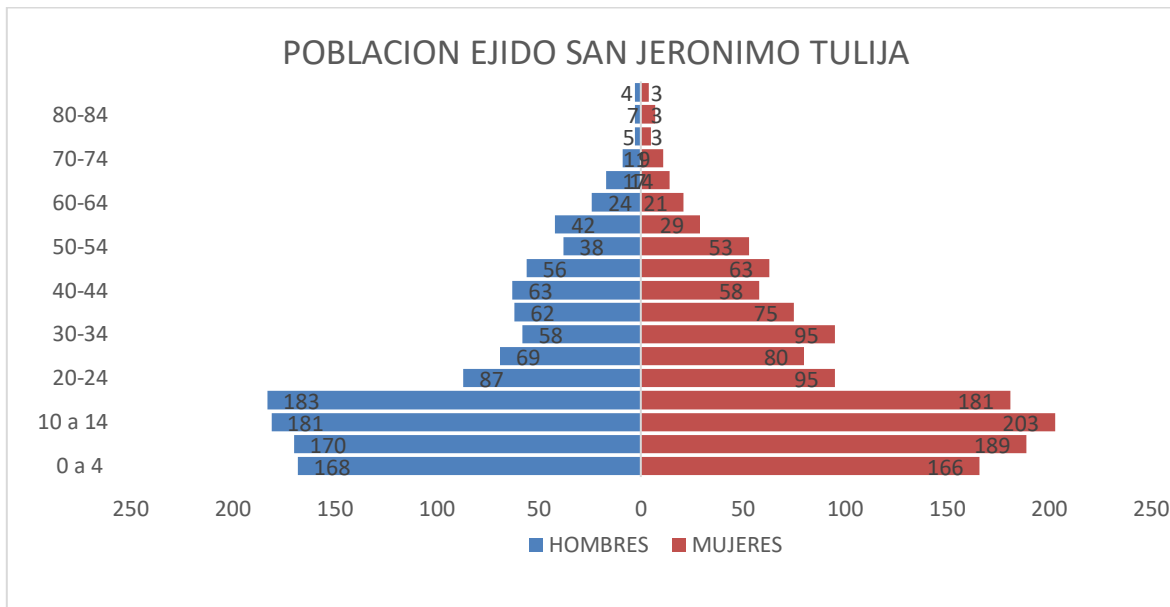
Aquí cabe recalcar que entre todos sigue habiendo dentro de sus organizaciones respectivas, un ambiente de respeto y confianza, en la cual, si los asuntos a tratar no son de su injerencia o no los afectan de alguna forma, simplemente dejan que realicen sus actividades sin ningún problema.

DATOS DEMOGRAFICOS

La población solo de San Jerónimo Tulijá en 2020 es de 1850 personas, de las cuales 886 (47.9%) son hombres y 964 (52.1%) son mujeres, lo cual representa el 1.35% de la población de Chilón, ahora que si hablamos del ejido completo tenemos una población de 2585 personas de las cuales 1236 (47.8%) son hombre y 1349 (52.2%) son mujeres, esta población representa el 1.88% del municipio de Chilón.



Grafica 21 Elaborada a partir de Censo de consulta propio



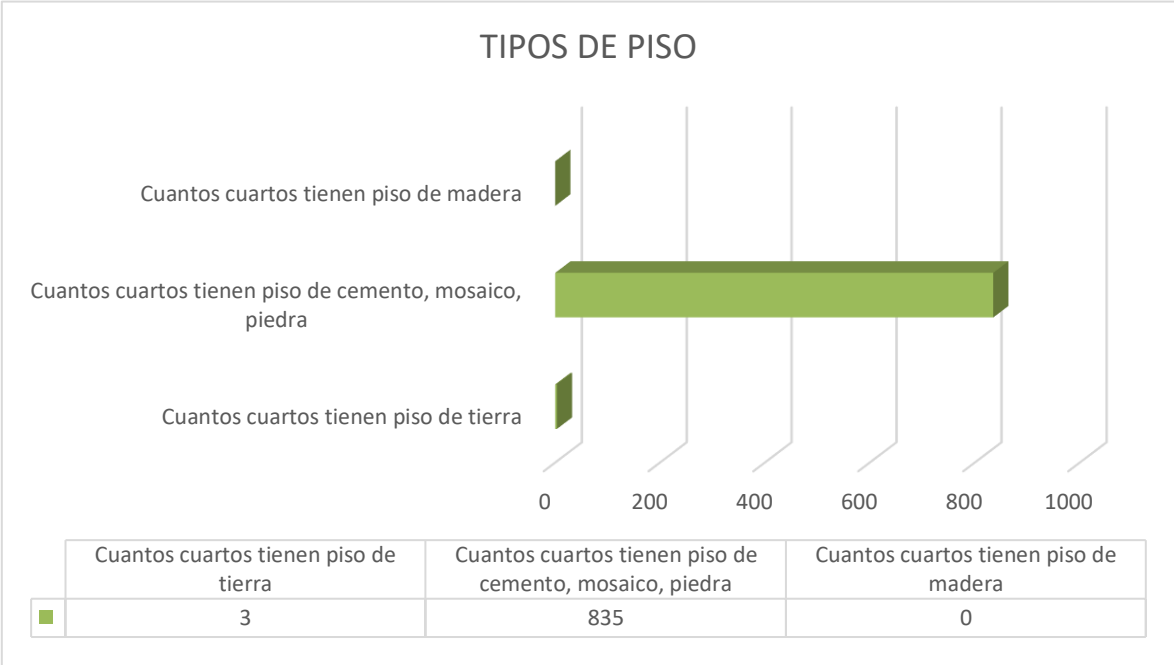
Grafica 22 Elaborada a partir de Censo de consulta propio

En el conteo se registraron alrededor de 545 familias en total que componen el ejido de San Jerónimo Tulijá de las cuales hay un total de 470 viviendas, es decir que hay familias que cohabitan la misma vivienda.



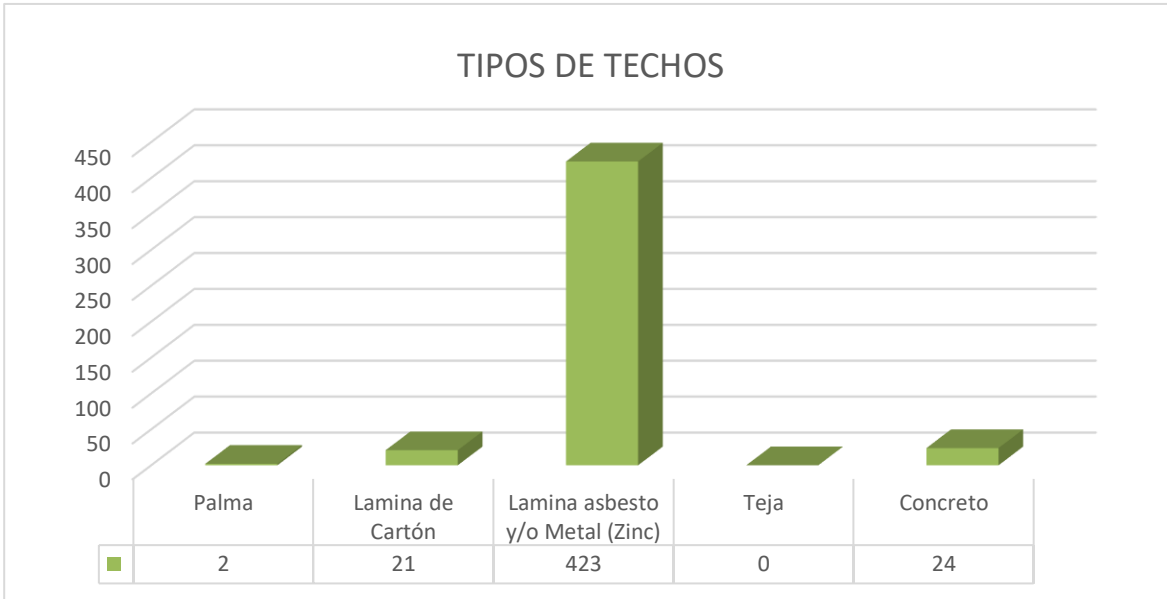
Ilustración 11 Casa en San Jerónimo Tulijá, tomada de Hernández Colin 2018

De estas el tipo de vivienda en cuanto a cuartos 835 tienen piso de concreto mientras que solo 3 tienen piso de tierra.



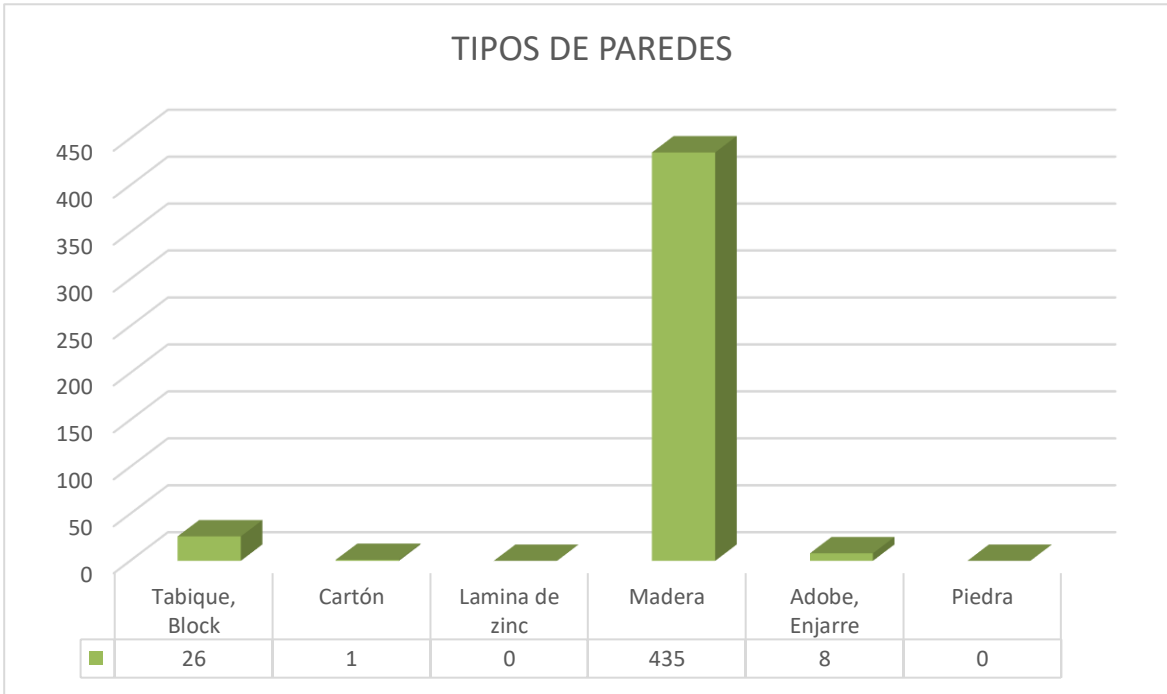
Grafica 23 Elaborada con datos de censo IMSS-2019

El techo en su mayoría es de lámina de asbesto y/o metal con 423 viviendas, le sigue las de concreto con 24, lamina de cartón con 21 y palma con 2. Como vemos la lámina siempre es la que se prefiere, debido al consto que tiene esta y lo fácil que es transportarla hasta la comunidad.



Grafica 25 Elaborada con datos de censo IMSS-2019

La mayoría de las viviendas cuentan con paredes de madera que son 435, le siguen las que tienen tabique que son 26, posterior a estas las de adobe o enjarre con 8 y solo una con cartón. Incluso he visto que la mayoría de las personas hacen es construir aproximadamente 6 hiladas de tabique, para después terminar cerrando con madera, esto según ellos ayuda mucho a reducir los costos de la casa, pero también ayuda a construirlo más rápido.



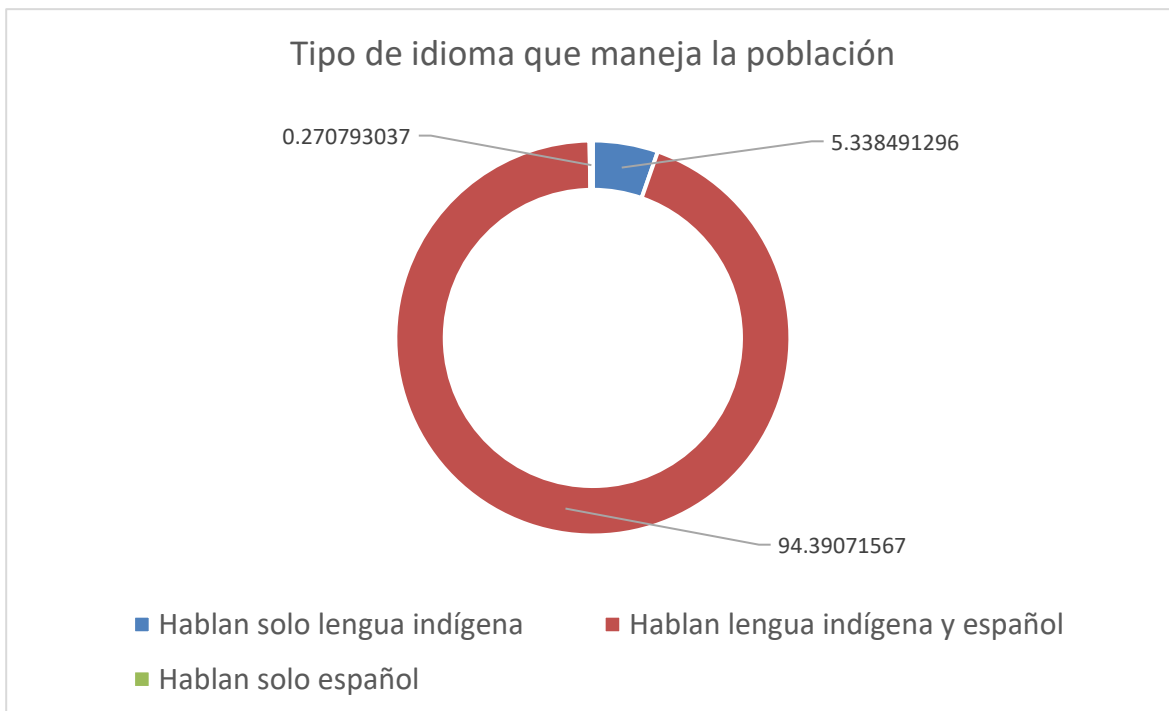
Grafica 24 Elaborada con datos de censo IMSS-2019



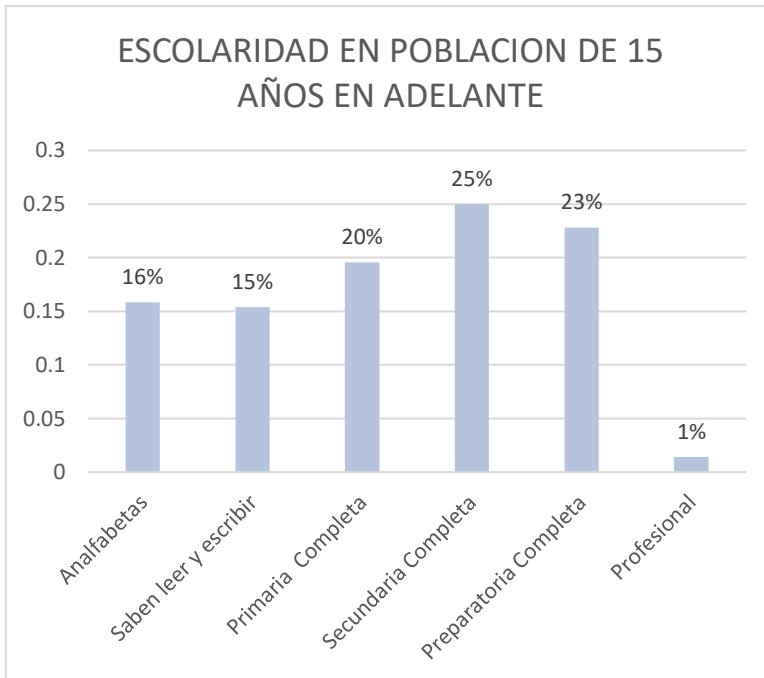
Ilustración 12 Casa en San Jerónimo Tulijá, tomada de Hernández Colin 2018

En la población se reportaron un total de 58 nacimientos de los cuales 25 fueron hombres y 33 fueron mujeres,

De la población total del ejido de San Jerónimo aproximadamente el 99.7% de la población es indígena, que habla puro Tseltal, ahora el 5.33% solo habla Tseltal, mientras que los que hablan Tseltal y español son el 94.39%, de esa forma menos del 1% es la que habla solo español.



Grafica 26 Elaborada con datos de censo IMSS-2019



Grafica 27 Elaborada con datos de censo IMSS-2019

EDUCACION Y ESCOLARIDAD

En cuanto a la población que tiene más de 15 años encontramos que el 16% de la población no sabe ni leer ni escribir, mientras que los que tienen conocimientos básicos son casi el mismo porcentaje con un 15%, los que tienen alguna carrera terminada solo es el 1%.

Es importante hacer la observación que al menos el 69% de la población tiene la educación básica completa.

En san Jerónimo Tulijá Existen en total 6 escuelas, 5 de gobierno que actualmente están activas y 1 del movimiento zapatista que también esta activa.

Carmen Serdán Alatraste que es educación básica (preescolar indígena), El instituto tiene un turno matutino y tiene clave oficial 07DCC0663Q (Mexico E. , 2023).

Esta la Adolfo López Mateos que es educación básica y se le conoce como (primaria Indígena), Es de educación básica de turno discontinuo tiene clave oficial 07DPB2703T



Ilustración 13 Tomado de Hernández Colin A. E. 2018

Primaria Cuauhtémoc educación básica y primaria general, de origen estatal, cuenta con un turno matutino y tiene la clave oficial 07DPR1107P



Ilustración 14 Tomado de Hernández Colin A. E. 2018

La Telesecundaria 097 Juan Sabines Gutiérrez que es educación básica (telesecundaria) Instituto con turno matutino tiene la clave oficial 07ETV0108F.



Ilustración 15 Tomado de Hernández Colin A. E. 2018

Colegio de Bachilleres San Jerónimo Tulijá, (bachillerato general) tiene un turno matutino y tiene la clave oficial 07ECB0120X.



Ilustración 16 Tomado de Hernández Colin A. E. 2018

Estas son las escuelas que tiene por parte del gobierno y que permanecen activas y funcionales, lamentablemente las condiciones de las escuelas al menos por platica directa con algunos maestros, no cuentan con las adecuaciones necesarias para poder realizar de forma adecuada las clases.

Ahora en cuanto a la escuela zapatista recordemos que los zapatistas tienen su propio metodo de enseñanza y asi mismo su propia reglamentacion, es un servicio educativo gratuito que cuenta con su propia planeacion basada en los ideales zapatistas y sus demandas, se les enseña cosas basicas como leer, escribir, pintar, habilidades matematicas y valores, aunque pareciera que la calidad de la educacion es deficiente no se puede evaluar con los valores normales que solemos utilizar para evaluar a un niño, debido a que está fuera de los planes institucionales tradicionales, aun asi, me parece que tienen mucho que mejorar en ese aspecto, debido al encuentro con los promotores, a los cuales algunos desde los 14 años, no contaban con las herramientas educativas necesarias para leer, escribir, razonamiento matematico o incluso de razonamiento espacial, lo cual creo que es fundamental para la educacion sin embargo creo que podran mejorar por esa parte, espero.

Lamentablemente no tuve la oportunidad de conocer el número exacto de cuántos niños había en la escuela zapatista, pero al menos en un par de ocasiones tuve la dicha de ver un aproximado de 20 niños a los cuales se les veía felices.



Ilustración 17 Tomado de Hernández Colin A. E. 2018

SERVICIOS DE SALUD

En cuanto a la protección de la salud, podemos observar que toda la población a excepción de 8 personas para el 2020 tienen algún tipo de afiliación con el seguro, en este caso solo por parte del ISSSTE, esto es importante debido a que la protección que se brinda es una muy básica, que no asegura la capacidad de respuesta ante problemas de salud importante

POBLACION CON AFILACION A SEGURO	
Número de personas sin Derechohabiencia	2577
Número de Derechohabientes al IMSS Ordinario	0
Número de Derechohabientes ISSSTE	8
Número de Derechohabientes SEDENA, PEMEX	0

Tabla realizada con información de censo IMSS 2019

Actualmente en San Jerónimo Tulijá se cuenta con una clínica de gobierno por parte del IMSS Prospera o Bienestar de primer nivel de atención, que atiende a la población de todo el ejido, cuenta con dos enfermeras una que cubre de lunes a viernes y Otra que cubre los Fines de semana, además de un médico que trabaja de 8 am hasta las 2 pm de lunes a viernes y otra de índole zapatista que se conoce como “La Murcia” y es donde yo tuve la suerte de estar como pasante del Servicio Social.

La atención en la clínica del IMSS prioriza a las personas con enfermedad crónica degenerativa pacientes embarazadas, control del niño sano donde entra desparasitación y vacunación, que debo de admitir que si llevan un control adecuado en estos ámbitos, pero la mayoría del tiempo del médico es absorbido por estas consultas de seguimiento y deja muy poco tiempo a la consulta general, además de que el medico casi siempre tiene una llegada algo tardía los lunes y se va muy temprano los viernes, haciendo que el tiempo que atiende sea mucho menor a lo establecido (martes a jueves), las enfermeras por su parte como son habitantes de la comunidad siempre están al tanto de la clínica, además ellas también levantan los censos de sus poblaciones, haciendo un mejor trabajo del que se esperaría, pero de igual forma debido a la falta de insumos y que también respetan sus tiempos no pueden estar al tanto de la clínica todo el día.

Platicando con el doctor durante mi estancia, también refirió la falta de insumos para trabajar por lo cual le era casi imposible realizar procedimientos en el lugar, así como dar tratamientos adecuados a los pacientes, refiere incluso a veces cambiar los tratamientos porque no le llegan los insumos que piden.

Dentro de la labor de la clínica está el sistema de referencia a segundo nivel, el cual envía a pacientes, sobre todo embarazadas del 3er trimestre del embarazo para la



Ilustración 18 clínica de IMSS, fuente autoría propia

atención del parto o en caso de alguna complicación con sus otros pacientes, crónicos degenerativos, sin embargo, el servicio como tal no atiende casi nunca urgencias.

En cuanto a la clínica Zapatista “La Murcia” Cuenta con un grupo de promotores que rotan de manera constante para el mantenimiento y la atención de esta, el número de promotores varían debido a que constantemente muchos desertan del cargo pero rondan entre los 12 y llegaron mientras yo estaba a ser más de 40 además de contar con una partera que apoya en la atención de las mujeres embarazadas; Aparte de los promotores rotan pasantes del servicio social de estomatología y de Medicina de la UAM-Xochimilco, en la que el Medico se queda en la comunidad 21 días seguidos para después estar fuera 10 días en los que aprovechan para dar informes en Palenque y descansar, en cuanto el pasante de estomatología rota unos días en esta clínica y otros días en una clínica ubicada en la misma cañada más adelante en un poblado llamado Arroyo Granizo.

Dentro de la atención en la clínica zapatista, se da consulta general los 7 días de la semana, desde las 8 de la mañana hasta las 8 de la noche, con un horario de comida de 2 pm a 4pm, y atención de urgencias las 24 horas, además de que se les da un día libre a la semana que puede llegar a ser el sábado o el domingo, sin embargo durante mi estancia no tomé días de descanso para ofrecer mayor atención a la población, lo cual resultó en que la clínica ganara una mejor reputación y la gente se acercara más a recibir la atención en este lugar, incrementando las consultas y



Ilustración 19 clínica Murcia, autoría propia

también los procedimientos realizados, dentro de los servicios que se dan en la clínica están:

1. Servicio de Farmacia: Dentro de la farmacia existen medicamentos del cuadro básico para la atención de los pacientes, aunque es de cobro los precios se mantienen relativamente bajos y accesibles para la comunidad.
2. Servicio de Ultrasonografía: También cuenta con un equipo de ultrasonido portátil, el cual está equipado con un transductor Transverso, el cual permite realizar USG obstétricos, ginecológicos, abdominales y de tejidos blandos, aunque su uso depende del operador, en este caso el pasante, promotor o partera que también maneje el equipo.
3. Servicio dental: El cual cuenta con el equipo y la instalación para hacer extracciones, resinas, limpieza dental, obturaciones y en algunos casos hasta prótesis también dependiendo de la habilidad del estomatólogo.
4. Consulta general: Desde padecimientos comunes, hasta atención de heridas suturas, curaciones, inyecciones colocación de yeso entre otros para la atención del paciente de forma integral, además también acompañamiento en caso de urgencias por complicaciones o eventos accidentales.
5. Atención del parto: Se cuenta con una sala de exploración ginecológica que también cumple con la función de sala de expulsión, para la cual se atienden partos de termino con indumentaria necesaria y equipo en caso de urgencias obstétricas, acompañamiento a segundo nivel de atención en caso de urgencias.
6. Servicio de Hospitalización: El lugar cuenta con dos cuartos de hospitalización, que al mismo tiempo tienen 2 camas cada uno, durante mi estancia lo ocupé para estar monitorizando pacientes en estado delicado, ejemplos de esto serian Fiebres altas, neumopatías, pacientes en pródromos de trabajo de parto, pacientes con alteraciones de la conciencia, ataques de ansiedad, caídas o golpes en cabeza o tórax que no parecían tener fracturas o lesiones graves pero que tenían mucho dolor, además de administrar líquidos o medicamentos intravenosos a pacientes que no podían tolerar la vía oral.
7. Campañas: Debido a que la clínica cuenta con una red de frio, podían contar con vacunas por lo cual de forma constante se realizan campañas de vacunación, desparasitación y aplicación de flúor, además de contar con seguimientos de los niños con peso y talla, este servicio es en particular para los niños zapatistas los cuales no acuden a la clínica del IMSS.
8. Capacitación: En sus instalaciones cuenta con un área para capacitación donde se pueden dar platicas o cursos, las cuales utilizan para capacitar y dar temas a los promotores de salud y puedan aprender aún más del arte de cuidar a los pacientes y a sus comunidades de donde son originarios.



Ilustración 21 Sala de partos y atención ginecológica



Ilustración 20 Sala de Ultrasonido

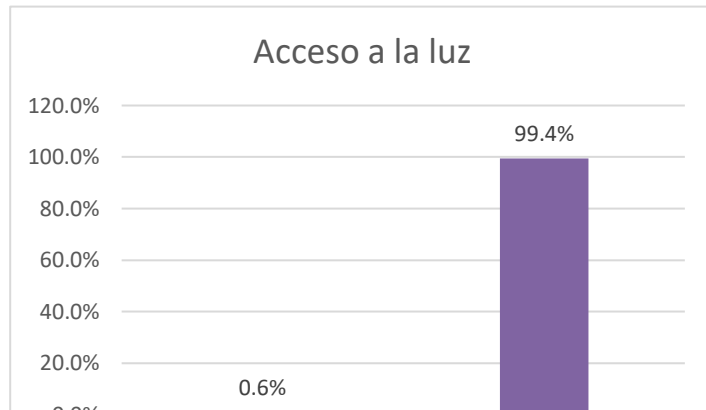


Ilustración 22 Consultorio en clínica la Murcia

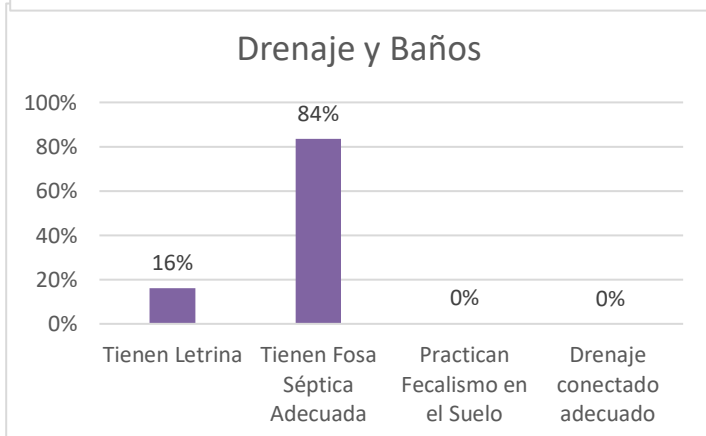
SERVICIOS BASICOS

En la encuesta realizada por parte del IMSS encontramos que la luz eléctrica en los hogares está bien abastecida logrando casi el 100% de la población.

En el acceso al agua hay mucho por hacer donde la mayoría de la población si tiene una red de agua para uso doméstico una parte de ellos tiene que conseguirlo de otra fuente, en este caso el rio o riachuelos que hay en la comunidad, pero no hay un servicio de red pública de agua en forma, en el cual se trabajó, pero nunca llego a su conclusión por lo cual no está funcional.



Grafica 29 Datos tomados de Censo IMSS-2019

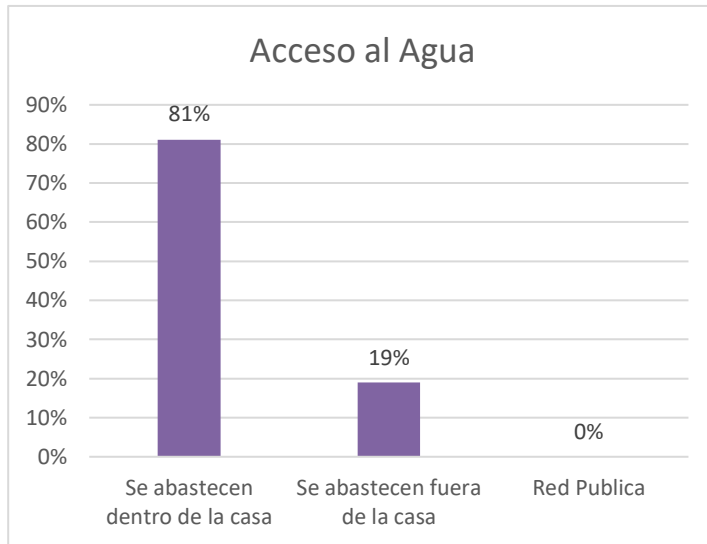


Grafica 28 Datos tomados de Censo IMSS-2019

En cuanto al drenaje es simplemente inexistente, por lo tanto, el manejo de excretas es a través de letrinas y fosas sépticas, la mayoría con un adecuado cuidado, aunque otras no tanto, pero cumplen su función sin ningún problema.

En cuanto al manejo de la basura debido a la falta de los recolectores de basura, o una planeación de esta, toda la población quema su basura y por la falta de botes en general

y la falta de fomento la gente tira en la calle su basura cotidiana como bolsas de frituras, chucherías, cigarros, platos desechables, envases de plástico y vasos de la misma índole, incluso durante las fiestas es más notorio al igual que en la ciudad.



Grafica 30 Datos tomados de Censo IMSS-2019

ALIMENTACION

La alimentación dentro de la comunidad se puede definir como variada, a lo largo de la estancia en la comunidad pude observar que el alimento que consumían generalmente era de su propia producción, más algunos otros elementos que compraban en las tiendas que se alojan en la comunidad.

Principalmente el consumo es de maíz en forma de tortilla, tostada, tamal o una clase de empanada o gordita, también el frijol que es



Ilustración 23 Pancle de tortillas

fundamental y el cual siempre se mezcla con el maíz al igual que en varias regiones del país.

Además de consumir carne de pato y pollo principalmente que resulta de la crianza



Ilustración 24 Comida típica cocinada en San Jerónimo

de estos, también los huevos de estos animales son aprovechados lo más posible, la mayoría de las casas en el poblado tienen sus propios animales los cuales reproducen para posteriormente comérselos o venderlos.

Aunque el consumo de carne de puerco y de res es muy raro, casi siempre se guarda para ocasiones especiales ya sea solo frito, en caldo o con mole, pero es el platillo que más se deja ver en sus celebraciones tanto las grandes como las pequeñas, también en algunas ocasiones se llega a matar uno de estos animales y se vende entre toda la comunidad, obviamente se acaba muy rápido debido a lo raro que es su consumo.

También otra gran ventaja en su alimentación es el uso de hierbas y otros elementos que se encuentran en el campo, como las calabazas, la hierba mora, la hoja santa, las puntas de calabaza, los chiles silvestres, el chayote, la yuca, etc. Podemos ver que tratan de



Ilustración 25 Caracoles de río, encontrados cerca de San Jerónimo

aprovechar todo el entorno y lo que la tierra les ofrece para poder alimentarse.

Bajo ciertas temporadas podemos ver también el consumo de camarones de río, pescado y caracoles de río los cuales solo se dan en ciertas temporadas de lluvia o de reproducción de estos, manjares sin duda alguna con alta cantidad de proteína.

Los que salen a la montaña a veces también cazan tepescuintle, tlacuache, serpientes, aves y muy raro, pero a veces algún que otro venado, me sorprende que algunos también llegaron a comer monos.

Lamentablemente no todo es miel sobre hojuelas, dentro de su alimentación también había ciertos hábitos que se pueden ver muy claramente cuando se convive con ellos, el alto consumo de refrescos es abismal, cada que se reúnen, descansan, tienen un tiempo libre, a la hora de la comida, pueden ver que la mayoría al menos toma un par de vasos de refrescos y esto es tanto en adultos como en niños, además son acompañados por galletas o frituras de su gusto, esto en si no es tan malo, el problema es que esta es una práctica casi se podría decir diaria.



Ilustración 26 Cocina típica, de una originaria de San Jerónimo

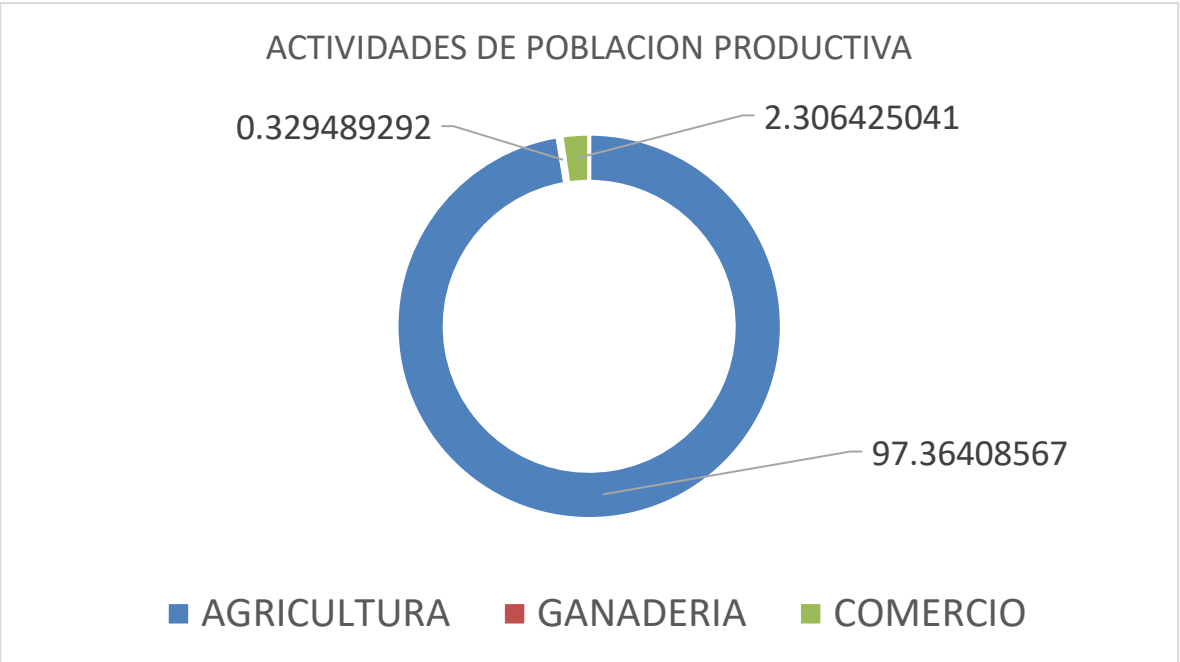
También el alto consumo de huevo y aceite, así como algunos productos enlatados, de lo que más se compra son chiles en vinagre, esto es secundario a la escasez de ciertos productos durante algunas temporadas, obligando a la población a variar su dieta o si quieren consumir algunas cosas se tengan que comprar.

En cuanto al consumo de frutas, es más por temporada, la mayoría tiene alguno que otro árbol frutal pero el que más abunda es el mango, el plátano, la carambola, mandarina y naranja.

El agua que consumen es agua hervida en la mayoría de las viviendas, lo cual asegura un adecuado consumo, la forma de cocinar también es casi todos con leña como se puede observar en la imagen o con un fogón, de todas formas se tiene mucho cuidado en la preparación de los alimentos lo cual lo hace hasta cierto punto una delicia además de que la mayoría de los productos son frescos y de buena calidad tiende a ser una gastronomía al menos a mi parecer muy saludable a excepción de los pequeños gustos culposos de los que se hacen viciosos.

INDICADORES ECONOMICOS

Dentro de la población mayor de 12 años, la mayoría de la población (1131 personas) se dedican a actividades sin ingreso como lo son ama de casa estudiantes u otros, mientras que la principal forma de trabajo es a partir de la agricultura donde 591 personas dedicados al campo y la siembra de materia prima, dentro de los productos principales que se producen en la región son el maíz, el frijol, el aceite de palma, caña de azúcar, café y tabaco.



Grafica 31 Datos obtenidos de IMSS 2019

La segunda actividad con amplia diferencia son los comerciantes 14 pobladores dentro de esta actividad por ultimo los ganaderos de los cuales solo 2 personas se dedican a esto.

Con base a los datos arrojados por la encuesta del IMSS, cabe decir que el 65% de la población económicamente activa de San Jerónimo Tulijá es población no productiva, mientras que el 35% de la Población en San Jerónimo Tulijá es población económicamente productiva.

De los cuales 97.36% de la población es agricultor o trabajos relacionados con ello, seguido del 2.30% que son comerciantes y con solo 0.32% ganaderos.



Ilustración 27 Tienda en san jerónimo Tulijá, de los zapatistas

La cantidad de dinero que consigue del campo varía mucho de la producción que se saque en la cosecha de la temporada, además, como vemos la mayoría de las personas económicamente activas son jornaleros, los cuales trabajan por jornada al día que generalmente va desde las 7 de la mañana (llegada al área de trabajo) hasta las 2 de la tarde, con una paga

promedio de entre 100 y 150 pesos el día, aunque también hay quienes trabajan por destajo, es decir, le pagan por cubrir cierta cantidad de terreno (ya sea siembra, cosecha o limpieza del terreno) sin importar el tiempo que se tarde, esto ya es un arreglo entre el empleado y el empleador pero generalmente es alrededor de 300 pesos, esto garantiza que el trabajo será realizado con mayor rapidez, porque generalmente se usa cuando alguien quiere que el trabajo sea realizado lo más pronto posible o bajo alguna urgencia.



Ilustración 28 Extendido de café en la comunidad

En cuanto a los comerciantes no hay mucho que decir, manejan son productos básicos, de limpieza, productos para el hogar como focos, lámparas, velas, consumibles como galletas, chicharrones, mayonesas, dulces, útiles escolares, etc. Además de algunos productos de vestimenta y calzados, que no son muchos y la cantidad de diseños a elegir también son limitados.



Ilustración 29 Tienda no zapatista

Además también entre estos entra un pequeño comercio interno en el cual los mismos animales que crían en sus casas, también sirven como fuente económica al venderlos, en general las gallinas las venden aproximadamente en 150 pesos y si es gallo lo venden en 200 pesos, ahora un guajolote lo pueden llegar a vender en 250 pesos, un pato se puede vender hasta en 300 pesos y ya los puercos se venden por kilo, que varía entre los 25 y 30 pesos el kilo, así que un puerco que pese aproximadamente 50 kilos (el considerado ideal para comer) valdría alrededor de 2,500 a 3,000 pesos, por último la vaca o res tiene un precio de 35 a 40 pesos kilo.



Ilustración 32 Cerdito en comunidad



Ilustración 31 Gallo y gallinas en venta en la comunidad

Indicadores Culturales

En este poblado de San Jerónimo Tulijá, es tierra de gente Tsel'tal, recordemos que esta es una de las culturas mayas más antiguas, uno de los significados más bonitos de su lengua está compuesto en su mismo idioma, la partícula "**Tsel**" que refiere a risa, sonrisa, contento y "**tal**" venir, o modo de estar viniendo, así la palabra Tsel'tal se puede interpretar como "quien tiene al contento como su modo de ser" y que queda muy bien con su comportamiento, debido a que son gente alegre y con un carisma increíble (Paoli, 2006).

Como dice Antoni Paoli, para aprender de la cultura hay que adentrarnos a la cosmovisión de esta y la mejor manera de hacerlo es a través de su lengua de sus vivencias, adentrarnos en como mira cada uno su mundo desde su perspectiva, como lo menciona Eugenio Maurer en un artículo "*No podremos saber el sentido que un rasgo cultural pueda adquirir una vez transpuesto a otra sociedad... cuál*

será su función en un sistema diferente de pensamiento” (Eugenio Maurer Avalos, 2011)

Partiendo de este punto, como observador puedo describir varias cosas que aprendí acerca de la cosmovisión de los Tseltales, para empezar dentro de la misma forma del pensamiento parte una cultura colectiva, las personas que crecen bajo esta cultura tienen una forma de ver sin tanto prejuicio y con un sentido de recibimiento muy agradable, ellos si te ven llegar te invitan de su comida, de su bebida y de su propia cultura, se ven increíblemente fascinados cuando alguien intenta adentrarse a su estilo de vida, se alegran si uno aprende su idioma o si es que lo practica, te enseñan las palabras y como conversar todo el tiempo.

Algo que me sorprende es el sentido de respeto que tienen, allí veía casas abiertas, animales en la calle y artículos a la vista de todos, que en la ciudad no durarían ni unos segundos antes de que se los robaran, pero con ellos no era así, sabían perfectamente de quien era y si no era suyo no intentaban tomarlo, incluso me tocó ver como entre ellos mismos decían *“oye le paso esto a tu animal”*, o *“vi a tal persona que iba a agarrar algo, pero le dije que era tuyo”*.

Otro aspecto fundamental de esta hermosa cultura es la espiritualidad, desde el nacimiento cuando el niño todavía está en el vientre de la madre se dice que se impregna del *“Ch’ulel”* que significa espíritu, y posteriormente al nacimiento adquiere su forma de ser a través del *“Yotan”* así el tseltalero se impregna de todo y de todos, algo que vi que me fue extraño es que entierran la placenta del recién nacido en la tierra y con esto según ellos afianzan su vida a la tierra para que crezca fuerte y su espíritu no se pierda.

Otro punto importante es que la lengua tzeltal es en particular una lengua que, aunque se estudia se aprende mejor practicándola, así como todo en la vida del tseltalero, a quienes no les dan papeles durante las fiestas, o en los rituales o ceremonias, ellos aprenden a través de observar como lo hacen los mayores, al igual que el idioma, todo en ellos es una constante transmisión de conocimientos de forma vivencial, así como lo refiere la palabra *“jnohpteswanej”* que significa el que hace (a ayuda a) aprender, ellos no tienen la clásica enseñanza occidental a la que estamos acostumbrados si no que solo facilitan el entendimiento de las cosas a través de la reflexión allí no existe la figura de maestro, con enseñanza vertical (al menos no en su cultura) si no que una persona ya sea padre, madre u otro le ayuda enseñando a través del ejemplo y posteriormente dejando que este reflexione para que llegue a su propio concepto. Esto lo vi con los promotores al momento de enseñarles, estos fácilmente perdían el interés bajo exposiciones o enseñanza occidentalizada, pero cuando los ponía a hacer actividades entre ellos y con un

sistema mayéutico eran más colaboradores y se intercambiaban ideas y teorías entre ellos.

Otro punto que quiero rescatar y para mi uno de los más importantes es el valor de la tierra, para ellos la tierra tiene un significado un poco más divino, la tierra se respeta, se cuida y se agradece a la misma por todo lo que da, ellos cuidan la tierra y también celebran algunas fiestas para celebrar el inicio o fin de la cosecha y agradecer por las bendiciones que esta les trajo, me parece algo muy hermoso porque no solo es el respeto a la tierra por si sola, también el respeto se les infunde a los árboles, las plantas, las flores y todo lo que provenga de ella (Muñoz, 2004).

Por último, el “yotan” el corazón del Tseltal, tiene sus atribuciones increíbles, desde el día a día con sus saludos sus expresiones, absolutamente todo, se relaciona con la forma en la que se percibe o se siente el tseltalero, para preguntar ¿Cómo estás? Se describe como ¿*Bin awilel?* O ¿cómo esta tu mirar? si lo traducimos de forma directa y su respuesta “*lek ay on*” que se entiende como “*está bien*”, pero la traducción literal sería “*mi mirar bien*”, o la otra forma de preguntar ¿*Binchi aw’otan?* Que su significado igual es ¿*Cómo estás?* Pero su traducción literal es ¿*Qué dice su corazón?* Como podemos ver la forma desde la expresión cambia radicalmente el entendimiento del día a día y también de la perspectiva que tienen de la vida.

Además de la lengua, su cultura también se remonta a la vestimenta, en la cual sus bordados tienen una alta referencia maya a través de los bordados que hacen y el cual también ha sido objeto de mucho estudio debido a la basta cantidad de información que transmiten a través de esta, la más característica es las prendas de las mujeres con su enagua de manta o lana, blusa o huipil de manta holgado y largo tejido con bellos bordados, su faja de lana y el hombre con su camisa y pantalón y un sombrero adornado con cintas de colores y sandalias.



Ilustración 34 Traje típico de la región en mujeres



Ilustración 33 Traje típico de la región en hombres

En cuanto a San Jerónimo Tulijá podemos decir que su población es principalmente católica, pero también existen los evangelistas (presbiterianos y pentecostés), habiendo un total de 6 templos de los cuales 2 son católicos.

Las principales fiestas que se celebran son las del 22 al 30 de septiembre que es su fiesta principal y se celebra a San Jerónimo, el patrono del poblado, durante la celebración hay múltiples eventos dentro de los cuales hay carreras de caballos, misas, juegos mecánicos, puestos de distintas comidas, golosinas y por último un gran baile donde puede participar toda la gente, pero recordemos que le dan gran realce a la celebración religiosa.



Ilustración 35 celebración religiosa en fiesta patronal

Posterior a esta sigue la del 12 de diciembre que es para la celebración de la virgen de Guadalupe, donde principalmente se hacen recorridos previos y peregrinaciones viajando a distintas localidades, dando resguardo y alimento a todos aquellos que van con las peregrinaciones.

Por último, la celebración del 27 de diciembre que es la fiesta a San Juan, la segunda más grande celebración, a diferencia de la de San Jerónimo esta solo dura un día dando también gran peso a la parte religiosa, para posteriormente pasar a un baile y actividades importantes entre estas el clásico torito con pirotecnia y una

gran cantidad de referentes de la cultura Tzeltal, cabe recalcar que esta celebración está a cargo de los Zapatistas quienes son los que organizan todo el evento.



Ilustración 36 celebración religiosa en fiesta de San Juan, el famoso "torito"

Durante las fiestas no se permite el consumo de bebidas alcohólicas u otros estupefacientes, hay un gran control debido a que la comunidad se organiza para que siempre este un grupo de pobladores que fungirán como policías los cuales se aseguraran que se respeten las normas, además de evitar conflictos y sacar aquellas personas que empiecen conflictos o altercados durante la celebración.

CONCLUSIONES

Analizando todos los datos desde lo nacional hasta lo local, se puede afirmar que el derecho a la salud en Chiapas está sumamente vulnerado y poco cubierto, los largos caminos que comunican un poblado y otro que están a veces en mal estado, la cantidad de pobreza y vulnerabilidad social de la población de la cual solo un 6% se escapan, la falta de insumos en los hospitales y la falta de clínicas y hospitales para la cantidad de personas que existe en el estado, además de la falta de empatía hacia las personas enfermas y la falta de respeto que se da hacia su cultura y sus creencias (a veces hasta sus decisiones), hacen que en Chiapas el camino hacia la cobertura al derecho a la salud sea muy largo y complicado.

En cuanto al poblado de San Jerónimo Tulijá debemos tener en cuenta que pese a los esfuerzos de la población por cubrir sus necesidades, el respeto a su derecho de la salud dista de ser lo ideal además que el paso de crecimiento de la población tanto de la comunidad como de alrededor cada vez será más demandante y requerirá mayores servicios que actualmente no cuenta la población, las dos clínicas que dan el servicio de atención a la salud aunque hacen lo posible, no tienen todas las herramientas, insumos o espacios necesarios para la adecuada atención al derecho a la salud.

En el poblado de San Jerónimo Tulijá, hay una diferencia significativa entre los pobladores, algunos con una calidad de vida mucho mejor que la de otros, debido a la diferencia económica que implica entre los que son dueños de tierras y los que solo son jornaleros, hace un poco difícil el análisis global de la situación como poblado sin embargo se puede decir que en el poblado.

1. Hay un retraso muy significativo en la educación, podemos verlo principalmente en el porcentaje de analfabetas, el nacional tiene 4.7% de población analfabeta, estatal el porcentaje es 13.7%, y en el poblado es de 16%, tanto en aprendizaje formal como en información en la cuestión de salud hace falta sin duda alguna mayores esfuerzos, impactar más en esta a través de campañas informativas, además de un esfuerzo conjunto con las escuelas es de vital importancia para asegurar la transmisión adecuada de conocimientos básicos para informar acerca de la salud.
2. Es imperioso que los servicios básicos como drenaje, manejo de residuos y agua entubada tengan un mejor alcance y mayor organización, esto debido a que parte de las cuestiones como infecciones o enfermedades por animales tienden a incrementarse bajo condiciones insalubres y en la población lamentablemente las condiciones poco salubres abundan debido a la falta de servicios, a nivel nacional la electricidad tiene una cobertura de 99%, agua entubada 96.3% drenaje 95.5% y servicio de basura de 82,3%

en carrito recolector, en el poblado los servicios de electricidad es igual a la nacional, en cuanto al agua aunque no hay agua entubada como servicio tiene un alcance de 81%, pero el servicio de drenaje y recolección de basura es nulo, no existe.

3. Se necesita reforzar las características de las viviendas, que, aunque son funcionales y la mayoría tienen un piso firme, los techos de las casas en su mayoría son de lámina, las paredes de madera, el hacinamiento, y la falta del servicio de baño dentro del hogar, permiten la entrada de muchos microorganismos y vectores que pueden llegar a transmitir enfermedades, además que muchas de las viviendas no cuentan con los mecanismos de protección y saneamiento además de una cobertura adecuada para frío o temporadas de lluvia afectando así la salud de las personas.
4. Pese a que existen clínicas donde se pueden atender las personas, falta una gran cantidad de recursos necesarios para garantizar los tratamientos rápidos, oportunos y de calidad que deberían de existir para cada persona, a nivel nacional se reporta una afiliación del 73.5% de la población, a nivel estatal 66.7% pero en el ejido no llega ni al 1% la población afiliada. La falta de equipo, personal y transporte adecuado para situaciones de emergencia hacen presa fácil complicaciones que pueden acarrear hasta la muerte, además de que el gasto de bolsillo secundario a la falta de afiliación a seguros limita la posibilidad de una atención adecuada y seguimientos apropiados.
5. La equidad de género, así como las condiciones para que las mujeres tengan más confianza de acudir al médico por sus problemas de salud, son temas muy importantes de tratar, en especial debido a la gran brecha en cuanto a los roles de género y el machismo que abunda en la comunidad, donde la mujer soporta y tiene una carga laboral inmensa comparada a la del hombre, además que no tienen un trato equitativo en muchos de los casos.
6. La alimentación que es parte fundamental para el adecuado desarrollo de los niños parte de sus derechos y un factor para su salud, en cuanto al poblado hay dos caras, aquellos que tienen las posibilidades y reciben una alimentación adecuada, mientras que otros al no tener una familia con las capacidades económicas sufren desnutrición y carencias alimenticias, esto sumado a la mala alimentación, alto consumo de refrescos, golosinas y platillos poco nutritivos al momento de escoger la dieta, hacen que tenga un impacto aún más negativo.
7. La cantidad de ingresos que tiene el poblado pese a que algunos tienen un ingreso aceptable, no es lo mismo para todos, podemos verlo en la Población económicamente activa (PEA), El porcentaje nacional tiene un 62% de PEA con trabajos de tipo asalariado, comerciantes y jefes de cargos

como los principales trabajos, mientras que a nivel estatal la PEA es 61.2% que no es muy diferente a la nacional, pero los trabajos son de menos paga, en el poblado esto cambia con un 35% de PEA que principalmente son jornaleros, por lo cual el ingreso económico por casa es mucho menor, generando pobreza.

El año en el que trascurrió mi estancia en el poblado sin duda alguna fue insuficiente para hacer muchas cosas, apenas pude rasgar un poco de las múltiples intervenciones que se pudieron haber hecho, pero aun así tengo fe que las próximas generaciones de pasantes logré cosas que yo no pude, pero lo más importante es que le den seguimiento a todas las actividades que se iniciaron y arranquen con todas aquellas que faltaron.

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD

INTRODUCCIÓN

En el siguiente apartado, conoceremos un poco de El surgimiento de Banco Mundial (BM) y como ha intervenido en las políticas de salud en México, analizaremos un poco de las acciones del gobierno y las relaciones que tiene esta con el Banco Mundial, que es lo que se espera, que es lo que analizan y que intervenciones han hecho.

Analizaremos las propuestas del gobierno para apoyar y asegurar el derecho a la salud, así también como es que nosotros observamos estas reformas que se hacen desde el lugar que se hizo el servicio social.

Posteriormente revisaremos los datos recabados durante el año del servicio social, enfocándonos en 3 partes principales que son: La evaluación de los programas activos que manejamos en SADEC, los resultados arrojados de estos y si son competentes con respecto al trabajo esperado por parte del gobierno. La evaluación global de la morbilidad de la población, haciendo la comparación de los diagnósticos más comunes entre la nacional y la población. La evaluación de la morbilidad por grupos etarios, donde se separará por grupos de edades y se revisará las enfermedades más frecuentes.

Políticas de Salud en México y el Banco Mundial

El Banco Mundial (BM) surge en 1944 bajo el nombre de “Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento” (BIRF), junto con el Fondo Internacional Monetario (FMI), aunque al poco tiempo ya se le conocería como el BM, que en su momento fue creado para hacer préstamos a los países pobres y devastados por la segunda guerra mundial, así también ayudar a restituir el fragmentado sistema económico de la época.

El BM una vez que había podido instalarse mejor, cambió su foco al desarrollo y posteriormente fundaría la Corporación Financiera Internacional (IFC) en 1955, la Asociación Internacional del Fomento (AIF) en 1960, El centro de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI) y a la par el Organismo Multilateral de garantías de Inversiones (MIGA) ampliando sus recursos y generando un gran impacto en básicamente todos los sectores económicos-sociales de los más de 180 países que están dentro de la organización del grupo del BM (Mundial B. , 2023).

A partir del momento en que el Grupo del Banco Mundial empieza a recomendar acciones para mejorar el desarrollo de los países, empieza un problema el cual eran las ideologías que aparentemente favorecían a Estados Unidos de América (EUA) por su alta participación en la toma de decisiones como también a otros países desarrollados, como lo dictamina el formulario del Consenso de Washington en 1989, el cual tenía una clara relación con lo que hoy conocemos como neoliberalismo, el cual apoyaba la idea de que la economía funcionaba mejor bajo el mercado en vez del gobierno, donde las recomendaciones señalaban el comercio y la liberación financiera, la privatización de empresas estatales y la protección jurídica de los derechos de propiedad además de la discusión del gasto público (Noy, 2013).

En cuanto a México, a partir de la 1980 se empieza la descentralización del sistema de salud como parte de las reformas que impulsa el Banco Mundial, esto como parte de una estrategia para pedir préstamos y renegociar la deuda externa, pero, se vio paralizado debido a que el coste de generar esta descentralización fue insostenible y los resultados fueron catastróficos, aunque solo había sido en unos estados los que empezaron con el proceso.

Con el paso del tiempo se continuó con esta descentralización empezando con el gobierno de 2000-2006, arrancando en 2004 el seguro popular, continuando todo este tiempo con recomendaciones del BM, pero no ha disminuido la ineficiencia, no ha mejorado en ningún aspecto la atención en salud, se ha incrementado el gasto per cápita en salud y solo ha reforzado la inequidad entre estado (Noy, 2013).

En las intervenciones del BM del 2014-2019 se organizaron en 4 pilares para la Estrategia de Alianza con el País (EAP). Primero: Mejoramiento de la productividad, Cuestiones de Finanzas, Comercio, innovación e infraestructura. Segundo: Aumento de la prosperidad social, acceso y calidad mejorados de la educación, participación de mano de obra calificada, mayor igualdad de género, programas mejorados de transferencias condicionadas de efectivo monetarias y un sistema integrado de protección social. Tercero: Fortalecimiento de las finanzas públicas y la eficiencia del gobierno, mejorar el sistema tributario, focalización del gasto público, fortalecer la participación en las finanzas subnacionales, mejorar la gestión del sector público y la de riesgo. Cuarto: Promoción del Crecimiento verde e inclusivo Mejorar la gestión de residuos, transporte, vivienda, energía eólica y solar además de gestión forestal (BANK, 2018).

Estas intervenciones de tipo neoliberal las podemos ver claramente en los indicadores de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) quien hace análisis de datos con los cuales ayuda a mejorar las políticas públicas en diversas materias, la cual mide y valora a todos los países miembros y

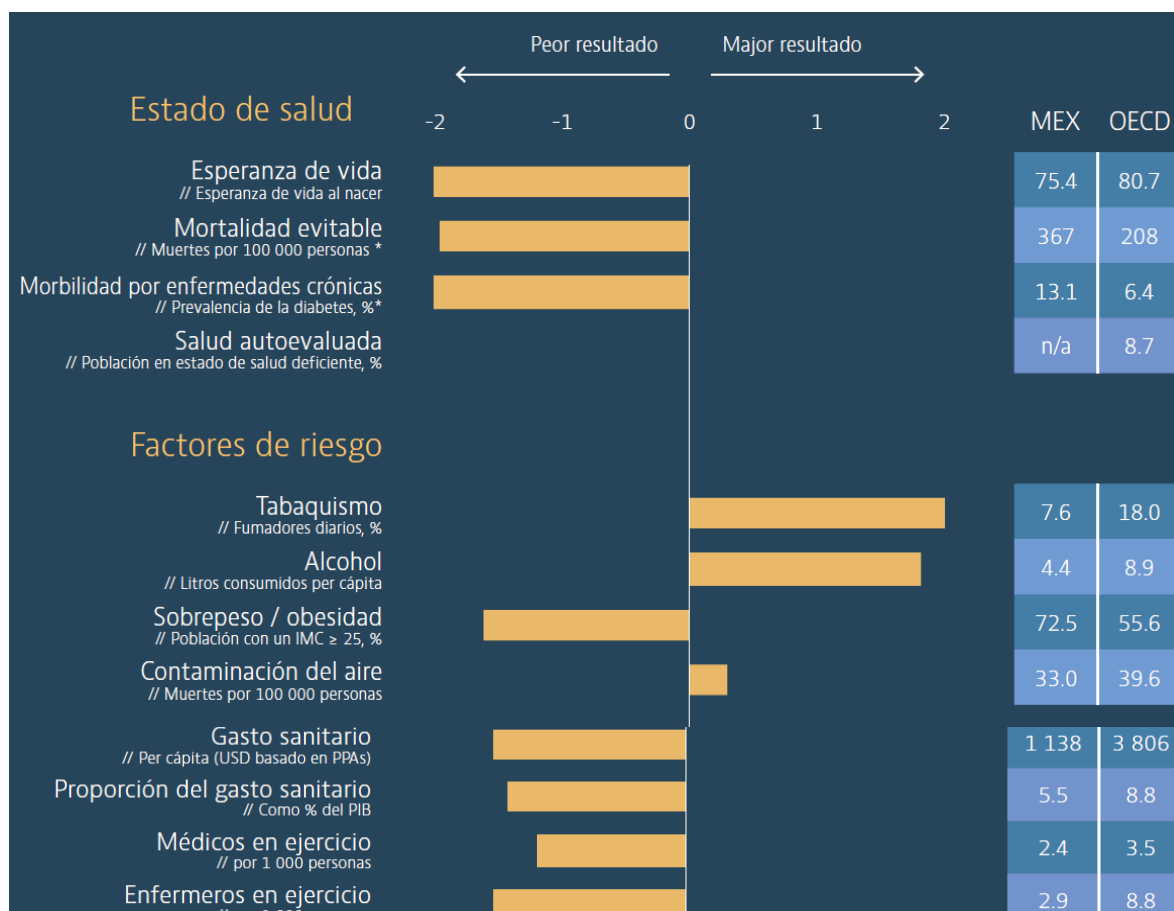


Ilustración 37 Fuente OCDE reporte de evaluación 2019

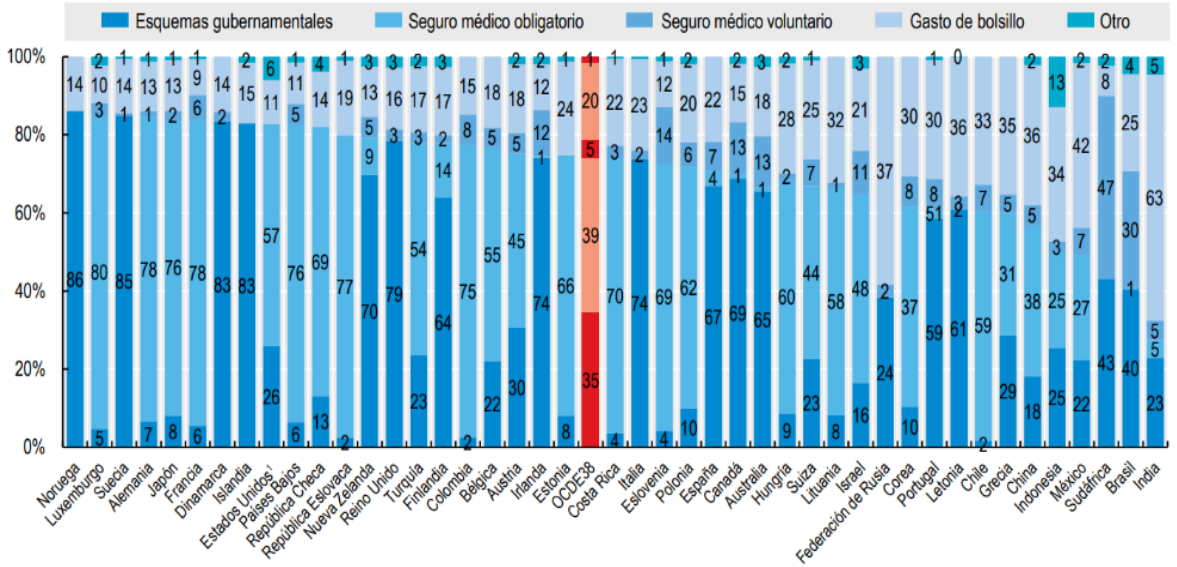
les pone retos u objetivos a alcanzar donde México brilla por ser de los que tiene los peores desempeños.

En la Imagen de arriba podemos observar algunos de los indicadores de la OCDE respecto a México en cuestión de salud y la media de los países de la OCDE, donde se puede resaltar mortalidad en pacientes que se pudieron salvar, además del incremento en la morbilidad, el sobrepeso u obesidad que nos coloca como el 2do lugar entre los países miembros y el bajo gasto sanitario, así como la poca cantidad de personal de enfermería y de médicos.

Tanto la valoración, como las políticas del BM, nos adentran a por que la población pese al incremento de la afiliación a un servicio de salud, este no ha tenido mayor impacto en la población, esto es el famoso gasto de bolsillo, el cual es la cantidad de dinero que invierte la población de su propio sueldo para la atención de la salud, esto por la ineficiencia del seguro ya sea por no tener la capacidad para atender o para asegurar los insumos de materiales y medicamentos que necesita la población.

En la siguiente grafica podemos observar cómo se desempeña los gastos en salud en distintos países y cómo en México el gasto de bolsillo es uno de los más grandes, haciendo que la gente gaste más dinero para recibir la atención esencial de la salud, con un catastrófico 42%, casi la mitad del gasto total de salud, solo por debajo de la india quien tiene el 63% de gasto de bolsillo (OCDE, 2021).

Figura 7.9. Gasto en salud por tipo de financiamiento, 2019 (o año más cercano)



1. All spending by private health insurance companies reported under compulsory health insurance. Category "Other" refers to financing by NGOs, employers, non-

Si tomamos en cuenta el bajo gasto del PIB en salud, que genera la carencia en el sector público y por lo tanto la necesidad de cubrir las necesidades por un medio

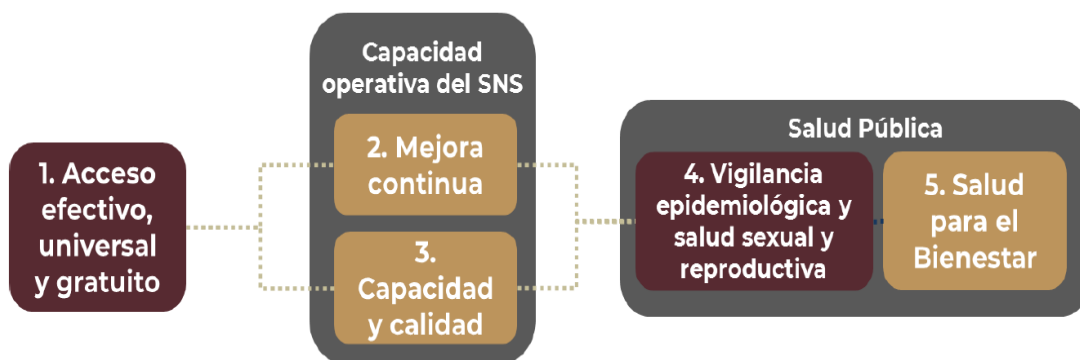
privado o propio, resulta en no poder cumplir con lo esencial para acatar el derecho a la salud, además de que los problemas en cuanto al sector de trabajo con la mayoría asalariados y con un ingreso bajo, impacta con mucha más fuerza el gasto de bolsillo.

A partir del 1 de diciembre del 2018 entra en vigor el mandato del presidente Andrés Manuel López Obrador, el cual entra con la idea de renovar y cambiar muchas de las políticas que habían dejado los gobiernos anteriores, criticando fuertemente los modelos neoliberales con los que se habían actuado los sexenios anteriores, y especialmente en su programa sectorial de salud analiza el estado del sistema de salud dejando en claro las grandes deficiencias de este.

Dentro de las primeras partes del Plan Sectorial de Salud podemos observar como de primera instancia reflexiona como las políticas neoliberales, la descentralización del sistema de salud, así como el fracaso del Seguro Popular (SP) socavan el derecho a la salud y deja desprotegido a la mayoría de la población con un seguro ineficiente y carente de los servicios mínimos para asegurar la adecuada protección a la salud.

A partir de esta idea el principio fundamental del programa es volver a unir el sistema de salud, para que pueda resolver las inequívocas carencias que sufre, además de garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de salud.

Estructura de los objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2019 – 2024



Se propone el cambio del SP por la Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos (PSSyMG) así como reformas en la Ley general de salud, también fortalecer y mejorar la producción, compra y abasto de medicamentos y recursos, a través de la propia producción con empresas como BIRMEX entre otras e incentivar la producción y con esto la disminución de costos.

Para lograr esto se fomenta una nueva visión basada en la vigilancia sanitaria y epidemiológica, además de integrar políticas intersectoriales con actividades conjuntas con la Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) para educación, promoción y prevención de salud.

También los nuevos modelos de Atención Primaria de Salud Integral o APS-I se fortalecerá al igual que evitar la polifarmacia a menos de ser netamente necesario, además de unir esfuerzos con IMSS e ISSSTE fortaleciendo las redes de apoyo para atenciones especializadas.

Este programa sectorial contempla 5 objetivos, 26 estrategias prioritarias y 204 acciones puntuales.

Dentro de las estrategias se describen podemos resumirlas en:

- La creación de INSABI que dará los servicios de salud gratuitos, Incluyendo la atención especializada, abasto suficiente de medicamentos y un enfoque más comunitario de la atención.
- Basarse en los nuevos modelos de APS-I, un adecuado sistema de referencias y contrarreferencias, mejorar el Sistema Nacional de Salud, mejorando la infraestructura, equipamiento, redes informáticas, recursos financieros y humanos, además del Modelo integral para servicios de salud y asistencia social, como el seguimiento de las políticas y una visión intercultural y humanística.
- Una adecuada vigilancia epidemiológica y la regulación sanitaria-ambiental además de observación de la promoción de la salud en general, reproductiva y de infecciones de transmisión sexual.
- Prevención y control de las enfermedades no transmisibles como también una mejor atención en cuanto a salud mental y adicciones, además de la asistencia social de mujeres y niños, niñas y adolescentes.

Cuando uno lee de forma profunda el plan sectorial es muy ambicioso y propone muchas cosas que están en armonía con las políticas internacionales en cuanto al derecho de la salud, esperemos que los esfuerzos que se plantean logren el cometido y reconviertan el sistema de salud de México para bien, aunque el desafío para lograr el impacto en la salud deseado como lo describimos en el diagnóstico comunitario, es necesario que al igual que se tienen avances en el sector salud, estos avances también sean consistentes en otras áreas del desarrollo como el sector laboral, educativo y social, esperemos que los resultados sean dignos de todos los pensamientos y saberes que realizaron dichos planes y reformas en las leyes (Salud, Programa Sectorial De Salud 2019-2024, 2019).

Seguimiento de Programas y Perfiles de morbilidad

En SADEC se trabaja no solo con la consulta general, también se abre un espacio para poner énfasis en distintos asuntos que se plantean como problemas a los que se les tiene que dar un poco más de atención en el ámbito de la salud.

Los programas sobre los que vamos a hacer el análisis de los datos obtenidos durante el año de servicio social son los siguientes:

1. Programa de atención a la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio.
2. Programa de Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del niño sano.
3. Programa de Control de pacientes con Enfermedades Crónico-Degenerativas.
4. Programa de detección oportuna de cáncer Cervicouterino.
5. Programa de detección oportuna de víctimas de violencia.

Encararemos cada uno de ellos, con datos sólidos y analizaremos que tan bien funcionan estos programas, así como el impacto que pueden llegar a tener, es importante pensar en los distintos ámbitos que hacen posible el adecuado seguimiento de los programas o en su defecto el inadecuado seguimiento de estos.

Atención del Embarazo parto y puerperio

La atención del embarazo parto y puerperio es de vital importancia, desde la perspectiva de disminuir la muerte materna, dato importante en los niveles de salud presentado por la OCDE y también parte de los objetivos del milenio que ahora son los objetivos del desarrollo sostenible, debido a que es una razón por las cuales las mujeres y los nuevos seres humanos no deberían de morir.

Objetivos

- Disminuir la mortalidad materna de la región
- Disminuir las complicaciones perinatales
- Disminuir la Mortalidad neonatal
- Mejorar la atención maternofoetal

Metas

- Lograr un seguimiento mensual de mujeres embarazadas desde la segunda consulta (de preferencia primer trimestre)
- Disminuir las complicaciones del embarazo
- Adecuada atención del parto.
- Acompañamiento durante el puerperio y planificación familiar.

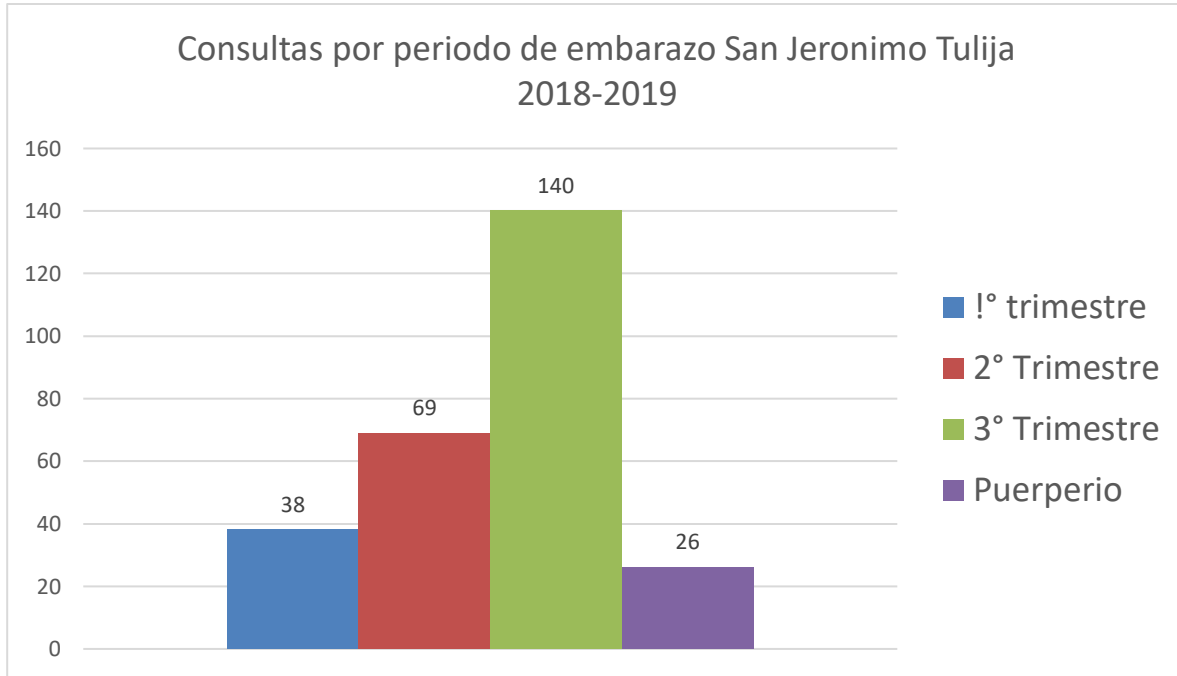
Estrategias

- Generar un ámbito de confianza e interculturalidad a través de la partería.
- Fomentar la atención del embarazo en la clínica.
- Mostrar las posibilidades de control prenatal a la disposición.
- Detectar y referir de forma adecuada cualquier paciente de riesgo o de urgencia.

Actividades

- Interrogatorio y exploración física completa.
- Orientación nutricional.
- Elaboración de expediente clínico.
- Exploración ultrasonográfica.
- Acompañamiento a partera a revisión de embarazadas.
- Atención del parto.
- Referencias y acompañamiento de pacientes con urgencias.

Durante el periodo de Agosto del 2018 a Julio del 2019 se dieron un total de 273 consultas de atención al embarazo parto y puerperio, en total se tuvo 61 mujeres en programa, y se dieron 70 consultas subsecuentes, el promedio de edad de las pacientes fue de 24-25 años.



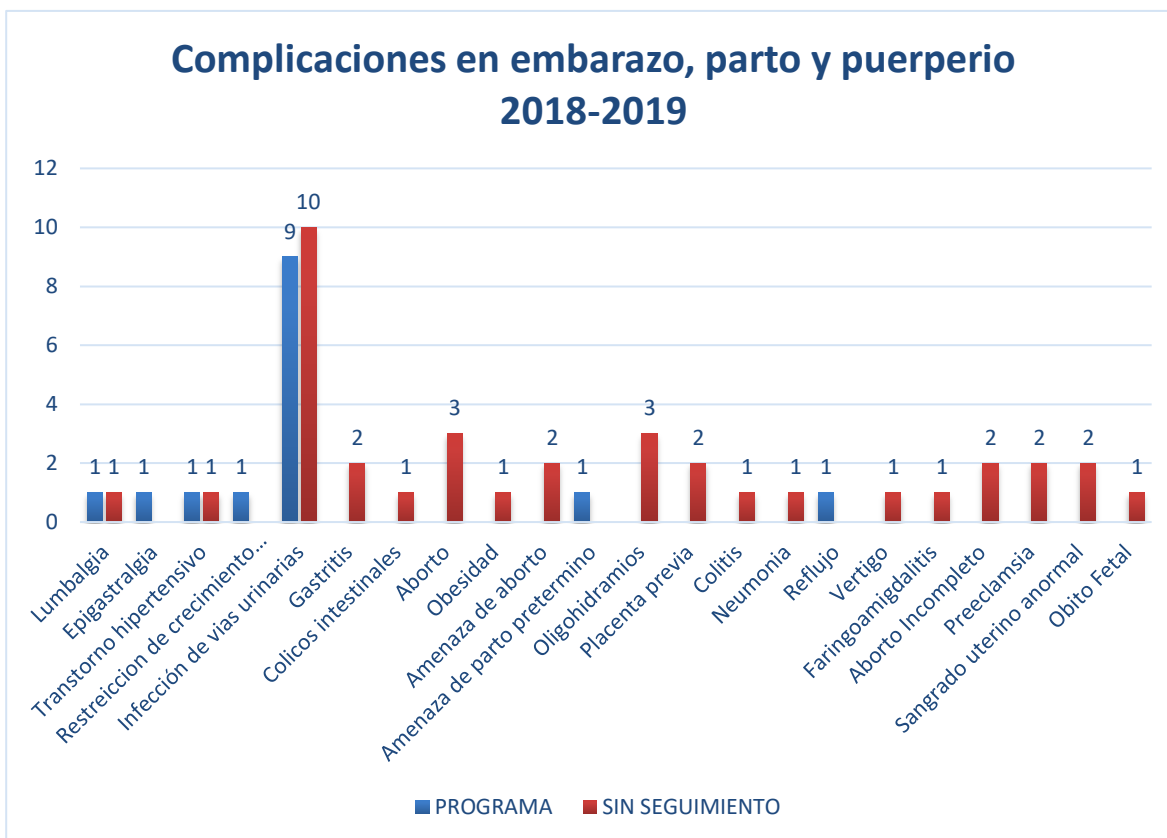
Grafica 31 Información recolectada de hoja de consulta diaria, SADEC

En la gráfica observamos la cantidad de consultas totales desglosadas por el trimestre en el que fueron atendidas, podemos identificar claramente que la mayoría de las consultas se dieron ya en el tercer trimestre del embarazo, esto debido en la mayoría de los casos, que las mujeres no llevaron su control prenatal de inicio con un médico, casi siempre se llevaba con una partera y en otras con nadie, en ciertas situaciones acudían por revisión al médico para asegurar que todo estuviera bien.

Aunado a la falta de recurso, a veces por las pacientes, por pena o simplemente porque no se acostumbra todavía dentro de los pueblos a llevar el control prenatal con personal médico, muchas veces prefieren hacerlo a su forma y esto podemos observarlo con las consultas que dio la partera durante el mismo periodo, fueron un total de 90 y eso solo de las que nos pudimos enterar, debido a que a veces no nos enterábamos de todas las parteras ni de todas las consultas que daban las que conocíamos, pudiendo atestiguar la importancia de las parteras en esta parte de México.

Debido a la mala atención del control prenatal, también observamos una mayor incidencia de problemas en las mujeres embarazadas que no llevan sus controles

comparados con las que si lo llevan, además de complicaciones durante el trabajo de parto que se pudieron haber prevenido de haber sido atendidas antes.



Grafica 32 información de hoja de consulta diaria, SADEC

Como podemos observar en la gráfica de complicaciones, el principal problema con las mujeres son las infecciones de vías urinarias, tanto como en mujeres en seguimiento como las que no tuvieron. Analizando los mismos patrones en las complicaciones, nos damos cuenta que las mujeres sin seguimiento tuvieron la mayoría de los problemas, pero principalmente los problemas que ponían en riesgo la vida de ellas y del bebe, como fueron los abortos, abortos incompletos, amenazas de aborto, óbito fetal, oligohidramnios, placenta previas, preeclamsia, sangrado uterino anormal, y muchas de estas pacientes terminaron siendo referidas o trasladadas al hospital, gracias a la atención oportuna no hubo ninguna muerte materna durante la estancia en el poblado.

Cabe destacar que entre más tiempo pasaba en la comunidad, cada vez había más consultas para las mujeres embarazadas y esto se debió a mi parecer a dos componentes fundamentales, el primero con un adecuado uso del equipo de ultrasonido que había en la comunidad, con el cual se pudieron detectar a tiempo diversos problemas que de no haber estado el equipo hubiera sido muy difícil detectar y la segunda causa, el acompañamiento con partera, en el caso especial

de la partera Francisca, con la cual se logró un ambiente de trabajo muy amigable y al final de cooperación mutua, atendiendo a las pacientes con ambos al mismo tiempo.



Grafica 33 Recolectado de hoja de consulta diaria san jerónimo Tulijá, SADEC

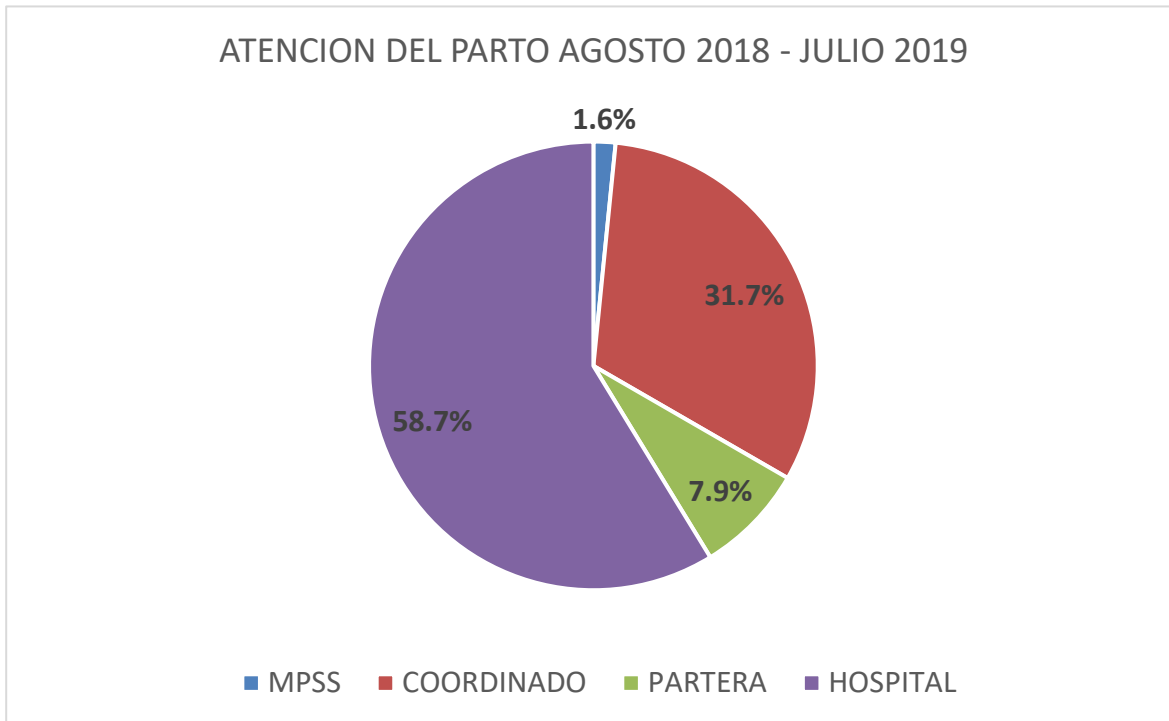
En la atención del parto, podría decir que fue una de las mejores experiencias durante la estancia, pero al mismo tiempo una de las más cansadas debido a la transformación de la clínica en un espacio para la atención del parto, con una mirada intercultural en la cual la partera no era solo una ayudante, también era una colega capacitada y capaz de resolver los problemas durante el parto.

La capacidad de Francisca generó que los partos fueran atendidos de otras formas, como parto vertical y en cuclillas, que no había hecho antes pero que gracias a la experiencia se pudieron dar, además, la mayoría de las referencias a hospital fueron debido a que eran bien recibidas en el hospital Palenque por lo que muchas acudían solo a valoración para que recibieran su “papel de envió a hospital” y aquellas graves en su mayoría era una decisión conjunta entre la partera Francisca y yo,

En total se contabilizaron 63 partos de los cuales 37 tuvieron su resolución en el hospital, 16 fueron por voluntad propia, se refirieron como interconsultas 15 de los cuales 7 fueron por petición del paciente y las otras 8 completamente estable, para atención especializada por detalles que no ponían en riesgo a la mamá ni al bebé y se llevaron de urgencia al hospital 6 pacientes de las cuales todas fueron de forma estable, gracias a que se pudieron no solo revisar a tiempo si no controlar con los medicamentos que teníamos disponibles, aquí las urgencias que pudieron complicarse fue un caso de preeclamsia que se controló adecuadamente, un aborto incompleto con sangrado que se controló y un óbito fetal por el cual no se pudo

hacer mucho debido a que llego tarde a la consulta, en el hospital no tuvo mayor complicación para la madre.

De los 63 partos, 20 partos fueron atendidos de forma coordinada con la partera Francisca, después 5 partos de los que la partera nos dijo atendió personalmente y por último 1 parto en solitario que atendí durante el año de estancia.



Grafica 34 información recolectada de hoja de consulta diaria

Como podemos observar en más del 40% de los partos estuvo una partera presente, además el rasgo de que no pudimos registrar todo el trabajo de la partera pudiese generar un sesgo donde la participación de la partería sea mucho más grande de lo que aparenta, además la participación conjunta hizo que mi labor como Medico pasante pareciera menor y al mismo tiempo mayor.

La totalidad de los partos atendidos de manera coordinada, por partera y por el pasante, en su totalidad fueron partos normales, en cuanto a los del hospital no se tiene un registro claro de cuantos fueron cesáreas y cuantos fueron partos normales, lo que sí se sabe, es que no se registraron muertes maternas ni neonatales a excepción del óbito fetal, pero por cuestiones de definición, como ocurrió entre el 3° y 4° mes del embarazo todavía se le considero un aborto.

Evaluación del Programa

Desde la perspectiva de lo que se espera del programa se podría decir que se logró parte de los objetivos y metas, solo dos pequeños detalles, dentro de ellos el primero

sería el seguimiento de las mujeres embarazadas, las cuales aunque algunas si tuvieron un buen seguimiento, la mayoría no alcanzó las dos consultas para incluirlas en el programa, lo cual implica que o llevaban su control en otro lado o ni siquiera lo llevaban, lo cual hay que mejorar de manera importante, tratando de concretar un adecuado seguimiento de estos grupos de pacientes. El segundo detalle es el seguimiento en puerperio y la posibilidad de darle seguimiento con métodos anticonceptivos para una adecuada planeación familiar.

Lamentablemente las limitaciones en el programa es complicado que se cubran, debido a que las dos limitantes encontradas, tienen que ver con influir en su cultura y el gasto corriente que hacen para el adecuado seguimiento de su embarazo, no por eso significa que sean imposibles de cubrir, pero se necesita una cantidad importante de esfuerzos por retener a la población y para eso se necesita que tengan un mayor nivel de confianza en la clínica y en el personal que opera dentro de ella.

A continuación, menciono parte de las posibles soluciones y aportes que pueden mejorar el programa:

1. Capacitación y mantenimiento de un grupo de promotoras que se encarguen de la atención a las mujeres, como se mencionó en la parte de diagnóstico comunitario, es importante que esto se dé, aunque necesitaríamos mayores garantías y prestaciones para las compañeras que ejercen este noble arte, debido a las limitantes económicas y de tiempo que esto genera, tanto de la parte del gobierno como de la misma comunidad y otras organizaciones. En mi caso debido a que era un hombre, muchas veces las mujeres por pena o por otras cuestiones no siempre se acercaban, eso puede pasar también con otros pasantes que sean hombres, creo que las mujeres que no solo entienden el idioma si no que pueden explicar mejor y entender mejor la cultura daría un aire de mayor seguridad y armonía en la atención.
2. Espacio para todas: Durante una conferencia a la que asistí sobre feminismo y economía emancipadora en San Cristóbal, donde participó Silvia Federici en 2019 (Silvia, 2019), hablaron sobre algo que me llamó la atención y es la lucha por espacios comunitarios donde las mujeres puedan apoyarse entre ellas al mismo tiempo que comparten ideas, preocupaciones, buscando soluciones a sus conflictos. En el ámbito del embarazo esto puede servir para que se pueda formar redes de apoyo comunitario entre mujeres donde aquellas que tengan problemas ya sea económicos, emocionales o de dudas y miedos por el embarazo sean abordados de manera comunitaria al mismo tiempo que se da el espacio para que ellas se sientan más tranquilas, de esa forma se resuelva no solo un problema si no muchos, incluyendo la marginación y ataques por el machismo que imperan sobre la comunidad.

3. Mantener la comunicación y coordinación con las parteras comunitarias, sé que es difícil porque depende de cada pasante como viva y se desenvuelva en la comunidad, pero sin duda alguna, el mantener el contacto y el trabajo con la partera, al ser de la comunidad y ver a los pacientes de forma más prolongada a lo largo del tiempo permitiría darle una permanencia a las actividades e ideas que vayan surgiendo para mejorar la clínica y la atención al parto, había muy buenas promotoras que tenían madera para formar parte del grupo de partería, yo creo que lo que se necesitan son incentivos y mucho trabajo para que ellas puedan seguir con esta noble labor.

Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo

Dentro de los objetivos a nivel mundial está el velar por la adecuada nutrición de los niños. La forma en la que se mide el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños es por medio del peso y la talla, así como el índice de masa corporal, y también por medio de otras aptitudes que el niño tiene que desarrollar bajo ciertas edades.

Objetivos

- Detección temprana de patologías de importancia.
- Disminuir la mortalidad en niños <15 años.
- Disminuir la desnutrición en niños.

Metas

- Mantener un peso y talla adecuado en pacientes <15 años
- Ingreso de pacientes y seguimiento por patologías o desnutrición.
- Egreso de pacientes con adecuado peso y talla.
- Control de enfermedades crónicas.

Estrategias

- Capacitación a la población.
- Convencimiento de ingresar al programa por cuestiones de salud.
- Campañas para valorar el estado de los niños en la población.

Actividades

- Toma de talla y peso en las campañas así como su registro.
- Pláticas y talleres sobre alimentación saludable a la población en general.
- Indagación y apertura de expediente a niños con enfermedades crónicas o de importancia para su desarrollo.

En cuanto al programa de crecimiento y desarrollo durante el periodo del servicio social de agosto del 2018 a julio de 2019 no se tuvo un buen manejo de los datos de todos los niños que acudían a consulta, por lo que impide hacer un adecuado cálculo de los controles y de la nutrición en general de la población, sin embargo

muy pocos acudieron al control del niño sano, y los pocos que lo hacían sus hijos estaban sanos, por lo cual no se consideró el criterio de meterlos dentro del programa por no cumplir con los requisitos de ingreso, dentro del programa solo se ingresó a un niño correspondiente a los zapatistas el cual tenía asma y padecía de exacerbaciones debido a la falta de compra de su medicamento para el control de la enfermedad.

A parte de las consultas se hizo una campaña donde participaron 26 niños de la escuela zapatista, en la cual se realizó la tarea de desparasitarlos, pesarlos, medirlos, se les dio el plato del buen comer y la técnica de cepillado de dientes además de aplicación de flúor en compañía de la compañera estomatóloga que rotaba en ese periodo por la clínica.

Durante la campaña a los 26 niños no se encontraron ninguno con dato de desnutrición a excepción de la estatura, por un momento se pensó que pudiera ser señal de mala nutrición, pero al hacer mejor las mediciones con respecto a la tabla de la OCDE, ningún niño cayó en rango de desnutrición.

Evaluación del programa

La verdad el programa es bastante bueno, y afortunadamente los niños acudían por otras cosas, pero menos por trastornos alimenticios o problemas de enfermedades crónicas, además que mucha de la consulta de niños fue por causas menores.

Yo creo que tratar de captar toda la información de peso y talla de todos los pacientes es un poco complicado, por eso mi sugerencia principalmente es que al menos una vez al año se hagan campañas extensas en la comunidad para hacer un adecuado diagnóstico de los niños de forma transversal esto con apoyo de la comunidad para hacer las campañas en las escuelas donde acuden los niños, de esa forma la concentración de datos así como el empleo de tiempo puede ser más satisfactorio, además de acrecentar la unión y trabajo con las escuelas que permitiría actuar a futuro con otros temas o educación en salud para ellos.

Es importante que la recolección de datos, así como los diagnósticos de estos sean lo más consensados posible, de esa forma el próximo medico pasante podría tener una mejor planificación al saber en qué temporadas se debe de hacer, así como también que es lo que se tiene que hacer, de forma más precisa, lograr un programa que tenga fechas y actividades mínimas para cada campaña con los niños, para poder lograr mejores resultados, mucho más consistentes, además de tener un mejor impacto comunitario.

Seguimiento de Pacientes Crónico-Degenerativos.

Objetivos

- Disminuir la mortalidad por enfermedades crónico degenerativas.
- Disminuir las complicaciones secundarias a enfermedades crónico degenerativas.
- Mantener a los pacientes dentro de parámetros normales y con adecuado seguimiento de las indicaciones médicas.

Metas

- Seguimiento médico mensual.
- Control de los niveles glucémicos en pacientes diabéticos.
- Control de la presión arterial en hipertensos sistémicos.
- Disminuir la incidencia de obesidad y malos hábitos alimenticios.
- Mantener en control y seguimiento adecuado en pacientes con patologías de importancia.

Estrategias

- Sondeo de pacientes con síntomas sugestivos de enfermedades crónicas.
- Informar de forma clara y oportuna a los pacientes acerca de las enfermedades.
- Seguimiento de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- Combinar de ser necesario tratamientos farmacológicos con herbolarios.

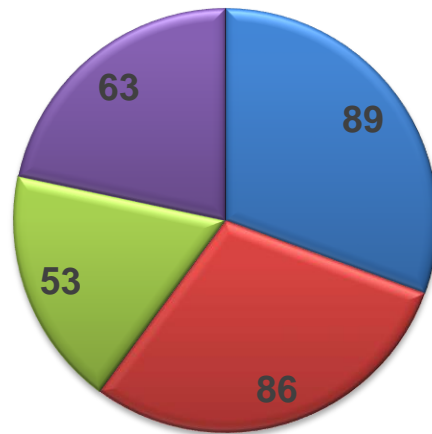
Actividades

- Interrogatorio y exploración física completa.
- Toma de glucosa capilar.
- Planificación nutricional.
- Apertura de expedientes y hojas de control y seguimiento.

Resultados del programa

Durante la estancia del servicio social, se obtuvieron un total de 291 consultas en total de pacientes que entraban dentro de las enfermedades crónico-degenerativas, de las consultas se puede desglosar en Diabetes Mellitus 2 (DM2) con 89 consultas, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) con 86 consultas, Sobrepeso y obesidad (SYO) con 53 consultas y Otros padecimientos (otros) con 63 consultas, como podemos apreciar las consultas por DM2 y Has fueron las más altas.

CONSULTA DE CRONICO DEGENERATIVOS 2018-2019



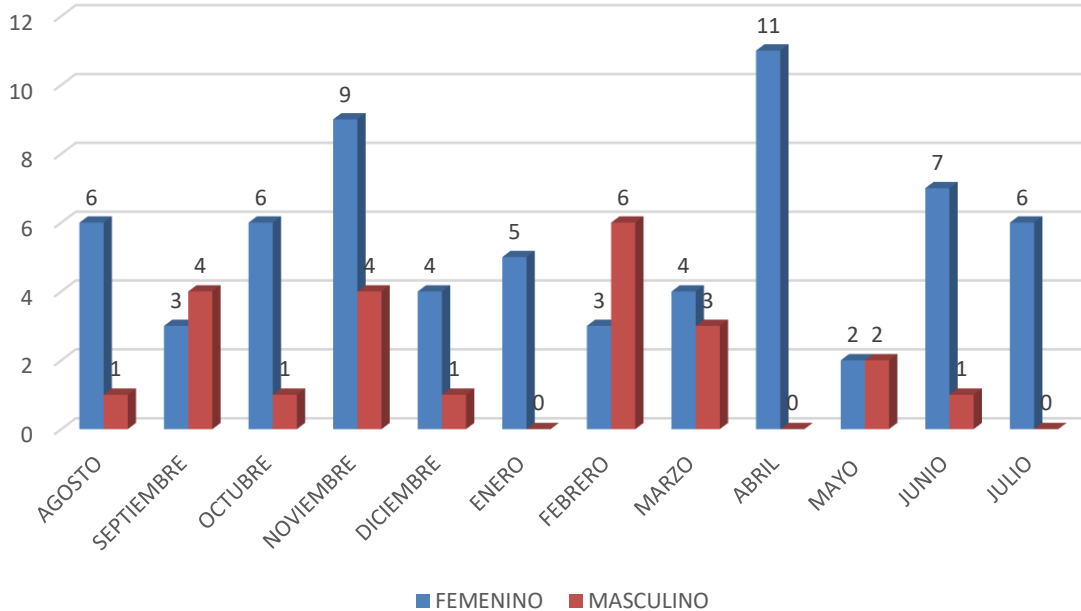
■ DM ■ HAS ■ SYO ■ OTROS

Grafica 35 Información obtenida de hoja de consulta diaria.

La distribución de las consultas como podemos ver en el gráfico DM2 es el 30.5%, HAS es el equivalente al 29.55%, SYO el 18.3% y Otros al 21.65 respectivamente.

En cuanto al comportamiento de la consulta por cada uno de estos grupos examinamos los siguiente:

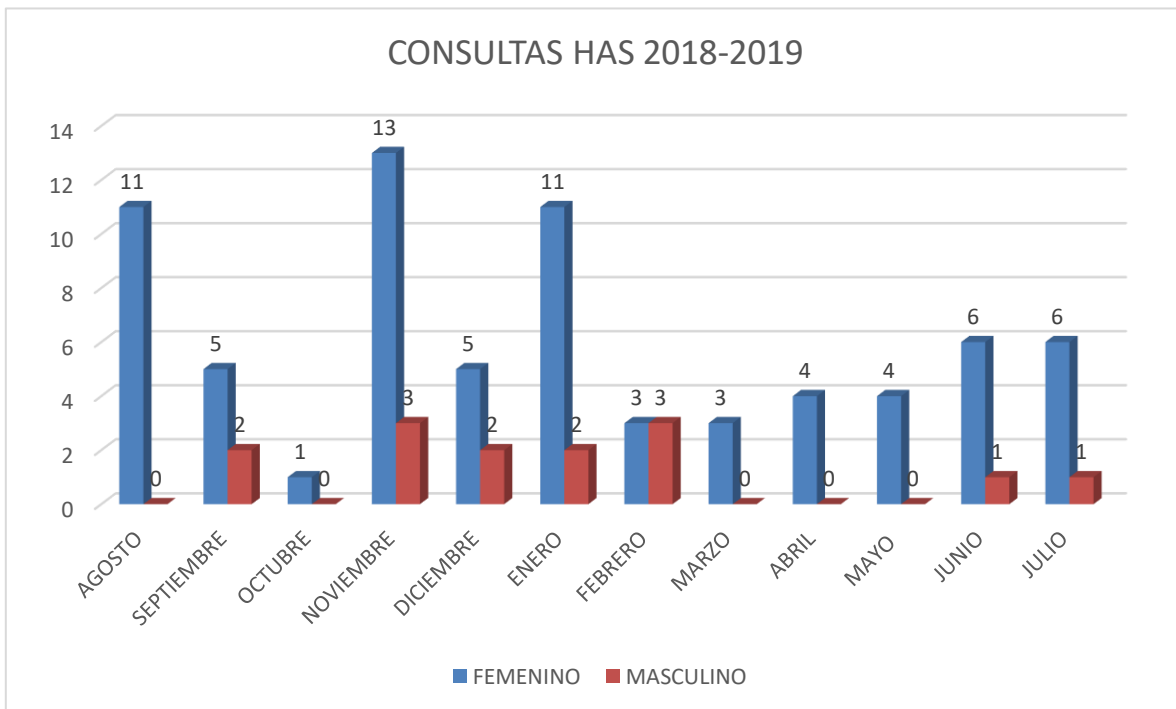
CONSULTAS DM 2018-2019



■ FEMENINO ■ MASCULINO

Grafica 36 Información obtenida de hoja de consulta diaria.

Para las consultas de DM2 tenemos que el mayor mes con consultas fue noviembre, seguido del mes de abril, con un promedio de 3 consultas al mes, además como podemos notar en la gráfica anterior, la participación de mujeres en consultas es mucho mayor que la de los hombres, en cuanto al tipo de consulta, de 1er vez fueron 31, ingreso a programa 12 y subsecuentes 46, estando las consultas de programa por encima de las otras dos, en este periodo se tomaron un total de 73 glucometrías capilares, en cuanto a los pacientes ingresados al programa 11 pacientes tuvieron al menos 3 consultas durante el año, con controles capilares por debajo de 130 mg/dl y solo un par de casos se tuvo que cambiar el medicamento pero fue más por cuestiones económicas, sin embargo mantuvieron un adecuado control de su enfermedad.

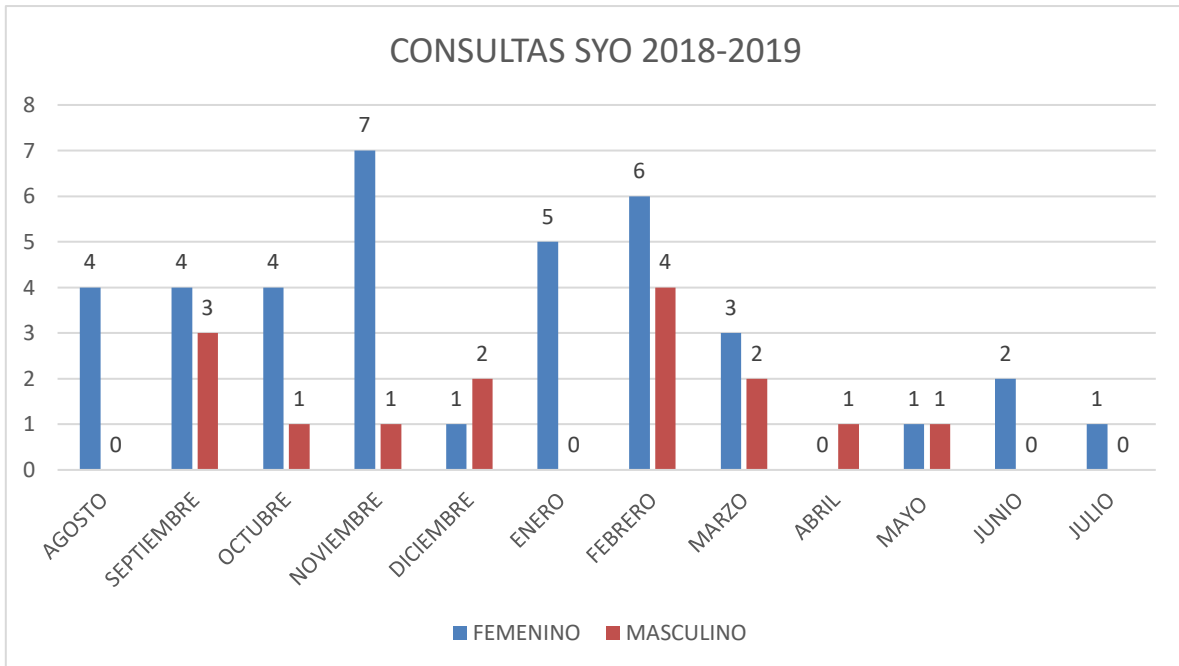


Grafica 37 Información obtenida de hoja de consulta diaria

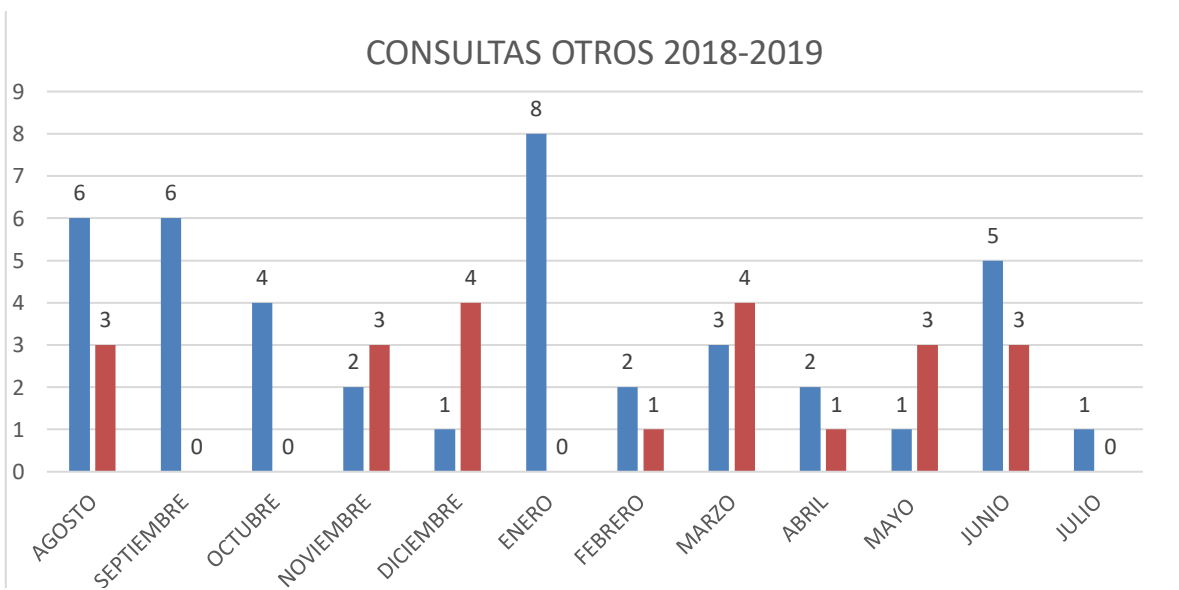
En cuanto a la atención de HAS, podemos observar que al igual que en DM2 la mayor cantidad de consultas se dio a mujeres, mientras que los hombres fueron muy escasos, En cuanto a los tipos de consulta los de primera vez ocuparon 45 consultas, de ingreso a programa fueron 7 y por ultimo de programa fueron 34, en la cual la mayoría de los pacientes que se habían detectado con presiones elevadas, casi nunca regresaron a control o seguimiento, cabe recalcar que siempre se intentó hacer el mejor trabajo posible al explicar las patologías y la importancia de su seguimiento, solo 7 pacientes asistieron durante el año al menos a 3 consultas, con presiones por debajo de 140/90 demostrando que aquellos que si tenían su seguimiento mantenían un adecuado control de la enfermedad.

En algunas ocasiones tanto a pacientes con DM2 y HAS se utilizaron tratamientos de tipo herbolario en conjunto con el medicamento, esto porque muchos pacientes, sobre todos los mayores de 60 años se sentían más tranquilos al estar consumiendo algún remedio herbolario para controlar sus enfermedades.

Aun así, los controles de los pacientes en seguimiento eran muy bueno, la mayoría tenía un control adecuado con cifras menores de TA de 140/90 mmHg y en Glucosa capilar por debajo de 120 mg/dl. En cuanto a las consultas de sobre peso y



Grafica 38 Información obtenida de hoja de consulta diaria



Grafica 39 Información obtenida de hoja de consulta diaria

obesidad, también se encuentra el mismo patrón donde las mujeres son las que más acudieron a consulta, en cuanto a estas la mayoría pedía asesoría sobre ejercicios y dietas, debido a que la mayoría refería no tener tiempo para realizar actividades físicas.

En cuanto al programa de consultas de otras patologías de importancia observamos que se mantienen ligeramente parejas a lo largo del año, en las cuales las 3 patologías que más se repiten son cardiopatías, dislipidemias e hiperplasia benigna de próstata, lo cual es de suma importancia, ya que teniendo en cuenta la población las enfermedades cardiovasculares, así como patologías con estas son



relativamente frecuentes en la población.

Evaluación del programa.

El programa a mi parecer es bueno, pero puede mejorar, debido a que la población responde de forma adecuada a las indicaciones, a veces por costumbre o la forma en la que se percibe la enfermedad (si no molesta no hay enfermedad) dificultaba que los pacientes se atendieran, pero, con la adecuada explicación la mayoría comprendía y modificaba sus malos hábitos aproximándose así a las metas control, además los pacientes que entraban en vigilancia por otras patologías generalmente buscaban la atención de especialistas según se les sugiriera.

Creo que el programa puede dar aún más de sí mismo, pero para lograrlo se necesita expandir y mejorar la atención médica en la clínica de San Jerónimo, debido a que es una gran ayuda para las personas debido a la necesidad a veces de orientación, creo que el uso de campañas preventivas generaría un gran impacto

en esta comunidad, haciendo una especie de conferencias u otras actividades para concientizarlos y ayudarlos a tener un mejor seguimiento, aunque es el trabajo de la clínica del IMSS creo que puede dar mejor resultados en la Murcia.

Detección oportuna de víctimas de violencia.

Actualmente en México el adecuado desarrollo familiar es fundamental para llevar a cabo un desarrollo integral, lamentablemente la violencia tanto doméstica, como de parejas entre otras, impera en la sociedad mexicana, es parte de nuestras obligaciones como fomento a la salud acompañar y orientar a las personas que tienen problemas de agresión o violencia por parte de otra persona, para que se pueda desenvolver de manera plena en la sociedad.

Objetivos

- Disminuir la reincidencia de violencia intrafamiliar, de pareja u otro tipo.
- Visibilizar la vulnerabilidad de las personas que sufren acoso o violencia

Metas

- Formar ambientes de confianza donde se puedan expresar las personas
- Captación de todas las personas víctimas de violencia desde la segunda consulta.

Estrategias

- Ahondar durante la consulta en detalles sobre violencia o lesiones.
- Sensibilizar a la población sobre los problemas de violencia y sus tipos.
- Generar apoyo psicológico a toda persona con necesidades.

Actividades

- Interrogatorio y exploración física completa.
- Apertura de expedientes.
- Acompañamiento y referencia a psicología en casos necesarios.

Durante el periodo del servicio social, no se reportó ninguna consulta de víctimas de violencia, esto al parecer se dio por varios motivos, en el cual creo que está el

hecho de que no pude conectar de forma adecuada con las mujeres, además de no poder generar la suficiente confianza en la población femenina.

Aun así considero que el programa es de suma importancia, debido a que aun en la comunidad se denota claramente el machismo y el desdén que sufren las mujeres, siendo aun víctimas sentimentales dentro de sus relaciones de pareja, es por eso que aunque en mi caso no se logró una adecuada conexión esto no implica que con próximos pasantes esto suceda, además de que el apoyo moral y psicológico que se puede brindar desde este espacio, podría ser la única oportunidad de alguna mujer que pueda estar pasando por violencia en su familia, relaciones, casa o algún otro lado.

No puedo dar ninguna recomendación acerca de este programa debido a la nula participación que tuve, sin embargo, espero que a los próximos pasantes no tengan la necesidad de ver este tipo de problemas y que el hecho de que no tuviera consultas se deba a que en realidad ninguna mujer sufriera de violencia.

Detección oportuna de cáncer cervicouterino

En México para el 2020 el cáncer cervicouterino era el segundo más diagnosticado y la segunda causa de muerte en mujeres con un estimado de 9,439 casos nuevos y 4,335 muertes, y pese a que los últimos años ha estado disminuyendo la incidencia aun es un problema de salud de importancia a nivel nacional e internacional, cabe destacar que la región de Chiapas tiene para el 2020 la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino más alta del país con 11.91 (IMSS, 2023).

Objetivos

- Detección oportuna de cancer cervicouterino.
- Creación de nocion y cultura sobre la importancia de la revisión anual de papanicolao

Metas

- Captación de mujeres en riesgo de padecer cancer cervicouterino
- Que las pacientes ingresadas al programa logren mantengan sus controles anuales.

Estrategias

- Dar difusión a información acerca del cancer cervicouterino y como detectarlo.
- Formar campañas de tomas de muestra o papanicolao
- Detectar factores predisponentes de cancer cervicouterino en mujeres.

Actividades

- Toma de muestra de citologia cervical a las pacientes.
- Interrogatorio y exploracion fisica completa.

Al igual que en el programa de víctimas de violencia, la detección de cáncer cervicouterino quedó abandonado durante mi periodo del servicio social, solo se tuvo una consulta la cual resultó con NIC1, a ella se le buscó, se le notificó su resultado y se derivó a Palenque para seguimiento de su enfermedad,

Quiero pensar que la falta de consulta se debe a que como hombre en la comunidad hay mucho estigma y al guardar su pudor prefieren no ser revisada o valorada por un hombre.

Por lo tanto, durante la estancia quise realizar una campaña de toma de papanicolaou en la comunidad de San Jerónimo, pero por cuestiones técnicas y la falta de una compañera que pudiera en esos días asistir no se realizó.

Es por eso por lo que insisto, de manera imperativa, que se tenga en cuenta que para captar a más mujeres o más grupos de mujeres en estos programas, es importante la figura femenina en la clínica, que pueda llevar a cabo dichos procedimientos, ya sea por campañas o por estancia.

Creo que también el hecho de que la clínica de IMSS-Prospera, también brinda este servicio, sea menor el número de pacientes que en la clínica se captan. Podemos ver también que pese a que las enfermeras del IMSS ya son conocidas y respetadas dentro de la comunidad, aun así les ha costado que las mujeres se hagan sus revisiones periódicas, así que pienso que no solo es un problema de la capacidad técnica, también es un problema de orientación e información en salud a las mujeres, pero sobre todo a las mujeres más grandes, las cuales aún tienen bien arraigadas sus creencias y estilo de vida en el cual consideran que las revisiones para estas enfermedades no son necesarias o lo toman más desde un aspecto más religioso-espiritual.

Analizando parte de lo acontecido, considero que las campañas y otros medios de información que sean más atractivos hacia la población y que permita que estos tengan una mejor conciencia sobre las revisiones serán fundamentales. En el libro donde no hay médico, señalaban que las obras de teatro u otra forma de transmisión de información podría funcionar mucho mejor sobre la población sin invadir su estilo de vida, por eso invito a que se organicen en SADEC y discutan que otras formas de aproximación a la población pueden sugerir para que de acuerdo con el derecho a la salud se respete el apartado de brindar información oportuna y educación en salud, para que la población tenga un mejor futuro en la rama de salud.

PERFIL DE MORBILIDAD

Para entender mejor el contexto de la población y cómo se enferma, es importante analizar de qué se enferman y cuando se enferman, para poder hacer una mejor planeación acerca de las distintas actividades o precauciones que se pueden tomar para que estas sean mucho menores o tengan menores complicaciones, favoreciendo así la salud en general de la población.

Como podemos ver, en la siguiente tabla las enfermedades que más se reportaron durante el 2019 fueron las enfermedades de la vía respiratoria y que arrasaron de forma contundente a las demás reportándose 23,778,438 casos seguida de las infecciones gastrointestinales que son apenas casi una cuarta parte con 5,360,604.

Diez principales causas de enfermedad Nacional en México 2019			
NUMERO	PADECIMIENTO	CODIGO DE CIE10	NUMERO DE CASOS
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	23,778,438
2	Infecciones intestinales causadas por otros organismos y las mal definidas	A04, A08, A09 excepto A08	5,360,604
3	infección de vías urinarias	N30, N34, N39	4,348,079
4	Ulceras Gastritis y duodenitis	k25-k29	1,418,236
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	k05	1,131,482
6	Conjuntivitis	h10	1,035,140
7	Otitis Media Aguda	H65.0-H65.1	790,660
8	Obesidad	E66	677,075
9	Vulvovaginitis	N76	648,473
10	Hipertensión Arterial	I70-I75	543,933

Elaborado con datos extraídos de (México, 2023) Anuario de morbilidad PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN 2019.

Así durante el tiempo que estuve en la comunidad, alrededor de un año, pude observar cómo el patrón que se escribe en el nivel nacional es muy parecido al que existe en la comunidad, primero analizaremos la morbilidad de una ex pasante Ana Evelia Hernández Colín que reportó las siguientes 10 principales causas de enfermedades en la consulta, podemos observar que tiene como principal enfermedad las infecciones de vía aérea superiores, después las infecciones de vías urinarias y las infecciones gastrointestinales.

		CASOS
1	FARINGOAMIGDALITIS VIRAL	167
2	IVU BAJA	84
3	GEPI	82
4	RINOFARINGITIS BACTERIANA	71
5	COLITIS	66
6	PARASITOSIS INTESTINAL	60
7	OTITIS MEDIA AGUDA	45
8	HERIDAS	41
9	PIELONEFRITIS	38
10	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	35

Tabla obtenida de Hernández Colin A. E. 2018

En cuanto a la incidencia captada en el periodo de agosto del 2018 a julio del 2019 podemos observar un patrón más parecido al reportado a nivel nacional para el 2019.

PRINCIPALES 10 PATOLOGIAS CENSADAS EN SAN JERONIMO TULIJA AGOSTO 2018 A JULIO DEL 2018			
NUMERO	PATOLOGIA	CIE-10	TOTAL
1	FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA	JO20	164
2	NEUMONIA DE MICROORGANISMOS NO ESPECIFICADO	J18.8	125
3	RINOFARINGITIS AGUDA	J00	116
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09	98
5	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS DE SITIO NO ESPECIFICADO	N390	97
6	OTITIS MEDIA SUPURATIVA Y OTITIS MEDIA SIN ESPECIFICAR	H66	75
7	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	K297	71
8	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	B829	65
9	COLITIS Y GASTROENTERITIS ALERGICAS Y DIETETICAS	K522	62
10	HERIDA EN SITIO NO ESPECIFICADO	T08-T14	55

Tabla 4 información tomada de hoja de consulta diaria, perfil de morbilidad

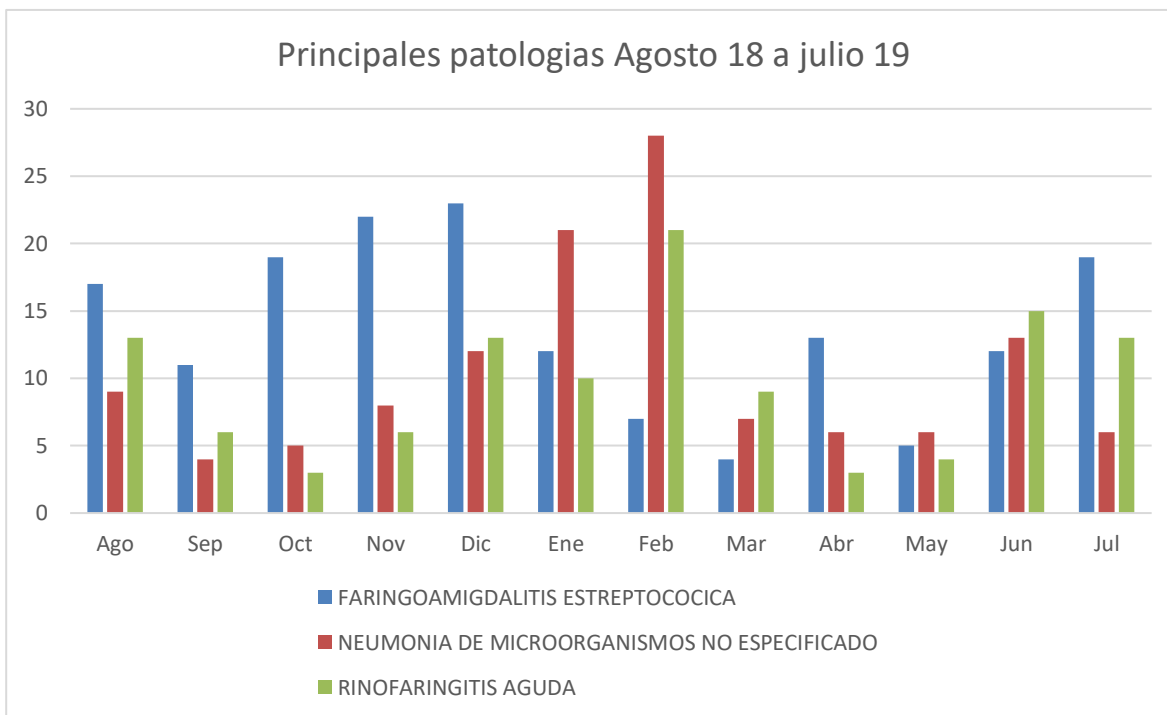
Como apreciamos en la tabla anterior, las patologías de las 3 más frecuentes se encuentran la de la vía respiratoria, seguido de las gastroenteritis infecciosas, que si las sumamos como lo hace en la nacional, obtendríamos un resultado similar en cuanto a las proporciones, entre el primer y segundo lugar de incidencia, cabe recalcar que aunque si hubo diagnósticos de gingivitis y problemas bucales, fueron mínimos debido a que estos lo hicieron los estomatólogos que estuvieron durante la estancia, el resto de las enfermedades con una relativa similitud.

NUMERO	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL	TASA DE INCIDENCIA por cada 1000 habitantes
1	17	11	19	22	23	12	7	4	13	5	12	19	164	63.44
2	9	4	5	8	12	21	28	7	6	6	13	6	125	48.36
3	13	6	3	6	13	10	21	9	3	4	15	13	116	44.87
4	5	4	8	5	9	11	17	2	2	5	14	16	98	37.91
5	10	12	4	16	8	5	11	7	2	8	9	5	97	37.52
6	1	8	8	13	5	2	5	3	2	11	11	6	75	29.01
7	3	8	6	12	0	5	9	2	2	10	8	6	71	27.47
8	0	7	0	2	3	7	9	6	8	8	8	7	65	25.15
9	7	3	4	2	5	10	5	4	6	2	10	4	62	23.98
10	0	5	4	9	6	2	9	4	5	2	6	3	55	21.28

Tabla 5 información recabada de la hoja de consulta diaria

*La tasa se calculó bajo 2585 hab.

En cuanto al comportamiento de las principales enfermedades podemos observar en la tabla anterior que durante la época de otoño-invierno hubo un incremento en la cantidad de infecciones en la garganta, mientras que a finales de invierno incrementaron las neumonías y las gripes, de esta forma a inicios de la primavera tuvimos el incremento de las enfermedades gastrointestinales y de las infecciones de vías urinarias, en cuanto a las heridas que se realizaban las personas tenemos una evolución relativamente dentro de los mismos números entre todo el año.



Grafica 40 Tomado de hoja de consulta diaria.

Como lo mencionábamos en la parte anterior, ahora con una forma más visual en la gráfica de arriba se puede observar muy bien el incremento de las neumonías entre Diciembre, Enero y Febrero al igual que las Rinofaringitis, en cuanto a las infecciones de la garganta tenemos que la mayor incidencia se dio entre los meses de Octubre a Diciembre, en general las 3 patologías tuvieron una disminución importante en los meses de marzo, abril y mayo esto tiene mucha relación con los cambios de clima que se someten las estaciones y la región de San Jerónimo Tulijá.

PRINCIPALES PATOLOGIAS TRANSMISIBLES EN SAN JERONIMO TULIJA DE AGOSTO 2018 – JULIO 2019			
N	PATOLOGIA	CIE-10	TOTAL
1	FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA	JO20	164
2	NEUMONIA DE MICROORGANISMOS NO ESPECIFICADO	J18.8	125
3	RINOFARINGITIS AGUDA	J00	116
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09	98
5	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS DE SITIO NO ESPECIFICADO	N390	97
6	OTITIS MEDIA SUPURATIVA Y OTITIS MEDIA SIN ESPECIFICAR	H66	75
7	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	B829	65
8	OTRAS INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO NO ESPECIFICADOS	L089	38
9	CONJUNTIVITIS	H10	29
10	VULVOVAGINITIS	N76	23

Tabla 6 Información obtenida de hoja de consulta diaria

Las 10 principales patologías transmisibles dentro del periodo del servicio social, no es muy distinta a la de las principales 10 patologías en general, debido a que la mayoría de estas pertenecen al grupo de las enfermedades infecciosas, son embargo aquí ya podemos apreciar a las conjuntivitis, las vulvovaginitis y aquí entra una que debido a la cantidad de lesiones y cortes en la población fue muy común que eran las infecciones de la piel y tejido subcutáneo, que de forma sorpresiva ocupa el octavo lugar.

COMPORTAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS TRANSMISIBLES POR MES														
N	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOT	TASA
1	17	11	19	22	23	12	7	4	13	5	12	19	164	63.44
2	9	4	5	8	12	21	28	7	6	6	13	6	125	48.36
3	13	6	3	6	13	10	21	9	3	4	15	13	116	44.87
4	5	4	8	5	9	11	17	2	2	5	14	16	98	37.91
5	10	12	4	16	8	5	11	7	2	8	9	5	97	37.52
6	1	8	8	13	5	2	5	3	2	11	11	6	75	29.01
7	0	7	0	2	3	7	9	6	8	8	8	7	65	27.47
8	0	2	2	3	4	8	4	4	0	2	5	4	38	25.15
9	1	2	2	5	2	2	3	3	2	1	5	1	29	23.98
10	1	2	0	5	1	0	4	1	1	4	2	2	23	21.28

Tabla 7 información recabada de la hoja de consulta diaria, * La tasa está calculada con 2585 hab.

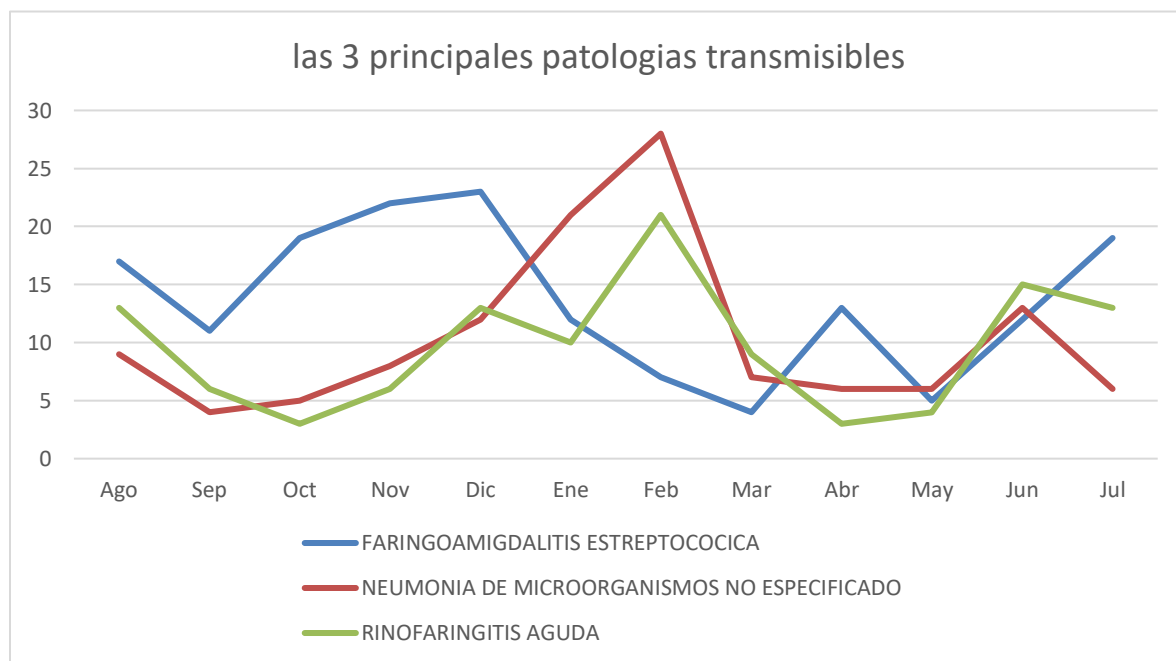


Tabla 8 información recabada de la hoja de consulta diaria

En la gráfica se reconoce mejor el incremento de las neumonías y rinofaringitis, contra la disminución de las faringoamigdalitis, además de los temporales con

mayor afluencia en los tiempos de otoño a invierno y su disminución drástica en cuanto entra la primavera en marzo.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, encontramos coincidencias con las principales patologías a nivel nacional que serían las gastritis, obesidad y hipertensión, aun así, vemos en esta parte, enfermedades características de la población, como se mencionaba en el diagnóstico comunitario, el tipo de trabajo de la población es más rural y de campo, por lo tanto es común que tengan mayor cantidad de accidentes con machetes y cuchillos que son lo que ellos usan, así como accidentes con molinillos para moler el maíz o en todo caso de golpes al subir a árboles, al monte, en una terracería, con animales etc.

PRINCIPALES PATOLOGIAS NO TRANSMISIBLES EN SAN JERONIMO TULIJA 2018-2019			
N	PATOLOGIA	CIE-10	TOTAL
1	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	K297	71
2	COLITIS Y GASTROENTERITIS ALERGICAS Y DIETETICAS	K522	62
3	HERIDA EN SITIO NO ESPECIFICADO	T08-T14	55
4	CONTRACTURA MUSCULAR	M62.4	51
5	DERMATITIS NO ESPECIFICA	L20-L30	50
6	HIPERTENSION ESCENCIAL (PRIMARIA)	L10	38
7	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICA	E78.5	37
8	SOBREPESO Y OBESIDAD	E66	35
9	CEFALEA	R51	34
10	DIABETES MELLITUS TIPO II	E11	33

Tabla 9 información recabada de la hoja de consulta diaria .

Además de las heridas dada la condición del lugar, que cuenta con mayor cantidad de insectos, plantas y las visitas constantes al río, combinado con la falta de protección de la ropa, dado a que mucha gente va con ropa fresca, nos da una cantidad de afecciones dermatológicas importantes, tanto así que ocupó el 5 lugar de las enfermedades no transmisibles.

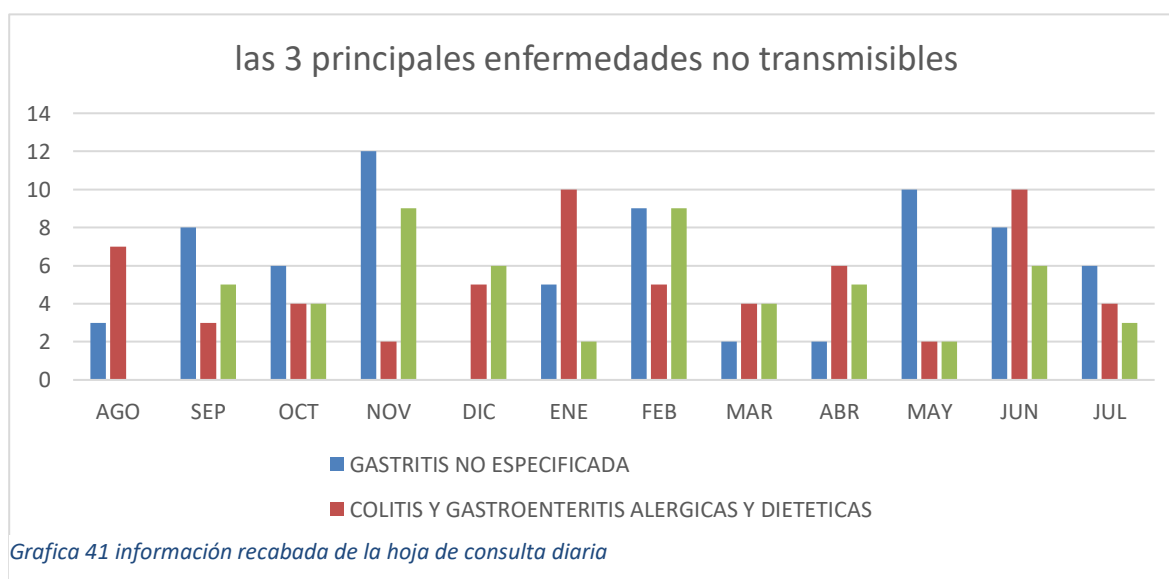
El sobrepeso, obesidad y las dislipidemias, en conjunto con las gastritis y colitis, tienen que ver mucho con las nuevas rutinas dietéticas que adoptó la población, consumiendo mayor cantidad de refresco, galletas, golosinas y productos enlatados, generando no solo mayor cantidad de basura, también creando trastornos gastroalimenticios que como podemos observar si tienen un impacto importante en la población, además de generar mayor propensión para DM II, HAS y problemas cardiovasculares, de los cuales dos de esos 3 consecuencias si se encuentran en el top 10.

COMPORTAMIENTO PRINCIPALES PATOLOGIAS NO TRANSMISIBLES POR MES														
N	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOT	TASA
1	3	8	6	12	0	5	9	2	2	10	8	6	71	14.31
2	7	3	4	2	5	10	5	4	6	2	10	4	62	13.54
3	0	5	4	9	6	2	9	4	5	2	6	3	55	13.15
4	1	8	3	5	2	2	8	3	5	5	6	3	51	12.77
5	5	11	2	7	1	1	7	6	2	1	5	2	50	11.22
6	2	4	0	6	2	9	3	1	4	1	1	5	38	10.83
7	2	3	2	2	5	4	5	5	2	0	4	3	37	10.83
8	1	3	4	6	3	3	4	4	2	2	2	1	35	8.90
9	4	2	1	3	5	2	5	1	0	2	6	3	34	4.64
10	2	0	6	2	0	0	4	5	10	0	2	2	33	3.87

Tabla 10 información recabada de la hoja de consulta diaria, *La tasa se calculó con 2585 hab.

A diferencia de las relaciones completamente deducibles entre los picos de enfermedades y el tiempo observables en las enfermedades transmisibles, en el caso de las no transmisibles, no sucede así, debido a que los movimientos de las enfermedades no tienen variaciones muy fuertes con respecto a los diferentes meses al menos no que tengan una significancia importante.

Pero podemos describir que las gastritis tienen sus picos más fuertes en noviembre, mayo y febrero respectivamente, las colitis tuvieron mayor auge en enero, junio y agosto, en orden descendente, y los meses donde hubo mayor cantidad de heridas fue en noviembre y febrero, aunque no se encontró alguna causa en específico de esto como son relacionadas con los hábitos alimenticios y el trabajo, puede que tenga relación con otros aspectos, como periodos de descanso o mayor cantidad de fiestas donde se pueda apreciar estas elevaciones.



Grafica 41 información recabada de la hoja de consulta diaria

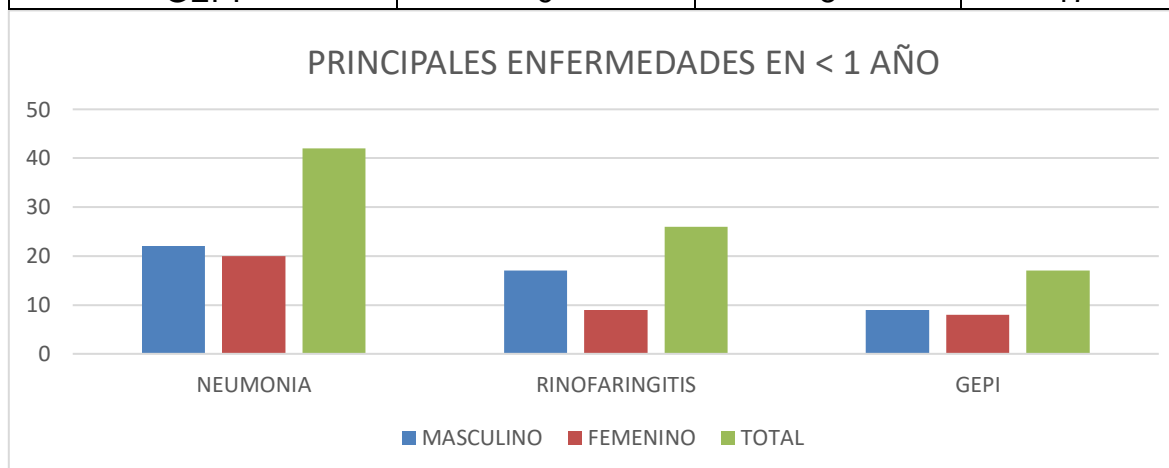
DAÑO DIFERENCIAL

Como parte de las formas de entender las enfermedades, analizaremos cómo se comporta en distintos grupos de edades, de esta forma podremos generar un patrón de acción preventiva según cada grupo de edad, además de poder diferenciar cuales podrían ser las posibles causas de estas enfermedades.

Grupo etario de <1 año

Las enfermedades más comunes para el grupo de los niños menores a un año fueron los que se muestran en la tabla siguiente.

MENOR A 1 AÑO			
PATOLOGIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NEUMONIA	22	20	42
RINOFARINGITIS	17	9	26
GEPI	9	8	17

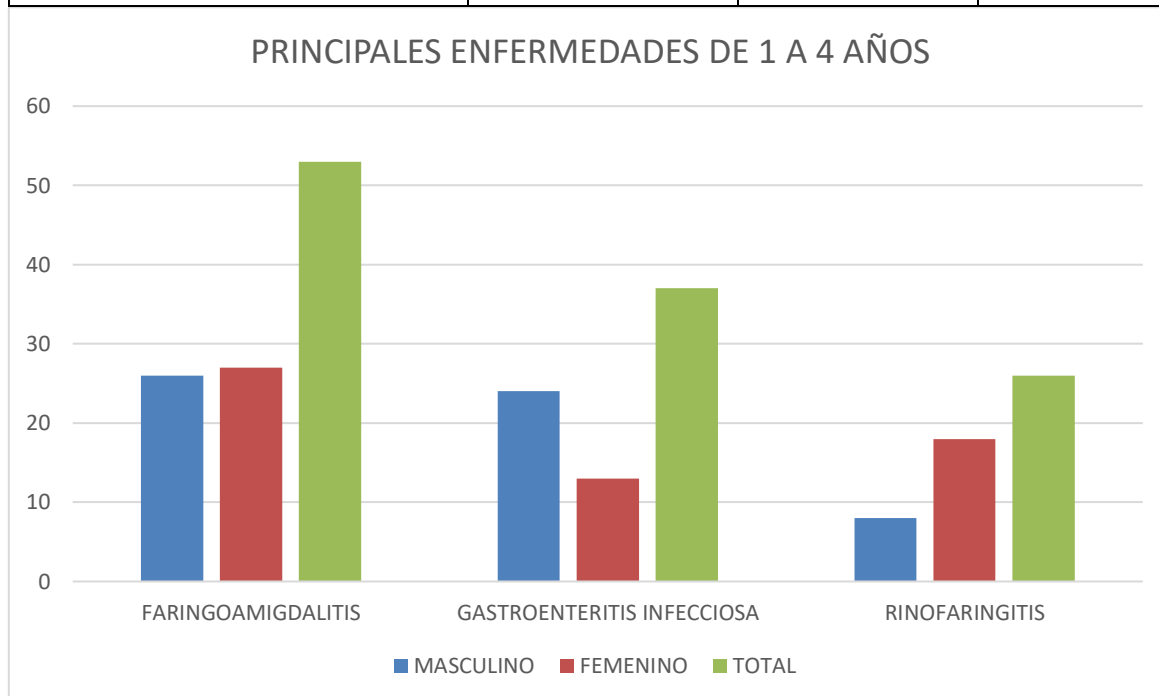


De forma sorprendente durante la estancia del servicio social los niños menores a un año tuvieron una cantidad importante de infecciones pulmonares, seguido de infecciones de la vía respiratoria superior de tipo viral y por último infecciones gastrointestinales, la precariedad de las viviendas y los materiales, pese a ser buenos para el calor, son muy malos para los tiempos de fríos y sumados a la humedad son el factor clave para las enfermedades respiratorias, además de la falta de agua potable y las malas prácticas alimenticias en bebés promueve las infecciones gastrointestinales, debido a la ablactación temprana y sustitutos de leche.

Grupo etario de 1 a 4 años

Las principales enfermedades en este grupo de edad se muestran en la siguiente tabla:

DE 1 A 4 AÑOS			
PATOLOGIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
FARINGOAMIGDALITIS	26	27	53
GASTROENTERITIS INFECCIOSA	24	13	37
RINOFARINGITIS	8	18	26

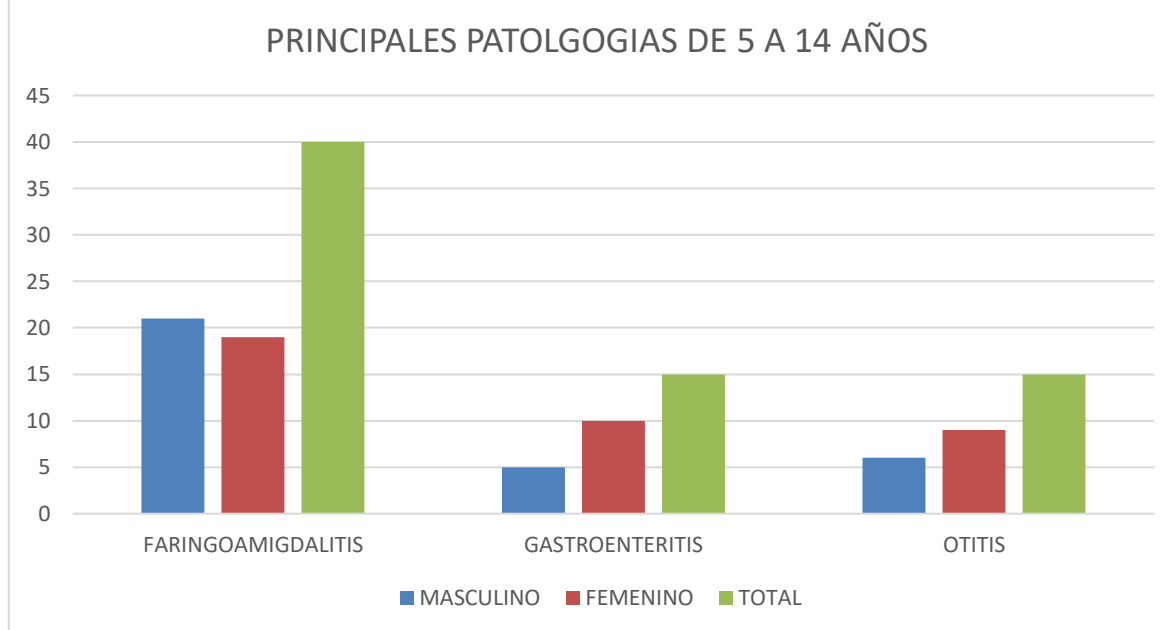


En cuanto al grupo de 1 a 4 años, encontramos la predominancia de las infecciones al igual que en grupo de los menores de 1 año, pero a diferencia de estos, la patología predominante es la faringoamigdalitis, seguida a las infecciones gastrointestinales y por ultimo las rinofaringitis, esto tiene mucho que ver con las mismas condiciones precarias de las casas y el agua de consumo además en este caso de la higiene de manos, ya que en muchos casos me percataba de la poca higiene que había con respecto a esta para consumir alimentos, es lógico que los niños tengan poco cuidado y más si los adultos no los enseñan, así que se podría decir que aunque son enfermedades que se presentan a nivel nacional de forma común tienen que ver con una mala educación en salud y malas condiciones de vivienda.

Grupo etario de 5 a 14 años

En el grupo de estos años encontramos las siguientes 3 enfermedades como las principales:

DE 5 A 14 AÑOS			
PATOLOGIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
FARINGOAMIGDALITIS	21	19	40
GASTROENTERITIS	5	10	15
OTITIS	6	9	15

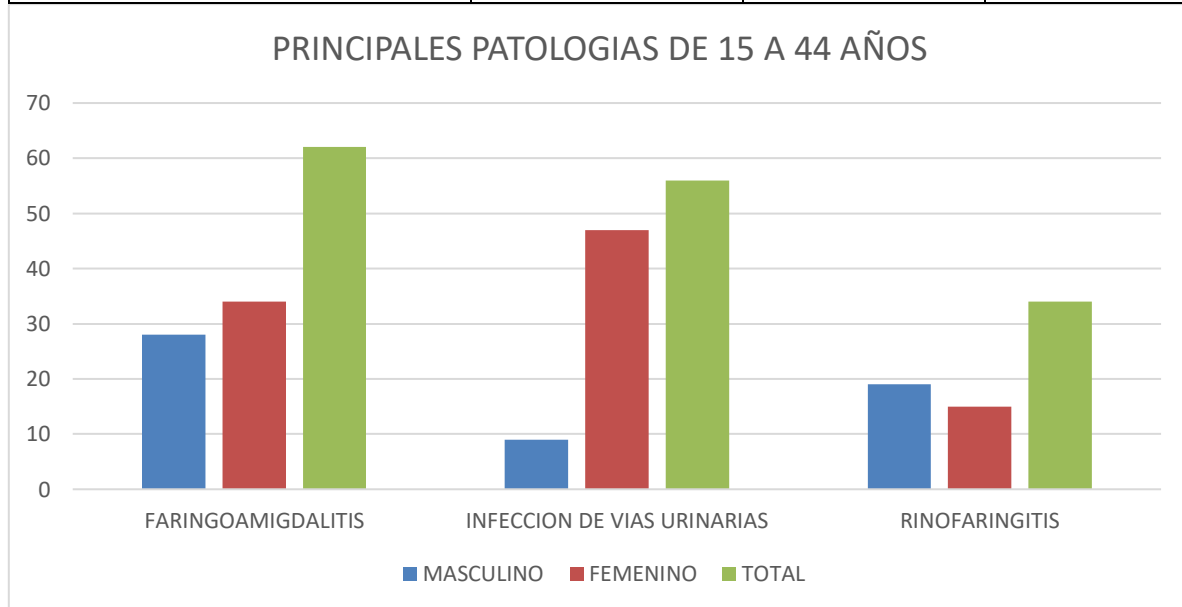


Ahora como podemos observar en las tablas anteriores, en este grupo aún se mantiene el orden de las primeras dos enfermedades con respecto al grupo anterior, faringoamigdalitis de primera, gastroenteritis de segunda pero aquí hay un cambio importante en la tercera patología se posicionan las infecciones del oído, las enfermedades previas sabemos que tiene que ver con la vivienda y la falta de educación en salud y hábitos higiénicos, pero la otitis, es una enfermedad que resulta a las visitas constantes que realizan los niños al río, así es, como se describió, la comunidad tiene el río Tulijá el cual casi siempre es visitado por la población del lugar, pero es un lugar de alta Re creatividad para los niños y adolescentes, sin embargo de vez en cuando, esto suscita que no siempre se sequen bien los oídos, generando así, un ambiente propicio para estas enfermedades.

Grupo etario de 15 a 44 años

Las 3 principales patologías en este grupo de edad las podremos observar en la siguiente tabla:

DE 15 A 44 AÑOS			
PATOLOGIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
FARINGOAMIGDALITIS	28	34	62
INFECCION DE VIAS URINARIAS	9	47	56
RINOFARINGITIS	19	15	34



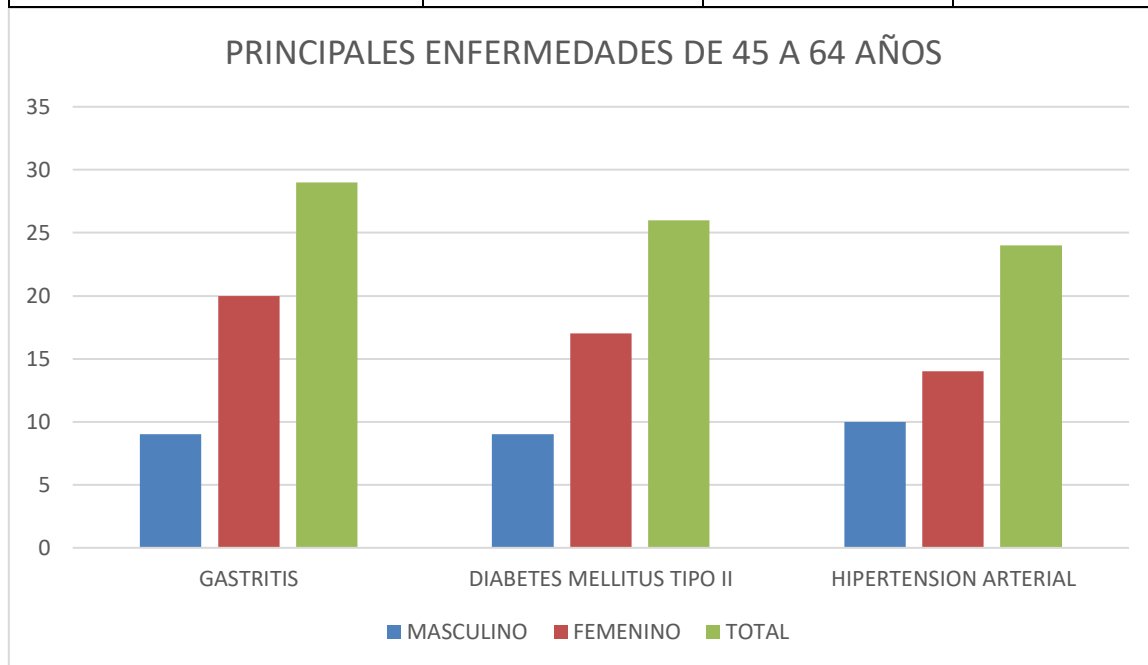
En la tabla y grafica anterior podemos observar como las infecciones de la vía respiratoria superior sigue siendo la enfermedad predominante, incluso en este grupo sigue ocupando el primer y tercer puesto, aunque aquí se añade las infecciones de vías urinarias como la segunda patología con mayor recurrencia las cuales se da principalmente en mujeres, como sabemos esto es secundario a la anatomía propia de la mujer, en la cual al tener una uretra pequeña comparada a la del hombre, permite la contaminación más rápida de bacterias que puedan generar una infección, aquí cabe recalcar que tiene no solo que ver con la baja ingesta de agua simple, sino con el alto consumo de refresco y bebidas azucaradas que tiene la comunidad, es decir, el mal hábito del consumo de refrescos, priorizado sobre el consumo de agua simple, genera mayores problemas de la vía urinaria, recordemos que este tipo de bebidas no solo generara un alto impacto en las calcificaciones o formación de oxalatos, también de forma temprana generara una mayor deshidratación al organismo por las bebidas hiperosmolares, generando una

deshidratación más fuerte, de esta forma haciendo que la gente orine menos y por ultimo que las infecciones del tracto urinario sean más comunes.

Grupo etario de 45 a 64 años

Las principales enfermedades de este grupo las podremos ver en la siguiente tabla:

DE 45 A 64 AÑOS			
PATOLOGIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
GASTRITIS	9	20	29
DIABETES MELLITUS TIPO II	9	17	26
HIPERTENSION ARTERIAL	10	14	24

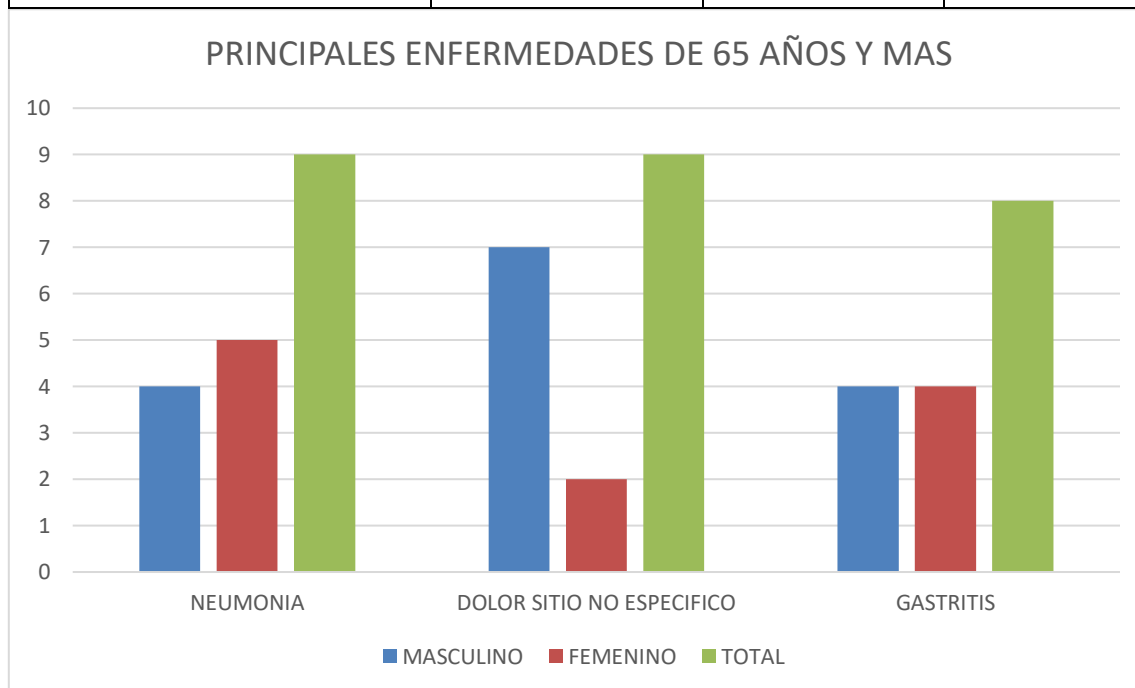


En este grupo etario, podemos ver como pasamos de las enfermedades infecciosas a las enfermedades no transmisibles, que tiene mucho que ver con los hábitos de salud de la gente, que tienen mucha relación con las características a nivel nacional, gastritis en primer lugar debido al tipo de alimentación que llevan las personas, el famoso pozol (bebida a base de maíz) que agrio puede ser muy irritante, además de las comidas altas en grasa que consumen que pueden generarla, además de las clásicas DM 2 en segundo lugar y HAS en tercero, son enfermedades que a nivel general se desarrollan por malos hábitos, sabemos muy bien que el tipo de vida que se lleva no deja un lugar claro para el ejercicio adecuado para la salud, aunado al alto consumo de carbohidratos generan resistencias metabólicas, obesidad, hiperlipidemias y en este caso diabetes.

Grupo etario de Mayores de 65 años.

Para este último grupo las 3 enfermedades más comunes fueron las siguientes:

MAYORES DE 65 AÑOS			
PATOLOGIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NEUMONIA	4	5	9
DOLOR SITIO NO ESPECIFICO	7	2	9
GASTRITIS	4	4	8



Para este grupo, retomamos las neumonías con el primer lugar, seguido de dolor en sitios no especificados y por ultimo las gastritis, teniendo en cuenta que el comportamiento de las neumonías en normal dentro de lo que describe la literatura, donde se presenta con mayor frecuencia en los primeros años de la vida y en la etapa de la vejez, en cuanto a los dolores aquí se englobaron dolores de tipo agudo que provenían de distintas partes, cadera, lumbares, espalda, brazos, piernas, pies, recordemos que la capacidad de la gente mayor es menor y debido a que la población de este grupo en la comunidad tiene una vida bastante activa es normal que recientan sus actividades con dolor al final de las jornadas, además que podemos observar que principalmente los hombres son los que acuden a este tipo de consulta, y por ultimo las gastritis que son secundarias a la alimentación pero también a la decaída del organismo para regenerar los tejidos.

CONCLUSIONES

El servicio social en México me parece de suma importancia, no solo en el área médica y el desarrollo de esta, sino también en el área social, creo que en esta es donde más impera la actividad, la capacidad de entender el lugar donde nos desenvolvemos como médicos además de las habilidades de comunicación y empatía que se desarrollan en esta es una pieza fundamental en el acto médico, pero cabe recalcar que solo el servicio social en comunidades vale la pena.

Aquí en específico en Chiapas, es increíble la cantidad de cosas que se pueden aprender, así como la capacidad de elevar el pensamiento crítico. Chiapas al ser uno de los estados con más pobreza de la república, pero al mismo tiempo con la mayor riqueza, contrasta y hace pensar que es lo que lleva a que esto suceda, la resistencia del pueblo a dejar sus costumbres y tradiciones afronta el riesgo de no ser entendidos por el resto de la sociedad y sufrir de abuso, maltrato, indiferencia, un pueblo que tiene mucho que ofrecer pero nada que vender es la respuesta que creo que Chiapas nos enseña, nos representa en muchos aspectos como pueblo y nos deja lecciones que bien, no son aceptadas en los modelos político/económicos actuales, son lo que necesita nuestro mundo para seguir un buen camino.

Las condiciones que sobrepasan la capacidad de actuación tanto de gobierno como de las distintas asociaciones que actualmente fungen en Chiapas, nos deja ver la realidad de las cosas, aún falta mucho por avanzar, en cultura, en economía, en salud, en educación, todos y cada uno de los factores son determinantes en la mejoría de la vida de las personas, todo esto que quedo grabado en mi memoria lo pudimos observar solo con estar un poco tiempo en la comunidad, el bajo perfil de educación en la comunidad, el promedio bajo, la falta de adaptación al idioma y a las costumbres, el intento de occidentalización que choca con la cultura de los tzeltales y en general de los derivados de la cultura maya, además de la fragante pobreza que permea en la población nos deja un lugar con bastantes dificultades para su desarrollo.

Pese a que hay ciertas cuestiones que no podemos resolver y que tiene que intervenir el gobierno para que se resuelvan, hay algunas cosas que creo solucionaría parte de la problemática a la que se enfrenta la comunidad, mis propuestas son las siguientes:

- Iniciar un programa específico de capacitación y seguimiento de un grupo de promotoras que se enfoquen solamente en la atención a mujeres, como se estaba haciendo durante mi estancia, en la cual se enfoquen los temas de cáncer de Mama, cáncer cervicouterino, control - seguimiento del embarazo

y educación sexual, así como pláticas de mujeres a cerca de feminismo, equidad de género y el fomento de un grupo de apoyo para mujeres.

- Arreglar calendarios de pláticas con los estudiantes desde lo básico, lavado de manos, cepillado de dientes, higiene hasta salud sexual, alimentación, tanto del lado partidista como del lado zapatista con la finalidad de que los hijos a través de estos aprendizajes lleven la información a sus familias y pongan en práctica estos conocimientos, es importante reconocer que debido a la cosmovisión Tseltal y el aprendizaje de estos, se propongan actividades prácticas en vez de solo teóricas que permitan que la puesta en práctica sea fácil.
- Comunicación eficaz y armónica entre las dos clínicas existentes, con dos objetivos principalmente, el primero en tratar de cubrir las deficiencias que cada uno de estos tienen, complementándose y haciendo que el trabajo que hacen tenga una sinergia benéfica para el poblado. En segundo lugar, poder examinar con mayor cuidado los puntos críticos que estén dañando el derecho a la salud y dar sugerencias más precisas de como atacar el problema fortaleciendo el sistema de salud en la comunidad.
- Por último, pero menos importante gestionar un transporte seguro y económico con el cual los pacientes graves puedan ser trasladados desde el poblado al hospital más cercano que en este caso sería el de Palenque, es cierto que es complicado, pero esto abriría la posibilidad de hacer referencias y traslados eficaces que permitan una intervención rápida y así, poder salvar vidas que en otros casos no se podría.

Como podemos observar todos los males de salud que se revisaron a lo largo del análisis de los perfiles de morbilidad, tienen que ver con su población y las condiciones en las que viven, mientras que estas no mejoren, lamentablemente todo seguirá igual, pero ese es el enorme reto que ha tenido siempre el sector salud en cualquier lugar, solo queda esperar que lo que se aprendió aquí sirva para futuro y que de esa forma se pueda minimizar el impacto de las enfermedades que están ahí.

Para poder mejorar hay que lograr convivir de forma más amable y al mismo tiempo sinérgica, esto lo menciono en base al sistema zapatista, bajo el cual estuvimos trabajando, es lógico que cuando estamos bajo otras normas y otras formas de pensar tengamos choques, choques de tipo ideológico, choques de tipo cultural, choques incluso de carácter, pero lo importante es sobrellevarlo y lograr proponer lo mejor para todos, es importante que esto se entienda, ya que el potencial que yo vi en la clínica Murcia es inimaginable, tiene todo para ser un centro de salud referente para el zapatismo, para la comunidad de San Jerónimo, para el municipio

de Chilón y un referente de que las cosas pueden ser diferentes en Chiapas, pero hay que trabajar muy duro, pero sé que se puede lograr.

El trabajo con los promotores, las capacitaciones para ellos y que lleven estos conocimientos a sus propias comunidades es simplemente fascinante, pero, aun así, se tiene que mejorar mucho el aspecto de la educación en salud, en todos los ámbitos, no solo para los promotores sino también para la población, pese a que hable de esto anteriormente me parece que hacer hincapié en esto, es vital para la mejoría de la población, de la comunidad y de SADEC.

Actualmente el trabajo que lleva SADEC sin ser demasiado adulator, es maravilloso, genera un pensamiento más allá de la medicina, proyectando al pasante hacia un entorno completamente nuevo, aprendes muchísimo no solo de la interacción con el paciente, también el sin fin de propuestas de temas y pláticas que hay en SADEC permite al pasante desenvolverse en las áreas que como médico de hospital o de clínica muy rara vez podrías tener acceso tan fácilmente, aunado a esto, el valor del intercambio de ideas y de cómo vive cada quien las cosas me parece sumamente ilustrativo.

Pese al año que estuve como pasante, pese al año que estuve como voluntario, sentí que me hizo falta tiempo en SADEC, sentí que me hizo falta tiempo en la comunidad, sentí que aun podía hacer mucho por todos los lugares a los que fui, lamentablemente había que avanzar, sin embargo, nunca me fui, dejo en ese lugar parte de mi vida y de mi ser con la finalidad de algún día poder volver y mirar el futuro del proyecto de SADEC, de ver como mejoraron las comunidad, de ver que sorpresas y nuevas enseñanzas nos deja este maravilloso proyecto que es Salud y Desarrollo, el Zapatismo y porque no los Tseltales.

Bibliografía

- (SS), S. d. (2020). *Ley General de Salud*. México: Diario Oficial De la Federacion.
- ADULTOS, I. N. (1981). *REGLAMENTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO SOCIAL DE LOS ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR EN LA REPUBLICA MEXICANA*. CIUDAD DE MEXICO: DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION.
- alejandromungary, j. m. (1999). El servicio social en la educación superior de México. *Comercio exterior*, 390-398.
- BANK, W. (2018). *Panorama México: Evaluación del programa de país. Evaluación del Apoyo del Grupo del Banco Mundial (2008-2017)*. Washington, DC: Independent Evaluation Group.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, S13-S27.
- Chiapas. (01 de 03 de 2023). *chiapas.gob.mx*. Obtenido de Chiapas web site:
<https://www.chiapas.gob.mx/ubicacion/#:~:text=Chiapas%20se%20localiza%20al,%C2%B014'%20de%20longitud%20oeste>.
- Entralgo, P. L. (1969). El médico y el enfermo. En P. L. Entralgo, *El médico y el enfermo* (pág. 254). Madrid: biblioteca para el hombre actual Ediciones guarrama S.A.
- Eugenio Maurer Avalos, S. (2011). ¡Los Tseltales aprenden sin enseñanza! *RLEE (México)*, 63-71.
- Garfias, M. E. (2015). *El derecho a la salud en México, Problemas de su fundamentación*. México, D.F.: Comisión Nacional De los Derechos Humanos.
- General, O. A. (16 de 12 de 1966). *refworld*. Recuperado el 15 de 01 de 2023, de
<https://www.refworld.org/es/docid/4c0f50bc2.html>
- humanos, D. (20 de 03 de 2023). *Naciones Unidas*. Obtenido de Naciones Unidas:
<https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>
- IMSS. (21 de 02 de 2023). *www.gob.mx/imss*. Obtenido de www.gob.mx/imss:
<https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino?idiom=es>
- INCMNSZ. (06 de 03 de 2023). *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, INCMNSZ*. Obtenido de Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, INCMNSZ:
<https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cartaderechos/acientes.html>
- INEGI. (2020). *Compendio de información geográfica municipal 2010 chilon, chiapas*. Chiapas: INEGI.

- INEGI. (2020). *Panorama Sociodemografico de México 2020 Chiapas*. CHIAPAS: INEGI.
- INEGI. (01 de 03 de 2023). *Cuentame.inegi*. Obtenido de cuentame, informacion por entidad: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/territorio/relieve.aspx?tema=me&e=07>
- Lenkersdorf, C. (2001). La maravilla de la lengua. Una comparación intercultural del tojolabal y el castellano. *sesión: Problematización inter-cultural*, 269-285.
- Mendoza, A. (2017). La relacion medico paciente: Consideraciones bioeticas. *Revista peru de Ginecologia y obstetricia*, ;63(4):555-564.
- Mexico, E. (21 de 02 de 2023). *Escuelas Mexico*. Obtenido de Escuelas Mexico: <https://escuelas-mexico.com/escuelas/chiapas/carmen-serdan-alatriste-07dcc0663q/>
- México, G. (2 de 03 de 2023). *Gobierno de México*. Obtenido de Gobierno de México: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/nacional/grupo_edad.pdf
- MEXICO, G. D. (AGOSTO de 2008). *GUIA BASICA PARA EDICO PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL*. ESTADO DE MEXICO: SECRETARIA DE SALUD.
- Mexico, N. (21 de 03 de 2023). *Nuestro Mexico*. Obtenido de Nuestro Mexico: <http://www.nuestro-mexico.com/Chiapas/Chilon/San-Jeronimo-Tulija/>
- Montes, V. G. (2004). *Éthos Médico: Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*. ciudad de mexico: Universidad Autonoma Metropolitana.
- mundial, A. m. (21 de 03 de 2023). *Asociacion medica mundial*. Obtenido de AMM: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>
- Mundial, A. m. (08 de 03 de 2023). *Asociacion Medica Mundial*. Obtenido de asociacion medica mundial: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-cordoba-de-la-amm-sobre-la-relacion-medico-paciente/>
- Mundial, B. (21 de 2 de 2023). *Bancomundial.org*. Obtenido de Bancomundial.org: <https://www.bancomundial.org/es/about/history>
- Muñoz, M. G. (2004). *Tzeltales*. México: CDI.
- Noy, S. (2013). Las Politicas de Salud del Banco Mundial. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, IV(142), 75-85.
- OCDE. (2021). *Panorama de la Salud 2021, Indicadores de la OCDE*. Paris: OECD Publishing.
- OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional Sobre Atencion Primaria de Salud. *Russia* (pág. 3). Alma-Ata: OMS.

- OMS. (2008). *El derecho a la Salud*. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas.
- OMS. (2014). *DOCUMENTOS BASICOS 48a EDICION*. Italia: catalogacion por la biblioteca de la OMS.
- OMS. (2018). Declaracion de Astaná. En UNICEF (Ed.), *Conferencia Mundial sobre Atención, Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal*, (pág. 12). Astaná, kazajstan. Obtenido de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- OMS. (20 de 03 de 2023). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- ONU, A. G. (1948). Declaracion Universal de los Derechos HUMANOS., (pág. 217 (III) A). paris. Recuperado el 20 de 03 de 2023, de <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Paoli, A. (2006). Aprender la lengua y la cultura Tseltal. *Reencuentro*, 55-63.
- Rios CV, O. G. (2008). Interculturalidad, salud y servicio social. *Gaceta Urbana*, 116-129.
- SADEC. (--- de -- de 2005). Presentacion SADEC. México, Chiapas, Palenque.
- Salud, S. d. (2014). NOM-009-SSA3-2013 Educacion en salud, criterios para la utilizacion de establecimientos de la atencion medica como campos clinicos para la prestacion del servicio social de medicina y estomatologia. *DOF*, 1-10.
- Salud, S. d. (12 de enero de 2014). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. *Diario Oficial de la Federacion*, todo.
- Salud, S. d. (2019). *Programa Sectorial De Salud 2019-2024*. Mexico: Secretaria de Salud.
- Silvia, F. (2019). *Luchas y alternativas para una economia feminista emancipadora*. Buenos Aires: Centro de documentacion y estudios CDE.
- Social, C. N. (2020). *Informe de Pobreza y Evaluación 2020 Chiapas*. Ciudad de México: CONEVAL.
- UN. (21 de 02 de 2023). *Naciones Unidas*. Obtenido de United Nations: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/#>
- Viniegra, L. (2000). *Calidad del acto medico*. MEXICO: UNAM.