



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**
Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Diagnóstico Comunitario de Salud del Ejido La Garrucha, Ocosingo, Chiapas

**“Llamado a todos a no soñar, sino a algo más simple
y definitivo, a despertar”:**

Reporte del Servicio Social Agosto 2015 a Julio 2016

Proyecto Universitario Desarrollo Humano en Chiapas
SADEC, A.C.

Presenta: Sandra Lee Bedolla Mancilla
Matricula: 209356434

Asesor: Mtro. Joel Heredia Cuevas

México, Enero 2023

Mtro. Joel Heredia Cuevas
Asesor Interno

*Comisión de Servicio Social
de Licenciatura en
Medicina*



08/Enero/2023

Agradecimientos,

Con mucha felicidad y amor al término de este trabajo quisiera dedicarlo a algunas personas cercanas a mi corazón:

A mis papás Rodolfo y Miriam, y a mi hermana Pam a quienes les debo todo mi amor y agradecimiento por hacer posible el camino cursado hasta el día de hoy. Por ustedes y su apoyo incondicional tuve la oportunidad de vivir esta aventura de la cual tengo tan bonitos recuerdos y grandes aprendizajes. Gracias por siempre alentarme a intentar lo que me proponga, sabiendo que sin importar el resultado ustedes siempre estarán al final del camino. El término de este trabajo también es un logro suyo por su incansable apoyo y amor por mí. Siendo la persona más afortunada por tenerlos en mi vida, los amo siempre.

A mi compañera, confidente, amiga y hermana de corazón, Yaz, a quien tuve la fortuna de tener como compañera en esta aventura. En ti encontré apoyo y alguien con quien compartir muy buenos momentos, en los no tan buenos siempre me ayudaste a aligerar el pesar. Aprendimos juntas en lo profesional y personal, uniéndonos en el camino hacia una hermandad bonita, esperando que el universo nos permita seguir teniendo por muchos años más disfrutando de tu compañía.

A mi amiga, alma gemela y hermanita de corazón Azu, por las múltiples pláticas en la madrugada y porras para concluir este trabajo, por la admiración y apoyo que siempre me has expresado, la confianza, y las palabras de aliento para ayudarme en tiempos difíciles, además de las risas, amor y complicidad. Esperando verte realizar tus metas y alcanzar tus sueños.

A Joel, por la paciencia infinita, pero más aún por mostrarme una nueva manera de ver el mundo, permitirme encontrar y cuestionar otras realidades y saber que sí es posible hacer un cambio por pequeño que sea o sembrar la semilla para el futuro. Esperando que el espacio que ha creado para los pasantes siga estando lleno de aprendizaje y nuevas visiones para las generaciones futuras. Gracias por enseñarme y ayudarme a entender el significado de la célebre frase **“El mundo que queremos es un mundo donde quepan muchos mundos”** EZLN.

A Bety, por confiar en mí y ayudar a desarrollar mis capacidades en la práctica profesional compartiéndome tu experiencia y conocimiento invaluable, además de ser un ejemplo a seguir por tu calidez como persona y como médica, que me ayudan día a día, no solo en lo profesional sino también en lo personal. Gracias por las experiencias vividas y el tiempo compartido.

A los compañeros y compañeras zapatistas que compartieron su espacio y vida conmigo, que me dieron su confianza y estuvieron para enseñarme el camino zapatista. Porque **“Zapatistas somos muchos en todas partes aunque no sepamos que lo somos”** E. Galeano.



TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	3
PRÓLOGO	6
PRIMERA SECCIÓN: <i>Proceso de adaptación al Servicio Social</i>	8
1. PERSONAL	8
1.1 <i>Llegada al Servicio Social</i>	8
1.2 <i>La Relación Médico - Paciente</i>	15
1.2.1 <i>Alicia y el personal de salud</i>	17
1.2.2 <i>Graciela y su madre</i>	21
1.2.3 <i>Nicolás el herbolario tradicional</i>	26
2. COMUNITARIO	32
3. INSTITUCIONAL	38
3.1 <i>Proyecto Universitario de Desarrollo Humano en Chiapas UAM-X</i>	38
3.2 <i>SADEC, A.C</i>	39
3.3 <i>Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ)</i>	42
3.3 <i>Clínica Autónoma "Jesús de la Buena Esperanza", La Garrucha</i>	49
SEGUNDA SECCIÓN: <i>Diagnóstico Comunitario</i>	55
4. DERECHO A LA SALUD	55
4.1 <i>Derechos Humanos y el Derecho a la Salud</i>	57
4.2 <i>Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales</i>	65
4.3 <i>Determinantes sociales de la salud</i>	66
5. DIAGNOSTICO COMUNITARIO	70
5.1 <i>Chiapas</i>	70
5.1.1 <i>Población y Cultura</i>	71
5.1.2 <i>Pobreza y Actividades Económicas</i>	78
5.1.3 <i>Educación, Vivienda y Servicios de Salud</i>	85
5.2 <i>Ocosingo</i>	95
5.2.1 <i>Población y Cultura</i>	96
5.2.2 <i>Pobreza y Actividades Económicas</i>	99
5.2.3 <i>Educación, Vivienda y Servicios de Salud</i>	101
5.3 <i>La Garrucha</i>	107
5.3.1 <i>Población y Cultura</i>	111
5.2.2 <i>Actividades Económicas</i>	113

5.3.3 Educación, Vivienda y Servicios de Salud	117
6. CONCLUSIONES.....	125
TERCERA SECCIÓN: Perfil de Morbilidad y Seguimiento de Programas.....	131
7. PERFIL DE MORBILIDAD	131
7.1 Principales patologías generales	134
7.2 Principales patologías transmisibles.....	136
7.3 Principales patologías no transmisibles	141
7.4 Daño diferencial.....	148
7.4.1 Morbilidad en menores de 1 año	150
7.4.2 Morbilidad de 1 a 4 años de edad.....	151
7.4.3 Morbilidad de 5 a 11 años de edad.....	152
7.4.4 Morbilidad de 12 a 49 años de edad.....	154
7.4.5 Morbilidad en mayores de 50 años de edad	155
8. SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS.....	156
8.1 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio	161
8.1.1 Objetivos	161
8.1.2 Materiales	162
8.1.3 Seguimiento.....	163
8.1.4 Resultados.....	168
8.1.5 Análisis	174
8.2 Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo de niño	177
8.2.1 Objetivos	178
8.2.2 Materiales	179
8.2.3 Seguimiento.....	179
8.2.4 Resultados.....	188
8.2.5 Análisis	194
8.3 Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas	196
8.3.1 Objetivos	200
8.3.2 Materiales	200
8.3.3 Seguimiento.....	201
8.3.4 Resultados.....	201
8.3.5 Análisis	218
8.4 Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino	220
8.4.1 Objetivos	221
8.4.2 Materiales	222

8.4.3 Seguimiento.....	222
8.4.4 Resultados.....	223
8.4.5 Análisis	223
8.5 Programa de Atención ante casos de Violencia hacia las Mujeres.....	225
8.5.1 Objetivos	226
8.5.2 Seguimiento.....	226
8.5.3 Resultados.....	226
8.5.5 Análisis	227
9. CONCLUSIÓN DE PERFIL DE MORBILIDAD Y PROGRAMAS	228
CONCLUSIONES GENERALES.....	230
Bibliografía	233

PRÓLOGO

Querido lector,

Culminar este trabajo ha sido un camino lleno de experiencias, baches, cuestionamientos y también mucha alegría, nos muestra otras realidades que se viven, se sienten y muchas veces no son vistas.

Esperando que esta sección que significó el término de mi educación "formal" médica, pueda despertar tu interés sobre este pedacito de historia, si así lo quieres llamar, que llevó a un gran movimiento como lo es ahora la organización Zapatista del que muchas veces tenemos información errónea o desconocemos, pero que hasta el día de hoy representa un cambio importante en la vida de los pueblos indígenas en resistencia del EZLN.

La mayoría de las veces nos encontramos viviendo y actuando en "automático", muy seguros de que nuestra realidad es la única disponible, por eso encuentro tan importante y enriquecedor dar a otras personas la oportunidad de vislumbrar, aunque sea por medio de estas hojas escritas, un poco de estas otras realidades no tan favorecedoras que viven los pueblos indígenas, y en este caso en específico los que se encuentran en resistencia.

También es una oportunidad para vislumbrar la realidad que no se enseña en la escuela de medicina ni en los hospitales, donde a pesar de hacer énfasis en la importancia de ver al paciente y entablar una relación empática, encontramos que en la práctica mucho dista del ideal establecido. Además de todos los factores que fomentan una problemática mucho más compleja que solo "la enfermedad de la persona", que si bien no es reciente y ha estado presente constantemente en nuestra historia como país, al comprender como afectan estos factores a la salud de una persona, nos damos cuenta que nos hemos "institucionalizado" y vamos aprendiendo a ignorarlos cuando deberíamos tenerlos muy presentes para tener una práctica médica eficiente y de calidad.

El estado de Chiapas del que la mayoría hemos oído hablar es por sus espacios turísticos hermosos, por su gastronomía y riqueza cultural, aunque muchas veces como simple "atracción turística" y no como parte de NUESTRA historia entendiendo el impacto que tiene su situación de pobreza, deficiencias para el acceso a oportunidades, el subdesarrollo, la explotación a esta población,

etc., por lo que me parece importante darnos cuenta del impacto que tiene todo esto en la salud de la población.

Finalmente, el presente trabajo se realiza en retrospectiva del año en que realicé mi servicio social que va de agosto 2015 a julio 2016 en la clínica autónoma zapatista del Caracol III “Resistencia Hacia un Nuevo Amanecer” en la localidad de La Garrucha, ubicado dentro del municipio de Ocosingo, Chiapas; en este año comenzó mi camino en tierras chiapanecas que continuó por varios años más.

Sandra L. Bedolla M.

“Callando nos moríamos, sin palabra no existíamos. Luchamos para hablar contra el olvido, contra la muerte, por la memoria y por la vida. Luchamos por el miedo a morir la muerte del olvido... es necesario hacer un mundo nuevo. Un mundo donde quepan muchos mundos, donde quepan todos los mundos...”

- Sub. Marcos, EZLN -

PRIMERA SECCIÓN:

Proceso de adaptación al Servicio Social

1. PERSONAL

1.1 Llegada al Servicio Social...

¿Cómo llegué a este lugar en la selva chiapaneca en una clínica dentro de un Caracol Zapatista? sí, de esos de los que hablaban en las noticias como el grupo de personas malas que mantenían al estado chiapaneco bajo el yugo de la violencia.

Desde que me encontraba estudiando la carrera mi sentir hacia el servicio social era poder dar un poco de lo que se ha aprendido a zonas y personas que más lo necesiten. El día que nos presentaron las plazas disponibles para realizar el servicio social, recuerdo que cuando presentaron la plaza en la que estaríamos en comunidades en la zona de la selva lacandona, sin internet y solo con teléfono satelital para comunicarnos, estando 20 días en la comunidad, vivir en la clínica asignada y sumergirse en una realidad muy distinta a la que había vivido hasta el momento, pensé *“ahí es donde podría aportar más con lo que estudié y hacer más con mi servicio”*. En ese momento debemos de pensar en nuestras opciones de selección, ¿y que hice yo? No logré escuchar o poner atención a las demás opciones, solo seguía pensando en la posibilidad de irme a aquel estado del sureste mexicano del cual sabía muy poco y la información que tenía era turística y que realmente no me servía de nada. Después de pasar por el proceso de selección obtuve mi hoja de asignación al Proyecto Universitario de Desarrollo Humano en Chiapas; en ese momento no sabía lo mucho que me cambiaría la vida esta decisión...

Con mi hoja de asignación en mano comenzó la travesía de preparar el equipaje, boleto de avión sin fecha de regreso y contener un corazón lleno de emoción, miedo, esperanza y ganas de fortalecerse.

La llegada fue a Palenque a las instalaciones de la asociación civil SADEC A.C.¹ que trabaja con clínicas autónomas del Sistema de Salud Autónomo Zapatista y que se vincula al Proyecto Universitario de Desarrollo Humano de la UAM², ésta sería nuestra sede durante el próximo año y donde tendrían lugar las reuniones mensuales para informar los avances o casos que nos encontráramos en la comunidad después de pasar 20 días del mes ahí. Al llegar se sentía una energía distinta, podría ser el clima tropical, que el lugar estaba lleno de vegetación típica de la selva tropical con árboles de plátano y sus pencas llenas del fruto (el cual nunca había visto tan de cerca) o el recibimiento de los compañeros que estaban a medio camino o por terminar su servicio social con los que compartiríamos el espacio, pero me sentía con emoción de pensar en que seguía y feliz de haber llegado al lugar donde a mi parecer, que era donde más se necesitaba nuestro servicio.

Tuvimos nuestra reunión de presentación donde nos informaron de la asignación de la comunidad de cada uno, yo me iría a La Garrucha junto con mi compañera Yazmín, pasante de estomatología y la que sería mi acompañante durante todo el año y quien se convirtió en mi mejor compañía en las complicidades y hasta en las complicaciones. Hasta este punto solo había visto fotografías de las comunidades y escuchado las experiencias de los compañeros que terminaban su servicio, nos explicaban como era, las actividades y a lo que nos enfrentaríamos, mas no sabía cuan diferente sería a lo que conocía.

El primer viaje lo hicimos entre todos a presentarnos en La Garrucha, uno de los 5 caracoles del esquema de gobierno zapatista, el cual se explicará más adelante. Nos presentaron ante la Junta de Buen Gobierno, que son las autoridades de los caracoles, para poder acceder a las clínicas autónomas a las que habíamos sido asignados. El trayecto parecía que no tenía fin, nos enfrentamos a un bloqueo en el camino (que supe después era algo muy común en la zona); era un camino largo donde la mayor parte era terracería y muy contrastante en comparación a los que estaba acostumbrada viniendo de una zona totalmente urbanizada, anteriormente ya había

¹ Salud y Desarrollo Comunitario, Asociación Civil

² Universidad Autónoma Metropolitana

transitado caminos así, pero siempre fue por motivos recreativos y vacaciones, por lo que esta vez era una sensación totalmente distinta.

Entre el mar verde de vegetación se veían, a veces espaciadas y a veces en grupos, casas de una sola planta, pequeñas, con techos de lámina, la mayoría con paredes de tablonos de madera y unas cuantas de block y cemento. En los siguientes meses tendríamos que realizar nuestro traslado por nuestra cuenta y para transportarnos desde y hacia la comunidad era necesario viajar en una redila³ que nos llevara a la cabecera municipal en Ocosingo, en la que se transportaban 15 a 20 personas aproximadamente, aunque la verdad es que no tengo una cuenta exacta pues cuando pensaba que se encontraba llena de alguna manera siempre había espacio para “una persona más”. Generalmente cuando salíamos de las comunidades, hacíamos una parada ahí para reunirnos con nuestros demás compañeros que también regresaban de sus distintas comunidades, tomábamos el desayuno juntos mientras nos platicábamos las experiencias que hubiéramos tenido en los últimos 20 días y quisiera tomar un paréntesis aquí para mencionar la importancia que tiene el fomentar el apoyo y compañerismo en un equipo de trabajo y en muchas ocasiones este “reencuentro” que teníamos a fin de mes resultaba muy placentero y fortalecía el vínculo entre nosotros como compañeros del servicio social; también en algunas ocasiones realizábamos pendientes que tuviéramos con pacientes referente a un traslado o seguimiento y finalmente partíamos camino a Palenque en el transporte local.

En aquel primer viaje, al entrar en el camino de la comunidad de La Garrucha se veían nuevamente estas casas de madera y casas de block y cemento, que con el paso del tiempo me di cuenta que muchas veces reflejaban una diferencia en los recursos con los que contaba la familia e incluso en algunas ocasiones significaba la diferencia entre una familia zapatista, es decir, que formaba parte del esquema gubernamental zapatista; y una familia que aceptaba los apoyos gubernamentales o coloquialmente “priistas/partidistas”.

³ camioneta tipo pick up con una caseta en la parte de atrás que se ocupaba con dos bancas para que algunos se sentaran y que se cubría con una lona para la lluvia

Los miembros de La Junta de Buen Gobierno eran entre 6 a 10 hombres, yo me sentía con incertidumbre y emoción, aunque a la vez estar sentada frente a estos hombres resultaba bastante intimidante. La impresión que me dieron estos zapatistas a diferencia de “los zapatistas” de los relatos de las noticias era totalmente distinta. Aunque sabemos que las noticias casi siempre tienen un tinte amarillista, a mi parecer el tema de los zapatistas era y es para la mayoría de la gente que no está dentro de las comunidades, como un tema tabú o algo que causa miedo, ya que lo que decían de ellos siempre estaba relacionado con conflictos, violencia, bloqueos, saqueos y hombres encapuchados que abusaban de su anonimato para realizar diferentes actividades delictivas; y mientras yo estaba ahí, sentada en mi silla de madera a lado de mis compañeros, a punto de quedarme en una clínica suya para darles atención médica por un año pensando en que no eran nada como los mostraban en las noticias. Escuchaban atentamente mientras nuestro coordinador nos presentaba y después de autorizar nuestro servicio en las diferentes clínicas, nos dieron la bienvenida para compartir su espacio por un año. Los demás se fueron al día siguiente para seguir su camino a sus comunidades asignadas, y yo me quedé en el que sería mi nuevo hogar por un año en compañía de Yazmin y la pequeña Mishi (mi gata recién adoptada de SADEC, ahora denominada mi compañera gatuna de apoyo emocional y protectora personal controladora de plagas).

Lety la pasante que terminaba su estancia en La Garrucha y me estaba entregando la batuta, se quedó una semana para acompañarme en la transición y explicarme cómo se manejaba todo en la clínica, llegar y ver el consultorio con su escritorio que ahora sería “mi” escritorio por un año, la camilla donde haría mis exploraciones, el equipo del consultorio que aunque pudiera parecer escaso en realidad era mucho mejor que el que tenían algunas clínicas de primer nivel de Secretaría de Salud y el cuarto con tres camas para “internar” pacientes temporalmente, me hizo sentir que había llegado el momento de culminación de los años de estudio y donde finalmente, cito: *“serán puestas a prueba las capacidades de desempeño profesional... y que significan la seguridad que puede tener la población que está a mi cargo de ser atendida con la debida calidad, ética profesional y humana”* (Ríos C.V, 2008), es decir, sería el momento en el que

me demostraría a mí misma que todo el esfuerzo valdría la pena para ejercer la profesión que tanto añoraba.

Mientras Lety me daba instrucciones y sugerencias sobre las actividades y la comunidad, en mi mente no dejaba de circular el pensamiento de qué haría si llegara algo que no pudiera solucionar, si no recordaba los tratamientos correctos, cómo le haría con la comunicación si yo no entendía nada de tzeltal y muchas dudas más que inundaban mi cabeza; me di cuenta de cuánto estamos acostumbrados y damos por hecho algunos "privilegios", que incluso pueden hacernos perder algunas habilidades, como por ejemplo el internet al que estamos tan acostumbrados a tenerlo disponible y en mi caso muchas veces me sirvió para investigar y estudiar de manera rápida un padecimiento, ahora me encontraba aquí donde no tenía señal y sin la posibilidad de "hacer consultas rápidas". Aunque este "inconveniente" terminó por ser algo que agradezco, pues me ayudó a fortalecer mi visión clínica, apartando los ojos de una pantalla para enfocarlos en el paciente que se encontraba frente a mí y poner todas las habilidades aprendidas en práctica desde lo médico hasta lo sociocultural, pues tuve que aprender los modismos, como ellos relataban sus enfermedades en tzeltal y en "castilla" (español) y que a veces tenían grandes diferencias a como nos expresamos en la ciudad.

La primera vez que me senté en el escritorio de aquel consultorio fue mientras Lety me explicaba cómo estaba ordenado el consultorio, llegó una señora para pedir la consulta y Lety me preguntó si quería dar la consulta, en ese momento sentí una mezcla de pánico, nerviosismo e inseguridad que intenté ocultar diciéndole que la diera ella para ver cómo era la dinámica de la consulta, aunque no pude refugiarme en esa excusa por mucho tiempo pues después de la señora atendida por Lety llegó otra persona a consulta, una niña de aproximadamente 10 años con sus padres, nos acompañaba el promotor de salud de la clínica que nos asistía para poder hacer la traducción de la consulta de tzeltal al español, comencé con mi interrogatorio con palabras muy técnicas del lenguaje médico, a las que estaba acostumbrada pues era lo que me habían enseñado, pero me di cuenta que el promotor pensaba antes de hacer la traducción como tratando de buscar las palabras correctas para preguntar, que después entendí era porque la traducción literal de las frases no siempre es posible

en tzeltal y el promotor debía capturar la idea de lo que quería saber al hacer la traducción para tener un mejor interrogatorio.

Era la primera vez que daba la consulta "sola", sin tener un médico titulado a quien preguntarle si lo que estaba realizando era correcto, por lo que recuerdo voltear a ver a Lety que se había sentado a mi lado, buscando su aprobación de lo que estaba preguntando e indicando como tratamiento; me sentía insegura, no sabía si se me estaba escapando algo, si el tratamiento que les mandaba les solucionaría su problema o si algo se me había pasado en la exploración física, ya que hasta ese momento siempre había tenido un médico encargado al que le presentábamos el caso y la mayoría de las veces terminaba decidiendo la pauta a seguir, a veces sin explicación de la razón del tratamiento indicado y era nuestro trabajo estudiar, investigar y saber el porqué del tratamiento, e incluso en algunos casos nos enfrentábamos a que el tratamiento era así porque así se llevaba haciendo ahí "siempre" sin mayor explicación. Por más que volteaba a ver a Lety, ella solo mantenía la cara serena observando mi consulta mientras yo sentía más dudas, cuando terminó la consulta y solo pude sentir alivio y pensar "por fin!!"; Lety interrumpió mis pensamientos diciéndome "*tranquila, lo hiciste bien, esto solo es cuestión de práctica y si tienes duda sobre algún diagnóstico, no te agobies cítalos en unos días y mientras analiza tu caso y los posibles diagnósticos, en caso de que pienses que es una urgencia sácalo (al hospital más cercano en Ocosingo)*", sus palabras me cayeron con agua fresca en un día caluroso, fue un gran alivio del peso que empezaba a sentir ante la reto que tenía en frente, pero a la vez también me dio confianza para afrontar la responsabilidad de ser la asistencia médica de este lugar.

Una de las grandes dificultades de adaptación fue la inmensa diferencia que hay en cuanto al significado del espacio personal. Por un lado yo que siempre radiqué en la inmensa urbe que conforma el Estado de México y Ciudad de México, había estado acostumbrada más al individualismo, donde haces las cosas que tienes que hacer sin pensar en realidad en lo que está haciendo el otro y muchas veces las conexiones personales son bastante laxas, esto en contraste con el espacio tan reducido de la Garrucha donde todos conocían a todos y todas tus actividades estaban disponibles a las miradas curiosas de los demás sin tratar de disimularlo. Por

ejemplo, una ocasión en la que se juntó un grupo de personas para ver mientras le daba un baño en el patio a una perrita que cuidaba porque se encontraba enferma; mientras para mí era algo normal que no tendría por qué llamar la atención, para las personas de la comunidad les parecía algo extraño y gracioso.

Conforme pasó el tiempo ese espacio se convirtió en mi hogar y a la vez mi lugar de trabajo; en la ciudad es muy fácil separar ambos campos, es decir, sales de tu casa para ir al lugar de trabajo cumplir el horario y salir para regresar a casa, a diferencia de ahora que me encontraba en un lugar que sentía como mi hogar y hacia mis actividades personales como lavar mi ropa, preparar comida, dormir, etc., y además mis actividades laborales de dar consulta en un horario establecido y fuera del horario por cuestiones de urgencia (... y muchas veces no de urgencia...). Como las personas que solicitaban consultas no tenían una hora específica de llegada era impredecible cuantos pacientes vería en el día, por lo que en los tiempos que no había consulta aprovechaba para realizar mis demás labores personales y en consecuencia era constantemente interrumpida, cuando esto sucedía me sentía irritada, molesta y frustrada por la interrupción y me tomó un tiempo identificar que lo que sucedía era que me sentía invadida en mi espacio personal de vivienda, pero también comprendí que los pacientes no tenían la culpa de solicitar algo de la forma que es normal para ellos y aprendí a manejarlo para llegar a un punto medio donde pudiera tener un tiempo para mí y para darles una buena atención a las personas que acudían por un servicio.

Esto me llevó al inicio a mantener una distancia con la gente de la comunidad por no querer invadir su espacio y privacidad, cuando en realidad después entendí que eso solo era mi visión "de ciudad" y no la desde sus ojos; sin duda alguna Yazmín fue un gran apoyo para mí pues a ella se le facilitaba mucho más interactuar con la gente, entrar más en confianza y a la larga pude integrarme a la comunidad.



Foto 2 Arturo ayudando a la organización de juguetes y dulces para los niños de La Garrucha FUENTE: Colección propia



Foto 1 Dormitorio asignado para médicos pasantes, La Garrucha FUENTE: Colección propia

1.2 La Relación Médico - Paciente...

“La relación médico-paciente (RMP) es una relación entre dos personas, dos historias de vida, dos mundos... que tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo y conlleva una responsabilidad compartida.” (Mejía E. & Romero Z., 2017)

“En la RMP intervienen dos personas, con diferentes personalidades, niveles culturales y estados afectivos. Un fenómeno tan complejo que es capaz de conducirse por dos caminos completamente opuestos: sanar o hacer daño.” (Sánchez A. & Contreras O., 2014)

Desde el inicio de la carrera de medicina constantemente se toca el tema de la relación médico paciente y cómo influye en todo el proceso para llegar a nuestro objetivo que es la salud de la persona que viene a consultarnos. Siendo un tema tan repetido uno pensaría que traemos el concepto y la práctica grabada en nuestra mente y nuestro actuar, pero cuál fue mi sorpresa al descubrir, al menos en mi caso, que algunas de las prácticas que tenía pensando en que era lo correcto al final chocaba con la individualidad del paciente y de su derecho a la toma de decisiones en cuanto a su salud y tomando en cuenta los principios de la bioética que favorecen una RMP donde *“...se privilegia el derecho que tiene el paciente como persona con autonomía en la toma de decisiones sobre su salud...”*, fue muy importante aprender a que como médicos podemos guiar, sugerir y explicar de forma clara el padecimiento, opciones de tratamiento, riesgos y consecuencias al paciente, pero en ningún momento podemos sobreponer nuestra opinión a la dignidad del paciente, definiendo la dignidad como derecho de cada persona a ser aceptado y respetado como ser individual y social, independientemente de cualquier condición económica, cultural o religiosa; por lo tanto se pone fin a la atención vertical del paciente, no viéndolo como una enfermedad sino como una persona con un padecimiento, considerando en todo momento al paciente como un sujeto autónomo, con principios y valores propios, un individuo a quien su situación de enfermedad no lo disminuye de su capacidad para tomar decisiones y se convierte en parte activa de la atención de su salud. (Mejía E. & Romero Z., 2017)

Estas “malas prácticas” las había visto en médicos que ya conocía y que conocí después en mi camino, no puedo hablar por ellos ya que creo que este análisis sobre cómo debería ser idealmente la relación médico paciente y como uno la ejecuta es muy personal, sin embargo me resultó de mucho valor el analizar de dónde venían y darme cuenta cómo es que las vamos arrastrando como una especie de herencia en la formación médica ya que *“...la actitud asumida por el médico al aproximarse al*

paciente, está condicionada por el modelo teórico en el cual haya sido entrenado, aunque no se haya hecho explícito durante su formación...". (Sánchez A. & Contreras O., 2014)

También como médicos, algo muy importante que debemos recordar es la empatía con el paciente y como una buena comunicación y comprensión de ambas partes es muy importante no solo para establecer una buena RMP, sino también para que el tratamiento, el seguimiento y el autocuidado sean efectivos y de calidad, sabiendo que *"...la habilidad para comunicarse eficientemente no solo consiste en saber expresarse, sino también en saber escuchar. Al observar qué está ocurriendo con las emociones del paciente, puede que el médico ayude más de lo que él mismo cree..."*. Se ha demostrado que los pacientes aprecian que como médicos nos mostremos interesados y empáticos, y que transmitamos confianza al evaluar su estado; así como se predisponen cuando no los miramos durante la consulta, nos comunicamos poco o mostramos falta de competencias en nuestro desempeño ya que la comunicación médica no solo es información (Sánchez A. & Contreras O., 2014). La comunicación permite un descubrimiento del otro, pero también es un autodescubrimiento y una oportunidad de redescubrimiento del mundo, es la que permite al individuo autoafirmarse y resignificar el mundo externo a partir de la develación del mundo interno de cada participante y en esta relación la comunicación que humaniza es el dialogo. (Bohórquez G., 2004)

Para poder ejemplificar mejor este apartado, lo separe en 3 momentos importantes que me dieron mucho para analizar distintas perspectivas de cómo se dio la RMP.

1.2.1 Alicia y el personal de salud

El primer caso lo tuve el primer mes, que fue un acompañamiento al hospital de segundo nivel de atención de Secretaría de Salud conocido como el "20 camas", oficialmente llamado Hospital Básico Comunitario de Ocosingo. Alicia de 15 años con un embarazo en la segunda mitad del embarazo que presentaba con una infección de vías urinarias que había avanzado hasta los riñones. Después de valorarla le indicamos que teníamos que trasladarla al hospital para su valoración, tomamos el camino para salir al hospital más

cercano en Ocosingo, que se encontraba entre 2 y 3 horas de camino, junto con su esposo que no tenía más de 17 años y su suegro, un hombre que rondaba los 40 años y quien era el que tomaba el liderazgo de toda la situación y decisiones.

Llegamos al hospital a la zona de urgencias y de inicio no había con quien solicitar atención, con la experiencia que tenía al haber estudiado en muchos diferentes hospitales sabía que detrás de las puertas debía haber personal con quien preguntar y solicitar la atención, toqué una puerta y esperé hasta que salió una enfermera para preguntar quién había tocado, me acerqué con mi hoja de referencia en mano (yo no llevaba bata o alguna vestimenta que me identificara como médica) me presenté como médica pasante y que traía una mujer embarazada de traslado, me dijo que esperara un momento y cerró la puerta ignorando las solicitudes y preguntas de otras personas que estaban ahí por un familiar o requerían también atención.

Pasaron unas horas de espera y nos llamaron para pasar al consultorio de evaluación, agregando un paréntesis importante para el contexto de esta situación es que las personas en las comunidades están acostumbrados a pasar en grupo⁴ como una forma de colectividad, apoyo e interés por saber la situación para la toma de decisiones, por lo que después de que yo entrara junto con Alicia me siguió su esposo y su suegro, acto seguido la médica que nos iba a atender inmediatamente exclamó *“solo la paciente y un familiar!”*. Esta expresión y otras similares, no eran nada nuevas para mí pues la había escuchado infinidad de veces de estudiante por parte de los médicos adscritos en la rotación en los consultorios cuando hacíamos prácticas, siendo al final cómplice de alguna manera, sin poder decir nada pues uno solo está para *“ver y aprender”*. Ellos se vieron con dudas entre si y yo intervine diciéndole a la médica que Alicia no hablaba muy bien español y que por eso acudía con sus familiares, la respuesta de la médica fue *“pues entonces quédese doctora y que sólo se quede su esposo”*, le comenté al suegro que en cuanto supiéramos lo que seguía salía a ponerlo al tanto y con cara angustiada me contestó que esperaría.

⁴ Ya sea la familia que esté presente al momento de la consulta o los integrantes de la familia que tienen peso para la toma de decisiones en el proceso a seguir

Nos sentamos y la enfermera comenzó con sus labores tomando signos vitales sin explicar que realizaría o dirigirle una palabra a Alicia, la médica comenzó el interrogatorio, al preguntarle sus datos y edad Alicia bajaba la mirada incómoda, por lo que intervine contesté por ella que tenía 15 años e inmediatamente con un tono de molestia la médica dijo “¿15 años? ¿Tan chiquita y ya vas a tener un bebé? ...”, nuevamente Alicia agacho la mirada... En este punto yo me sentía bastante incómoda y molesta, con la necesidad de proteger a Alicia y no me agradaba nada el tono de las palabras de la médica, aun así, me quedé sentada esperando la siguiente pregunta y aguantando para no contestar de mala manera porque necesitábamos la atención y preferíamos que fuera lo más rápido posible y sin trabas. La siguiente pregunta fue que cual era su fecha de nacimiento, nuevamente hago un paréntesis para explicar que muchas personas en las comunidades no conocen su fecha de nacimiento, para empezar no se le da tanta importancia como lo haríamos en la ciudad donde por ejemplo festejamos los cumpleaños, y muchas veces solo la conocen por haber tenido que hacer el registro como el acta de nacimiento o la credencial del INE, que actualmente son más solicitados y de mayor utilidad para realizar trámites como registrarse en la afiliación al sistema de salud público, para votar (de ahí el apodo y la diferenciación de los “priistas/partidistas” y “zapatistas”), y para los apoyos gubernamentales. Por lo que en el caso de la población zapatista es mucho más frecuente no conocer su fecha de nacimiento ni tener una documentación “oficial”⁵ al rechazar el registrarse ante el “mal gobierno”⁶; cabe recalcar que la razón por la que Alicia y su familia aceptó ir al hospital que pertenece al sistema de salud pública gubernamental, fue porque se sintieron en confianza al explicarles que yo los acompañaría tratando de hacer mantener un puente para su atención médica. Como yo ya sabía Alicia no conocía su fecha de nacimiento y tampoco contaba con un documento oficial por ser zapatista y se notaba su incomodidad, volví a contestar que desconocía su fecha de nacimiento exacta y que tampoco contaba con un documento oficial y a respuesta de

⁵ Los documentos oficiales de identificación ante el Gobierno Federal como el acta de nacimiento, credencial del INE, pasaporte, cartilla de servicio militar, etc.

⁶ Es la expresión zapatista para referirse al Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos, viene del concepto que se tiene de este sistema de gobierno caracterizado por su corrupción, ineficiencia y colonización que favorece a los sectores “de arriba” a costa de los “de abajo”.

la médica, que me vio como si hubiera dicho algo que la insultara y preguntándole a Alicia “¿Cómo no vas a saber tu fecha de nacimiento?!...”, y por tercera vez Alicia bajó la mirada.

Todo esto fue en menos de media hora y yo sin ser la paciente me sentía agredida y enojada por la manera en que se dirigía a Alicia y su esposo, no imagino como se sentía ella en esta situación... Esta no era mi primera vez en un consultorio de triage en urgencias en un hospital público, incluso las actitudes de la médica no eran algo que no hubiera visto en otros médicos, pero algo había cambiado en ese día, ahora me encontraba del otro lado del escritorio como acompañante de Alicia y al verla en esa situación tan vulnerada me dio un sentimiento de querer protegerla y que la trataran bien pues el objetivo era que pudiéramos resolver su problema de salud, mientras que nos enfrentamos fue una actitud hostil, un personal de salud sin empatía y juzgando de acuerdo a la opinión personal la situación de Alicia, y un claro ejemplo de cómo todo esto en conjunto afecta la RMP, la comunicación y confianza en la atención por parte del personal de salud.

Finalmente, incluso con todas las dificultades expresadas, afortunadamente Alicia obtuvo la atención requerida, tuvo que mantenerse internada por unos días y al momento que le informaban que se tendría que quedar le expliqué el procedimiento a ella y su esposo, y traté de darle seguridad para que se sintiera un poco menos abrumada con la situación. Saliendo del consultorio me acompañó el esposo de Alicia para informarle todo a su padre que nos esperaba afuera, nuevamente le expliqué todo lo que procedería y le informe que tenía que regresar a La Garrucha pero que estaría al pendiente de su caso y me informaran cualquier duda o eventualidad, me agradeció el acompañamiento y fue la primera vez que sentí que realmente había realizado mi trabajo como médica a cargo al 100% de la salud de una persona. Unos días después llegó su esposo a la clínica en La Garrucha para informarme que todo había salido bien y que agradecían mucho la atención que les habíamos brindado, Alicia volvió a su control de embarazo conmigo después de esto. Esto me demostró lo valioso que es establecer un buen vínculo de respeto y empatía con los pacientes, y como es que hace la diferencia cuando este vínculo se forja correctamente, además del estar del otro lado del escritorio pude

comprender lo vulnerable que un paciente se puede sentir cuando nosotros como médicos no tenemos la apertura y empatía necesaria.

1.2.2 Graciela y su madre

El segundo caso fue de Graciela de 19 años de edad, llegó por la madrugada a la clínica con su mamá, me tocaron a la puerta los promotores avisándome que había una consulta e urgencia, cuando llegué al consultorio me encontré con una joven que se encontraba parada doblada hacia delante y sudando por el dolor, ella cursaba con un embarazo de 24 semanas de gestación y presentaba un dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, después de revisarla era necesario que acudiéramos al hospital pues podría ser algo grave desde una colecistitis aguda o hasta un síndrome de HELLP⁷, cuando le expliqué me dijo que su esposo no se encontraba pues había salido de viaje para trabajar fuera y ella no podía salir sin “hablar” con él (es decir, sin su permiso).

Graciela venía acompañada de su mamá a la que le pregunté si no había alguien más que pudiera apoyarlas para tomar la decisión y que le avisaran al esposo de Graciela dónde se encontraban cuando se comunicara, me dijo que ella tampoco podía tomar esa decisión y que ellas habían salido solo porque Graciela tenía mucho dolor. Volví a explicarles de la mejor manera que pude con la traducción del promotor para tratar de hacerles ver que realmente podría ser algo grave y poner en riesgo la vida de Graciela, le dije que ella no iría sola que yo las acompañaría y que podíamos buscar que alguna de las autoridades se comunicara con la familia de su esposo para avisar a dónde íbamos y que yo podía hablar por ella si era necesario, aun así ella decidió no salir... me dijo *“Gracias doctora, pero no puedo salir si no está mi esposo para que lo platique con él, prefiero si puede darme algo para el dolor...”*. Había venido desde su comunidad a 2 o 3 horas de la clínica en la madrugada para solicitar algo para calmar su dolor, me sentía impotente de no poder hacer que me acompañaran al hospital, pero después de explicar muchas veces la situación y las posibilidades de

⁷ Ambas patologías son complicaciones graves en el embarazo que ponen en peligro la vida de la madre y tienen que ser atendidas de urgencia.

complicaciones y pronóstico, tuve que entender que Graciela no iría conmigo esa noche...

Aun así, le di una hoja de referencia al hospital por si cambiaban de parecer y decidían ir con la indicación de que me avisaran si salían para estar al pendiente de su caso. Realmente los medicamentos que tenían no iban a ayudarle mucho pues las posibles causas de su problema eran algo más complicadas, y a pesar de explicarle y advertirle las posibles complicaciones se fueron. Ese mes al terminar mis 20 días en la comunidad y cuando iba saliendo hacia Palenque, en la escala en Ocosingo fui a los hospitales públicos para preguntar si no tenían un ingreso con su nombre, no la encontré en ningún hospital; regrese a La Garrucha y no sabía nada de ella, de por si la comunicación era difícil pues ella era de otra comunidad un poco retirada y no contábamos con señal de teléfono, aun así utilicé una característica que vi en las personas de las comunidades para tratar de saber de ella, cada que llegaba una persona de su comunidad le preguntaba si la conocía, ya que la mayoría de las personas de una comunidad se conocen directa o indirectamente (característica que me llamo mucho la atención y explicare más adelante) con lo que tampoco tuve éxito.

Pasaron los meses y un día me llamaron las promotoras de salud reproductiva de la clínica de la mujer “La Comandanta Ramona” para pedirme apoyo con una paciente que había llegado, cuando entré al cuarto la reconocí, era Graciela; ahora sin su abdomen prominente característico del embarazo, pero con una tez pálida, con un notable esfuerzo para respirar, sudando y temblando por “calentura” según me comentaron sus familiares. De inmediato le dije “*Graciela ¿verdad? Te vi hace unos meses cuando estabas embarazada...*” a lo que con una leve sonrisa apenada me contestó que sí, le pregunté qué había pasado con su embarazo y como había seguido, contestándome que había estado bien y que no había salido al hospital pues ya no había tenido el dolor “tan fuerte” y que su bebé había nacido sin problemas aparentes hacia más o menos un mes, dato que hizo que me pusiera aún más alerta con lo que le estaba pasando. En esa ocasión sí se encontraban ahí su esposo y sus suegros, la habían llevado ahí por “un problema en sus pulmones” ya que había comenzado con fatiga y no poder respirar después de esfuerzos mínimos y

al revisarla corrobore mis sospechas, era probablemente un síndrome de HELLP que es una complicación del embarazo y de no ser tratada de forma oportuna puede causar la muerte. Les comenté que su problema era una urgencia y que muy seguramente era el mismo problema que llevaba arrastrando desde hace meses cuando había acudido a la clínica cuando estaba embarazada.

En esta ocasión al tener la oportunidad de hablar con su esposo y su familia de nuevo insistí en que tenía que ir al hospital pues podría ser una situación de vida o muerte, a lo que tranquilamente me contestaron que lo iban a pensar y que mientras “hiciéramos lo que pudiéramos ahí en la clínica” por más que les explicamos que se salía de nuestras capacidades. Ver la cara en ese momento de Graciela fue lo más difícil, ya que me dio la impresión de que ella quería que la lleváramos al hospital pues se sentía muy mal, sin poder expresarlo ya que era la que menos tenía decisión de su propia salud... pasó un día y al empeorar su estado logramos que la familia de su esposo aceptara el traslado al hospital, la llevamos en la ambulancia (la cual era una camioneta con adecuación en la parte de atrás para meter una camilla la cual no teníamos) que tenía disponible la clínica de la mujer.

Era un domingo y llegamos al Hospital Rural 32 del IMSS de Ocosingo, se sentía el ambiente desolado típico de un domingo en ciudad pequeña, nos recibió un doctor a la entrada de urgencias el cual escucho mientras le presentaba el caso. No teníamos ni 20 minutos de haber entrado, Graciela andando con pasos con mucho esfuerzo ya que no teníamos camilla y una silla de ruedas nos la prestaron hasta que cruzó las puertas de urgencias, cuando el doctor de guardia me estaba indicando que requerían una radiografía de tórax, pero que al ser domingo no había nadie en radiología, su solución fue darme una orden para solicitar el apoyo de la radiografía en el Hospital Básico Comunitario “20 camas”; la trasladamos porque ya teníamos la ambulancia y ellos no tenían gasolina para su ambulancia. Afortunadamente el personal del hospital 20 camas nos apoyó rápidamente y regresamos al IMSS con su radiografía con la cual ingresaron a Graciela, les explique a los familiares y al doctor que no tenía forma de comunicarme desde la comunidad por lo que regresaría en dos semanas cuando me tocara salir, camino a Palenque para la reunión mensual, para preguntar por su estado.

Dos semanas más tarde yendo a pedir informes de Graciela en el hospital me informaron que había sido trasladada al Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas por la corroboración de un caso grave de Síndrome de HELLP. En ese momento sentí una mezcla de esperanza porque fue atendida y trasladada a donde pudieran darle “mejor atención”, sin embargo tristeza y enojo porque no podía evitar pensar en que pudo haberse atendido mucho antes cuando la detecté aquella noche que llegó a mi consulta en la madrugada, embarazada y con un fuerte dolor abdominal, y que la razón por la que no fue atendida es porque ella sola NO TENIA DECISIÓN EN SU PROPIA SALUD; y finalmente también sentí culpa... sí, culpa de pensar que si tal vez hubiera insistido más aquella noche o si le hubiera dicho algunas otras palabras que la hubieran hecho cambiar de opinión y darle el valor de salir, o en el segundo encuentro en la clínica de la mujer si hubiera dicho algo más para hacer que su esposo y familia actuaran desde que llegaron a la clínica, tal vez hubiera cambiado su pronóstico. Hasta el día de hoy no logro tener respuesta a esos cuestionamientos.

Tiempo después supe la triste noticia que Graciela no se recuperó... con tan solo 19 años dejando sin mamá a un bebé de meses y a una pequeñita de 2 años... lo supe por su madre un día que llegó a mi consulta en la clínica, en cuanto la vi entrar la reconocí, vi el rostro de aquella madre que acompañó a su hija en la madrugada de aquel primer encuentro, aquella mamá que viendo que su hija estaba con mucho dolor y a pesar de mis recomendaciones y posibles soluciones con pena tuvo que decirme que no podía tomar la decisión por ella... Cuando entró en la consulta y se sentó, tenía un semblante triste y yo no estaba segura de que hacer, si preguntarle o no por Graciela, o cómo abordar el tema por la posibilidad de lo que sabría más adelante; así que opté por iniciar la conversación con “Usted es la mamá de Graciela...” con un tono entre pregunta y afirmación, a lo que ella me contestó que sí, estaba a punto de preguntarle cómo estaba cuando ella me dijo que desafortunadamente no había podido salir del hospital, y comenzó a llorar. Me acerqué a sentarme a su lado y como no quería invadirla le puse una mano en la espalda y la otra en su mano diciendo que lo sentía mucho, pues no sabía que más decir aún me sentía culpable y tenía un nudo en la garganta, pero lo que más me sorprendió fue

la reacción de ella pues levanto la mirada y me dijo que me agradecía por haberla atendido. Con un nudo en la garganta le contesté que me hubiera gustado haber podido hacer más por ella, a lo que me respondió: *“no se preocupe doctora yo le agradezco mucho porque usted nos dijo desde aquel día que llegamos que tenía que ir al hospital, pero por su esposo no podíamos hacer nada, y estoy enojada, pero con su esposo y su familia porque no escucharon cuando tenían que ayudarla y ahora mi hija no está, pero a usted le doy gracias por atendernos y decimos la verdad. Yo confío en usted y por eso vengo a la consulta con usted además que quiero que revise a mi otra hija que ha estado mal...”*. No se me olvidan sus palabras pues me tomaron por sorpresa, yo estaba lista para tratar la posibilidad que ella estuviera enojada conmigo o con preguntas o reproches por lo que paso, y a tratar de manejarlo pues podía ser una reacción válida a su dolor y yo tendría que explicarle lo que había pasado; pero no fue así, en cambio tenía a mi lado a una señora que había perdido a su hija recientemente previamente atendida por mí y me decía que tenía su confianza puesta en mí para que revisara a su otra hija a pesar de su dolor. Con el corazón apretujado lo único que pude hacer fue agradecerle su confianza y poner mi mejor esfuerzo en darles la mejor atención que pudiera.

Hasta hoy sigo recordando la historia de Graciela y su mamá para que sea como un faro de guía en mi práctica médica, ya que cualquier persona que llega con un problema de salud, sea leve o grave, tiene una historia de vida, personas que los quieren, que dependen de ellos en algunas ocasiones o que simplemente son valiosos como personas y están poniendo en ti su confianza para que se resuelva su problema de salud, y tú como responsable de salud lo que tienes que ofrecer a esta relación es hacer tu mejor esfuerzo en la atención médica con los recursos disponibles, informando y también respetando la autonomía de la persona. Este caso me costó mucho poder asimilarlo, ya que como mencioné anteriormente constantemente me cuestionaba si lo que había hecho había sido al 100% lo correcto, y también tuve que reconciliarme con la parte que estaba fuera de mi control como era la decisión de la propia Graciela de no salir al hospital esa noche o el que desafortunadamente ella no tuviera voz la segunda vez para ir desde un inicio al hospital.

1.2.3 Nicolás el herbolario tradicional

Finalmente está la historia de Nicolás, herbolario tradicional de La Garrucha. Cuando llegué a la Garrucha me comentaban de “Don Nicolás” el “herbolario” o “medico tradicional”, llamado así por las personas de la comunidad, que era con quien iban muchos a curarse o atenderse o cuando no querían acudir a la clínica por la medicina “kaxlana”⁸. Yo tenía la impresión de que no había mucha relación de los médicos anteriores con él pues no me habían mencionado mucho más que vivía en la comunidad, e incluso en un punto tuve la impresión de que no quería relacionarse con los médicos que atendían la clínica.

Un día en el que transcurría la consulta normal sin mayor sorpresa, entró un grupo de hombres para buscarme porque un compañero se había lastimado un pie con su machete chaporreando⁹, me dijeron que venía en camino traído por otros, pero que querían preguntar si podía atenderlo por esas heridas, les dije que lo trajeran a la clínica para revisarlo. Cuando llegó lo traían cargando varios hombres acomodándolo en la camilla de exploración, la herida que traía en el pie izquierdo se encontraba cubierta con un trapo, al descubrir la herida lo primero que pensé fue *“es una herida muy grande como para solo suturarla y tratarla aquí...”*, pero lave la zona para poder valorarlo mejor y me di cuenta que se había cortado tendones y hueso de los últimos dos dedos del pie, esto era muy preocupante porque al ser una herida donde el hueso se encontraba expuesto es de gravedad porque es muy fácil que se infecte hasta el hueso y puede causar la pérdida de la pierna o que la infección se extienda a todo el cuerpo y finalmente cause la muerte.

Terminé de limpiar la herida, tomé un respiro profundo, y comencé a explicarle la situación y que requería que lo ingresaran en un hospital para ser valorado por un especialista o correría el riesgo de perder hasta la pierna. *(Foto 4 y Foto 3)*

⁸ “Kaxlan/kaxlana” es el nombre con el que se referían las personas indígenas de la comunidad a personas no indígenas o no pertenecientes a la comunidad, en este caso hace referencia a la medicina alópata.

⁹ Limpieza y corte de la hierba con machete en un terrozo.



Foto 4 Herida con machete de Nicolás, La Garrucha FUENTE: Colección propia



Foto 3 Herida con machete de Nicolás, La Garrucha FUENTE: Colección propia

En ese momento fue cuando me dijo que él era el herbolario de la comunidad, y que normalmente no le gustaba acudir a usar otra medicina pero que sabía que ese accidente no lo podría curar con hierbas, no quería acudir al hospital y me pidió que hiciera lo que pudiera ahí en el consultorio. Insistí para que aceptara que lo lleváramos al hospital explicando que requería un esquema amplio de antibióticos intravenosos, valoración por el especialista para poder reparar las estructuras dañadas y no perdiera la función de los dedos de su pie, pero aun así su respuesta fue que confiaba en mí porque atendía la clínica autónoma y que hiciera lo que pudiera.

Finalmente acordamos que haría lo que pudiera con la herida, tomaría el tratamiento que le indicara, haría sus curaciones con horario, aceptaría mi hoja de referencia al hospital por si cambiaba de opinión, le revisaría la herida constantemente y si veía datos de que no mejorara la herida o se comenzara a infectar aceptaría ir al hospital de inmediato. Ese momento fue muy impactante y valioso para mí, ya que me comentaron los promotores que Nicolás prácticamente no usaba la medicina alópata y que el acercamiento con los médicos anteriores había sido poco, esto hizo que sintiera una mayor responsabilidad, no solo por lo serio y peligroso del caso, sino también por honrar la confianza que él había puesto en mí y mi trabajo.

Él me recibía todos los días en su casa con buen ánimo y una sonrisa, me explicaba que había realizado sus curaciones y que también había utilizado agua con “sosa” (una planta que tiene propiedades antisépticas) para limpiarla y me explicaba sobre las propiedades de algunas otras plantas y como las utilizaba para curar algunos padecimientos, aunque me encontraba preocupada por las posibles complicaciones de su herida, era muy agradable pasar unas horas en el patio de su casa compartiendo estas pláticas con conocimientos que yo desconocía, eran pláticas refrescantes que también me proporcionaban opciones para complementar mi práctica médica.

Desafortunadamente al 4to día de revisión la herida no mejoraba y comenzó a tener datos de infección a pesar del esquema de antibióticos que estaba tomando, por lo que nuevamente hable con Nicolás y le explique que nos habíamos quedado sin opciones para manejarlo ahí y que realmente requería la atención en el hospital porque de otra manera la infección se esparciría y podría causarle hasta la muerte. Traté de explicarle lo mejor que pude lo que podría ser el procedimiento y que seguramente iba requerir estar internado y entrar a quirófano por la reparación de su dedo, me preguntó si yo lo acompañaría y le dije que sí, pues me interesaba ver que le dieran la atención y saber cuál sería el plan por seguir, eso le dio confianza ya que dijo que si lo acompañaba y estaba al pendiente de lo que le harían y mantenía a su familia informada se quedaba más tranquilo.

Inicialmente no quiso que lo lleváramos a un hospital público gubernamental y lo trasladamos a Hospital San Carlos en Altamirano (*Imagen 1*), el cual es muy querido y solicitado por la población indígena zapatista y no zapatista por ser un hospital “no de gobierno”, es un hospital que funciona a base de donativos y sin fines de lucro, administrado por las hermanas de Las Hijas de la Caridad de San Vicente Paúl. Ahí lo ingresaron y valoraron, pero le indicaron que por la gravedad del caso lo más recomendable era que fuera ingresado en el Hospital del IMSS igualmente ahí en Altamirano, ya que ellos no contaban con los especialistas que requería y los medios para realizar algunos procedimientos en caso de que fueran necesarios. Con esta segunda valoración Nicolás se quedó más tranquilo y “convencido” de que debía ingresarse en el hospital público, lo acompañamos al IMSS donde los médicos que nos atendieron en urgencias

fueron muy amables y realizaron el ingreso sin ningún problema y con buena atención hacia Nicolás. Tuvo que estar hospitalizado por aproximadamente 3 semanas, su padecimiento terminó requiriendo un lavado quirúrgico y amputación del 4to y 5to dedo (últimos dos dedos) del pie derecho, además de estar bajo un esquema fuerte de antibióticos intravenosos para remitir la infección por la exposición que había tenido el hueso.



Imagen 1 Hospital San Carlos, Altamirano

El momento en que supe que habían tenido que amputarle sus dedos por la infección, me lo dijo su esposa una tarde que regresaba de verlo en el hospital, sentí una opresión en el pecho, me cuestioné si había sido correcto permitir que esperara esos días para salir al hospital y me sentía mal de que Nicolás hubiera perdido estos dedos por algo que yo sabía que era grave, pensé nuevamente si había algo más que hubiera dicho para cambiar su decisión y sentía que de alguna forma había fallado a la confianza que me había dado. No había podido ir a verlo ya que había tenido que regresar a La Garrucha, finalmente cuando Yaz y yo salimos para la reunión mensual en Palenque fui al hospital a verlo. Mientras el personal del hospital me guiaba a su habitación, me sentía nerviosa ya que no sabía cómo se sentiría Nicolás, ¿estaría triste? ¿Enojado? ¿Me reclamaría? Aun sentía la sensación de opresión del pecho y cuando llegué a la puerta lo vi acostado en su cama, con su pierna vendada y destapada viendo al techo... me escuchó llegar, volteó la mirada y para mi sorpresa y alivio, al verme sonrió y me dijo “¡Mi doctora! ¡Qué bueno que ya vino a verme!”. Sentí como el peso se cayera de mi pecho, sonreí y le pregunté cómo se sentía y como lo estaba

pasando, me dijo que se sentía un poco desesperado porque no le gustaba estar en el hospital y “no le gustaba que no le dieran bien de comer, porque no le daban suficientes tortillas, ni su pozol¹⁰”.

Le habían dicho que le tuvieron que amputar sus dedos por el daño que tenían así que le dije que me había enterado, que sentía mucho que estuviera pasando por eso y si había algo que necesitara o pudiera hacer, me vio y me dijo: “*No doctora, usted ya me había dicho que podía pasar y le agradezco que haya intentado curarme allá, y lo bueno que solo fueron mis dedos y no todo mi pie...*”. Era una sensación agridulce, me sentía bien de que estuviera recibiendo la atención adecuada y fuera mejorando, aunque aún quedaba esa sensación de si pude haber hecho más para haber cambiado su opinión antes.

Nicolás tuvo una buena recuperación, pasé a visitarlo nuevamente cuando iba de regreso a La Garrucha y posteriormente regresó a casa, en donde lo visite un par de veces más; siempre me recibía muy bien y su esposa me ofrecía pozol y afortunadamente su recuperación fue satisfactoria. (Foto 5)



Foto 5 Camino a casa de Nicolás, La Garrucha FUENTE: Colección propia

¹⁰ El pozol es una bebida muy común en la región, preparada a base de maíz nixtamalizado y molido en una forma de masa, que posteriormente se disuelve en agua y se toma como un atole, hay muchas variantes del pozol como el pozol con cacao, pozol agrio (fermentado) o pozol dulce. Aunque el más consumido en la región es el pozol simple o el agrio.

Pasaron unos días de mi última visita a su casa cuando acudió a la consulta su esposa, me sorprendió un poco ya que para la mayoría de sus padecimientos se los curaba Nicolás con medicina herbolaria, después de su consulta me dio las gracias por haber estado pendiente de él y visitarlo en el hospital, me comentó que había estado un poco desanimado por tener que estar hospitalizado y con dificultad para moverse con sus muletas temporalmente, pero que se había animado y sentido más tranquilo después de mis visitas, agradecí sus palabras y la confianza que me daban.

Me quedé reflexionando sobre lo que había pasado y fue entonces cuando me di cuenta que aunque le di toda la información necesaria sobre lo que teníamos que hacer con su problema en aquel primer encuentro, y por más que quisiera que inicialmente se hubiera manejado distinto, realmente la decisión era de él y de nadie más en cuanto a qué hacer con su salud, yo estaba ahí para asesorarlo y darle mi opinión médica al respecto, pero él tenía la última palabra y afortunadamente gracias a que logramos hacer un vínculo de confianza al final acudió a la institución a la que le tenía tan poca fe.

Como conclusión al reflexionar los casos expuestos, podemos ver que todos en algún momento tenemos prejuicios sobre alguna situación, persona o lugar, lo importante es analizar qué hacer con ellos, cómo actuar ante éstos y cómo mejorar al momento de visualizarlos; ya que para el desarrollo de una buena RMP se requiere modificar conceptos y actitudes por parte del paciente, del médico y de todas las personas involucradas en la atención, pasando del modelo tradicional paternalista a un nuevo modelo del tipo deliberativo en el cual todas las partes son informadas, con respeto a sus derechos, conocimiento veraz y completo de los riesgos y beneficios y la responsabilidad compartida. ((Mejía E. & Romero Z., 2017)

También hay que recordar que la clave no está en la igualdad sino en la equidad, es decir, voltear a ver las necesidades de tus pacientes y tratarlos como lo que son, personas únicas que presentan diferentes factores y determinantes que influyen en su salud. Por lo que hay que aprender a ver más allá de las enfermedades, ver realmente a la persona que tienes en frente para poder ofrecerle lo que más le convenga a su salud y situación, cuestionarte si los protocolos que tienes disponibles funcionan y si la

respuesta es no, entonces se tiene que leer, aprender, cuestionar y transformar.

2. COMUNITARIO

Al iniciar este nuevo camino, me encontré en una región nueva con una cultura e idioma completamente distintos a la mía, en este país que tiene una composición multicultural donde se reconocen 68 etnias de los pueblos originarios (INALI, 2008), ahora pertenecería por un año a una de sus comunidades de la región Tzeltal del sureste mexicano.

Entre cada comunidad Tzeltal existen variaciones culturales, sin embargo, tienen muchas cosas en común como su idioma, familias principalmente nucleares, actividades económicas en torno a la agricultura principalmente, además de otras actividades como la ganadería y las artesanías como los tejidos y bordados. (CDI, 2010)

El primer choque cultural al que me enfrenté fue porque al llegar a la comunidad mi cabello era muy corto, un corte que la mayoría de las personas de la comunidad definieron como “corte de hombre o muchacho” y como recién llegada estaba preparada a ser “novedad” para las personas y de alguna manera ser un foco de atención al inicio, pero también me encontré con los cuchicheos, las risitas entre las mujeres mientras me veían y se decían cosas en tzeltal al oído, las pláticas frente a mi entre hombres con risas en tzeltal y terminando la frase con “doctorae” por lo que no fue muy difícil saber que hablaban de mí. En varias ocasiones mientras me encontraba con las promotoras de salud de la clínica, le preguntaban “¿La doctora es hombre o mujer?” aunque era obvio que mi fenotipo era de mujer a pesar de tener el cabello corto, la pregunta me la traducían entre risas. Aunque esto en realidad no me molestaba y lo tomaba con humor, la experiencia de estar frente a un grupo de personas que hablan otro idioma, no entender y a la vez saber que es sobre ti, me resultaba intrigante y en algunas ocasiones frustrante. Además de hacerme reflexionar sobre los roles sociales y cuanta importancia tenían como la apariencia y comportamiento de las mujeres y los hombres en las

comunidades, por lo que yo era una mujer extraña que tenía pinta de hombre.

Me costó ver, lidiar e incluso en ocasiones entender este esquema de roles sociales, como por ejemplo, ver en el camino como iban caminado las parejas o familias y siempre el hombre iba al frente con el machete en mano mientras la mujer lo seguía casi siempre cargando con un niño en reboso más lo que fueran llevando extra en bolsas o cuidando a los demás niños que fueran con ellos; pensaba “¿cómo es que le cargan tanto a esa pobre mujer” o “¿por qué siempre va el hombre al frente y nunca junto a su esposa o le ayuda a cargar algo?”. En la consulta algo que me resultó muy difícil al inicio era cuando a veces llegaban en pareja a que la mujer se consultara y prácticamente cualquier pregunta que le realizaba volteaba a ver a su esposo para que él contestara, mientras ella bajaba la mirada o veía a otro lado; y en otras ocasiones, que la decisión de su tratamiento quedara en manos de su esposo, a pesar de ser ella la del padecimiento, sin tener voz para decidir por su salud como por ejemplo en el caso de los traslados, donde el esposo tenía que autorizar la salida y en caso de no estar presente que fuera el suegro quien decidiera y en el peor de los casos, cuando no había ningún hombre que pudiera decidir se esperaba hasta que llegara uno para poder salir, poniendo en riesgo su salud y a veces hasta su vida¹¹.

En algunas ocasiones quise intervenir tratando de darle más voz a la mujer que se encontraba en mi consulta, darle la confianza y decisión sobre su salud, no siempre teniendo éxito, más tarde aprendí que hay muchas diferentes maneras de empoderar a la mujer sin ponerla en una situación incómoda o de riesgo a represalias por no “seguir las costumbres” y entendí que no necesariamente está bien “nuestra”¹² forma de realizar o manejar las situaciones, que hay mucho detrás que comprender y ver a quien está frente a ti como un individuo, que al final nos llevan a tener dos perspectivas de vida completamente diferentes sin que alguna de ellas este necesariamente mal.

Las comunidades se han esforzado por conservar su cultura a pesar de condiciones desfavorables, problemas territoriales, imposición de una

¹¹ Cómo en el caso de Graciela narrado previamente.

¹² Personas que no residen ni nacieron dentro de las comunidades

cultura “modernizada” y la discriminación hacia sus usos y costumbres. Por lo que otro aspecto que me llamó la atención fue su vestimenta, especialmente en las mujeres, que usaban su traje típico de la región que constaba de una blusa de un color vivo a juego con una falda tableada y encima una especie de mandil decorado con listones de varios colores, complementaban su traje con varios collares de cuentas de colores y aretes colgantes de color dorado y su muy característico cabello largo cuidadosamente peinado en una coleta o trenza. Sin embargo, las mujeres más jóvenes ya usaban ropas más “kaxlanas” con pantalones de mezclilla y blusas comunes; aunque esto pudiera parecer un evento insignificante, para mi reflejaba el resultado del peso de una cultura occidental capitalista predominante, muchas veces aplastante, con nuestros pueblos originarios indígenas y como ésta se va infiltrando, a veces poco a poco y muchas otras de mucho a mucho, la cultura “mestiza” o “de ciudad”. Y es que no es ningún secreto ni novedad que nuestro pueblos indígenas cada vez corren más riesgo de desaparecer, como lo dice claramente la Organización de las Naciones Unidas *“Debido a que esos pueblos han quedado excluidos de los procesos de adopción de decisiones de los Estados en los que viven y que han sido objeto de procesos de dominación y discriminación, se ha considerado que sus culturas son inferiores, primitivas, intrascendentes, algo que debe ser erradicado o transformado”* (ONU, s.f.); y es que aunque “se haya puesto de moda” el defender a nuestros pueblos indígenas y fomentar la conservación del lenguaje, vestimenta, cultura, etc., la realidad es que la mayoría lo defienden hasta que no se contraponga con lo establecido por una sociedad/cultura dominante, es decir la occidental capitalista. Pero lo más preocupante aun es que estas maneras se hayan infiltrado tanto en el tejido que poco a poco van manchando la forma de pensar de las nuevas generaciones indígenas, haciéndolos sentir que su historia y cultura familiar es denigrante y es causa de discriminación y vergüenza.

Su cosmovisión está basada en la relación con la naturaleza, la concepción del Nosotros y en la dualidad hablar-escuchar. Las lenguas mayas casi no usan la primera persona del singular sino la del plural, esto se fundamenta en una relación sujeto-sujeto y no en sujeto-objeto como en el español o “castilla”; el Nosotros supone yo y mi comunidad. (Quinteros & Corona, 2003)

Esta colectividad me mostró una característica de la vida comunitaria que no lograba entender en un principio, el que la mayoría de las personas se conocieran en sus comunidades, incluso en algunas ocasiones solo por su nombre de pila, así sin apellidos, por medio de localización de su casa por ejemplo *"Ah sí, fulanita que vive en frente de la tienda o atrás de la escuela"*; por el trabajo si era maestra, promotora o alguna otra menos frecuente; o por familia por ejemplo *"hija de tal, hermana de tal, cuñado de tal"*, etc. Me parecía muy extraño que asumieran que todos los médicos en la CDMX nos conocemos, pues se acercaban a mí y me decían: *"¡Ah doctora! ¿Usted es de México? ¿Y no conoce al Dr. (nombre de pila de un médico)? Porque él/ella es de México también..."* a lo que yo me quedaba pensando *¿Cómo voy a conocer a tal médico si la Ciudad de México es enorme? ni siquiera conozco a todos mis vecinos...*

Conforme pasé el tiempo ahí entendí esta pregunta, no era nada fuera de lo común y tenía lógica viéndola desde sus ojos y la cosmovisión de su entorno. Entender ese pequeño aspecto me hizo pensar en cómo es que los que venimos de ciudades grandes estamos tan acostumbrados al individualismo, a no voltear a ver al otro porque no es nuestro asunto, a ver primero por uno mismo y después tal vez en el de al lado; y puede ser un aspecto que influya en que los médicos caigamos en esas prácticas donde dejamos de ver a la persona que está en frente consultándonos, solo veamos lo que nosotros queremos para curar la enfermedad que esta frente a nosotros y no a la persona desde distintas complejidades.

Esto me llevó a entender cómo es que perciben la enfermedad dentro de las comunidades, empezando por el hecho de que tienen la percepción del cuerpo, y las cosas, como un ser independiente y a la vez propio; por ejemplo, al momento de referirse a las necesidades de un objeto, como una planta, se habla de este como un sujeto y no un objeto, expresando *"la planta QUIERE agua"* en lugar de *"se necesita regar a la planta"*, este mismo ejemplo aplica en la forma que expresan un malestar, refiriéndose a su cuerpo como un ser independiente con el que se tiene una conexión, por lo que para su atención era importante poner atención a las necesidades del cuerpo y no solo ver la enfermedad.

Según la OMS el concepto de salud es “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, al llegar a La Garrucha me di cuenta que la salud se entiende y expresa de muchas otras maneras dependiendo mucho de la situación de vida, económica, mental y/o emocional en la que un individuo se encuentre, esto se asocia directamente a “las determinantes sociales de la salud”, que serán explicadas más adelante, las cuales son las que ponen a un individuo en distintos escenarios que pueden afectar o beneficiar un estado de salud y por lo tanto también el concepto de salud pueda ser distinto al nuestro.

Las parteras tienen la costumbre de observar las membranas y placenta después del parto y darle una interpretación; si las membranas no se observan bien, les sugiere que ese niño estará enfermo constantemente. En la comunidad el niño menor de 5 años se considera el más vulnerable, por lo que cuando los niños pasan esta edad se usa la expresión “ya se logró” por haber pasado la etapa más vulnerable, aunque después de esta edad permanezca con otras enfermedades o desnutrición.

En la atención médica la asociación más común a “estar enfermo” era “no poder trabajar”, es decir, disminuye la productividad en el trabajo. En el caso de las mujeres, se referían a trabajo y labores que debían realizar en casa o en sus milpas (cargar agua, moler el maíz, recoger la cosecha, cargar leña, etc.) y en el caso de los hombres se referían comúnmente al cansancio, la disminución de fuerza y energía para realizar sus trabajos. Aunque ya en el interrogatorio daban más detalles sobre sus malestares, la principal preocupación era el no poder realizar las actividades físicas de su trabajo y las mujeres en no poder cumplir las labores del hogar o de gestación.

En el caso de la vejez, representa el ocaso de su actividad productiva, por ende muchas veces la sociedad los margina, puede que se encuentren solos pues sus hijos han formado otro hogar y en algunos casos, los menos, son apoyados por sus hijos, de cualquier forma, esta situación hace más difícil su subsistencia.

A final de cuentas, sin importar la etapa de la vida en la que se encuentren, si se percibe el desbalance del equilibrio con la naturaleza resultando en el impedimento a realizar sus actividades diarias, es la razón para buscar un

remedio con quienes consideren tengan los conocimientos para resolver su padecimiento ya sea por la medicina alópata o la medicina tradicional como los herbolarios, parteras, hueseros o promotores de salud. Estos actores de la medicina tradicional¹³ se les tiene mucho respeto dentro de las comunidades, quienes pueden ser nombrados o nacieron con ese “don”, el cómo saber si se tiene el don cambia de acuerdo con la comunidad según su tradición, en algunas se observa mirando las membranas y placenta de nacimiento y en otros casos puede manifestarse mediante un sueño en el que se revela su “misión”. Una historia representativa es la de doña Julia de 95 años, partera de La Garrucha, quien cuenta no ser originaria de esta comunidad sino de un poblado cerca de Altamirano, quien tras ser esclava de un finquero huyó junto con su esposo a estas tierras que “no tenían dueño” y junto con otras familias que huyeron de las injusticias tomaron las tierras y fundaron La Garrucha.

Muchas mujeres embarazadas siguen buscando sus parteras para recibir a sus bebés ya que sienten la confianza y el vínculo cultural; el hierbero o herbolario también es una figura muy importante ya que prácticamente es el médico tradicional de las comunidades, quien se encarga de tratar prácticamente cualquier tipo de padecimiento y a los que más siguen su tratamiento por la confianza que se le tiene, habiendo ocasiones en las que hasta que diga que ya no puede hacer más es cuando aceptan buscar la medicina alópata.

En general la mayoría de la comunidad tiene mucha fe y confianza en los tratamientos herbolarios, los cuales manejan un amplio repertorio que parecería que para cualquier padecimiento hay un remedio. En estos tiempos los tratamientos son una mezcla de medicina de tradición y medicina basada en evidencias, que si se fomenta la conjugación de ambas son un gran aporte para la salud comunitaria, generando una medicina intercultural¹⁴.

Finalmente, la mayor de las dificultades a las que me encontré al llegar a este nuevo lugar, fue sin duda, el adaptarme a esta nueva cultura; aprender

¹³ Estos actores incluyen a herbolarios o médicos tradicionales, curanderos o “iloles”, hueseros y parteras.

¹⁴ El concepto de interculturalidad apunta a describir la interacción entre dos o más culturas de un modo horizontal y sinérgico. Esto supone que ninguno de los conjuntos se encuentra por encima de otro, una condición que favorece la integración y la convivencia armónica de todos los individuos.

de lo que toda la comunidad tenía por ofrecirme y no caer en el papel de “kaxlana salvadora” o la que “venía a enseñarles” la manera de hacer las cosas y justamente sobreponer mi cultura sobre la del lugar y la gente que atendía, aprender las costumbres y el porqué de algunas situaciones que si bien yo hubiera manejado de forma distinta, no excluía otras opciones más tradicionales, que yo desconocía.

3. INSTITUCIONAL

3.1 Proyecto Universitario de Desarrollo Humano en Chiapas UAM-X

El Servicio Social (SS) de la carrera de medicina se realiza en zonas rurales o de bajos recursos en el país, con una duración de 1 año. Siendo egresada de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X), lo realicé a través del Proyecto Desarrollo Humano que se vincula con la asociación civil Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC A.C.) en Palenque, Chiapas.

Gracias al modelo de enseñanza-aprendizaje que tiene la UAM-X, cuyo objetivo es formar profesionales con capacidad de identificar y resolver problemas sociales, inspirando a mantener el compromiso con la sociedad de contribuir al desarrollo humano y al bienestar social; el servicio social de medicina llega a Chiapas en 1982, colaborando con la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), actualmente llamada Secretaría de Salud, brindando atención en la región Selva.

Debido al levantamiento Indígena del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en Chiapas de 1994 el servicio social fue vetado por la SSA en 1995 con la finalidad de eliminar el apoyo a la población indígena involucrada y que apoyaba al EZLN y vulnerar su estabilidad, sin embargo la UAM-X se mantuvo firme con el compromiso social hacia la problemática del país, lo que hizo muy difícil que se hiciera a un lado y se decide continuar el SS en Chiapas reiniciando actividades en 1996 apoyado por Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) de Chiapas y por el Programa de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano en Chiapas

(PIIDHCH) de la UAM-X, de donde después se derivaría a ser lo que es hoy el Proyecto Universitario de Desarrollo Humano en Chiapas. (Heredia C., 2009)

3.2 SADEC, A.C

SADEC A.C. es una institución no gubernamental que tiene sus orígenes en 1985 iniciando como el Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas con el Instituto Nacional Indigenista (INI) con el objetivo de formar promotores de salud y parteras en diversas comunidades para dejar la salud de la comunidad en manos de su población.

Después de aproximadamente 8 años de trabajo dentro de las comunidades, surgió el levantamiento armado indígena del EZLN en 1994. Como consecuencia hubo la suspensión de fondos para el proyecto de salud por la modificación de las políticas gubernamentales en materia de salud, así que el proyecto se transforma a ser una ONG, en coordinación con Médicos del Mundo España, en 1995 a lo que conocemos hoy como SADEC A.C.

El día de hoy es una asociación civil sin fines de lucro, dedicada a la formación de recursos humanos en salud, a la atención médica y dental, al impulso de estrategias sanitarias, así como la organización de estructuras de salud, todo esto en coordinación con las comunidades de las distintas regiones en donde se trabaja; región selva, norte y cañadas. Presenta una propuesta para resolver tanto problemas asistenciales como la creación de una estructura de salud, teniendo como base el Derecho a la Salud.

Se tienen tres ejes de trabajo que son la atención médica, la capacitación y la organización en salud, que se desarrollan en 3 etapas:

- La primera etapa es de Formación, que tiene como objetivo alcanzar la estructura de salud tanto en recursos materiales como humanos; se realizan talleres de capacitación a promotores/as de salud, orientados a resolver entre el 60% y el 70% de las patologías regionales. A la par, se van constituyendo comités de salud con quienes se trabaja sobre la forma de organización y funcionamiento de los servicios de salud, como la construcción de su Casa de Salud Comunitaria y esquema de funcionamiento.

-
- La segunda etapa es de Consolidación, busca fortalecer el trabajo asistencial en las Casas de Salud y la organización en salud complementando la capacitación con la asesoría de personal médico que permita apoyar en la práctica. Conforme se construya la red de Casas de Salud, se considera la creación de unidades médicas de primer nivel con la participación de personal médico de acuerdo al tamaño de la red, operando como centros de referencias para la red de Casas de Salud.
 - La Proyección siendo la tercera etapa se orienta a fortalecer las acciones de organización en salud que permitan a las comunidades y autoridades regionales a tomar en sus manos el funcionamiento de la red de salud comunitaria y establecer las diferentes estrategias para sustentarla. (SADEC A.C., 2021)

El equipo de trabajo que integra SADEC está formado por socios/as, pasantes del SS de medicina, estomatología, enfermería y nutrición, y personal que maneja las cuestiones administrativas.

El itinerario y forma de trabajo con los pasantes del SS, es realizar actividades de trabajo en comunidad durante 20-25 días dentro de las clínicas asignadas, posteriormente se tiene un periodo fuera de la comunidad de 10 días para un periodo de trabajo en conjunto de integración académica y uno de descanso. Los primeros 4 días para trasladarse de las comunidades a las instalaciones de SADEC en Palenque (1 día), y para realizar trabajos de entrega de reportes mensuales, sesiones de reflexión, análisis y construcción de conocimiento a través del intercambio de experiencias de los pasantes en el mes transcurrido, y talleres de capacitación en temas de salud de mayor incidencia de la región (3 días). Los otros 6 días se destinaban al descanso (5 días) y el traslado de regreso a la comunidad (1 día).

El objetivo de los médicos pasantes al llegar a esta ONG es continuar con el trabajo que se ha realizado en las clínicas autónomas zapatistas ya sea por parte del pasante anterior o por los promotores de salud, para contribuir a la mejoría de la salud aprendiendo de la medicina intercultural. Se llevan a cabo varios programas para vigilancia de grupos vulnerables dentro de la clínica de atención primaria y de primer nivel de atención. Además de la transmisión del conocimiento a los promotores de salud y parteras de las

comunidades para la promoción y protección de la salud, ofreciendo así las herramientas a la población para la toma de decisiones y acciones ante la salud, y la preservación de esta, en sus espacios comunitarios. (Foto 6, Foto 7, Foto 8, Foto 9 y Foto 10)



Foto 8 Sesiones de entrega de reporte mensual y actualización para pasantes en espacio SADEC, Palenque FUENTE: Colección propia



Foto 6 Sesiones de trabajo con enfoque multidisciplinario en SADEC, Palenque FUENTE: Colección propia



Foto 7 Sesiones de trabajo con enfoque multidisciplinario en SADEC, Palenque FUENTE: Colección



Foto 10 Sesiones de entrega de reporte mensual y actualización para pasantes en espacio SADEC, Palenque FUENTE: Colección propia



Foto 9 Convivio SADEC, Palenque FUENTE: Colección propia

3.3 Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ)

Como ya mencioné anteriormente realicé mi servicio social en una clínica autónoma zapatista, pero ¿qué es el Sistema de Autónomo zapatista?

La clave para entender el Sistema Autónomo Zapatista (SSAZ) es recordar que es parte del proyecto de autonomía del movimiento Zapatista, ya que la salud se ubica como el objetivo, no solo de los proyectos de salud sino de toda la lucha.

El SSAZ es completamente independiente de cualquier control o financiamiento gubernamental; han desarrollado sus propias formas autónomas de salud, democracia y de toma de decisiones. En las clínicas zapatistas y en las casas de salud, la gente es tratada con respeto y responsabilidad y debido a que los promotores de salud son locales se habla en su idioma natal por alguien que entiende sus necesidades y cultura. En los hospitales del gobierno, los indígenas son comúnmente discriminados, maltratados, incomprensidos e ignorados. (Davies, 2010)

Comenzaremos con explicar primero qué es el Sistema de Gobierno Autónomo Zapatista que lleva su nombre en homenaje a uno de los líderes de la Revolución Mexicana, el Gral. Emiliano Zapata, por representar el liderazgo en la resistencia campesina en México contra el despojo de tierras y opresión de los más vulnerables. Este movimiento se realiza para el respeto de la libertad, la justicia y la ley tras el reparto agrario. (Hernández Chávez, 2010)

Las injusticias en la distribución de tierras y los derechos humanos no acabaron tras la Revolución, por lo que un grupo político militar insurgente formó las Fuerzas de Liberación Nacional (FNL) alrededor del país, las cuales en la década de los 80's establecieron redes de solidaridad con las organizaciones locales en Chiapas. El 17 de noviembre de 1983 nace el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), formado tanto por hombres como mujeres, con la finalidad de acumular fuerzas indígenas en silencio para el servicio de los indígenas. (Marcos, 2008)

La madrugada del 1 de enero de 1994 y coincidiendo con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), los pueblos zapatistas de Chiapas se alzaron en armas. Tras 12 días de guerra abierta con el gobierno, EZLN declara el alto el fuego; a pesar de este alto el fuego, que mantienen hasta la fecha, las comunidades zapatistas viven

en un contexto de guerra de baja intensidad¹⁵. Es importante recordar, por tanto, que todas las iniciativas de estas comunidades se dan en este marco de guerra de desgaste que ha tratado de destruir el tejido social. (Plataforma Vasca de Solidaridad con Chiapas, 2013)

Si bien ya iban caminado hacia la autonomía, tras fallar la negociación con las diferentes instancias de gobierno oficial, la sociedad civil zapatista comienza a dar pasos de gigante en esa dirección realizando un análisis de la situación en 3 aspectos. La primera, que la vía institucional para encauzar sus demandas de autonomía está cerrada; la segunda, que el aparato político-militar mexicano ha comenzado una estrategia de asedio invisible; y, por último, que las instituciones oficiales de salud, educación, derechos y comunicación son capitalistas, coloniales, patriarcales y están basadas en negar la humanidad indígena. Por lo que se establecieron una serie de principios que configuran la democracia zapatista:

- Mandar obedeciendo
- Decisiones tomadas colectivamente en consenso
- Respeto a la diferencia
- Participación de la comunidad tanto en el autogobierno como en la toma de decisiones
- Revocación de cargos cuando no se cumplan los compromisos

El EZLN crea los 29 municipios autónomos rebeldes zapatistas y los cinco caracoles¹⁶, cada uno con una Junta de Buen Gobierno como órgano de poder popular (*Imagen 2; Error! No se encuentra el origen de la referencia.*). (Plataforma Vasca de Solidaridad con Chiapas, 2013)

¹⁵ La guerra de baja intensidad en el caso de Chiapas ha se caracteriza por ser larga y silenciosa y, aunque provoca muertes, no trata tanto de matar al enemigo físicamente sino políticamente. Tiene varios ejes: creación de ayudas sociales condicionadas para neutralizar formas autónomas y comunitarias de organización política; formación y armamento de ejércitos paramilitares; provocación y estimulación de conflictos intracomunitarios e intercomunitarios (por ejemplo, de tierras o religiosos) y militarización creciente bajo la excusa de “guerra contra el narcotráfico”.

¹⁶ Los caracoles, creados en 2003, son los espacios liberados desde donde se práctica el autogobierno en cada una de las cinco regiones autónomas. En palabras del Subcomandante Marcos son “como puertas para entrarse a las comunidades y para que las comunidades salgan; como ventanas para vernos dentro y para que veamos fuera”.

-
- ❖ **Caracol I**, La Realidad “*Madre de los caracoles del mar de nuestros sueños*” en la región selva, donde se ubica la Junta de Buen Gobierno “Hacia la esperanza”, comprende los municipios autónomos: General Emiliano Zapata, San Pedro de Michoacán, Libertad de los Pueblos Mayas y Tierra y Libertad. Sus habitantes son tojolabales, tseltales y mames.
 - ❖ **Caracol II**, Oventic “*Resistencia y rebeldía por la humanidad*” en los altos de Chiapas, tienen la Junta de Buen Gobierno “Corazón céntrico de los Zapatistas delante del mundo”, comprende los municipios autónomos: San Andrés Sakamchén de los Pobres, San Juan de la Libertad, San Pedro Polhó, Santa Catarina, Magdalena de la Paz, 16 de Febrero y San Juan Apóstol Cancuc. Su población es tsotsil y tseltal.
 - ❖ **Caracol III**, La Garrucha¹⁷ “*Resistencia hacia un nuevo amanecer*” en la región selva, con la Junta de Buen Gobierno “El camino del futuro”, comprende los municipios autónomos: Francisco Gómez, San Manuel, Francisco Villa y Ricardo Flores Magón. Su población es tseltal. (Foto 11 y Foto 12)
 - ❖ **Caracol IV**, Morelia “*Torbellino de nuestras palabras*”, con la Junta de Buen Gobierno “Corazón del arcoíris de la esperanza”, comprende los municipios autónomos: 17 de Noviembre, Primero de Enero, Ernesto Ché Guevara, Olga Isabel, Lucio Caballas, Miguel Hidalgo y Vicente Guerrero. Su población es tseltal, tsotsil y tojolabal.
 - ❖ **Caracol V**, Roberto Barrios “*El caracol que habla para todos*” en la zona norte de Chiapas, con la Junta de Buen Gobierno “Nueva semilla que va a producir”, comprende los municipios autónomos: Vicente Guerrero, Del Trabajo, La Montaña, San José en Rebeldía, La Paz, Benito Juárez y Francisco Villa. Su población es chol, zoque y tseltal.

¹⁷ Caracol y localidad donde realicé mi año de servicio social.

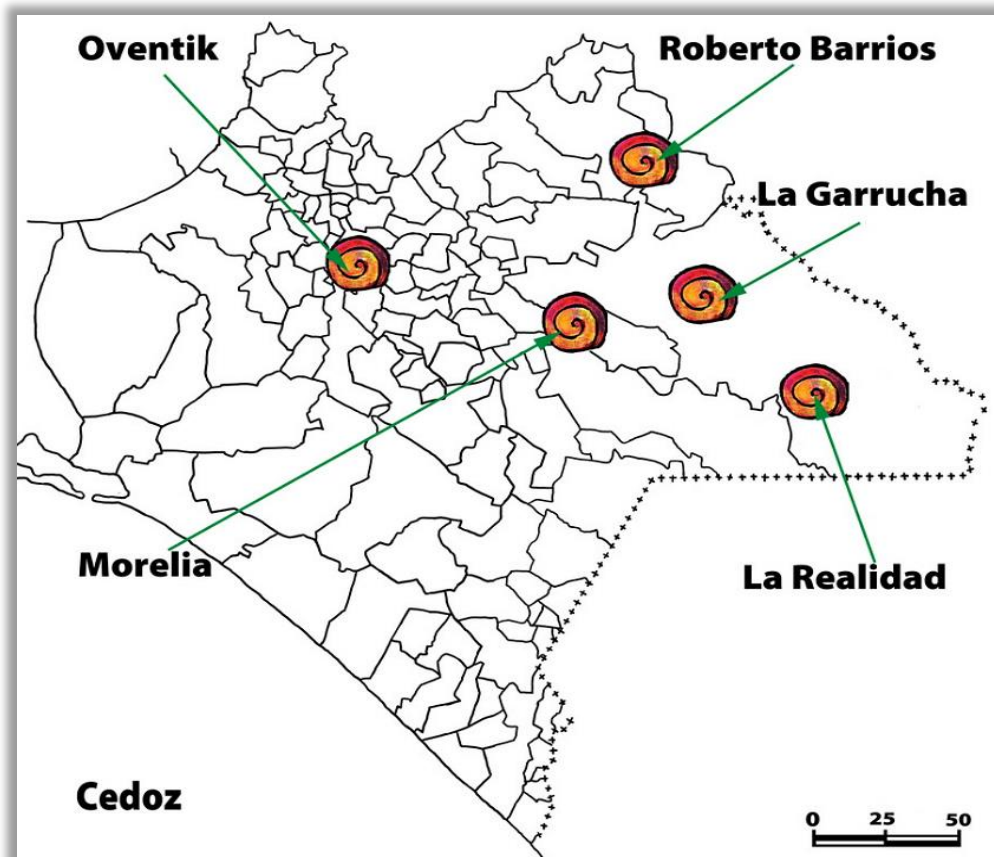


Imagen 2 Mapa de los Caracoles Zapatistas FUENTE: Revista desInformémonos: Periodismo de abajo 2017



Foto 11 Caracol III "Resistencia Hacia un Nuevo Amanecer", La Garrucha FUENTE: Colección propia



Foto 12 Caracol III "Resistencia Hacia un Nuevo Amanecer", La Garrucha FUENTE: Colección propia

La lucha por la autonomía de los pueblos indígenas de Chiapas ha estado presente durante toda su historia y con ello la resistencia a la dominación. El proyecto de autonomía del EZLN se compone de una serie de demandas fundamentales que nacen mediante un proceso de consulta y acuerdos, recoge elementos de la lucha histórica de los pueblos (Heredia C., 2007), las demandas son:

- Tierra
- Trabajo
- Salud
- Educación
- Alimentación
- Techo
- Autonomía
- Justicia
- Libertad
- Paz

El SSAZ se creó al tener la necesidad de atención médica hacia los indígenas, ya que la gente moría en las comunidades por enfermedades curables o prevenibles, antes del movimiento de 1994 las bases de apoyo zapatista ya contaban con promotores de salud, y fue hasta después del levantamiento que se fortaleció la estructura del SSAZ, definiendo como política de salud "De respeto, gratuita, con buen consejo, respeto a la cultura y autonomía, disciplina y compañerismo". (Heredia C., 2007)

La estructura de organización del SSAZ va desde el nivel comunitario donde existen los Comités de Salud integrados por los trabajadores de la salud como promotores de salud, a nivel municipal están las Coordinaciones de Salud integrada por representantes de los promotores y comités de salud de las distintas comunidades del municipio, y finalmente las Juntas de Buen Gobierno como instancia máxima cuya función es apoyar y coordinar el buen funcionamiento de los municipios autónomos.

En cuanto a la infraestructura institucional encontramos:

- Casas de Salud Comunitarias que son construidas por las comunidades y atendidas por personal formado como promotor de salud residente de las mismas.
- Clínicas Regionales Autónomas que son unidades médicas de referencia, en algunos casos apoyadas por médicos y cuya función es resolver lo posible o derivar a un segundo nivel de atención.
- Clínica Guadalupana, actualmente el SSAZ no cuenta con instalaciones de segundo o tercer nivel de atención, aunque lo más cercano a una atención de mayor complejidad se construyó en esta clínica ubicada en el Caracol II en Oventic, donde se llevan a cabo actividades más especializadas como por ejemplo cirugías.

La participación de la población está presente desde el nombramiento de sus representantes, es decir, en las asambleas comunitarias es donde se nombran a los comités y promotores de salud; siendo a esta misma asamblea la que le corresponde sancionar en caso de alguna falta.

Los promotores de salud acuden a sesiones de capacitación en cursos que pueden llegar a durar una semana cada 1 o 2 meses generalmente en una clínica central distinta a su comunidad por lo que deben dejar sus hogares y hacerse cargo de su alimentación; es importante recalcar que los promotores son elegidos por la localidad pero no reciben un salario, en algunos casos se les da un apoyo para su manutención, sin embargo deben dejar su trabajo diario en sus milpas, viviendo en la clínica atendiendo a la gente durante el día y mantener guardia por la noche en caso de cualquier

emergencia. Por lo que ser promotor de salud implica mucho compromiso a la comunidad y al movimiento.

Las actividades que se realizan en temas de salud van desde lo asistencial hasta lo preventivo y es tarea de los promotores realizar actividades de promoción en los espacios comunitarios como el manejo de basura, manejo de agua y construcción de letrinas. En cuanto al financiamiento, afortunadamente el movimiento de autonomía ha tenido mucho apoyo de ONG's nacionales e internacionales, grupos independientes y gobiernos autónomos de otros países.

El SSAZ se ha convertido en una alternativa viable y digna para la salud de los pueblos indígenas, ya que se trata de un modelo sensible de la población para la población, participativo, abierto a la cooperación con distintos actores y con sentido de pertenencia e identidad cultural.

3.3 Clínica Autónoma "Jesús de la Buena Esperanza", La Garrucha

Finalmente, el lugar de trabajo fue en la Clínica Autónoma "Jesús de la Buena Esperanza", clínica de medicina general del Caracol III "Resistencia Hacia Un Nuevo Amanecer", La Garrucha. ()



Foto 13 Entrada al Caracol III "Resistencia Hacia un Nuevo Amanecer", La Garrucha
FUENTE: Google maps 2023

La clínica de medicina general cuenta con un consultorio médico con equipo básico necesario, una sala de observación con 3 camas para

ingreso de pacientes, un consultorio dental y una farmacia con un cuadro bastante diverso de medicamentos básicos. (Foto 14, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, Foto 16, Foto 18 y Foto 17Foto 18)



Foto 14 Farmacia anterior Clínica de medicina general (casi al final del periodo se reubico la farmacia junto al consultorio dental)

FUENTE: Colección propia



Foto 16 Consultorio dental de la Clínica autónoma "Jesús de la Buena Esperanza", La Garrucha FUENTE: Colección propia



Foto 15 Ventanal pintado por ex EPSS en el consultorio dental, La Garrucha FUENTE: Colección propia



Foto 18 Consultorio de medicina general de la Clínica autónoma "Jesús de la Buena Esperanza", La Garrucha FUENTE: Colección propia



Foto 17 Áreas comunes de la Clínica autónoma "Jesús de la Buena Esperanza", La Garrucha FUENTE: Colección propia

Como espacio adyacente se encuentra la Clínica de la Mujer "La Comandanta Ramona" manejada por las promotoras de salud reproductiva, donde se encargan de atender a la mayoría de las mujeres

con sus padecimientos de salud reproductiva, ginecología y obstetricia; aunque ninguna de las clínicas era excluyente de la otra. (Foto 19)



Foto 19 Clínica de la mujer "La Comandanta Ramona" (izquierda), ambulancia de la clínica y dormitorios para pacientes o familiares (derecha)

El trabajo se realiza en coordinación con promotores de salud Gerardo y Nico, capacitados para resolver los problemas de salud más comunes que se desarrollan en la región. Para la organización entre promotores se denomina a un coordinador que lleva a cabo la administración del medicamento en farmacia, organización del rol diario de actividades para los demás promotores, llevar datos estadísticos de las consultas, compra de medicamentos para el abastecimiento de la farmacia, entre otras. Generalmente se debe de contar además con 2 promotores permanentes que apoyan las actividades de coordinación y 5 promotores rotatorios de diferentes comunidades que rotan cada 15 días. Todos los promotores realizan actividades colectivas y administrativas para el mantenimiento del espacio como:

- Limpieza de los consultorios y espacios comunes
- Preparación de alimentos para todo el personal en turno
- Dar consulta o asistir a la médica pasante para la traducción al español
- Atención de la farmacia
- Atención de urgencias

-
- Mantener stock de medicamentos de farmacia
 - Cobro de cuotas de recuperación a pacientes
 - Atención de la tienda del colectivo

En conjunto con el trabajo de los promotores, como médica mi trabajo consistía en la atención médica en el consultorio en un horario de 8am a 8pm entre otras actividades como;

- Atención médica dentro del horario establecido
- Atención de urgencias a petición del promotor de salud después de su valoración cuando se encontraran fuera del horario de atención.
- Referencia y acompañamiento según fuera el caso de quien requiriera la atención en un segundo nivel de atención
- Registro diario de consulta y estadística de padecimientos para realizar reporte mensual
- Llevar seguimiento de programas de vigilancia
- Realizar actividades de promoción a la salud en los distintos espacios comunitarios
- Capacitación y asesoría a los promotores de salud
- Mantener la solicitud de material y medicamentos necesarios actualizada para el abastecimiento
- Presentación de reporte mensual de actividades en SADEC
- Dar seguimiento a pacientes referidos a otras instituciones de salud
- Asistencia y colaboración con la clínica de la mujer para la valoración médica o atención de partos

La atención no requería de ningún tipo de afiliación, aunque por motivos de recuperación económica para mantenimiento de la clínica cobraba \$15 por consulta y el medicamento era vendido a un precio accesible. Si por alguna razón no podían pagar, se les daba la oportunidad de pagar después.

Como comenté anteriormente el trabajo dentro de la comunidad se realizaba por 20 a 25 días en la clínica donde contaba con mi cuarto y compartíamos los espacios comunes con todos los demás. En general la propuesta de esquema de organización y trabajo es buena, aunque hubo pequeños detalles que se desarrollaron en el periodo en el que estuve que

dificultaron el avance y fortalecimiento de estas. Por ejemplo, como expliqué anteriormente ser promotor de salud no es tarea fácil, cuando llegué supe que había algunos conflictos entre los promotores, además de la falta de personal pues solo se encontraban 2 promotores fijos en lugar de los 8 que debería tener la clínica (3 fijos y 5 rotatorios), esto se reflejó en una carga de trabajo para ellos que al final terminó afectando el trabajo en la clínica, uno de ellos dejó su puesto y el otro se le notaba poco interés en realizar las actividades.

Esta situación mejoró un poco cuando llegaron los promotores rotatorios y se integró una nueva promotora permanente, se notó el cambio en el trabajo colectivo y se pudieron llevar a cabo los objetivos iniciales.

SEGUNDA SECCIÓN: *Diagnóstico Comunitario*

Chiapas es un estado caracterizado por una población pluricultural y multilingüe, donde doce lenguas indígenas están reconocidas oficialmente, y la situación es heterogénea a quienes le atribuyen mayor riqueza cultural, sin embargo, también es una de las entidades mayores tasas de pobreza y marginación, así como de mortalidad infantil y de maternidad más altos de la nación.

En términos de población, Chiapas ocupa el séptimo lugar en el país con 5,18 millones de habitantes en 2014, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016), representando el 4,3% de la población total del país. Este volumen, es el resultado del crecimiento de la población durante el último siglo porque Chiapas tenía aproximadamente 440,000 habitantes en 1910, lo que significa que casi cuatro veces se duplicó esta cifra, este crecimiento representa todo un reto para los servicios de salud en términos cualitativos como cuantitativos.

4. DERECHO A LA SALUD

El proyecto de decreto de reforma a la ley general de salud de México propuesto en 2019 al Congreso Federal propone la creación de un sistema que proporcione acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos relacionados para la población sin seguridad social, y la creación del Instituto de salud para bienestar (Ley de Salud, 2020).

En julio de 2019, una iniciativa de proyecto de decreto reforma, adiciona y deroga la Ley General de Salud (LGS), provenientes de la Ley de Coordinación Fiscal y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud sobre el acceso a los servicios de salud y medicamentos para las personas que no poseen seguridad social. La iniciativa incluye una serie de cambios a la LGS, principalmente relacionados con la prestación de servicios de salud, protección social en salud y control de higiene de medicamentos (Ley de Coordinación Fiscal , 2019); (Ley de los Institutos Nacionales de Salud , 2019).

Es necesario sustentar firmemente las recomendaciones basadas en la identificación de los problemas de salud y acceso a los servicios que enfrentan las poblaciones sin protección social y en el momento del lanzamiento de la iniciativa, no se contaba con un plan sectorial de salud 2019-2024 como referente para su desarrollo, por lo que se necesitaba el decreto de anteproyectos de ley secundaria para implementar y operar. Las limitaciones de referencias conceptuales y contextuales pueden haber sido la causa que algunos elementos relacionados en esta iniciativa se consideraron subdesarrollados.

La iniciativa comienza reconociendo que el derecho a la salud es irrevocable y esencial, lo cual es relevante porque aclara el papel central del Estado en la promoción y aprobación de leyes y la asignación de recursos para garantizar el acceso a la salud. Asimismo, sustenta la necesidad de reforma, al señalar que la mitad de la población mexicana carece de acceso a los servicios de seguridad social. (Ley de Salud, 2020)

Esta situación combinada con diferentes formas y niveles de financiamiento, y reglas de operación de los fondos y servicios presenta importantes desafíos al Estado para poder regular y establecer mecanismos de control y transparencia en el uso de los recursos y, por ende, garantizar el derecho a la salud y la equidad para el acceso a estos servicios. Finalmente, una comprensión de esta realidad tan compleja ayuda a determinar dónde las reformas propuestas pueden o no mejorar la situación actual.

Entre otras cosas, el tema del financiamiento del INSABI y el financiamiento necesario para cumplir con la gratuidad de los servicios de salud y medicamentos ha estado casi siempre en el centro del debate, para el cumplimiento responsable de estos compromisos se requiere de una fuerte inversión sostenida, aunque estas inversiones aún no han sido adecuadamente esclarecidas o sustentadas desde diversas perspectivas, tanto institucionales como privadas, pero constituyen la piedra angular para garantizar no solo la cobertura brindada sino también su sostenibilidad a largo plazo.

Otro tema crítico es la creación de una infraestructura operativa que actualmente no existe, además del equipo operativo responsable de implementar las medidas para garantizar la calidad de los medicamentos

entregados a los pacientes sin correr el riesgo de un procesamiento ineficiente. (FONSABI, 2019)

El objetivo es garantizar el acceso gratuito a los servicios de salud, medicamentos y otros insumos relacionados a la población del país, no solo a sus residentes. Se supone que la Secretaría de Salud con el apoyo del INSABI, organiza las acciones necesarias para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y otros insumos relacionados, mediante la suscripción de convenios de coordinación de sus servicios de salud. La prestación gratuita de los servicios públicos de salud, medicamentos y otros insumos relacionados es financiada conjuntamente por las entidades federativas, por lo que los gobiernos de las entidades federativas deben (o deberían) aportar los recursos previstos en el convenio.

4.1 Derechos Humanos y el Derecho a la Salud

La historia de la codificación de los derechos humanos es una de los más conocidos debido a su relevancia. Quizá el código antiguo más conocido sea el Hammurabi, donde en el siglo XVIII a.C. se grabó en piedra las principales leyes mesopotámicas con el fin de limitar la arbitrariedad de los jueces estableciendo criterios estandarizados para calificar los delitos y establecer las penas. Es uno de los primeros ejemplos de la fuerza de la ley, ante la cual debe someterse el propio soberano.

Durante las primeras décadas del siglo XVI, a raíz de la conquista de América, surgió una disputa en relación con los derechos humanos, ésta se refería a determinar si los americanos nativos tenían o no alma y si por tal motivo tenían igual derecho que los europeos a la propiedad privada y a la propiedad de sí mismos. El debate fue extraordinariamente relevante pues fue la primera vez que se discutían, los límites del derecho de conquista. Uno de los argumentos de los conquistadores fue que los indígenas se negaban a convertirse al cristianismo y, por lo tanto, las dudas acerca de si éstos poseían o no alma.

El sacerdote Francisco de Vitoria construyó una teoría sobre el derecho de conquista con pretensiones de validez universal compuesta de tres ideas fundamentales:

-
1. Los indios de América son personas, con pleno derecho a ser tratados como seres libres
 2. Los pueblos tienen el derecho a defenderse de otros pueblos, cuando de ello depende su soberanía
 3. Existen reglas para llevar a cabo esta defensa

En otras palabras, Vitoria desarrollo una teoría sobre la humanidad de los seres humanos, la guerra justa, y las reglas de la guerra. Según Vitoria, la presencia de españoles en América se justificaba únicamente como medio para salvaguardar la seguridad de sus pobladores, y los indios deberían seguir siendo los únicos dueños de sus tierras, eran personas con los mismos derechos que los conquistadores y no había ninguna razón para esclavizarlos o explotarlos. Sin embargo, sus declaraciones no fueron bien recibidas y el gobierno de Carlos V “mandó secuestrar sus papeles, le prohibió publicar de por vida y ordenó que nadie volviera a tratar el asunto de forma pública ni privada, ni en Salamanca ni en ninguna otra universidad”.

En 1948 se establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos que otorga protección jurídica a todos los seres humanos por el único hecho de serlo, sin distinción de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen étnico, color de la piel, religión, nivel económico o cualquier otra condición social o cultural. Son universales, irrenunciables, imprescriptibles, inalienables, indivisibles e interdependientes, además de instrumentos capaces de contener el uso indebido del poder y limitar los poderes del Estado, por tal motivo se reconocen como parte del derecho público y el Estado está obligado a respetar, proteger y garantizarlos (Imagen 3). (López A. & López M., 2015)

Luigi Ferrajoli propone la categoría de derechos fundamentales, que son “todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos dotados del estatus de personas, de ciudadanos o de individuos con capacidad de obrar”. Esta definición se crea a partir de la idea de que es la universalidad del derecho lo que lo hace fundamental, y no la naturaleza de los intereses que protege o las necesidades que satisface. En este sentido son fundamentales la libertad personal, la libertad

de pensamiento, los derechos políticos y los derechos sociales, porque las normas que los tutelan indican que son de aplicación universal. (Ferrajoli, 2006)



Imagen 3 Los 30 Derechos Humanos Universales de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948

Los DH sólo pueden ser respetados, protegidos y satisfechos si sus beneficiarios poseen capacidad para exigir su cumplimiento, es decir, lo que permite que un derecho humano sea alcanzable es la capacidad de sus beneficiarios para reclamar al Estado el cumplimiento efectivo de las

obligaciones al incluir el derecho en su constitución o firmar los tratados internacionales.

Debemos reconocer que los derechos humanos, y dentro de ellos el derecho a la salud, ocupan más espacio que nunca en las constituciones, leyes y programas de gobierno, en los medios de comunicación y en la preocupación de las personas. No obstante, los retos que aún quedan son enormes y la tarea de atenderlos debe iniciarse de inmediato.

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la ONU, reconocido por múltiples tratados regionales y por numerosas constituciones nacionales. En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud, el cual se lee como sigue:

“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.”

El derecho al "más alto nivel posible de salud" requiere un conjunto de normas sociales que promuevan la salud para todos, incluido el acceso a los servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El disfrute del derecho a la salud está estrechamente relacionado con otros derechos humanos como el derecho a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. (OMS, 2019)

El derecho a la salud también se encuentra estrechamente ligado al derecho a la protección de la salud, como mencionamos anteriormente, podríamos decir que el derecho a la salud está ligado a las determinantes sociales de la salud, mientras que el derecho a la protección de la salud lo está a los servicios disponibles. (Imagen 4)

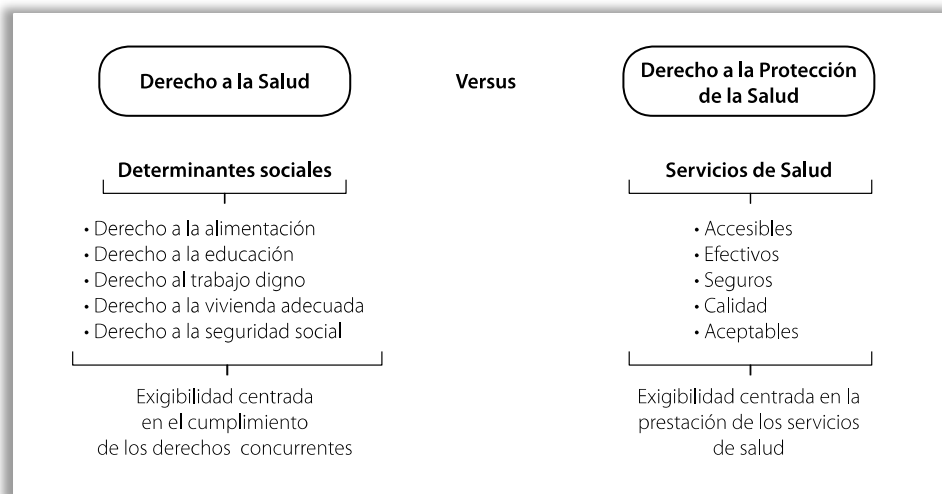


Imagen 4 Diferencias entre el Derecho a la Salud y el Derecho a la Protección de la Salud

A pesar de ello, para la mayoría de los mexicanos ni las condiciones de salud ni el acceso a los servicios se encuentran satisfechas, aún existen alrededor de 10 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud; en el campo casi la tercera parte de los menores de cinco años tiene talla baja para su edad (desnutrición crónica); la mortalidad materna de México es la más alta en el grupo de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; somos el país con la prevalencia de obesidad femenina más alta del mundo; no disminuye la mortalidad por algunos tipos de cáncer, diabetes mellitus, problemas cardiovasculares e hipertensión y muchas parasitosis, enfermedades infecciosas y transmitidas por vector son todavía endémicas, a pesar de que hace décadas que existen medios efectivos de control. Y más importante aún, el problema radica en que todos estos datos son todavía más graves en las personas con menos recursos sociales y económicos. (López A. & López M., 2015)

El derecho a la salud incluye libertades y derechos:

- La libertad incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo (como los derechos sexuales y reproductivos) y a estar libres de interferencias (como la tortura y el tratamiento médico y la experimentación no consentidos).
- Los derechos incluyen el derecho a utilizar un sistema de protección de la salud que brinde a todas las personas la misma oportunidad de disfrutar del más alto nivel posible de salud (OMS, 2019).

Dependiendo de cómo se formulen y apliquen, las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, especialmente el derecho a la salud. Tomar medidas para respetar y proteger los derechos humanos refuerza la responsabilidad del sector salud por la salud de todos, aunque frecuentemente observamos como los grupos sociales más vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar del derecho a la salud.

Las comunidades indígenas enfrentan tasas más altas de enfermedad y dificultades significativas para acceder a una atención médica asequible y de calidad. La mortalidad y la morbilidad en estos grupos son significativamente más altas que en la población general debido a enfermedades no transmisibles como el cáncer, enfermedades cardíacas y enfermedades respiratorias crónicas. Estos grupos pueden ser víctimas de leyes y políticas que exacerban la marginación y dificultan el acceso a los servicios de prevención y atención.

Las violaciones de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud y la discriminación explícita o implícita en la prestación de servicios de salud viola los derechos humanos fundamentales. Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos proporciona estrategias y soluciones para abordar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas, que a menudo son la base de las desigualdades en los resultados de salud.

Existe un conjunto de instrumentos internacionales y el marco constitucional adecuado para asumir la tarea de precisar cuáles son las obligaciones del Estado para la protección de la salud bajo un enfoque de derechos, los cuales son:

1. El Estado mexicano debe garantizar que la protección de la salud sea parte de los principios que sustentan una política pública con enfoque de derechos humanos.
2. Las acciones diseñadas y ejecutadas para la atención pueden y deben basarse en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho.

-
3. Crear un sistema de atención universal a todos los que lo requieran, independientemente de su capacidad de pago, a fin de alcanzar equitativamente el más alto nivel posible de salud. Esto implica garantizar el derecho de todos, y no sólo a quienes pueden pagar para acceder a servicios de salud de buena calidad, efectivos, seguros, suficientes y oportunos.

El objetivo del Derecho a la Protección de la Salud es desarrollar todas las políticas, estrategias y programas para mejorar progresivamente el disfrute del derecho a la salud por todos. Por lo tanto, los servicios de salud deben cumplir con los siguientes criterios (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2015):

- ❖ **No discriminación:** El principio de no discriminación está diseñado para garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, condición económica, nacimiento o cualquier otra condición, como discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y condición económica y social.
- ❖ **Disponibilidad:** Debe haber un número adecuado de establecimientos, bienes y servicios de salud pública y programas de salud.
- ❖ **Accesibilidad:** Las instalaciones, bienes y servicios de saneamiento deben ser accesibles para todos. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones superpuestas:
 - **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben respetar la ética médica y la adecuación cultural y ser sensibles a las necesidades de cada género y ciclo de vida.
 - **Calidad:** Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad.

-
- **Rendición** de cuentas: los Estados y otros garantes de obligaciones son responsables de observar los derechos humanos.
 - **Universalidad**: Los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas en cualquier parte del mundo deberían poder ejercerlas.

Es importante saber que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud como:

- Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- El Estado debe proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios y que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. En las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. Con esto afirmamos que las actividades que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas contra su voluntad de sus territorios y entornos tradicionales ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones.

Un enfoque de derechos identifica las relaciones que permiten a las personas hacer valer sus derechos, alentando a los encargados de formular políticas y a los proveedores de servicios a cumplir con sus obligaciones en la creación de sistemas de salud más saludables con mecanismos de rendición de cuentas establecidos y con las políticas y los programas diseñados para satisfacer las necesidades de la población. (OMS, 2019).

4.2 Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales

La clasificación de los derechos humanos según Vasak sirve para identificar el desarrollo cronológico de los derechos humanos y algunos elementos de su contenido sustantivo, clasifica a los derechos en primera, segunda y tercera generación. (López A. & López M., 2015)

- ❖ Derechos de primera generación “*Derechos Civiles y Políticos*”: Se refieren al respeto a la vida e integridad personal, libertades de pensamiento, expresión, conciencia y prensa; y al trato digno e igualitario. Aparecen durante el siglo XIX durante la Revolución Francesa.
- ❖ Derechos de segunda generación “*Derechos Sociales, Económicos y Culturales*” (DESC): Se refieren al derecho a la alimentación, a la educación, a la salud, al trabajo, a la vivienda y a la seguridad social. Aparecen en el siglo XX durante la Revolución Industrial.
- ❖ Derechos de tercera generación “*Derechos de los Pueblos o de Soberanía y Solidaridad*”: Se refiere al derecho a la paz, al desarrollo y al medio ambiente. Surgen al final del siglo XX ante la necesidad de cooperación entre las naciones y sus grupos sociales.

Los DESC están para garantizar ciertas condiciones mínimas de trabajo, educación, salud y bienestar indispensables para lograr un desarrollo humano adecuado y una vida aceptablemente digna; y cuando las personas no son capaces de alcanzar por sí mismas estas condiciones, el Estado debe proveerlas de manera directa o indirecta, y temporal o definitivamente, según cada caso.

Los grupos de esta clasificación fueron declarados derechos humanos fundamentales en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, dándoles la misma obligación peso y consideración. (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2015)

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 señala (López A. & López M., 2015):

-
- **Artículo 12.** Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a. La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños
 - b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente
 - c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas
 - d. La creación de condiciones que aseguren asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad a todos.

Finalmente se entiende que, con base en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, a menos que se creen las condiciones para que todos disfruten de los derechos civiles y políticos, es deber del Estado promover el respeto universal y efectivo de los derechos humanos y libertades de las personas para garantizar que se respete el PIDESC.

4.3 Determinantes sociales de la salud

La salud-enfermedad es parte invariable del proceso vital humano y expresión de las formas en que una sociedad se apropia y transforma la naturaleza, relacionándose y organizándose con ella; es un proceso que se encuentra permanentemente entre la salud y la no salud, por lo tanto la comprensión de la salud como el resultado de la estrecha relación entre las circunstancias en que las personas viven y se desarrollan, y los factores personales; representa una perspectiva social en la conceptualización y el enfoque del abordaje de los problemas en salud.

La OMS define los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como "*El entorno y circunstancias en el que las personas nacen crece, trabajan, viven y*

envejecen, incluidas las fuerzas y los sistemas más amplios que influyen en las condiciones de la vida cotidiana". (OMS, 2019)

Las DSS son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; esta distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo e influyen en el estado de salud de la población ya sea de manera positiva o negativa. A la par, al interior de la nación puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades con diferentes ingresos económicos que limitan el desarrollo humano de las personas. (Imagen 5)

La Comisión de las Determinantes Sociales de la Salud de la OMS hace tres principales recomendaciones a los estados miembros de la ONU para modificar los determinantes que inciden en la salud de la población:

1. Mejorar las condiciones de vida de la población.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y así combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Con la finalidad de promover y mantener la salud de la población es necesario conocer las circunstancias en que las personas, nacen, crecen, viven, estudian, trabajan se reproducen, envejecen y mueren; siendo estas circunstancias las que determinan el estado de salud de la población. Identificar el estilo de vida de cada individuo, es decir, la manera de vivir característico de un individuo o grupo para incidir de manera objetiva con intervenciones específicas en la causa origen de los problemas de salud.

Los factores Individuales de las DSS son los que dependen directamente de la persona como:

- *La edad*: la importancia de reconocer los grupos de edad más vulnerables de acuerdo con su situación.

-
- *Los Conocimientos*: relacionado con el nivel o grado educativo. Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo.
 - *La Voluntad*: suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia.
 - *Las Actitudes*: resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación.
 - *Los Hábitos*: repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición.
 - *Género*: las conductas en salud en la sociedad han tenido un sesgo de género y formas diversas de responsabilidad individual-colectivo diferenciado entre mujeres y hombres.

Los factores familiares de las DSS son la forma en que se encuentra constituida la familia, el número de integrantes, su ambiente, cultura, costumbres, hábitos, estado económico y el estado político que son de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que ejerce una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y en las oportunidades de salud.

Sin embargo, la familia ha sufrido procesos de transformación notables de los cuales se pueden mencionar: la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral, devaluación de la autoridad parental, la aparición de nuevas formas familiares, cambios en los roles familiares y un notable incremento de rupturas. Algunas situaciones que, aunque de manera indirecta, afectan en gran medida la dinámica familiar son las condiciones de trabajo, salarios bajos, vida familiar, conciliación de la vida personal y familiar, etc.; por ejemplo, la relación entre género y exclusión se destaca

que ser mujer, mayor, y vivir sola aumenta de forma considerable el riesgo de pobreza.

En acuerdo con lo enunciado por la OMS, el desarrollo de la promoción de la salud, como un proceso social, requiere de la participación de cada uno de sus actores: individuos, organizaciones, comunidades e instituciones que en colaboración conjunta puedan crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

Es necesario hacer efectivo el ejercicio de los derechos sociales e individuales, a través del acceso a servicios básicos como son el agua potable, drenaje, saneamiento, electricidad; el acceso a la seguridad social, educación, alimentación y vivienda digna. Todos estos factores que actúan como determinantes positivos de la salud, que por ende promueven el bienestar de la población.



Imagen 5 Esquema de las Determinantes Sociales de la Salud

5. DIAGNOSTICO COMUNITARIO

El presente diagnóstico realiza el análisis del periodo que abarca el año 2015 al 2016, presentando datos de información obtenida en años posteriores del censo 2020, datos actualizados del 2021 y algunos del 2022.

5.1 Chiapas

El estado de Chiapas, uno de los 32 estados de la República Mexicana, localizado al sureste del país, se incorporó oficialmente al territorio mexicano en el año 1824. Colinda al norte con Tabasco; al este con la República de Guatemala; al sur con la República de Guatemala y el Océano Pacífico; al oeste con el Océano Pacífico, Oaxaca y Veracruz. Su capital es Tuxtla Gutiérrez y es el octavo estado más grande de la República Mexicana con una superficie territorial de 73,311 km² representando el 3.7% del territorio nacional.

Más de la mitad de su territorio, el 54%, presenta clima cálido húmedo, el 40% clima cálido subhúmedo, el 3% Templado húmedo y el 3% restante tiene clima Templado subhúmedo. Una temperatura promedio de 30°C la más alta y de 17.5°C la mínima. Chiapas tiene una gran cantidad de mantos acuíferos y genera un poco más del 50% de la energía hidroeléctrica del país.

En cuanto a su flora presenta una amplia variedad, desde la costa hasta el norte del estado alcanzando su máxima representación en la Selva Lacandona. Le siguen los bosques de coníferas y encinos y los bosques húmedos de montaña, así como los pastizales cultivados. La agricultura ocupa 39% del territorio de la entidad. Cuenta con 106 áreas protegidas de las cuales 18 son de carácter federal, 25 estatal y 63 municipales. (Cúentame INEGI, 2020)

El 49% de su territorio corresponde a zonas urbanas, mientras que el 51% son zonas rurales, a nivel nacional 79% de la población vive en zonas urbanas y el 21% en rurales. Está conformado por 124 municipios gubernamentales y 29 municipios autónomos rebeldes zapatistas, mismos que se distribuyen en 15 regiones sociodemográficas (Imagen 6):

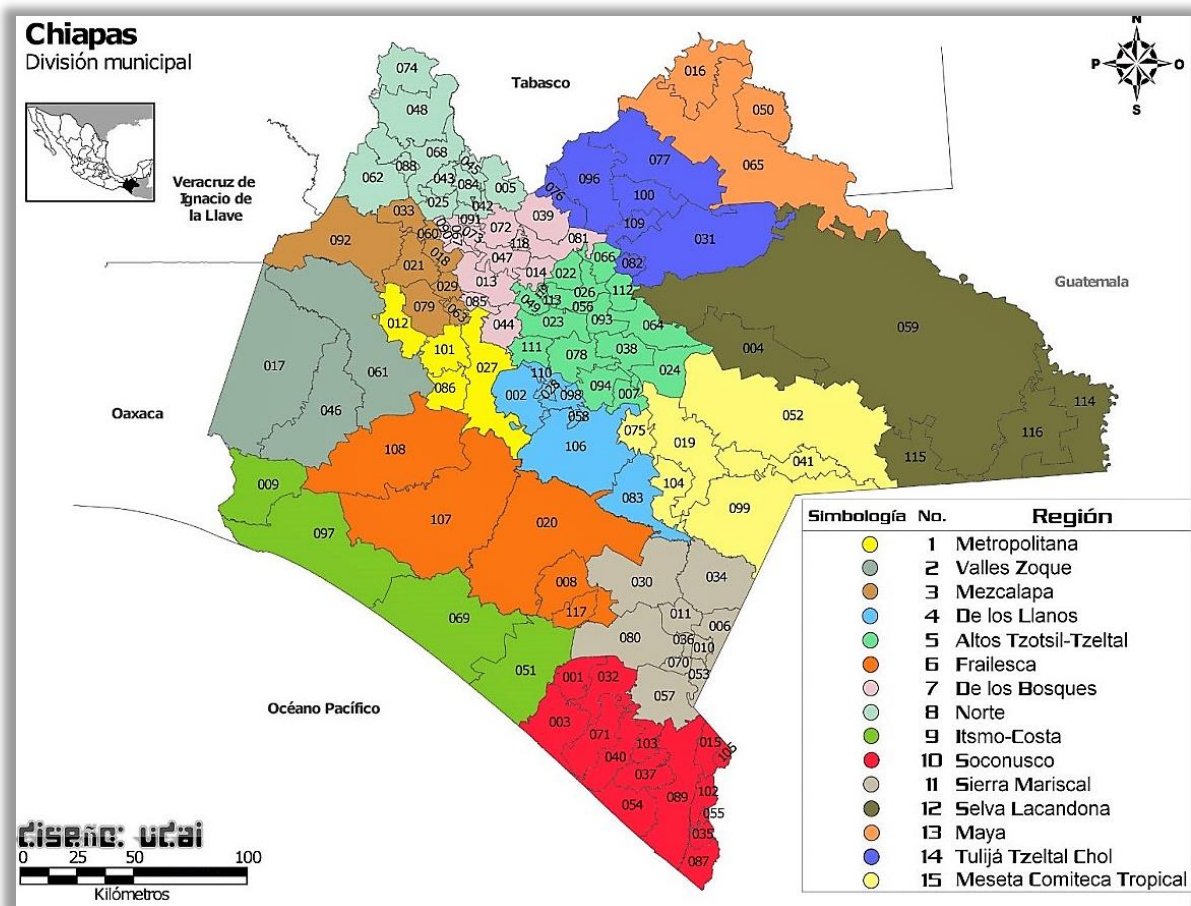


Imagen 6 Chiapas por municipios y regiones, FUENTE: Cuéntame INEGI Chiapas 2020

5.1.1 Población y Cultura

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

Observando la distribución de la población en el territorio estatal con una superficie de 73,311 km², podemos ver que uno de los municipios con mayor cantidad de población es Ocosingo, del cual profundizaremos más adelante. Chiapas ocupa el lugar 16° en densidad de población a nivel nacional con 75.6 hab./km² (Imagen 7). (CPV INEGI, 2020)



Imagen 7 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

MULTICULTURALIDAD Y ETNIA

En este estado multicultural habitan los pueblos originarios Tseltal, Tsotsil, Ch'ol, Tojolabal, Zoque, Chuj, Kanjopal, Mame, Jacalteco, Mochó, Cakchiquel y Lacandón o Maya Caribe; 12 de los 68 pueblos indígenas reconocidos oficialmente en México, por lo que en este territorio existe una fuerte concentración de tradiciones indígenas que conviven con las costumbres actuales, encontrando una gran variedad de tradiciones, rostros, colores y vestimentas alrededor del estado. Un total de 1,459,648 personas que mantienen su idioma materno de acuerdo con su pueblo originario, siendo los más frecuentes el Tseltal y Tsotsil (*Imagen 8 e Imagen 9*). (CPV INEGI, 2020)

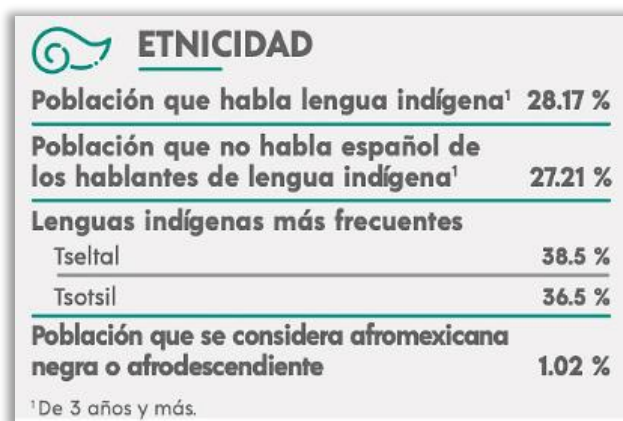


Imagen 9 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

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

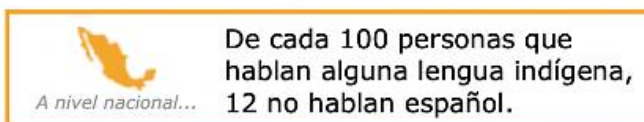
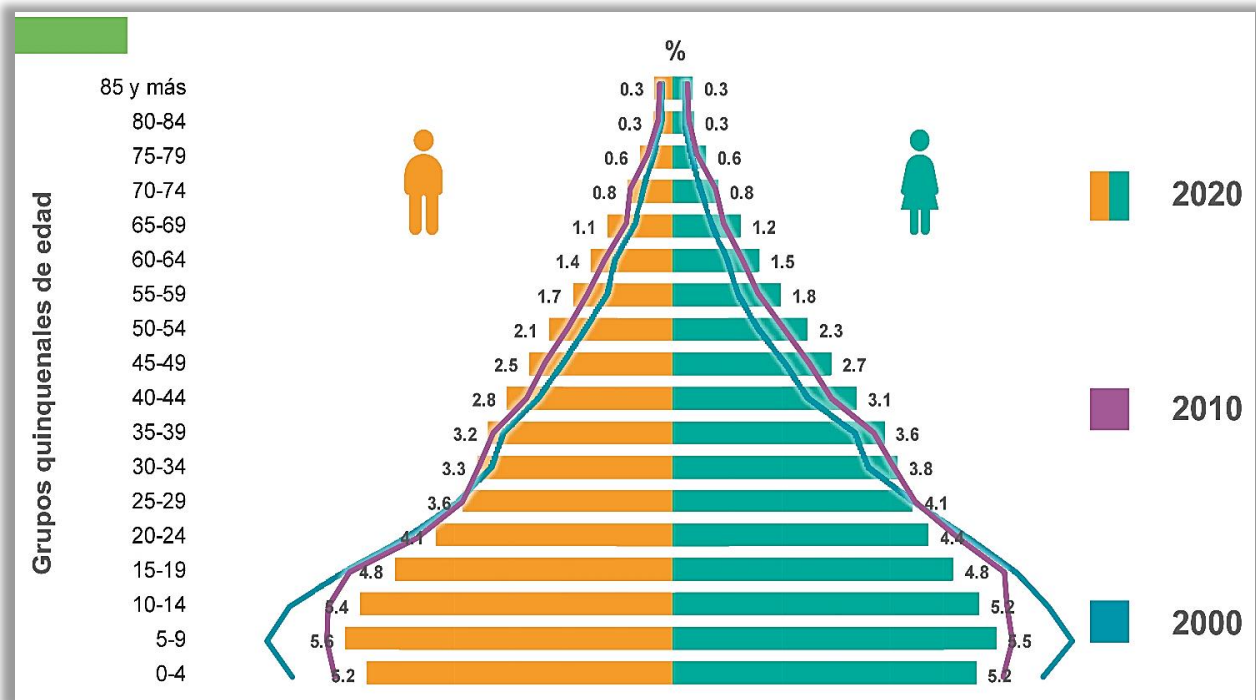


Imagen 8 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

POBLACIÓN

La población total del estado en 2020 fue de 5,543,828 personas, siendo el 4.4% de la población nacional y ocupando el 8° lugar de mayor número de habitantes a nivel nacional, según datos estadísticos de INEGI. (*Gráfica 1*)



Gráfica 1 Pirámide poblacional de Chiapas, FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

Podemos ver la comparación con las pirámides poblacionales de años previos y como se ha ido modificando, ha disminuido su base, es decir los menores de 19 años, y ha ido en aumento la población adulta. Como podemos ver en la siguiente (Imagen 11) la edad media para el año 2020 es de 24 años, mientras que para el 2000 era de 19 años y en 2010 de 22 años.

La proporción de hombres 48.8% tuvo un aumento de 0,2 puntos porcentuales en comparación con el 2015, aunque la mayor proporción sigue siendo de mujeres con el 51.2% (Imagen 10). (CPV INEGI, 2020)

Población total	5 543 828 <small>representa el 44 % de la población nacional</small>
Relación hombres-mujeres	95.3 Existen 95 hombres por cada 100 mujeres.
Edad mediana	24 La mitad de la población tiene 24 años o menos.
Razón de dependencia	62.3 Existen 62 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.

Imagen 11 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

2,837,881 Mujeres + 2,705,947 Hombres = 5,543,828

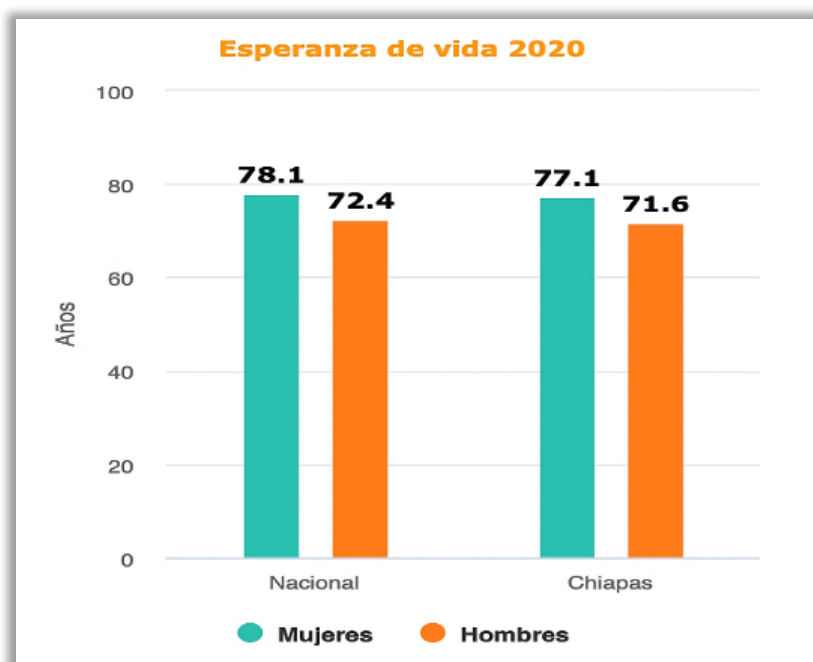
51.2 % **48.8 %**

Imagen 10 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

ESPERANZA DE VIDA

Como sabemos la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) es un indicador del desarrollo económico y social de la población, es el mejor parámetro para medir la situación de salud de la población y a menudo se emplea para determinar el desarrollo del sector salud en un país, cuantifica cuánto se espera que un recién nacido puede vivir en promedio si se mantienen las tasas actuales de mortalidad.

En el 2020 la EVN total en Chiapas se registró en 74.3 años, mientras que a nivel nacional de 75.2 años, casi un año de diferencia. En cuanto a las diferencias en la EVN por género nacional y estatal, encontramos que en hombres es un año mayor a nivel nacional, mientras que en mujeres es similar con 0.8 años. La brecha entre mujeres y hombres también se mantiene similar siendo de 5.7 años a nivel nacional y de 5.5 años a nivel estatal. De igual manera, la brecha de la EVN en mujeres y hombres fue de 5.4 años, casi la misma a la actual. Chiapas ocupa el 30° lugar a nivel nacional, en cuanto a la mayor EVN se refiere (Gráfica 2). (CONAPO, 2016).



Gráfica 2 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

En comparación con el año 2015 que la EVN estatal fue de 73.7 años, significa un aumento de 0.6 años. Por género en 2015 teníamos una EVN de

76.5 años en mujeres y 71.1 años en hombres, siendo una diferencia de 0.6 y 0.5 años respectivamente. (CONAPO, 2016)

FECUNDIDAD, NATALIDAD Y MORTALIDAD

La fecundidad, natalidad y mortalidad del estado es un dato importante debido a las implicaciones económicas, políticas y culturales que este hecho trae consigo, nos permiten conocer la composición y estructura de la población y para llevar a cabo programas de salud, educación y mejorar el desarrollo social del país.

La fecundidad se refiere a la frecuencia de nacimientos en una población concreta, identificando a la población que pueden experimentarlos, es decir, en las mujeres. Así mismo, el cálculo de la fecundidad se realiza a través de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) por medio de la que registra el promedio de hijos de cada mujer al final de su vida reproductiva en una cohorte. Por ejemplo, si hacemos una comparación entre 1970, 2000 y 2020 de las TGF en Chiapas, encontramos que este indicador muestra una tendencia descendente; de 7.5 hijos a 3.2 hijos y finalmente, se redujo a 2.7 hijos por mujer actualmente. El descenso de la fecundidad y una mayor disponibilidad de programas de planificación familiar y anticoncepción, tienen efectos positivos en el desarrollo de la población y del país, debido a que están acompañados por un incremento en la participación económica de las mujeres y una mayor inversión pública en el cuidado de la salud y educación de los hijos. (CONAPO, 2016)

El promedio de hijos nacidos vivos (PHNV) es la relación del total de hijos nacidos vivos de las mujeres de determinada edad, entre el total de mujeres de esa misma edad; hayan tenido o no descendencia. El PHNV estatal estado es de 2.3 hijos por cada mujer de 12 años y más (*Imagen 13 e Imagen 12*). Se ha visto que el PHNV en las zonas rurales, menores a 2,500 habitantes, se encuentra por encima del valor estatal en 2.7 y va disminuyendo en zonas de mayor urbanización como por ejemplo Tuxtla Gutiérrez con un PHNV de 1.7 hijos. (CEIEG, 2021)

PROMEDIO DE HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE 12 AÑOS Y MÁS, 2000, 2010 Y 2020

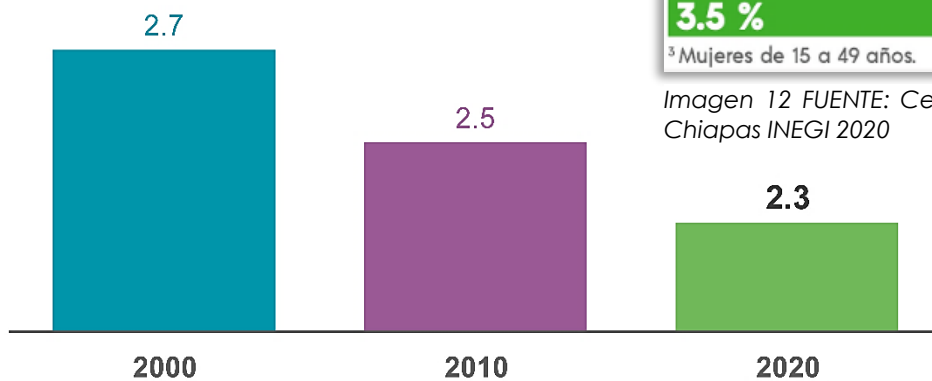


Imagen 13 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

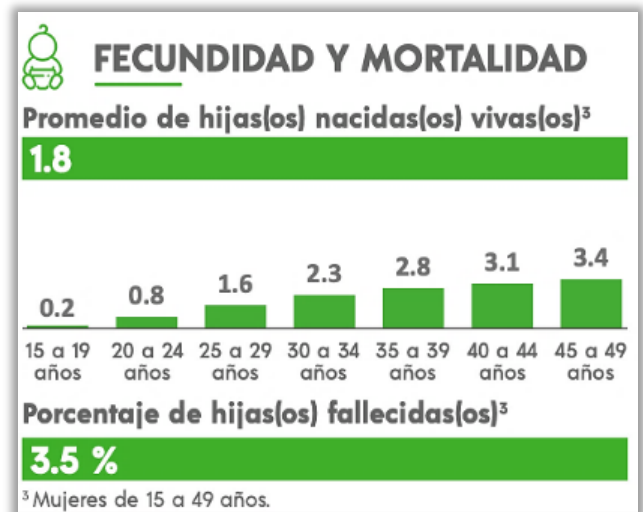


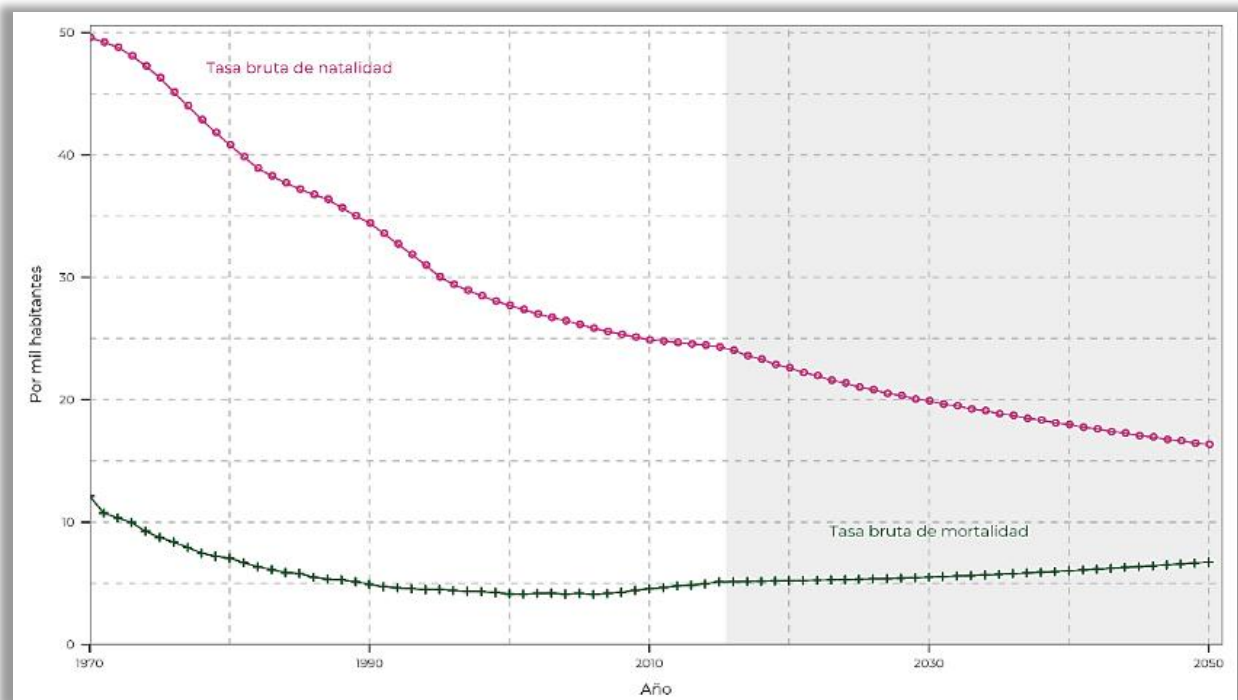
Imagen 12 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

La fecundidad es uno de los principales componentes del crecimiento de la población y del cambio en la estructura por edad. El descenso de la fecundidad se debe principalmente al acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la información y disponibilidad de métodos anticonceptivos en los servicios de salud, así como el aumento de la escolaridad de la población y la autonomía de la mujer en las decisiones reproductivas; esto permite a mujeres y hombres planificar el número de hijos que desean tener y el momento en el que los desean. Asimismo, la disminución de la fecundidad contribuye a minimizar los riesgos de salud en las mujeres y de los niños relacionados con causas materno-infantiles. (CONAPO, 2016)

La natalidad hace referencia al volumen de nacimientos que ocurren en una zona o población específica durante un determinado periodo de tiempo y se expresa a través de una Tasa Bruta de Natalidad (TBN). Chiapas es el estado número 1 con mayor cantidad de nacimientos en el 2020, con una TBN de 22.2 nacimientos por cada 1,000 habitantes, mientras que la nacional es de 16.5 nacimientos por cada 1,000 habitantes.

La mortalidad es el volumen de defunciones o fallecimientos que ocurren en una población durante un tiempo determinado, de igual manera se expresa a través de una Tasa Bruta de Mortalidad (TBM). En Chiapas, la TBM en el 2020 fue de 6 defunciones por cada 1,000 habitantes, mientras que la nacional fue de 9.1 defunciones por 1,000 habitantes.

A través de los años podemos observar que, en Chiapas, la natalidad ha ido en descenso, cuyo resultado se puede observar en los cambios que ha ido teniendo la pirámide poblacional en la que se han reducido los grupos de menor edad por la baja en la natalidad (*Gráfica 1*); mientras que la mortalidad va en aumento (*Gráfica 3*), este fenómeno pudiera deberse al incremento de muertes por la pandemia por COVID-19. (CONAPO, 2016)

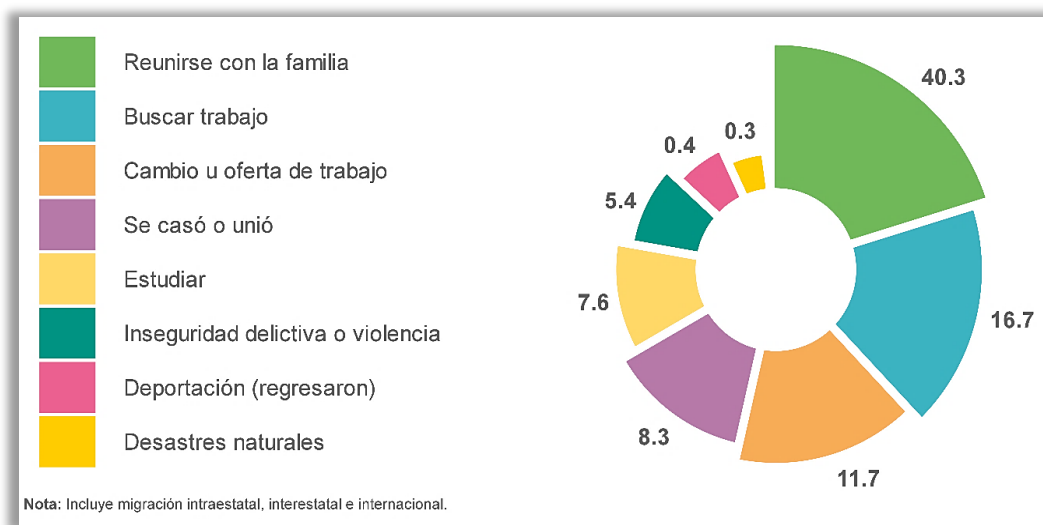


Gráfica 3 Proyección de Tasas de Natalidad y Mortalidad Chiapas, FUENTE: CONAPO

MIGRACIÓN

Los cambios de residencia de la población han estado presentes en la historia de nuestro país como motor del desarrollo económico y social, convirtiendo a la migración en una importante fuerza modeladora de la estructura por edad y sexo de los estados. Las causas de este fenómeno migratorio se han modificado, pues ya no solamente son económicas, sino que se incorpora la falta de seguridad pública, el aumento de la violencia y

la contaminación ambiental, diversificándose los motivos de la migración. (Gráfica 4)



Gráfica 4 Principales causas de migración Chiapas, FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

La migración interna para Chiapas ha implicado importantes pérdidas de población. Al observar los flujos migratorios interestatales nos percatamos que para el periodo 2010-2015 se registró un saldo neto migratorio negativo de 63,459 personas, donde el número de inmigrantes fue menor que el de emigrantes, con una tasa neta de migración de -0.25 por cada cien habitantes de Chiapas, lo que la ubica como una entidad con expulsión media migratoria. En este periodo, la principal entidad de destino es Quintana Roo. (CONAPO, 2016)

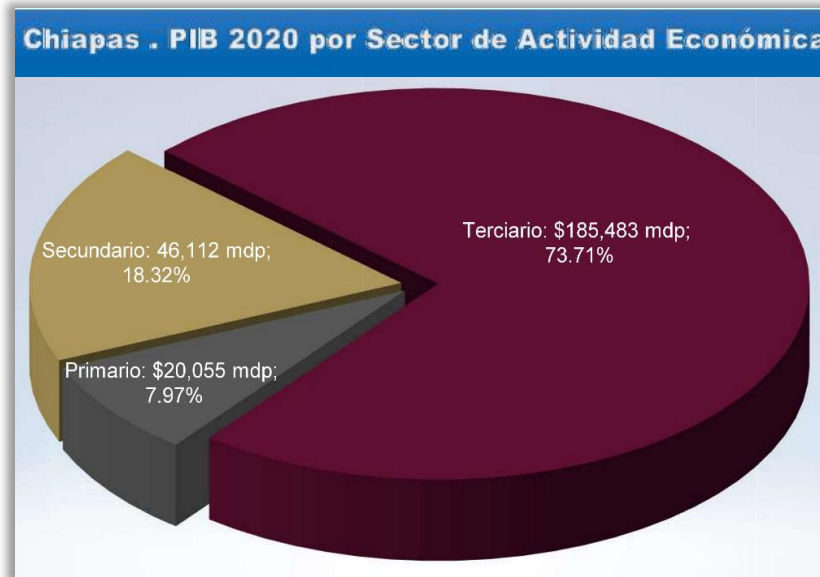
5.1.2 Pobreza y Actividades Económicas

PRODUCTIVIDAD Y ECONOMÍA

En 2020 Chiapas generó el 1.5% anual del PIB total a nivel Nacional, ocupando el 19° lugar por su participación porcentual. Ocupó el último lugar a nivel nacional por el valor del PIB per cápita, teniendo un PIB per cápita casi tres veces menor que el promedio nacional. (CEIEG, 2020)

La estructura económica de Chiapas nos muestra que el sector de actividad económica que más contribuye al PIB estatal es el terciario, con el 73.1%, seguido del secundario con el 18.3% y finalmente, pero no menos importante el primario con el 7.9% (Gráfica 5). (CEIEG, 2020)

En cuanto al sector primario, aunque es el de menor proporción para el PIB estatal, ocupó el 11° lugar a nivel nacional al contribuir con 3.4% del valor del PIB del país. Chiapas es el tercer estado de la región Sureste con la mayor aportación a este sector, precedido por Veracruz y Puebla, además de ser las principales actividades laborales de la población estatal. (CEIEG, 2020)



Gráfica 5 FUENTE: Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas 2020

Destaca por los primeros lugares de producción a nivel nacional de café, plátano y palma. (Imagen 14)

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


Imagen 14 FUENTE: Perspectiva Estadística por Entidad Federativa, Chiapas INEGI 2020

En cuanto a la ganadería ocupa el 3er lugar en producción bovina (Imagen 16); y ocupando el 2do lugar en pesca de atún, tiburón y barrilete (Imagen 15). (INEGI, 2020)



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

Imagen 16 FUENTE: Perspectiva Estadística por Entidad Federativa, Chiapas INEGI 2020



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

Imagen 15 FUENTE: Perspectiva Estadística por Entidad Federativa, Chiapas INEGI 2020

En cuanto al sector secundario, en Chiapas Del total, 40.4% correspondió al producto de las industrias manufactureras; 25.5% a la construcción; 18.3% a la generación, transmisión y distribución de energía eléctrica, suministro de agua y de gas por ductos al consumidor final y 15.8% a la minería. De 2014 a 2020, el valor de la producción de este sector ha mostrado una reducción de 44.4% (CEIEG, 2020). Chiapas ocupa el 2do lugar en extracción minera de azufre. (Imagen 17)



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

Imagen 17 FUENTE: Perspectiva Estadística por Entidad Federativa, Chiapas INEGI 2020

El sector terciario es el que más aporta al PIB estatal y dentro de su estructura económica destacan el comercio, ya sea al por mayor o por menor, con

una participación porcentual de 29.1%; le siguen los servicios inmobiliarios y de alquiler con 23.6%; los servicios educativos con 13.8% entre los más destacados. (CEIEG, 2020)

Durante el primer trimestre del 2021 la población tiene la siguiente distribución económica (Imagen 18). (STPS, 2021)

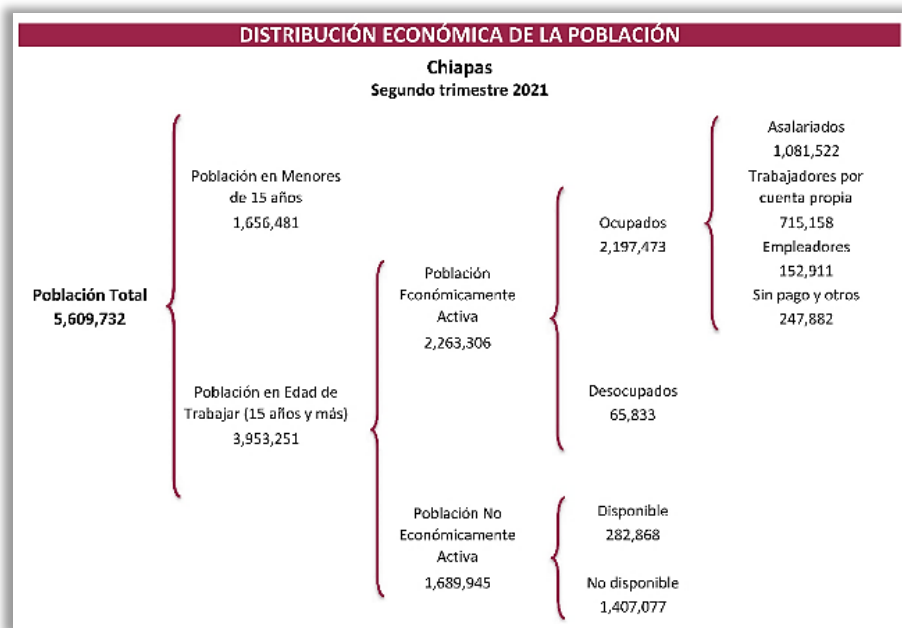


Imagen 18 FUENTE: Información laboral Chiapas, Secretaría del Trabajo y Previsión Social 2021

De acuerdo con datos del INEGI del total de población mayor a 12 años el 61.2% se encuentran económicamente activas (PEA), principalmente hombres. Mientras que del 38.4% que no se encuentran activos (PNEA), más de la mitad se dedican a los quehaceres del hogar, seguido de estudiantes (Imagen 19). (INEGI, 2020)

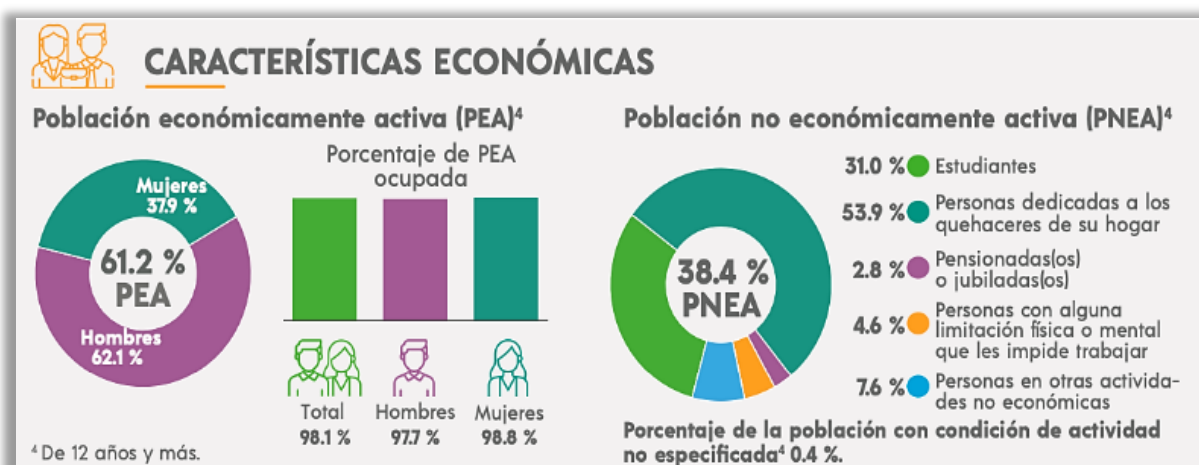
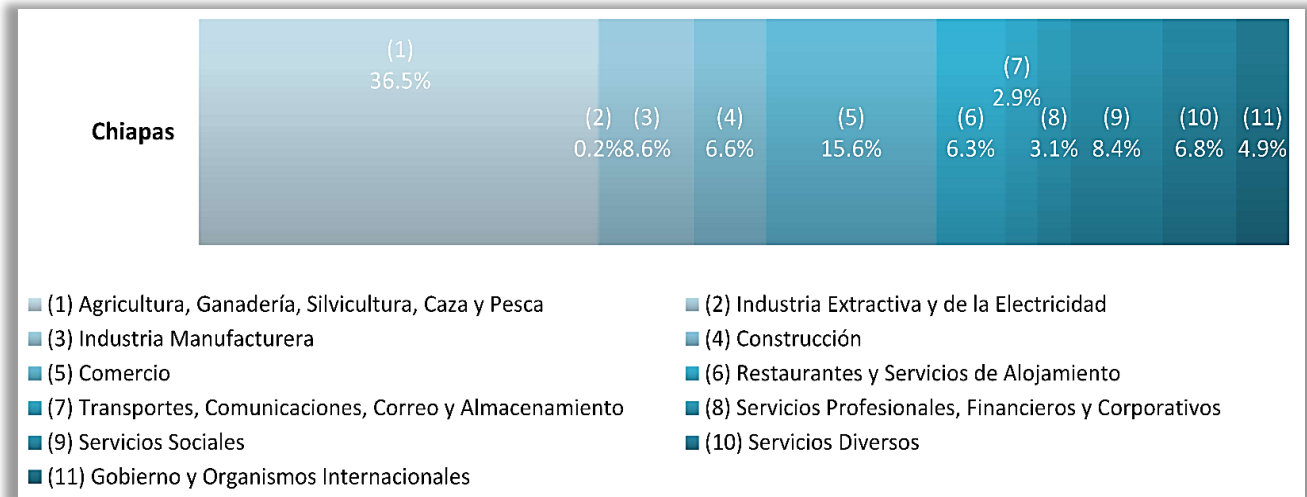


Imagen 19 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas, INEGI 2020

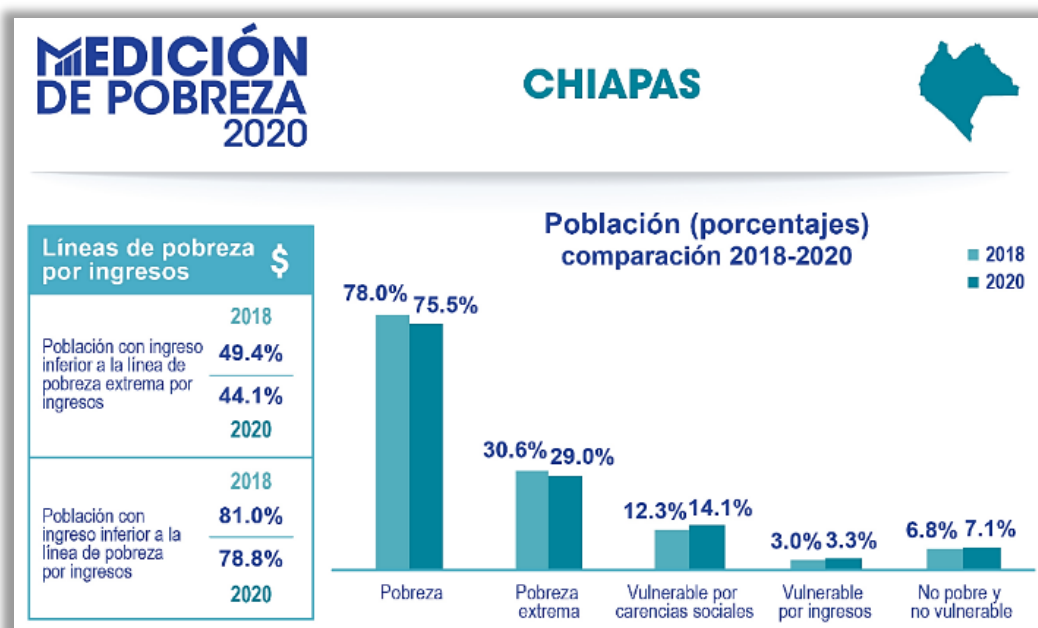
Las principales actividades de la PEA corresponden al sector primario con el 36.5% que se dedica a actividades agropecuarias y al terciario que absorbe el 54.6% del empleo de la entidad, dedicándose al comercio, turismo y servicios (1); Cuenta con 3 Aeropuertos internacionales ubicados en Tuxtla Gutiérrez, Palenque y Tapachula. (STPS, 2021)



Gráfica 6 Distribución laboral de PEA, FUENTE: Información laboral Chiapas, Secretaría del Trabajo y Prevención Social 2021

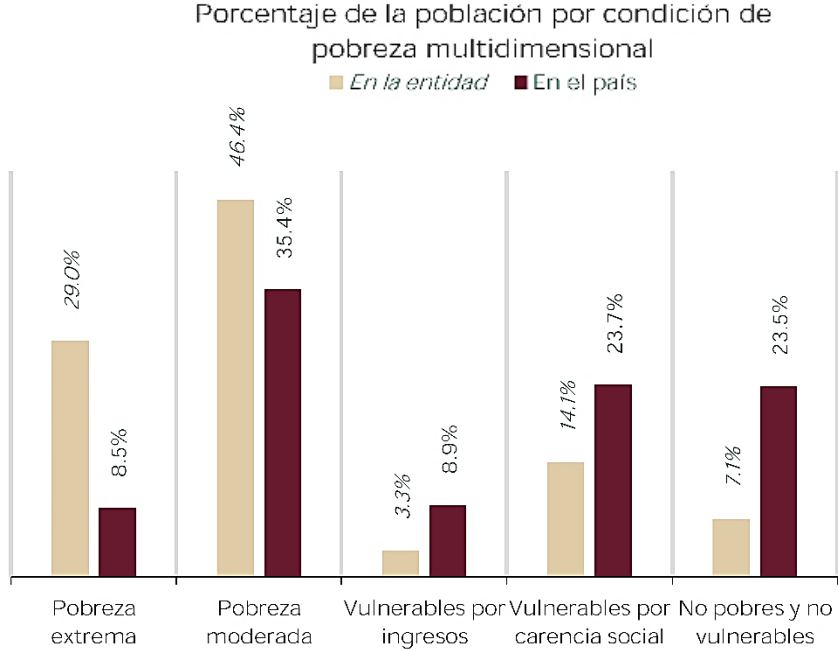
MEDICIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA

Chiapas se encuentra en el 1er lugar a nivel nacional con población en situación de pobreza y pobreza extrema. Las dimensiones que determinan esto son las siguientes (Gráfica 7). (CONEVAL, 2021)



Gráfica 7 FUENTE: Medición de Pobreza Chiapas 2020 CONEVAL

Haciendo una comparación del estatus de pobreza del estado con lo reportado a nivel nacional encontramos:



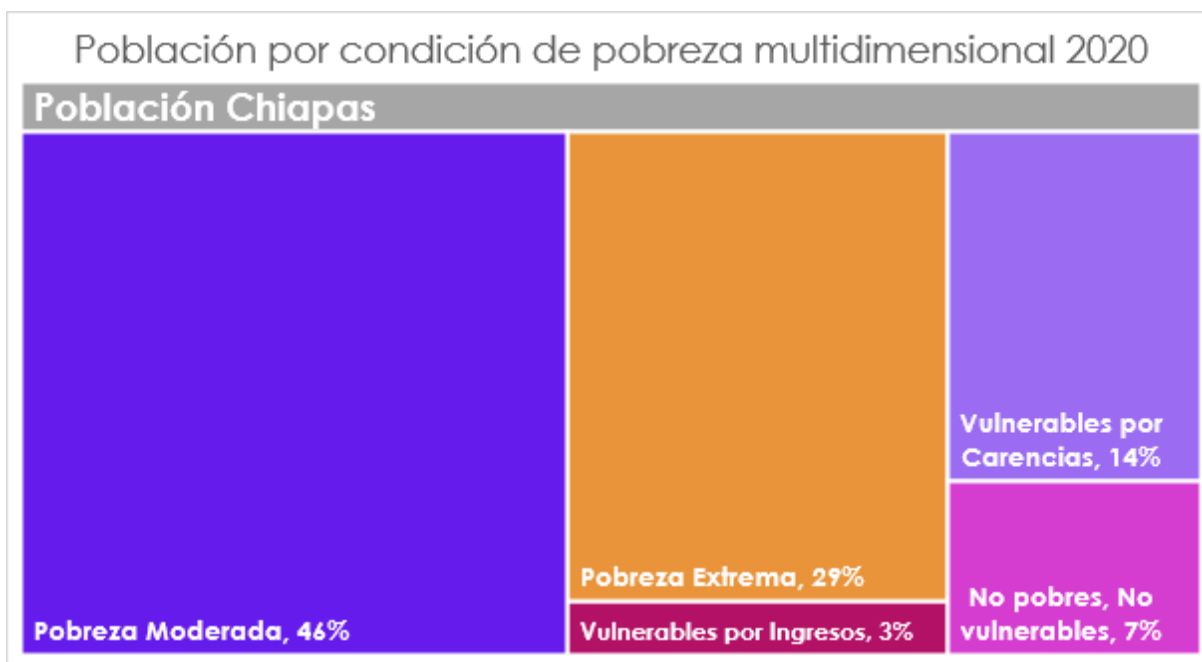
Gráfica 8 FUENTE: Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social, Chiapas 2022

Como podemos ver en la gráfica anterior (Gráfica 8), en el caso de la pobreza extrema el porcentaje estatal tiene un valor de más del triple del nacional, teniendo también un porcentaje más alto en cuanto a pobreza moderada. Para definir estas dimensiones y valorar la pobreza de una población tenemos que:

- Se considera en **pobreza** a la población con al menos una carencia social e ingreso inferior al valor de la línea de pobreza por ingresos que se refiere al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes.
- Se considera en **pobreza moderada** a la población que, a pesar de estar en situación de pobreza, no cae en la categoría de pobreza extrema. La incidencia de pobreza moderada se obtiene al calcular la diferencia entre la incidencia de la población en pobreza menos la de la población en pobreza extrema.

- Se considera en **pobreza extrema** a la población con tres o más carencias sociales e ingreso inferior al valor de la línea de pobreza extrema por ingresos.
- Se considera en **vulnerabilidad por carencias sociales** a la población con un ingreso superior a la línea de pobreza por ingresos, pero con una o más carencias sociales.
- Se considera en **vulnerabilidad por ingresos** a la población que no padece ninguna carencia social, pero su ingreso es igual o inferior a la línea de pobreza por ingresos.

Como podemos ver, la situación de pobreza es un problema multidimensional que abarca muchos factores que llevan a una región a presentar distintos niveles de pobreza y puede afectar en forma diferenciada a las personas de acuerdo con el grado de vulnerabilidad que enfrentan y a los contextos sociales en los que se desenvuelven. En la siguiente representación (Gráfica 9) podemos ver la distribución de la población de acuerdo con su situación de pobreza y que tan solo el 7% de la población se encuentra sin vulnerabilidad ni pobreza, mientras que el 93% tiene algún grado de vulnerabilidad. (CONEVAL, 2020)



Gráfica 9 FUENTE: Medición de Pobreza Chiapas 2020 CONEVAL

Para analizar las carencias sociales que llevan a una población a un estado de pobreza tenemos que diferenciar los derechos sociales, que cuando no se cumplen dan lugar a estas carencias que eventualmente nos llevan al rezago social (*Imagen 20*). (CONEVAL, 2021)



Imagen 20 FUENTE: Medición Multidimensional de la Pobreza en México, CONEVAL 2021

5.1.3 Educación, Vivienda y Servicios de Salud

El Índice de Rezago Social es una medida que permite conocer las carencias sociales que tiene un estado, utilizando como indicadores el acceso a la educación, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación, y este se lleva a cabo por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONAPO).

En 2020 Chiapas llegó, desafortunadamente, al 1er lugar a nivel nacional en mayor índice de rezago social, en 2015 ocupaba el tercer lugar a nivel nacional después de Guerrero y Oaxaca. A continuación, se evalúan las carencias sociales que determinan el rezago social de la entidad. (CONEVAL, 2020)

EDUCACIÓN

Se considera en situación de rezago educativo a la población que se encuentra en alguna de las siguientes situaciones (CONEVAL, 2020):

- Tiene de 3 a 15 años y no cuenta con la educación básica obligatoria y no asiste a un centro de educación formal.
- Nació antes de 1982 y no tiene el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (primaria completa).
- Nació a partir de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria (secundaria completa).

Los datos reflejan que al 2020 Chiapas se encuentra en el 1er lugar a nivel nacional en rezago educativo, tiene una proporción del 32.5% de la población, mientras la proporción a nivel nacional es del 19.2% (Imagen 21). (CONEVAL, 2021)



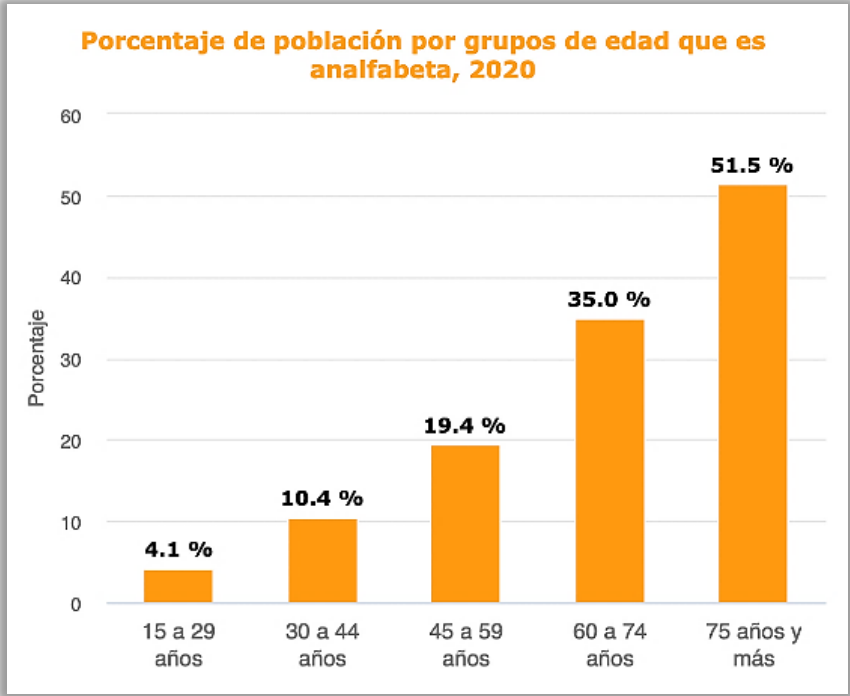
Imagen 21 Rezago educativo estatal y nacional FUENTE: Medición de Pobreza Chiapas 2020 CONEVAL

De acuerdo con lo registrado por el INEGI, el grado promedio de escolaridad de la población estatal de mayor de 15 años, es de 7.8 años de escolaridad (Imagen 22). A nivel nacional se tiene un promedio de escolaridad de 9.7 años, es decir la secundaria aprobada y casi concluido el primer año de preparatoria.



Imagen 22 Grado promedio de escolaridad de Chiapas, FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

A nivel nacional se tiene una proporción del 4.7% de población analfabeta de 15 años o más, mientras que el estado se encuentra en 1er lugar a nivel nacional de analfabetismo, con una proporción del 13.7%, casi 3 veces mayor a la nacional. A sí mismo, el grupo etario de población con mayor proporción de analfabetismo es de mayores a 75 años. (Gráfica 10)



Gráfica 10 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Se considera que una persona no tiene acceso a los servicios de salud cuando “No cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta: Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (incluye a los antes afiliados al Seguro Popular), las instituciones públicas de seguridad social federal o estatal Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS Bienestar, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados”. (CONEVAL, 2020)

El INEGI reporta un alarmante aumento de 15.1 puntos porcentuales entre 2018 y 2020 en el porcentaje de población que no cuenta con acceso a servicios de salud a nivel estatal con un 32.7% de la población chiapaneca, mientras que a nivel nacional la carencia de acceso a servicios de salud el

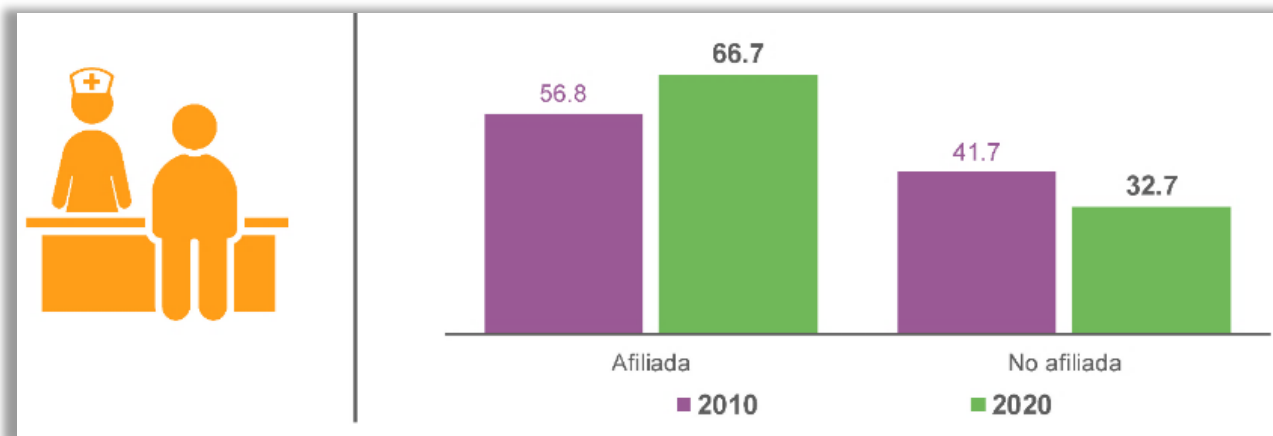
aumento fue de 10 puntos porcentuales, teniendo un porcentaje final del 26.2% de la población nacional sin acceso a estos servicios (Imagen 23).

De igual manera es importante recalcar la brecha de diferencia entre las proporciones de esa carencia en la población que tiene el estado a diferencia de la nacional; quedando Chiapas en 2do lugar de mayor porcentaje de población con dicha carencia, precedido por Michoacán con un 38.7%. (CONEVAL, 2021)



Imagen 23 Carencia de Acceso a Servicios de Salud estatal y nacional, FUENTE: Medición de Pobreza Chiapas 2020 CONEVAL

Esto nos lleva a analizar la población que sí se encuentra con acceso a los servicios de salud, se registra que el 66.7% de la población de Chiapas se encuentra con algún tipo de derechohabiencia, a nivel nacional se cuenta con una cobertura de afiliación del 73.5% de la población (Gráfica 11).



Gráfica 11 Distribución porcentual de Afiliación a servicios de salud de la población, FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

En cuanto a la institución con mayor población afiliada tenemos al INSABI, que incluye a los anteriormente afiliados al Seguro Popular, con el 68.6% del total de personas afiliadas (Imagen 24). (CPV INEGI, 2020)

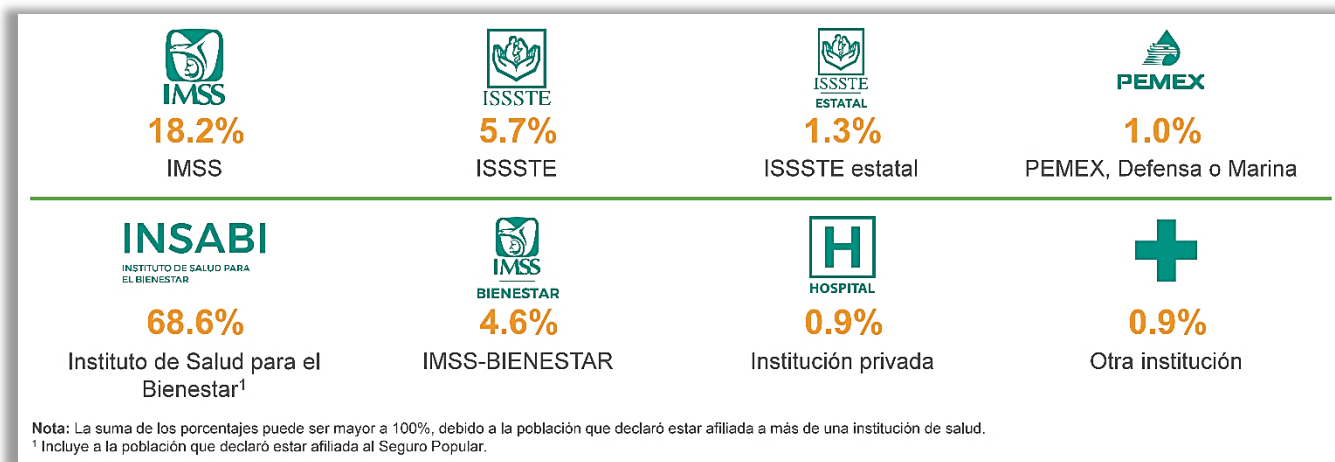


Imagen 24 Distribución de afiliación por tipo de institución de salud, FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas 2020 INEGI

La red de infraestructura para la atención de la salud del estado se compone de 1,110 unidades médicas con 1,489 camas censables (Gobierno del Estado de Chiapas, 2020):

- 1,042 son unidades de primer nivel de atención
- 39 hospitales de segundo nivel
- 2 hospitales regionales de alta especialidad
- 20 ambulancias de traslado y 2 de terapia intensiva
- 85 unidades médicas móviles, conformadas por 85 médicos, 85 enfermeros, 85 promotores de salud y 9 odontólogos

Se considera que la población cuenta con el acceso a la Seguridad Social cuando los individuos que reúnen alguno de los siguientes criterios (CONEVAL, 2020):

- La población económicamente activa y asalariada que tiene las prestaciones establecidas en el artículo 2º de la Ley del Seguro Social (o sus equivalentes en las legislaciones aplicables al apartado B del artículo 123 constitucional).
- La población trabajadora no asalariada o independiente que dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y cuenta con

un Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) o una administradora de fondos para el retiro (Afore).

- La población en general que goza de alguna jubilación, pensión o es familiar de una persona dentro o fuera del hogar con acceso a la seguridad social.
- La población en edad de jubilación (65 años o más) que es beneficiaria de algún programa social de pensiones para adultos mayores.

Para el 2020 se registra una carencia de acceso a la seguridad social estatal del 78.9% de la población estatal teniendo una disminución de 4.2 puntos porcentuales en comparación con el 2018, mientras que a nivel nacional tenemos dicha carencia en la población del 52% disminución de 1.58 puntos porcentuales desde el 2018. Como podemos ver, la proporción de la población con carencias de seguridad social tiene una gran diferencia entre la expresada a nivel estatal y nacional, encontrando a Chiapas en el 1er lugar a nivel nacional con mayor proporción de población con esta carencia (Imagen 25). (CONEVAL, 2021)



Imagen 25 Carencia de Acceso a Seguridad Social estatal y nacional, FUENTE: Medición de Pobreza Chiapas 2020 CONEVAL

En el Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018 se describen las condiciones de desigualdad entre los diversos grupos sociales en México respecto al acceso que tienen a la seguridad social. Para quienes se dedican al trabajo doméstico, para los jornaleros agrícolas y para demás personas que se encuentran en la economía informal es especialmente difícil hacer efectivo su derecho a la seguridad social. (CONEVAL, 2020)

Se supone que una de las funciones más importantes del sistema de salud es brindar servicios justos, oportunos, de calidad y seguros a la población; que como podemos ver en lo reportado anteriormente, para Chiapas esta función del sistema de salud sigue siendo bastante deficiente y todavía tiene un camino bastante difícil de recorrer, principalmente por desafíos que se presentan como asegurar la cobertura universal de los servicios, fortalecer y promover los sistemas integrados de atención primaria, garantizar el acceso a medicamentos e insumos a la población y reconocer la presencia del personal de salud en los entornos de atención para reducir la morbilidad y la mortalidad, hacer que la gente disfrute de una vida saludable. (Gobierno Estatal Chiapas, 2019)

VIVIENDA Y SANEAMIENTO

Se considera con esta carencia a la población que habita en viviendas con al menos una de las siguientes características:

- El material de los pisos es de tierra.
- El material del techo es de lámina de cartón o desechos.
- El material de los muros es de barro o bajareque; de carrizo, bambú o palma; de lámina metálica o asbesto; cartón o material de desecho.
- El hacinamiento de personas por cuarto es mayor de 2.5.

Chiapas tiene el 20% de su población con carencias en la calidad y espacios y vivienda en comparación con el 9.3% a nivel nacional (Imagen 26).

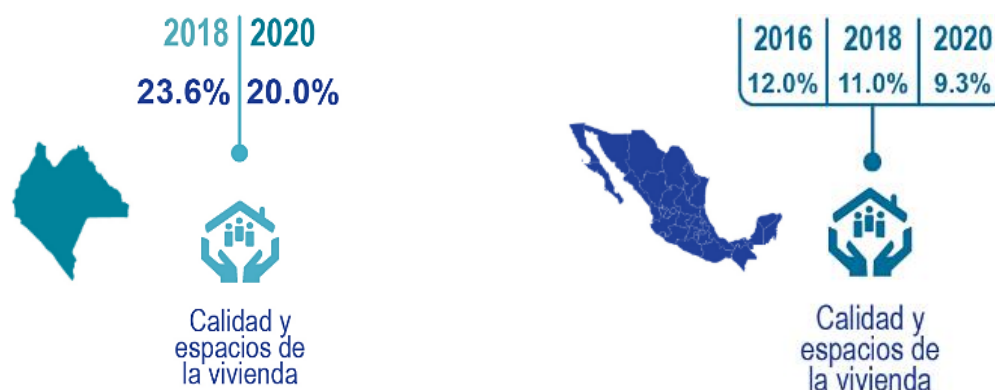


Imagen 26 Carencia de Calidad y espacios de Vivienda estatal y nacional, FUENTE: Medición de Pobreza Chiapas 2020 CONEVAL

Podemos ver que la brecha de diferencia es muy grande, siendo la proporción estatal de más del doble de la nacional; se ha reportado que los hogares con al menos una persona indígena, los que están en zonas rurales o en la periferia de las ciudades son los que están en mayor riesgo de presentar esta carencia. (CONEVAL, 2021)

En cuanto en las condiciones de vivienda según el INEGI del 2020 en Chiapas la mayoría de las viviendas habitadas poseen piso firme (88.4%) y teniendo el 11% con piso de tierra (Imagen 27) que en comparación con el 3.5% a nivel nacional, nos muestra el gran rezago que presenta el estado ocupando el 3er lugar a nivel nacional, precedido por Oaxaca y Guerrero. (CONEVAL, 2021)

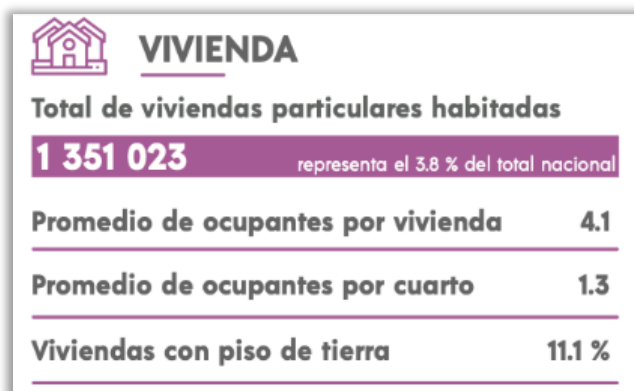


Imagen 27 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas 2020 INEGI

Se considera carente por acceso a los servicios básicos en la vivienda a la población que reside en viviendas con alguna de las siguientes características:

- El agua se obtiene de un pozo, río, lago, arroyo, pipa o el agua entubada la adquieren por acarreo de otra vivienda o de la llave pública o hidrante.
- No cuentan con servicio de drenaje o el desagüe tiene conexión a una tubería que va a dar a un río, lago, mar, barranca o grieta.
- No disponen de energía eléctrica.
- El combustible que se usa para cocinar o calentar los alimentos es leña o carbón sin chimenea.

En el 2020 se registró una carencia de acceso a los servicios básicos en la vivienda del 55.8% de las viviendas en el estado 3.1 veces mayor al porcentaje reportado a nivel nacional del 17.9% de las viviendas (Imagen 28). (CONEVAL, 2021)

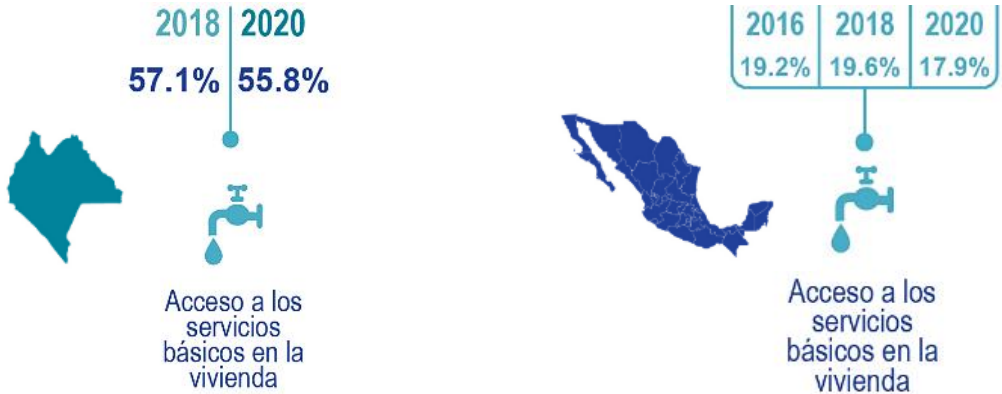
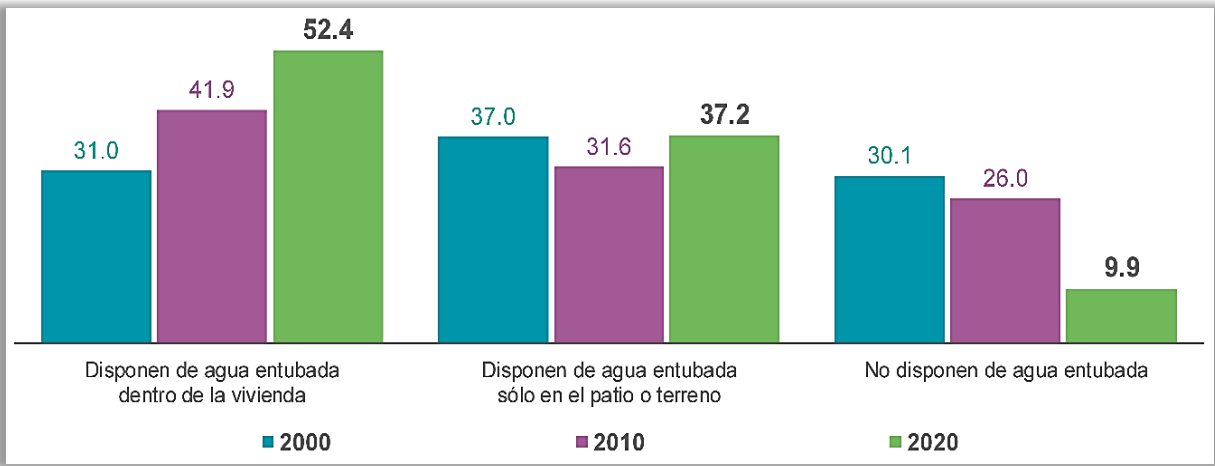
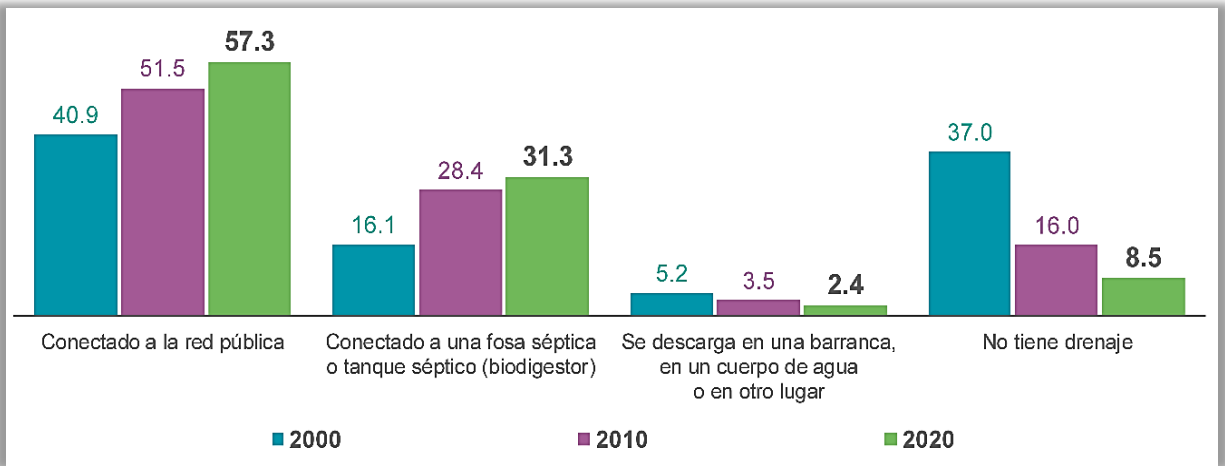


Imagen 28 Carencia de Calidad y espacios de Vivienda estatal y nacional, FUENTE: Medición de Pobreza Chiapas 2020 CONEVAL

Ocupando el 2do lugar a nivel nacional con mayor porcentaje de viviendas con carencias en estos servicios básicos, encontramos que en el estado se registra que el 9.9% de las viviendas habitadas no cuenta con agua entubada (Gráfica 12), el 8.5% no tiene drenaje (Gráfica 13), y el 1.8% no cuentan con energía eléctrica.



Gráfica 12 Distribución porcentual de Disposición de Agua entubada en viviendas de Chiapas, FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020



Gráfica 13 Distribución porcentual de Disposición de Drenaje en viviendas de Chiapas, FUENTE: Censo de Población y Vivienda Chiapas INEGI 2020

De nuevo comparando con las proporciones nacionales con el 3.5% de viviendas con falta de agua entubada, 4.3% sin drenaje y el 0.8% sin energía eléctrica, podemos ver como los porcentajes estatales son más del doble de las nacionales haciendo evidente el rezago en servicios básicos en las viviendas del estado. (CPV INEGI, 2020)

ALIMENTACIÓN DE CALIDAD

Se considera en situación de carencia por acceso a la alimentación a la población en hogares que presenten un grado de inseguridad alimentaria moderado o severo. Para esto, se utiliza la escala de seguridad alimentaria establecida en los Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza. (CONEVAL, 2020)

En cuanto a la carencia de acceso a la alimentación nutritiva y de calidad se observa que se mantiene una proporción similar a nivel estatal y nacional, teniendo un 24.5% de carencia en la población chiapaneca, mientras que a nivel nacional se tiene un 22.5% (Imagen 29). En México hay una gran disponibilidad de alimentos variados y nutritivos, el problema radica en la accesibilidad a esos alimentos y en la calidad de la dieta de los grupos poblacionales con menores recursos. (CONEVAL, 2021)

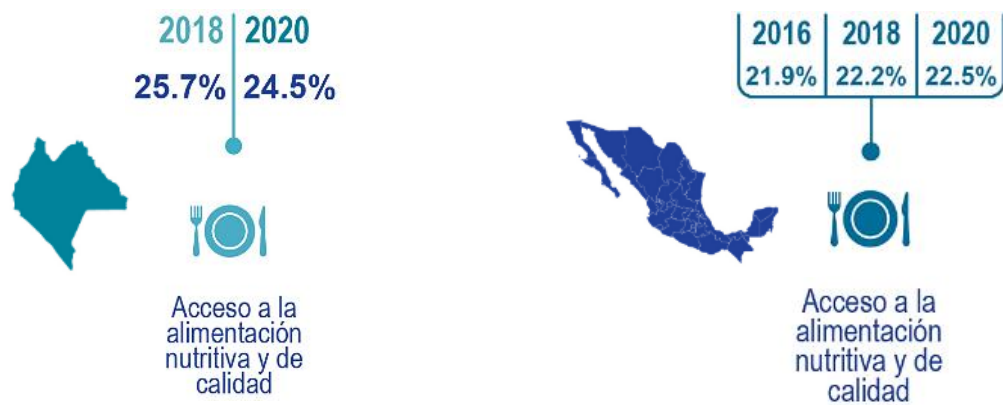


Imagen 29 Carencia de Acceso a la alimentación Nutritiva y de Calidad estatal y nacional, FUENTE: Medición de Pobreza Chiapas 2020 CONEVAL

5.2 Ocosingo

Ubicado al este del estado de Chiapas, Ocosingo es un municipio que colinda con nueve municipios del mismo estado y con Guatemala; siendo el de mayor extensión territorial y el 3er municipio con mayor población. Se encuentra en la región 12 Selva Lacandona y tiene alrededor de 1,285 localidades (Imagen 30). (CONEVAL, 2022)



Imagen 30 Municipio Ocosingo, Chiapas FUENTE: CONEVAL

5.2.1 Población y Cultura

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

Teniendo una extensión territorial de 9,580.2 km² y ocupa 13.1% del territorio estatal. Es un municipio considerado rural y de sus localidades con mayor cantidad de población es su cabecera municipal Ocosingo (Imagen 31). (CPV INEGI, 2020)



Imagen 31 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

MULTICULTURALIDAD Y ETNIA

En el municipio un total de 171,795 personas que mantienen su idioma materno de acuerdo con su pueblo originario, siendo los más frecuentes el Tseltal y Ch'ol (Imagen 32). (CPV INEGI, 2020)

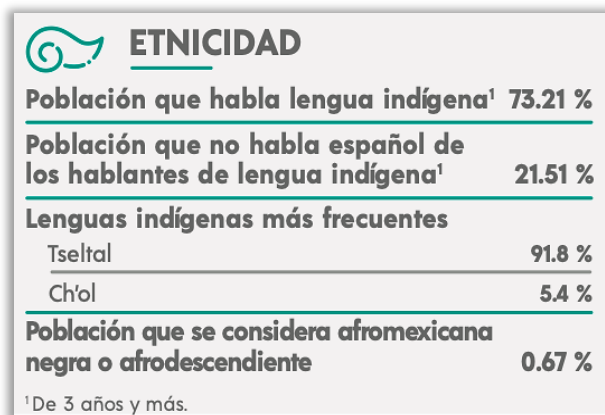


Imagen 32 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

En este municipio 93.2% de la población es indígena; los grupos indígenas con mayor representación en esta zona son tzeltales y lacandones; estos pueblos cuentan con formas de organización distintas a las del estado, y las organizaciones sociales al interior del municipio son una gran parte de la estructuración del territorio. (CONEVAL, 2022)

POBLACIÓN

La población total del municipio en 2020 fue de 234,661 personas, siendo el 4.2% de la población estatal y ocupando el 3er lugar de mayor número de habitantes a nivel estatal. La mayor proporción, al igual que a nivel estatal, sigue siendo de mujeres con el 50.7% (Gráfica 14). (CPV INEGI, 2020)



Gráfica 14 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

La edad media es de 20 años, 4 años más joven que la estatal; y se tiene una mayor razón de dependencia de 73.5, en comparación con la estatal de 62.3 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva. (Imagen 33)

Población total	234 661	representa el 4.2 % de la población estatal
Relación hombres-mujeres	97.3	Existen 97 hombres por cada 100 mujeres.
Edad mediana	20	La mitad de la población tiene 20 años o menos.
Razón de dependencia	73.5	Existen 73 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.

Imagen 33 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

FECUNDIDAD, NATALIDAD Y MORTALIDAD

El PHNV municipal es de 2.3 hijos por cada mujer de entre 15 a 49 años, a nivel estatal en este grupo de edad de mujeres se tiene un PHNV de 1.8 hijos por mujer (Imagen 34). (CPV INEGI, 2020)

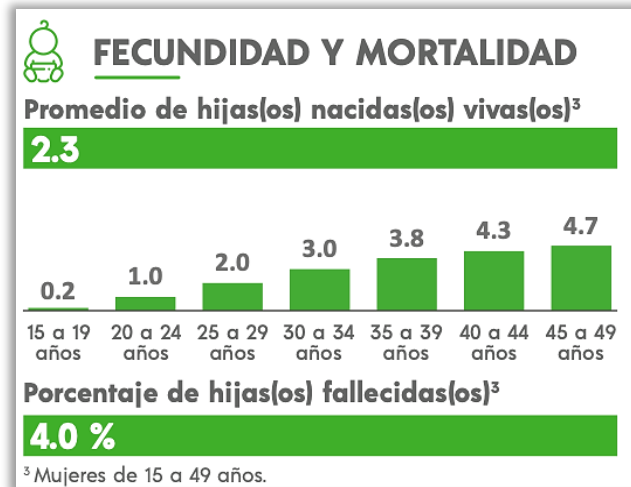


Imagen 34 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

MIGRACIÓN

La situación migratoria del municipio, de acuerdo con datos del INEGI, se reporta que el 1.1% de su población migró, siendo el trabajo una de las principales causas migratorias. (Imagen 35)

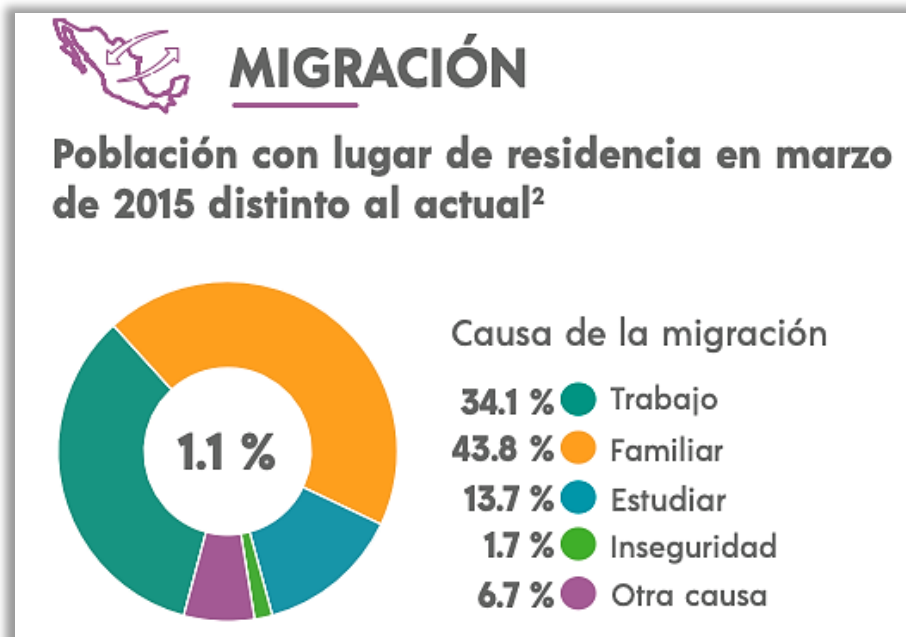


Imagen 35 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

5.2.2 Pobreza y Actividades Económicas

PRODUCTIVIDAD Y ECONOMÍA

En este municipio el 56.3% de su población se encuentra en edad laboral y de la población ocupada labora principalmente en actividades relacionadas con el sector primario dedicado al autoconsumo. (CONEVAL, 2022) Tiene un porcentaje del 64.1% de PEA, principalmente hombres, de la cual se encuentra 99.3% ocupada. De su PNEA principalmente es población que se dedica a labores de su hogar (55.6%) y estudiantes (34.9%). (Imagen 36) (INEGI, 2020)

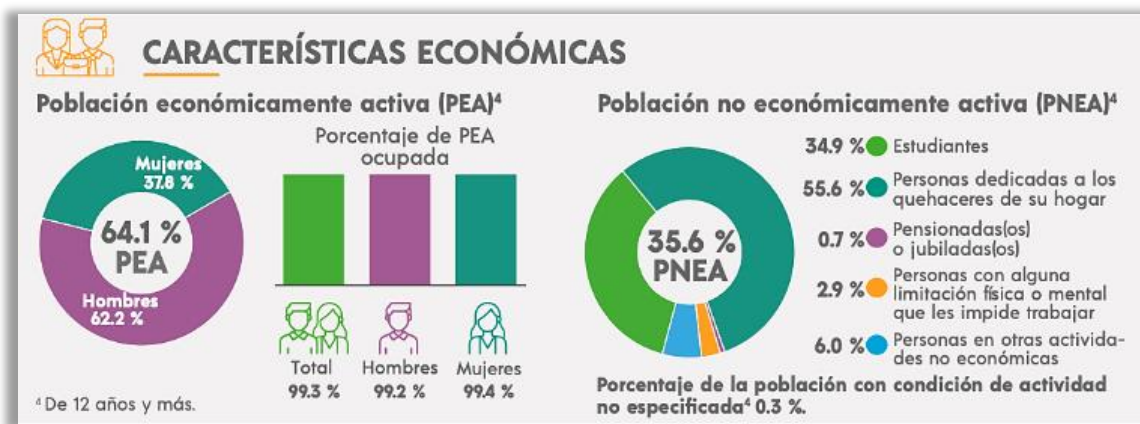
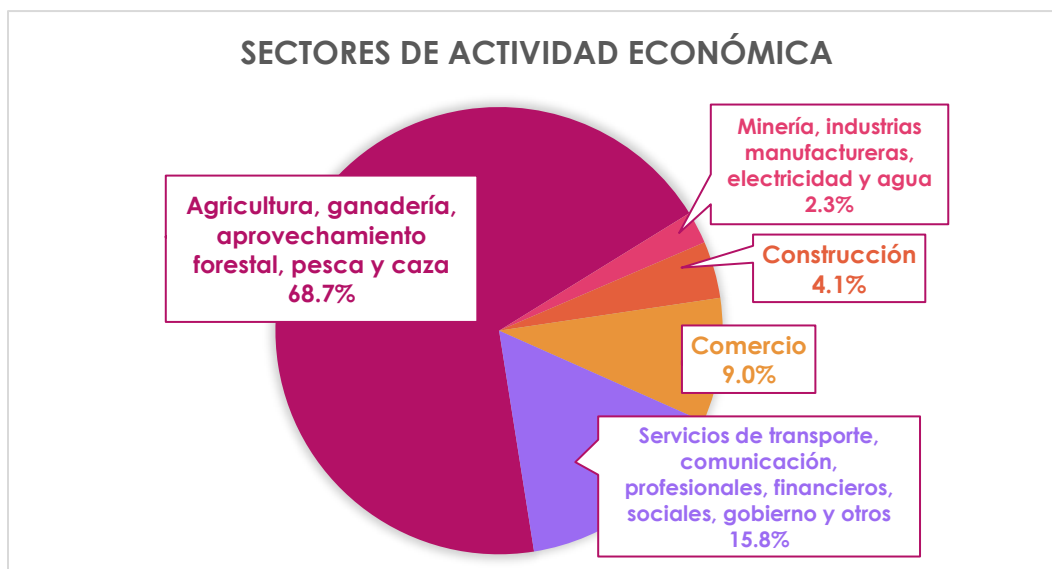


Imagen 36 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

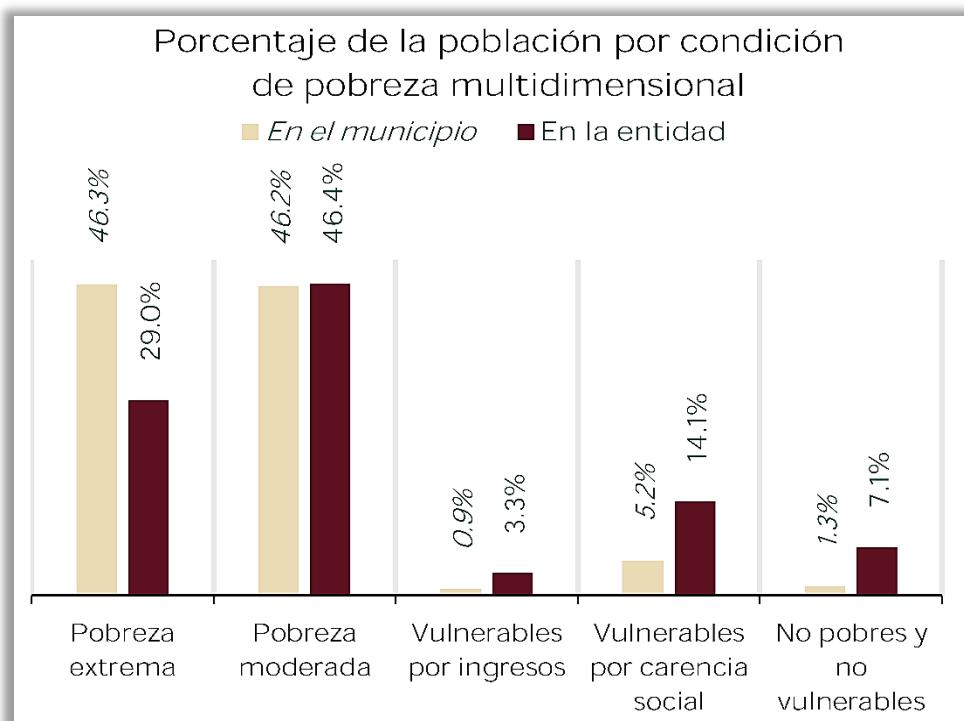
De acuerdo con datos del INEGI 2020 la población del municipio tiene la siguiente distribución por sectores de actividades económicas (Gráfica 15). (CPV INEGI, 2020)



Gráfica 15 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

MEDICIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA

Haciendo una comparación del estatus de pobreza del municipio con lo reportado a nivel estatal encontramos: (Gráfica 16)

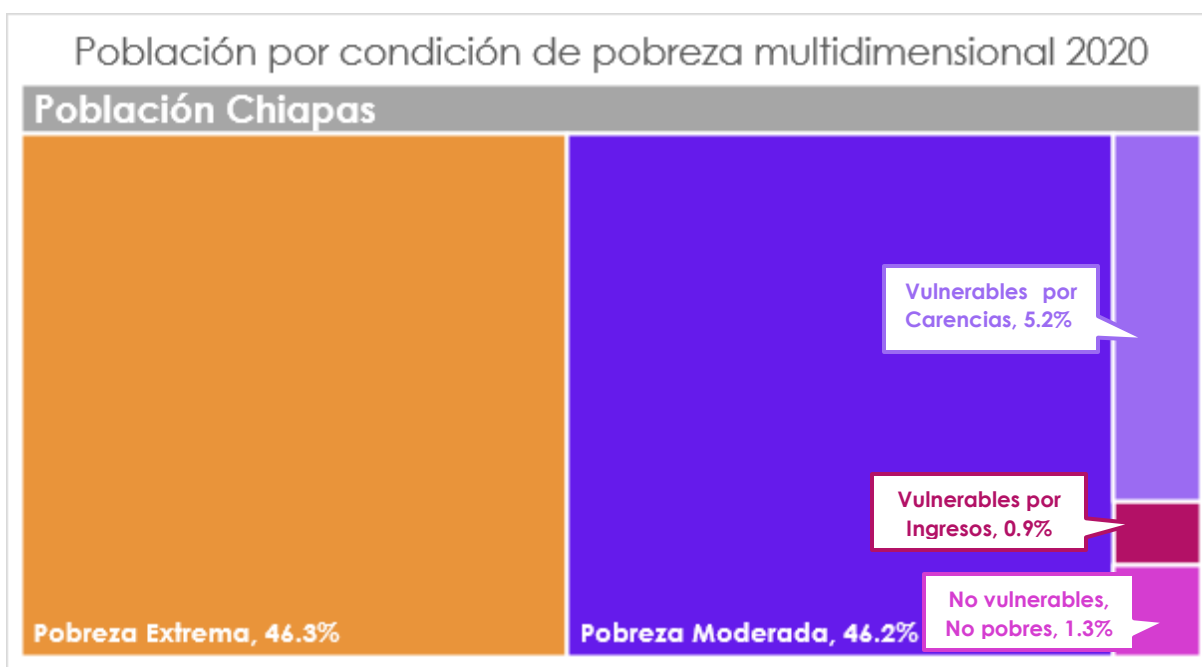


Gráfica 16 FUENTE: Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social Ocosingo 2022

Como podemos ver la situación de pobreza en el municipio, aunque pareciera tener menos proporción de vulnerabilidad por carencias e ingresos, el porcentaje de pobreza extrema es 17.3 puntos porcentuales más alto que el estatal, y 1.3% de la población se encuentra sin vulnerabilidad ni pobreza, es decir 5.8 puntos porcentuales menos que el estatal (Gráfica 16 y Gráfica 17).

Esto nos refleja que el 93.4% de su población tiene un ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos (pobreza y vulnerabilidad por ingresos), mientras que, el 70.7% no cuentan con ingresos suficientes para adquirir al menos la canasta alimentaria, por lo que el municipio se encuentra entre el 5% de los municipios del país con mayor número de personas con carencia por acceso a la alimentación.

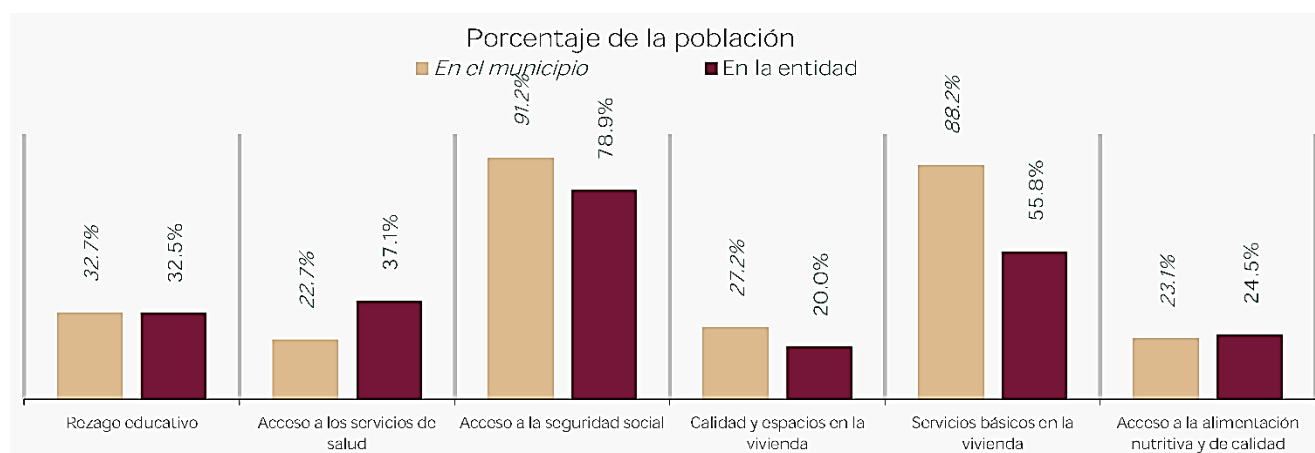
Finalmente, el 98.7% de la población del municipio tiene algún grado de vulnerabilidad y/o pobreza. (CONEVAL, 2022)



Gráfica 17 FUENTE: Medición de Pobreza Ocosingo 2020 CONEVAL

5.2.3 Educación, Vivienda y Servicios de Salud

Ocosingo está evaluado como un municipio de Alto rezago social y muy alta marginación, en la siguiente gráfica podemos ver una comparación con los porcentajes de carencias a nivel estatal (Gráfica 18). (CONEVAL, 2022)



Gráfica 18 FUENTE: Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social Ocosingo 2022

EDUCACIÓN

Al 2020 el municipio presenta una proporción del 32.7% de la población con rezago educativo, mientras la proporción a nivel estatal es del 32.5%. (CONEVAL, 2022)

A nivel municipal se tiene una proporción del 21.9% de población analfabeta de 15 años o más, es decir, 1.9 veces mayor a la estatal y 4.6 veces mayor a la nacional (Imagen 37). (CPV INEGI, 2020)

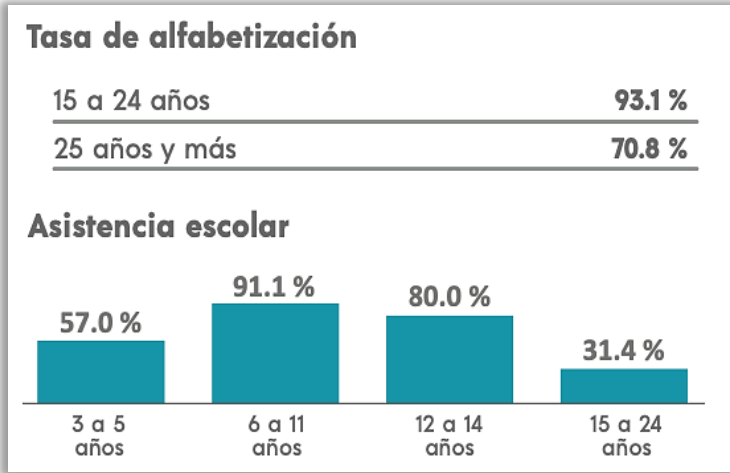


Imagen 37 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

El grado promedio de escolaridad de la población de mayor de 15 años, es de 6.3 años de escolaridad, es decir, la primaria completa y menos de la mitad del primer año de secundaria. La razón de esto puede deberse a las condiciones de accesibilidad a infraestructura ya que, para nivel primaria, en 5.2% de las localidades del municipio tienen que realizar traslados a pie de más de una hora; mientras que, para nivel secundaria, en 38.3% de las localidades los tiempos de traslado para los habitantes son de al menos 1 hora a pie hacia una escuela (Imagen 38). (CONEVAL, 2022)

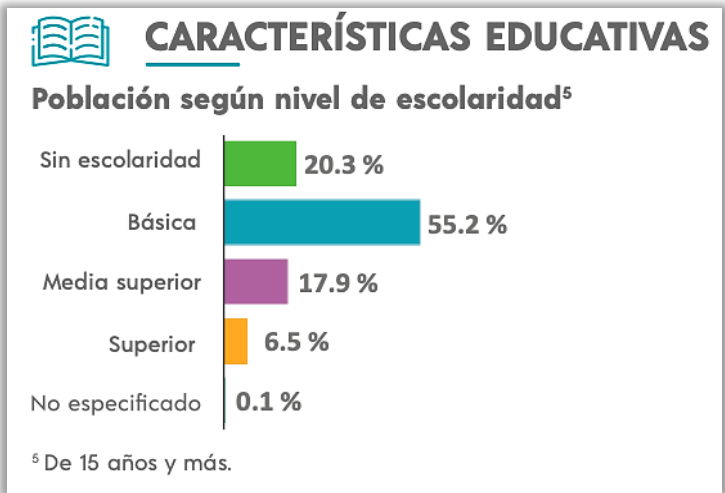


Imagen 38 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

Se reporta que el municipio cuenta con 944 escuelas que sostienen una matrícula estudiantil de 69,024 alumnos inscritos con la atención de 3,276 profesores (H. Ayuntamiento Municipal, 2018).

- 35% (330) corresponden a preescolares
- 48.5% (458) son escuelas primarias
- 10.9% (103) pertenece a escuelas secundarias
- 5.2% (49) de escuelas de nivel medio superior
- 0.4% (4) siendo escuelas de nivel superior

Las escuelas de nivel superior solo se encuentran en la cabecera municipal.

SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

El INEGI reporta que el 22.7% porcentaje de población municipal no cuenta con acceso a servicios de salud, con 10 puntos porcentuales menos que lo reportado a nivel estatal. De la población municipal que sí se encuentra con acceso a los servicios de salud, el 69.5% se encuentra con algún tipo de derechohabencia, es una proporción ligeramente más alta a la reportada a nivel estatal con el 66.7%. (CPV INEGI, 2020)

En cuanto a la institución con mayor afiliación tenemos al INSABI, con el 61.3% de los afiliados (Imagen 39). (CPV INEGI, 2020)

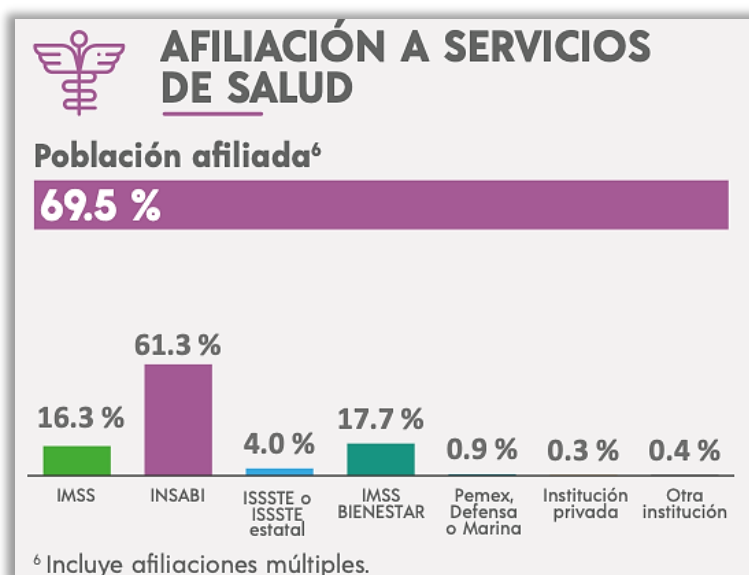


Imagen 39 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

Referente a los tiempos de traslado hacia las instalaciones de salud, para el primer nivel de atención el 42.7% de la población del municipio tienen que caminar por lo menos media hora hacia el más cercano; mientras que, para los establecimientos de segundo y tercer nivel aumentan los tiempos de traslado, reportándose que 7 de cada 10 habitantes debe caminar por lo menos dos horas para acudir a una institución de segundo nivel. Al no contar con un tercer nivel de atención, cuando se refieren a los pacientes a especialidades de tercer nivel se tendrán que trasladar a Tuxtla Gutiérrez, Tapachula o incluso hasta Villa Hermosa, Tabasco, teniendo que conseguir transporte para salir del municipio. (CONEVAL, 2022)

En el municipio, las instalaciones para la atención médica de la población disponibles son:

- 23 centros de salud rurales de IMSS Bienestar
- 39 unidades médicas rurales y casas de salud de SSA
- 1 unidad de medicina familiar del ISSSTE
- 1 unidad de medicina familiar del ISSTECH
- 1 clínica de la Cruz Roja
- 2 hospitales de segundo nivel de atención de Secretaría de Salud e IMSS:
 - Hospital Básico Comunitario de la Secretaría de Salud, atiende a la población no asegurada, que cuenta con una clínica de la mujer y 20 camas censables. Destinado para la atención de 200 mil habitantes de diversas comunidades del municipio
 - Hospital Rural No. 32 del IMSS-Bienestar, brindando atención a más de 230 mil personas, con 45 camas censables y 15 no censables.

A excepción de los centros de salud rurales y casas de salud, los cuales muchos carecen de personal médico y son atendidos por personal de enfermería o promotores; las demás instalaciones de atención médica como los hospitales de 2º nivel de atención se encuentran en la cabecera municipal Ocosingo, por lo que las personas deben trasladarse a la

cabecera municipal en caso de requerir atención más especializada, de mayor complejidad o simplemente donde se encuentren los insumos necesarios para su atención. Aunque también al llegar a las instalaciones de estos hospitales, encontramos que presentan bastantes deficiencias como falta de personal especializado; contar con pocos insumos y medicamentos, en donde las personas tienen que comprar desde material como jeringas hasta medicamentos especializados; poca disponibilidad para realizar estudios de gabinete o en muchas ocasiones que se encuentren descompuestos los aparatos para realizarlos, por lo que los pacientes deben realizarlos de forma particular y costearlos, lo que finalmente conduce a que la atención médica termine siendo muy costosa y que el proceso de atención sea largo.

Para el 2020 se registra una carencia de acceso a la seguridad social municipal del 91.2%, 12.3 puntos porcentuales por encima del porcentaje estatal. Y es casi 40 puntos porcentuales más alta que la reportada a nivel nacional. (CPV INEGI, 2020)

VIVIENDA Y SANEAMIENTO

Ocosingo presenta el 27.2% de las viviendas con carencias en la calidad y espacios y vivienda en comparación con el 20% a nivel estatal. Como habíamos comentado antes, las viviendas que están en zonas rurales están en mayor riesgo de presentar esta carencia.

En cuanto en las condiciones de vivienda según el INEGI del 2020 en el municipio el 27.2% de las viviendas cuentan con piso de tierra (Imagen 40) que es más del doble del porcentaje a nivel estatal con el 11%. (CPV INEGI, 2020)

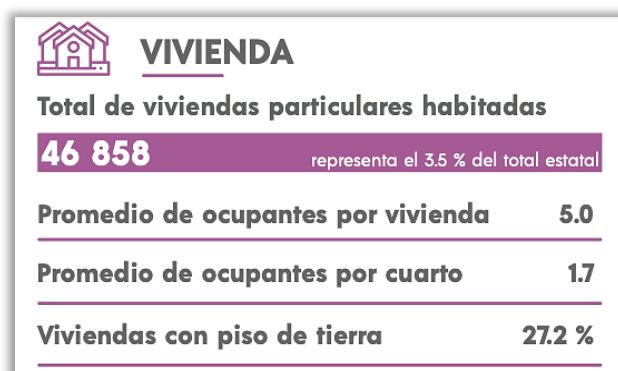


Imagen 40 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

Se registró una carencia de acceso a los servicios básicos en la vivienda del 88.2% de las viviendas en el municipio que tiene un aumento muy considerable, sin mencionar la comparación con el porcentaje a nivel nacional, con el porcentaje a nivel estatal que fue del 55.8%.

Derivado de estas carencias en el municipio, se registra que el 11.2% de las viviendas habitadas no cuenta con agua entubada o alguna otra fuente de agua cercana, el 20.1% no tiene drenaje y el 6.5% no cuentan con energía eléctrica. Comparando con las proporciones estatales con el 9% de viviendas con falta de agua entubada, 8.5% sin drenaje y el 1.8% sin energía eléctrica, haciendo evidente el rezago en servicios básicos en las viviendas del municipio. Los porcentajes de servicios disponibles en las viviendas del municipio son los siguientes de acuerdo con el INEGI (Imagen 41). (CPV INEGI, 2020)

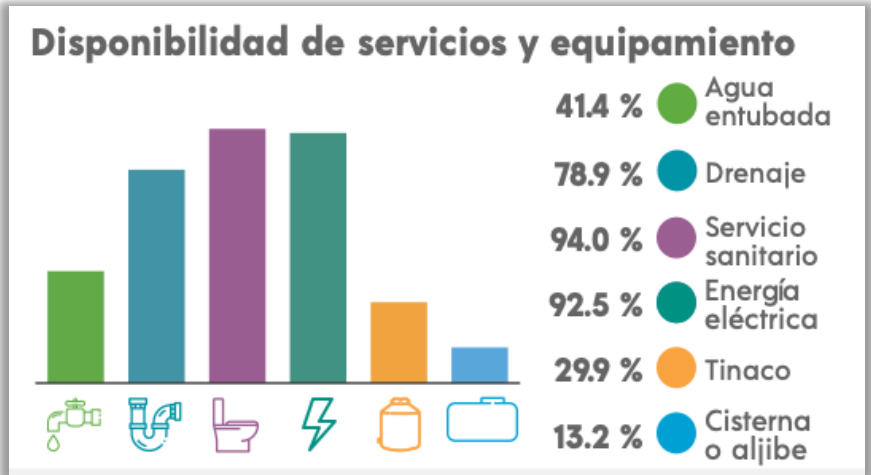


Imagen 41 FUENTE: Censo de Población y Vivienda Ocosingo INEGI 2020

ALIMENTACIÓN DE CALIDAD

En cuanto a la carencia de acceso a la alimentación nutritiva y de calidad se observa que se mantiene una proporción similar a nivel estatal, teniendo un 23.1% de carencia en la población de Ocosingo (CPV INEGI, 2020).

5.3 La Garrucha

El ejido La Garrucha está ubicado al Nororiente del estado de Chiapas, en la zona Selva-Tzeltal del municipio federal Ocosingo y paralelamente en la administración zapatista en el municipio autónomo Francisco Gómez.

Se creó por dotación con fecha de publicación del 21 de octubre de 1954, posteriormente el 17 de enero de 1996 se publica una ampliación quedando con una superficie de 4,722,408.56 hectáreas. Colinda al Norte con la comunidad de Patihuitz, al Sur con El Triunfo, al este con La Esperanza y al Oeste con Las Delicias.

VÍAS DE ACCESO Y TRANSPORTE

La Garrucha se encuentra ubicada a 51.5 kilómetros de la cabecera municipal de Ocosingo, a 2 horas aproximadamente en transporte público utilizando la carretera que va de Ocosingo a San Quintín conectándose con Las Margaritas, donde aproximadamente la mitad del trayecto se encuentra pavimentado y el resto es terracería (Foto 20 y Foto 22). Existe otra ruta para llegar, aunque es un trayecto principalmente de terracería y toma aproximadamente 5 horas para llegar a La Garrucha tomando la misma carretera desde San Quintín (Foto 21).



Foto 20 Tramo de carretera pavimentada saliendo de Ocosingo FUENTE: Google maps



Foto 22 Término de pavimentación y camino de terracería Ocosingo - La Garrucha
FUENTE: Google maps 2023



Foto 21 Camino de terracería, entrada a La Garrucha, Chiapas FUENTE: Google maps 2023

El medio de transporte para llegar a todas las comunidades de esa ruta (Ocosingo – San Quintín) es por medio de camionetas de redilas para el transporte de personas y mercancía (Foto 23). Por la ruta de San Quintín - Ocosingo, las redilas salen a partir de las 12 am hacia Ocosingo; por lo que pasan por la Garrucha a partir de las 3 am.



Foto 23 Camioneta Nissan adaptada como "Redila"

Todos los transportes salen de la cabecera municipal de Ocosingo, y las que llevan la ruta hacia San Quintín tienen un horario matutino de 5am cuando se comienza a cargar la primera redila hasta 2pm aproximadamente que sale la última redila de Ocosingo a San Quintín. Cada viaje tiene un costo de \$30 sin mercancía adicional, si se desea viajar fuera de ese horario o traslado de urgencia se contrata como viaje particular que se cobra un precio "especial" que oscila entre \$500 y \$600. El número de redilas que salen por día es variable ya que depende de en qué tiempo se llena cada redila para su salida. De Patihuitz (comunidad vecina) las redilas locales salen a partir de las 5:30am hacia Ocosingo hasta las 10 u 11am aproximadamente ya que a las 2 pm las redilas empiezan a regresar de la cabecera municipal. (Foto 24)



Foto 24 Redila con viaje de carga de mercancía

Los medios de comunicación en las comunidades son escasos, en La Garrucha y sus alrededores la forma de comunicarse es por medio de radios, muchas familias los adquieren para poder comunicarse con sus familiares de otras comunidades o pasar mensajes, y tienen canales y códigos específicos para poder identificar cuando el mensaje es para una persona o familia determinada. Durante el periodo contemplado para la realización del presente reporte, que corresponde del 2015 al 2016 incluyendo datos del censo 2020, no se cuenta con teléfono o internet, sin embargo, a una hora de distancia en Patihuitz hay una caseta telefónica de prepago y en la Telesecundaria, de la misma localidad, hay señal de WiFi gratuito. (Foto 25, Foto 26 y Foto 27)



Foto 27 Pasante del SS conectándose al WiFi de la escuela de Patihuitz, Chiapas FUENTE: Colección propia



Foto 25 Habitantes de Patihuitz jugando en las canchas de la escuela, Chiapas FUENTE: Colección propia



Foto 26 Antena de WiFi de la escuela en Patihuitz, Chiapas FUENTE: Colección propia

CLIMA, FLORA Y FAUNA

El clima de la zona oscila entre 17 a 35°C, con temperaturas medias anuales superiores a los 22° C, predominando el cálido subhúmedo con lluvias de verano y abundantes en los meses de septiembre, octubre y noviembre, acompañado de fuertes vientos. Los meses más secos del año son marzo y abril y el más lluvioso septiembre; el mes más frío enero y el más caluroso mayo. La vegetación es de selva alta perennifolia y la fauna está compuesta por una gran variedad de especies de las que destacan la víbora nauyaca y coral.

5.3.1 Población y Cultura

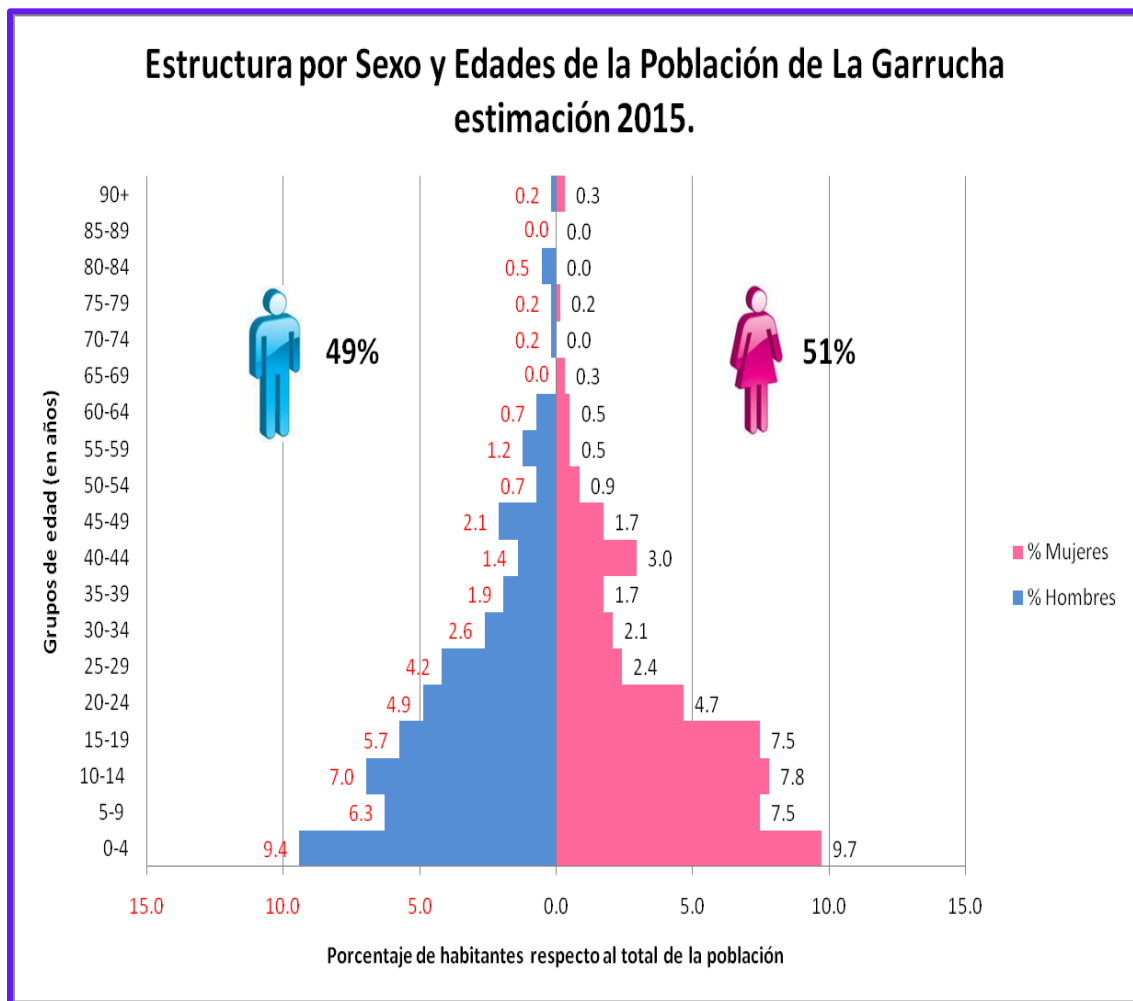
POBLACIÓN

Con datos del censo del 2015 levantado por compañeras Leticia Lagunas y Dulce Cruz ex pasantes del Servicio Social en medicina y estomatología, y promotores de salud en La Garrucha, se obtuvieron algunos de los siguientes datos y gráficas de los indicadores sociales.

En 2015 se registraron un total de 120 familias en total, de las cuales 59 familias son adeptas del EZLN y 61 familias son partidistas. La población total fue de 575 personas, con el 49% de hombres y 51% de mujeres; en el transcurso de agosto 2015 a julio 2016 hubo 65 nacimientos atendidos con partera y en la clínica de la mujer, y 2 defunciones. (Lagunas, 2015)

Por lo que se observa en la pirámide poblacional de La Garrucha, la mayor población se encuentra en los primeros años de vida, reflejando una tasa de fecundidad y natalidad alta, y una población en edad productiva (15 a 64 años) del 50.4% de la población. Pero también nos refleja un alto índice de migración pues la mitad superior después de los 25 años comienza a disminuir de manera importante tanto en hombres como en mujeres; en caso de las mujeres las causas de migración pudieran ser por trabajo como en el caso de las compañeras zapatistas realizando actividades y tomando cargos dentro de la organización al igual que sus compañeros, o por matrimonio al mudarse al lugar de origen de su esposo. Teniendo finalmente una población muy joven, pero que no está alcanzando la vejez siendo una

población, de más de 50 años, de apenas el 6.4% del total la población. (Gráfica 19)

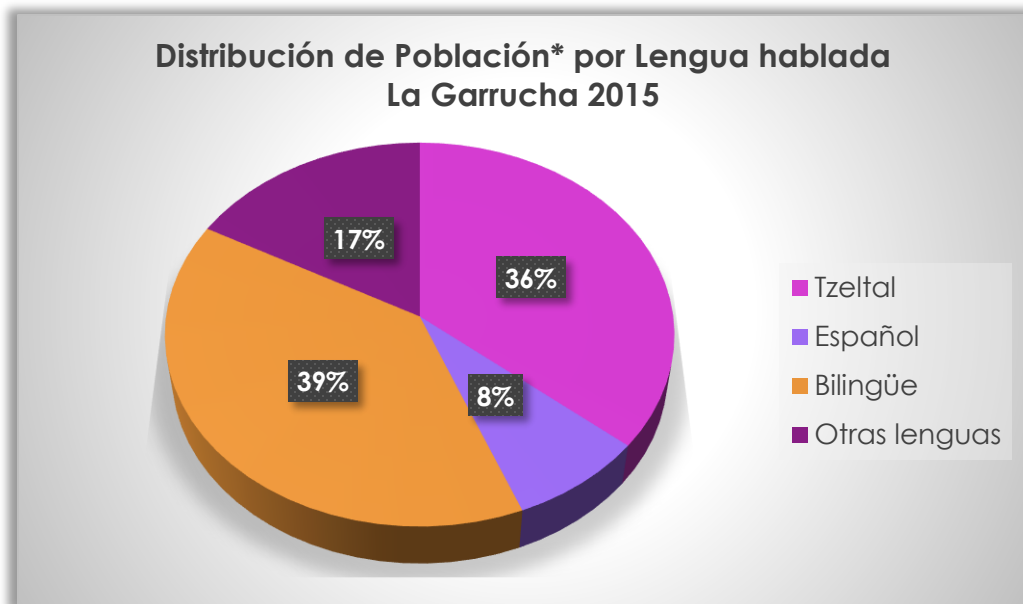


Gráfica 19 Pirámide Poblacional La Garrucha FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

De acuerdo con datos del censo poblacional de La Garrucha 2015, en el grupo de mujeres de 15 a 49 años, se registró un PHNV de 4.6 hijos por mujer. (Lagunas, 2015)

ETNIA Y LENGUA

La Garrucha pertenece a la etnia indígena tseltal de igual forma su idioma es el tseltal; se registra que la población mayor de 5 años es principalmente bilingüe, es decir que hablan su lengua materna y el español, teniendo un porcentaje del 39% de la población, seguido del 36% que sólo habla tseltal y el 8% habla únicamente español (Gráfica 20). (Lagunas, 2015)



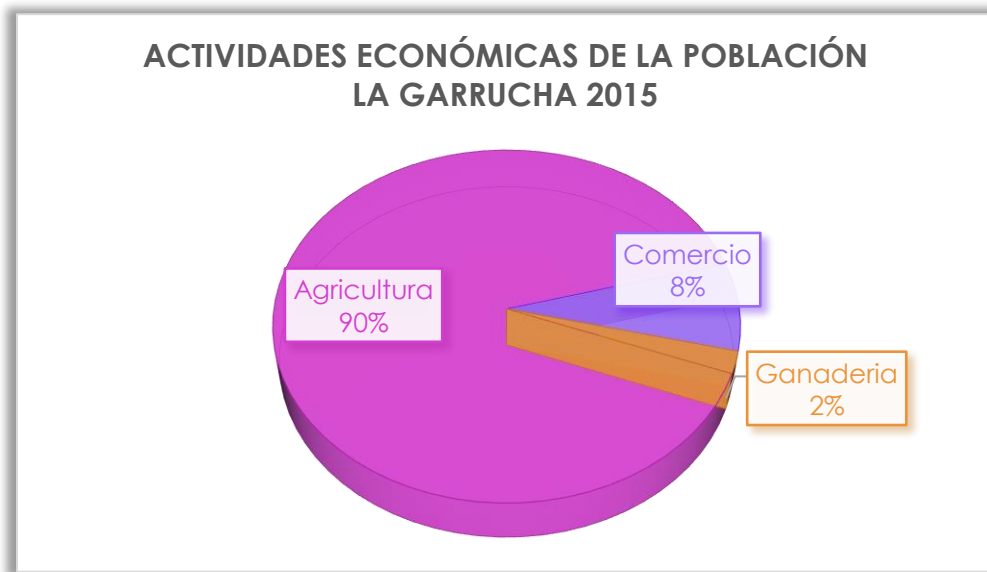
Gráfica 20 *Población mayor de 5 años, FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

5.2.2 Actividades Económicas

PRODUCTIVIDAD Y ECONOMÍA

En cuanto a las actividades económicas coinciden con el contexto económico del municipio y de Chiapas, la agricultura juega un papel muy importante, el 89% de las familias se dedican a este sector, sembrando principalmente frijol, maíz y café, que principalmente es para consumo propio. Un pequeño porcentaje se dedica al comercio vendiendo productos de alimentación e higiénicos básicos y ropa que traen de la frontera con Guatemala. Y finalmente la ganadería, limitándose al cuidado y crianza de gallinas, vacas y caballos, debido a que hay un acuerdo comunitario en el que no está permitido la crianza de cerdos ni guajolotes por la suciedad que generan y la falta de corrales (Gráfica 21). (Lagunas, 2015)

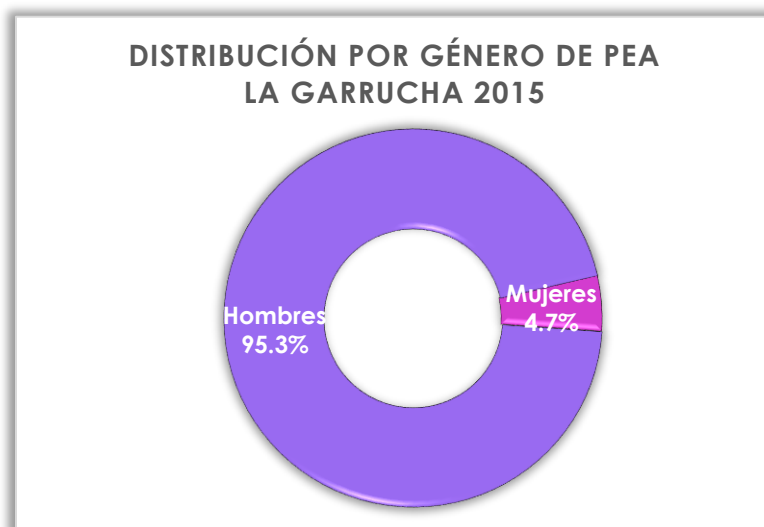
Las familias se dedican al campo en un horario de 5:30 o 6 de la mañana a 1 o 2 de la tarde, de lunes a jueves con 3 días de descanso. La milpa es trabajada por el padre de familia y los hijos de 8 a 10 años para aprender y ayudar, principalmente en época de siembra. Las mujeres van para cortar leña y pizca de algunos productos secundarios de la milpa como la calabaza o frijol de milpa.



Gráfica 21 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

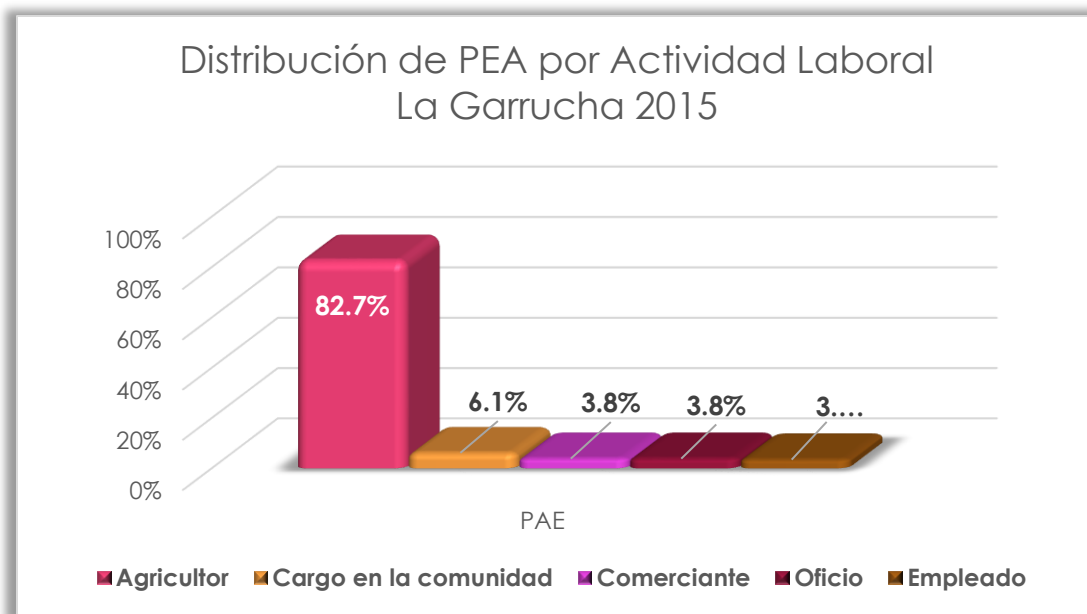
Del total de la población de La Garrucha censada en 2015, tenemos un 50.4% en edad productiva (15 a 64 años) y el 49.6% en edad no productiva que incluye a la población infantil menor de 14 años y a la población de adultos mayores que por sus limitantes ya no realizan ninguna actividad productiva.

De la población en edad productiva el 51.7% es PEA, la cual está en mayor proporción conformada por hombres. Mientras que del 48.3% de la PNEA todas son mujeres, las cuales realizan actividades de cuidado del hogar e hijos. (Gráfica 22)



Gráfica 22 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

Observando que la ocupación laboral principal de la PEA es ser agricultor. (Gráfica 23)



Gráfica 23 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

La mayoría de las familias cuentan con un terreno para su milpa; a los hombres de la organización zapatista, al cumplir 16 años por derecho se les otorgan algunas hectáreas de tierra recuperada para que puedan trabajarla e iniciar la construcción de su vivienda. El tamaño del terreno otorgado depende de la extensión de tierra recuperada con la que cuente la organización.

Cada periodo de siembra es una incógnita la cantidad que se cosechará, ya que el producto depende de muchos factores como el clima, si hay mucha lluvia los campos se pueden inundar y ahogar la cosecha o si hay sequía los brotes se secan y no producirán. Por lo que, si la cosecha no es suficiente para cubrir los requerimientos de la familia por un año, se tiene que recurrir a la comprar de maíz o frijol en el mercado de Ocosingo.

Por otra parte, cuando se tiene una buena cosecha y rebasa la cantidad de su consumo anual, se aprovecha para vender el excedente y así obtener recursos económicos adicionales, en menor proporción también se vende el doblador¹⁸ y frutas o verduras de temporada que tengan.

¹⁸ El doblador se refiere a las hojas que envuelven las mazorcas, después de haberlas cosechado.

Cada familia tiene el cálculo de la cantidad de alimento requerido para su abastecimiento por un año y esto depende del número de integrantes que la conformen, edad y sexo. Por ejemplo, una familia integrada por 2 adultos y 3 menores de 11 años, siendo 3 mujeres y 2 hombres requieren 8 zontes¹⁹ de maíz y 100 kilos de frijol para el abastecimiento anual. Otro caso de una familia integrada por 4 adultos y 3 menores de 14 años, siendo 4 mujeres y 3 hombres requieren de 25 zontes de maíz y 200 kilos de frijol para un año.

Se observa también que en ocasiones los hombres de la familia tienen que salir de la comunidad para buscar otras oportunidades de trabajo para ayudar la economía familiar, generalmente este fenómeno ocurre cuando la cosecha no fue suficiente y se tiene que comprar el maíz o frijol para la alimentación de la familia; cuando un miembro de la familia enfermó y necesitan dinero para los gastos que conlleva la recuperación; o para generar un recurso adicional de ahorro o para inversión en la compra de algún bien básico.

Las principales actividades para obtener este ingreso extra que realizan son el trabajo como jornalero en la milpa o en potreros de otra persona con un salario de entre \$70 a \$80 por día por 6 horas de trabajo aproximadamente, empleado en algún negocio en la cabecera de Ocosingo donde el salario es de aproximadamente \$120 por día por 8 horas de trabajo en promedio, y finalmente algunos migran a Playa del Carmen para trabajar como albañiles en las construcciones yéndose por aproximadamente 2 a 5 meses o hasta juntar el dinero necesario.

IDEOLOGÍA POLÍTICA

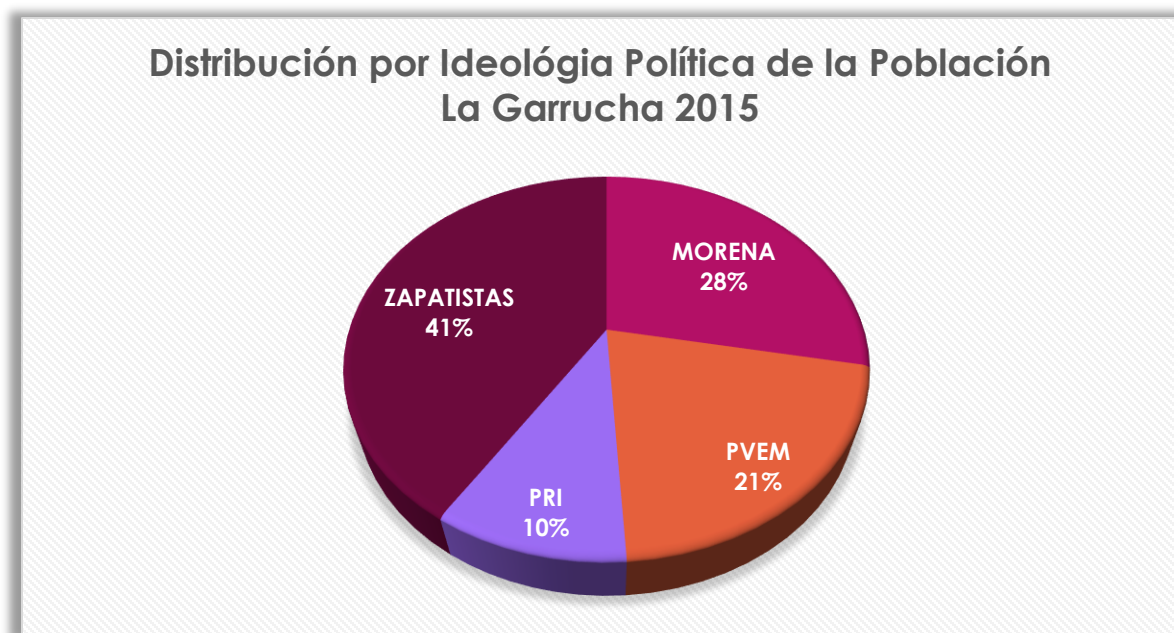
La comunidad está dividida políticamente en dos grupos; uno son los simpatizantes del algún partido político y que se rigen por las leyes federales. La mayoría reciben apoyos por parte del gobierno a través de programas sociales.

El otro grupo son los pertenecientes a la organización autónoma del EZLN, que como se ha mencionado, su gobierno es autónomo por lo que no

¹⁹ Un zonte de maíz equivale a 400 mazorcas

reciben apoyo de ninguna instancia del gobierno, siendo apoyados por ONG's nacionales e internacionales.

De acuerdo con los datos censales de la comunidad del 2015, la mayoría de la población de La Garrucha es partidista, siendo el 59% de la población y el 41% zapatistas. El partido con mayor cantidad de simpatizantes fue MORENA con el 28% de los partidistas (Gráfica 24). (Lagunas, 2015)



Gráfica 24 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

Las diferencias políticas de la comunidad no parecen afectar la relación social entre los habitantes, se observó respeto entre los habitantes sin importar su preferencia política e inclusive se supo de casos en los que dentro de una familia había miembros partidistas y zapatistas, que convivían sin problemas. Más importante aún, cuando se requiere tomar decisiones colectivas en consenso para el buen funcionamiento de la comunidad ambas organizaciones participan.

5.3.3 Educación, Vivienda y Servicios de Salud

ESCOLARIDAD

Se tienen dos sistemas de educación impartida en la comunidad:

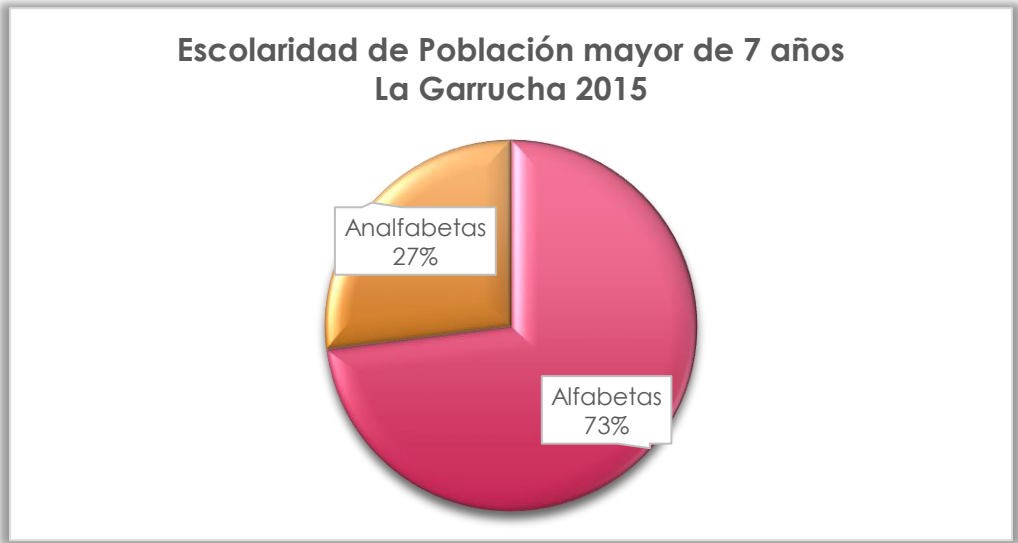
- Federal o del gobierno:

-
- La primaria federal, donde asisten alrededor de 30 alumnos cursando entre 1er y 6to grado con clases impartidas por 5 promotores educativos, que son personas de la comunidad que, a pesar de no tener el título de docencia, fueron seleccionados y capacitados para realizar las funciones de enseñanza.
 - El nivel de telesecundaria y COBACH se encuentra en Patihuitz, comunidad vecina a La Garrucha que se encuentra a una hora aproximadamente, caminando; las clases son impartidas por docentes que se encuentran realizando sus prácticas profesionales.
 - “Escuelita Zapatista” a cargo de la organización zapatista:
 - Es un modelo de enseñanza-aprendizaje organizado por tres niveles de enseñanza sin división estricta por edad, su filosofía es que las escuelas zapatistas traten de adecuarse a las diferentes etapas y necesidades de los jóvenes zapatistas que no necesariamente están ligadas a la edad. Por lo tanto, en el salón de clases se refuerza el principio de que nadie educa a nadie y nadie se educa solo. (Plataforma Vasca de Solidaridad con Chiapas, 2013)
 - El centro de la esencia del aprendizaje es aprender quiénes son y cuál es su historia pasada y presente, y dotar de sentido la colectividad indígena, por lo que no la pueden llevar a cabo personas que no sean indígenas ni campesinos o que no hablen su idioma materno, en este caso el tzeltal. (Plataforma Vasca de Solidaridad con Chiapas, 2013)
 - Los estudiantes son guiados por dos promotores de educación permanentes que viven en la comunidad y fueron elegidos por la misma, así como los promotores de salud u otros cargos comunitarios no tienen salario o pago; lo que implica para la comunidad apoyar con alimentos, ropa, adaptar los horarios al calendario agrícola de siembra y cosecha, apoyar la formación

o construir las escuelas. (Plataforma Vasca de Solidaridad con Chiapas, 2013)

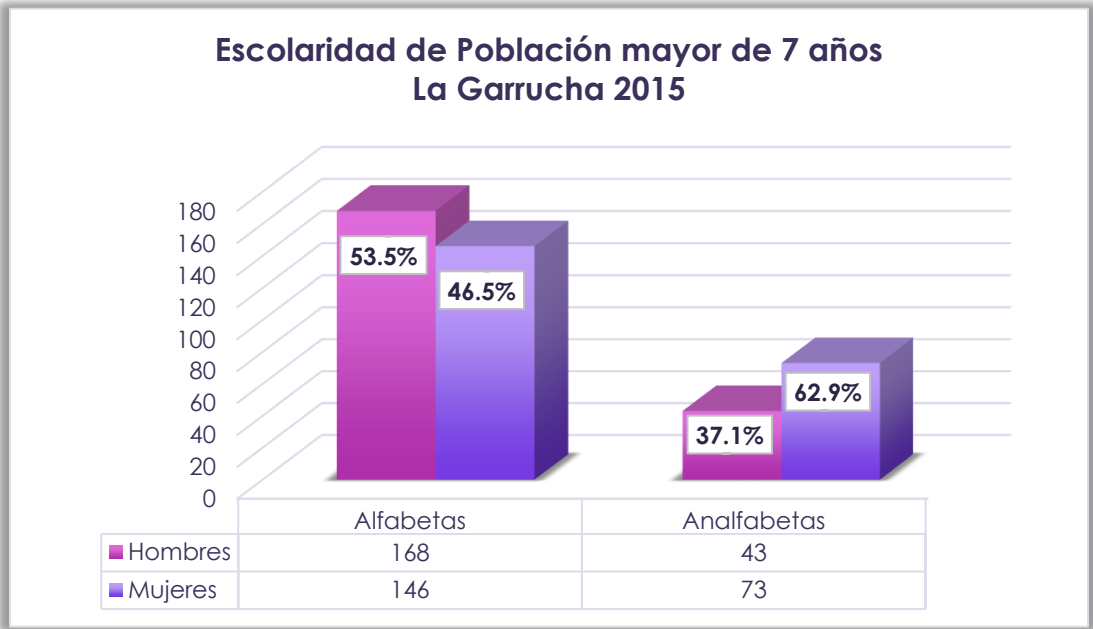
- o Las materias que se imparten en los dos niveles de educación en la escolita zapatista de La Garrucha son:
 - Lengua: como una manera de comunicación manteniendo el Tseltal como lenguaje principal, e impartiendo una educación bilingüe en la estructura y enseñanza del español.
 - Matemáticas: aplicadas principalmente a su vida diaria, a la vida en el campo, mediciones de solares y parcelas.
 - Vida y medio ambiente: la enseñanza de las ciencias naturales, de la distribución, manejo, la conservación y uso sustentable de la tierra.
 - Historia: con un enfoque diferente en relación con la concepción como zapatista.
 - Integración: otro tipo de temas como el estudio de las 13 demandas del EZLN y las Leyes Revolucionarias Zapatistas. Esta materia puede ser diferente en cada Escuela Zapatista, ya que se adapta a las necesidades y características de aprendizaje de cada comunidad.
- o El horario es de 7 am a 1 pm con un descanso para tomar pozol volviendo a sus casas por una hora. La asistencia no es obligatoria por los que deciden no estudiar o para que los niños tengan la flexibilidad por si tienen que acudir a trabajar con sus familias en las milpas.

De acuerdo con los datos estadísticos del 2015, el 73% de la población de más de 7 años sabe leer y escribir, mientras que se tiene un 27% de analfabetismo (Gráfica 25). (Lagunas, 2015)

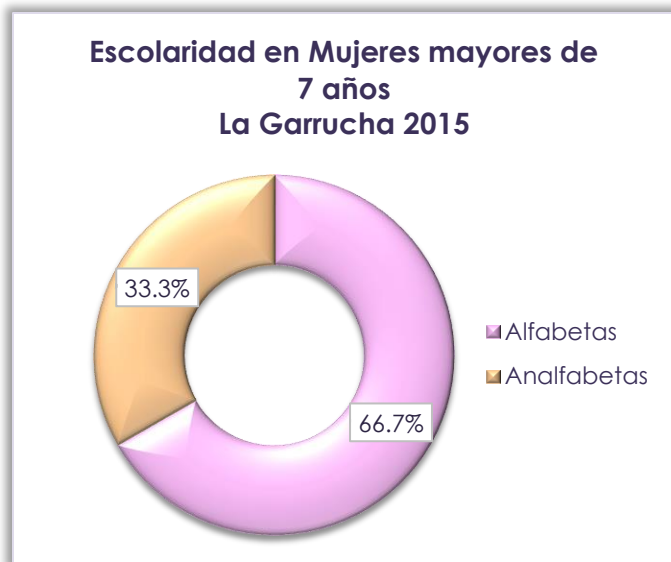


Gráfica 25 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

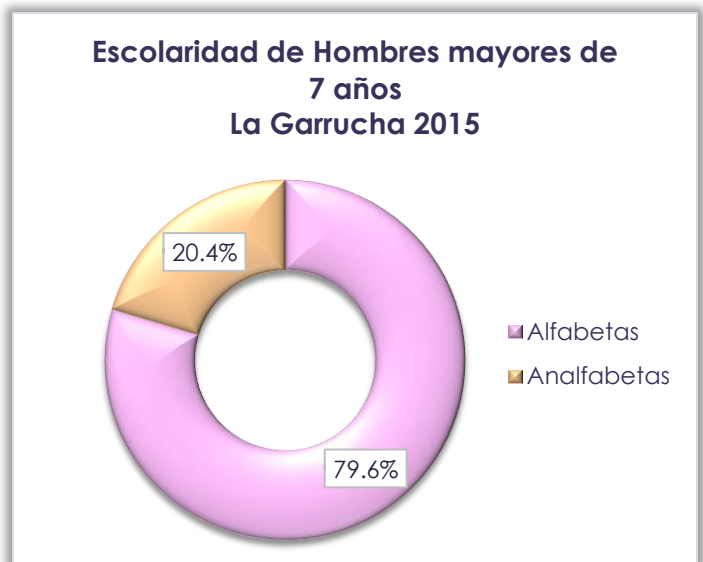
Podemos observar en la distribución por género que se tuvo mayor grado de analfabetismo en mujeres y mayor grado de alfabetismo en hombres. (Gráfica 26, Gráfica 28 y Gráfica 27)



Gráfica 26 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

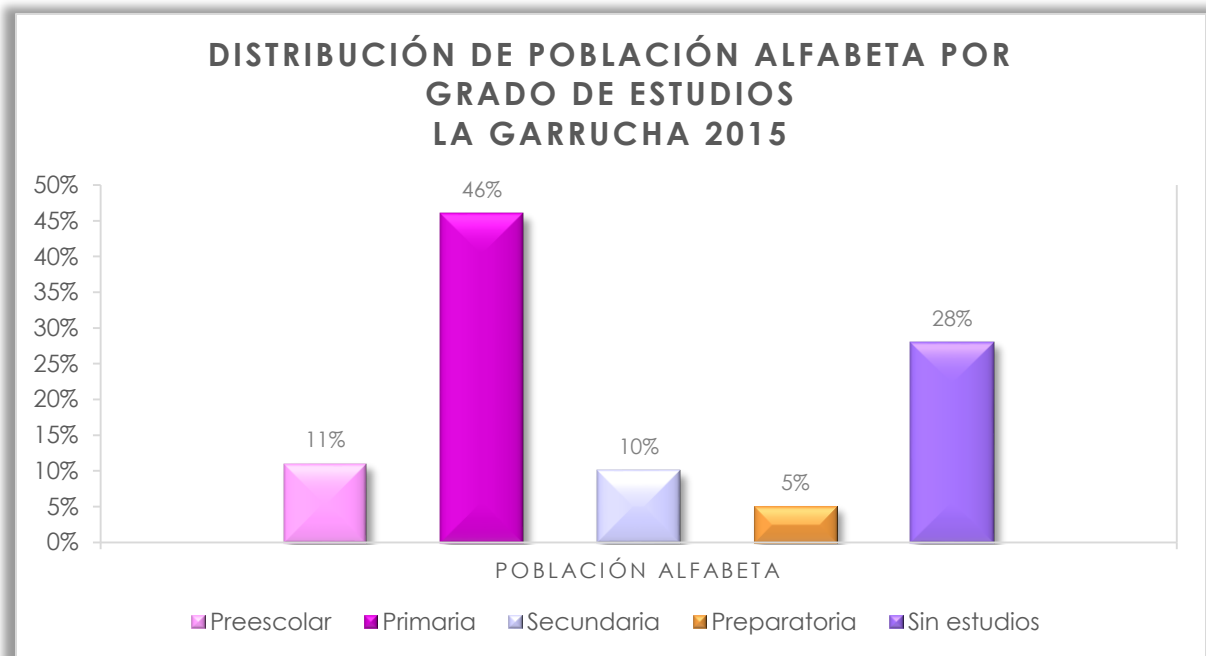


Gráfica 27 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS



Gráfica 28 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

En cuanto a la distribución de la población que sabe leer y escribir por su nivel de estudios cursados tenemos que la mayoría, con el 46%, cursó la primaria (Gráfica 29). (Lagunas, 2015)

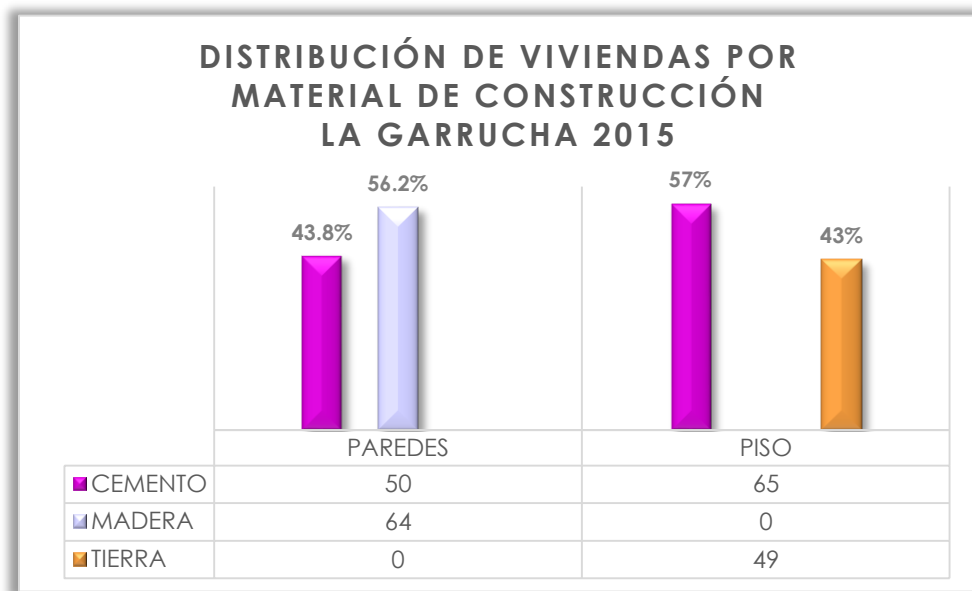


Gráfica 29 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

VIVIENDA Y SANEAMIENTO

Se registraron un total de 114 viviendas, 59 son de militantes del EZLN y 55 correspondientes a familias partidistas.

En cuanto a la estructura de las viviendas, de las 114 todas tienen techo de lámina. Mientras que el 43% de ellas cuentan con piso de tierra y la mayoría están construidas con madera (Gráfica 30). (Lagunas, 2015)

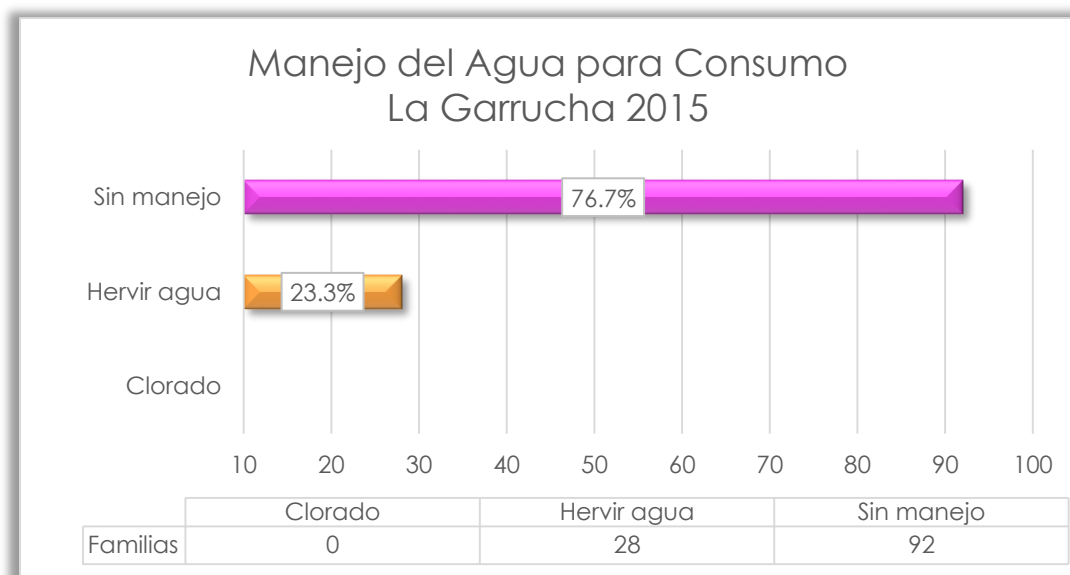


Gráfica 30 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

Como ya se comentó, las familias partidistas reciben apoyos gubernamentales, uno de los cuales se implementó para mejorar “las condiciones de vida” en el que se construyeron 44 viviendas en la comunidad por parte del gobierno federal; construidas con tabicón, techo de lámina y suelo de cemento, aunque el programa pretende mejorar las condiciones de vivienda la mayoría de las familias son grandes y las viviendas pequeñas y con poca ventilación, por lo que no se resuelve el problema de hacinamiento. Todas las casas de los zapatistas son de madera con piso de tierra. (Lagunas, 2015)

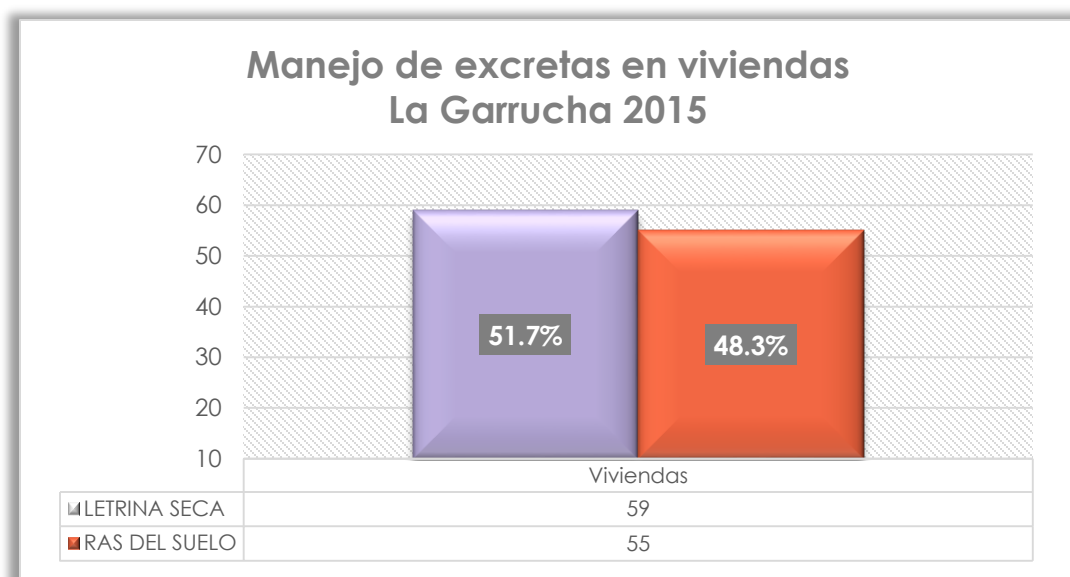
Para la obtención de agua, la población la toma de un manantial cercano pues las viviendas no cuentan con agua potable de la red pública, sin embargo, el 97.4% (111) de las casas cuentan con acceso a agua entubada con una llave en cada casa por una red de entubado que construyó la comunidad. El agua proviene de dos manantiales cercanos que abastecen un tanque de depósito de 10,000 litros de agua y es distribuida a las viviendas por la red de entubado, el 2.6% de viviendas que no cuentan con acceso a esta red corresponde a 3 casas que por distancia no pudieron unirse. Del agua para consumo humano, en 2015 se reportó que solo el 23.3% de las

familias hierven el agua antes de consumirla, ninguna familia clora el agua y la mayoría consume agua sin tratamiento previo; por lo que la comunidad llegó al acuerdo de clorar el depósito general de agua cada 6 meses (Gráfica 31). (Lagunas, 2015)



Gráfica 31 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

Según la estimación del 2015, La Garrucha no cuenta con drenaje por lo que de las 114 viviendas el 51.7% utilizan la letrina seca para el manejo de las excretas, mientras que 48.3% lo hacen a ras de suelo (Gráfica 32). (Lagunas, 2015)



Gráfica 32 FUENTE: Censo La Garrucha 2015 por PSS y PS

Todas las casas cuentan con acceso a la luz eléctrica y también se cuenta con red de luz pública con iluminación de las principales calles. El suministro de este servicio es otorgado por la CFE del estado sin ningún costo por un acuerdo con el gobierno.

Para la disposición de basura se lleva a un vertedero cercano a la comunidad sobre la carretera donde se realiza la quema de basura que se genera en la comunidad, aunque por la dificultad de llevar la basura hasta ahí, la mayoría prefiere quemarla en sus espacios de vivienda.

SERVICIOS DE SALUD

Dentro del caracol de La Garrucha se encuentran las dos clínicas autónomas, la de medicina general “Jesús de la Buena Esperanza” y la de medicina de la mujer “La Comandanta Ramona”, que como ya se explicó anteriormente se rigen bajo el SSAZ.

La clínica de la mujer da atención especializada a mujeres, donde se llevan a cabo consultas ginecológicas, controles prenatales, atención de partos, atención de puerperio y planificación familiar, además de campañas de toma de Papanicolaou. Es manejada y atendida por 4 promotoras de salud sexual y reproductiva, capacitadas para la atención. Cuenta con una camioneta que cumple la función de ambulancia para traslado de pacientes, un equipo de ultrasonido y una farmacia.

Además de la clínica de medicina general, también se cuenta con un consultorio dental donde se da atención y tratamiento odontológico como realización de extracciones dentales, colocación de resinas y amalgamas, limpiezas dentales, endodoncias, entre otras actividades. Ambas clínicas son atendidas por un médico y un odontólogo pasantes del servicio social, en conjunto con los 2 promotores de salud.

En cuanto a los servicios de salud gubernamentales el centro de salud más cercano a la comunidad se encuentra en Patihuitz, que cuenta con una enfermera que acude tres días a la semana y sus funciones se limitan a pláticas de prevención, promoción de la salud, vacunas y curaciones. No se tienen instalaciones de segundo nivel de atención en la periferia de la comunidad, todas las instalaciones se encuentran en la cabecera municipal

Ocosingo. Las instalaciones de tercer nivel de atención se encuentran hasta la capital estatal en Tuxtla Gutiérrez o en Tapachula.

Para programas de seguridad social, los datos censales del 2015 reportaron que el 27% de la población de la Garrucha se encontraba afiliada al programa "Oportunidades" que les otorgaba apoyos económicos, becas escolares, suplementos alimenticios y atención médica y de promoción a la salud. También se registró que el 40.9% de la población se encontraba afiliada al Seguro Popular. (Lagunas, 2015)

La medicina alópata no es la única opción de tratamiento en la comunidad, también se encuentra la medicina tradicional conformada por dos parteras, un huesero y herbolario. La mayoría de la población acude a la clínica autónoma; sin embargo, en ocasiones deciden tratarse con estos otros servicios de salud o se realizan tratamientos en conjunto entre la medicina tradicional y alópata.

6. CONCLUSIONES

México a pesar de su diversidad y recursos presenta grandes rezagos sociales, con brechas y contrastes muy grandes entre sus estados como, por ejemplo, en Chiapas donde pudimos comparar como algunas condiciones de rezago social eran varias veces mayores que lo que podíamos estimar en el territorio mexicano. Pudimos observar que Chiapas, Ocosingo y La Garrucha han sido clasificadas como zonas de alta marginación. El análisis anterior nos permite visualizar las realidades que observamos y vivimos en estos territorios del sureste mexicano, que al estar en la zona se puede ver el evidente rezago y carencias que presenta la población, que son contrastantes con lo que se puede ver en las grandes ciudades urbanizadas, haciendo evidente como el poder y la distribución de recursos beneficia a unos cuantos, mientras que otros tienen que mantener la lucha por exigir lo que debería ser por derecho. Chiapas a pesar de ser un estado con una amplia extensión territorial y ser una tierra de abundantes recursos naturales, es el estado con mayor pobreza del país ya que sus recursos no son administrados ni aprovechados por su población, sino que son explotados para aumentar la riqueza de empresas privadas e internacionales.

Se supone que el Estado está obligado a garantizar el ingreso no discriminatorio a la cobertura universal de salud, independientemente del lugar de residencia, género o las condiciones socioeconómicas y culturales; así como las necesidades de acceso, calidad y atención, y medicamentos seguros, eficaces y asequibles, sin embargo, observando y analizando todos los datos obtenidos anteriormente podemos ver que el panorama está lejos de cumplir con todas las necesidades de su población, especialmente en las comunidades donde vemos más escasez y menos acceso a estos servicios básicos de vida. Recordando también que toda la población debería poder ejercer y beneficiarse de su derecho a la salud como derecho universal, disfrutando de bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud junto con el ejercicio de sus otros derechos universales.

La importancia del análisis y comparación de los niveles estatal, municipal y comunitario recae en poder visualizar las grandes diferencias socioeconómicas y cómo van aumentando las carencias sociales que nos llevan a un mayor rezago en la población de mayor vulnerabilidad. Algunos puntos a destacar son el panorama en salud, vivienda y educación; con el primero, encontramos cómo es que las instancias gubernamentales reportan que en Chiapas hay mayor acceso a los servicios de salud, mayor afiliación a servicios de salud y disponibilidad de infraestructura para la atención de la población con lo que se intenta demostrar se cumple en materia de salud y derecho a la salud, cuando es bien aplicado, sin embargo, la realidad vivida es que muchos de los servicios son deficientes en la atención, sin insumos ni personal para dar la atención principalmente en las zonas rurales, mientras que en las zonas más urbanizadas se concentran el mayor acceso y cantidad de infraestructura (sin que necesariamente sea eficiente).

Por ejemplo, podemos ver que existe una disminución, y en algunos casos hasta ausencia, de personal médico para la atención de primer nivel en las comunidades y dónde para poder acceder a servicios de segundo nivel, apenas se cuenta con la cobertura mínima de especialidades básicas en la cabecera municipal, que a su vez debido a la dificultad de acceso a las comunidades y la falta de transporte con horarios flexibles, representa un traslado de 2 horas o más desde las comunidades más aparte el gasto

económico que representa y es donde nos preguntamos ¿dónde queda realmente la accesibilidad a los servicios de salud?, ya ni siquiera hablamos de la problemática que representa poder tener atención en servicios de tercer nivel de atención que en caso de requerirlos puede llegar a ser catastrófico para las familias por todo lo que conlleva en cuanto a desgaste económico y personal.

Con esto podemos evidenciar el ciclo vicioso de enfermedad-pobreza, ya que en el momento en el que se encuentran con un problema de salud, esto implicará un gasto que puede tener repercusiones graves en la economía de la familia y que fomente, nuevamente, factores de riesgo socio ambientales que los lleven a un estado de enfermedad y así sucesivamente. Siendo el caso, por ejemplo, de padecimientos curables y que, en ausencia de un diagnóstico y tratamiento oportuno, por falta de recursos económicos o de infraestructura, se convierten en un problema grave de salud o con riesgo de muerte que conlleva un mayor gasto por ahora ser un problema de mayor complejidad, atentando contra el derecho a la salud. Como consecuencia vemos las grandes brechas de desigualdad y oportunidad de ejercicio del derecho a la salud, así como grandes diferencias en los indicadores de rezago en salud como las tasas mortalidad materna y desnutrición.

La Garrucha logra de alguna manera sortear parcialmente las dificultades del acceso a los servicios de salud gracias al SSAZ, ya que ante la ausencia de clínicas con personal capacitado por parte de la Secretaría de Salud, la población zapatista y partidista se apoya de gran manera en las clínicas autónomas “Jesús de la Buena Esperanza” y “La Comandanta Ramona” que además de ofrecer atención de primer nivel, también cumple con el enfoque de atención primaria realizando de forma integral la valoración, tratamiento y referencia a otras instituciones de salud atendiendo sin discriminación y con enfoque de derechos; teniendo trabajo en equipo colectivo entre promotores de salud, médicos y odontólogos pasantes de servicio social y actores importantes de la medicina tradicional como las parteras.

Algo que no encontré que se le hiciera hincapié como indicador de calidad de los servicios de salud en los registros gubernamentales, pero que por lo

observado en la práctica me parece de suma importancia, es el idioma. Como mencioné anteriormente en mi experiencia al llegar a La Garrucha, me enfrenté con la barrera del idioma, que resultó frustrante al no poder comunicarme de manera totalmente eficaz; esta es la misma situación que viven muchas personas de las comunidades, que no hablan español o no lo entienden de forma tan fluida, al acudir a los servicios de salud en donde el idioma dominante es el español.

En Chiapas al ser un estado con muchos pueblos originarios y especialmente en sus municipios como Ocosingo, los servicios de salud cuentan con personal originario de las comunidades y hablante de las lenguas indígenas, sin embargo, existe una gran discriminación hacia todo lo que identifique a una persona como indígena incluyendo su idioma, debido al racismo y clasismo que vivimos en México que hace que se discrimine la cultura de los pueblos originarios viéndolos como "inferiores", lo que ha provocado que cada vez menos personas, principalmente los trabajadores de las instituciones de salud, lo hablen por miedo a ser discriminados. En lo personal me parece algo absurdo ya que, poniendo un panorama de comparación, en que llegara una persona extranjera que hablara inglés a solicitar el servicio, el personal que lo atendiera y pudiera hablar en inglés no lo tomaría como una degradación sino más bien como un logro. Además de las implicaciones discriminatorias, esta situación también tiene un fuerte impacto en la calidad de atención, la relación médico-paciente, el ejercicio del derecho a la información de la persona y en general de su derecho a la salud ya que muchas ocasiones la comunicación no es efectiva, no se transmite la información con claridad y las personas no tienen claro sobre lo que les están haciendo o lo que están consintiendo en cuanto a su atención.

La salud también se liga con la vivienda y servicios básicos con los que se debe contar para tener una vida digna, características que, conforme nos alejamos de las zonas urbanizadas y nos acercamos a las comunidades, van siendo más escasos hasta llegar a condiciones de insalubridad que impactan la salud de la población y nuevamente conlleva al ciclo enfermedad-pobreza. En La Garrucha la mayoría de la población vive en hacinamiento en casas con piso de tierra que, aparte de ser un indicador para la medición de pobreza, en términos de salud significa mayor riesgo de

padecer enfermedades transmisibles y de propagarlas por el hacinamiento, estas enfermedades pueden ir desde infecciones respiratorias, dermatológicas y gastrointestinales, de “menor gravedad”, hasta tuberculosis o enfermedades transmitidas por vectores como el paludismo o dengue, las cuáles son endémicas de la región. Esto aunado a la ausencia de sistema adecuado de drenaje, falta de tratamiento del agua para consumo, inadecuado manejo de excretas y disposición de basura crean un cúmulo de factores de riesgo y agravantes para la salud de la comunidad.

En cuanto a la educación podemos ver a través de lo reportado, cómo se va degradando la calidad de educación conforme nos vamos a las zonas rurales, teniendo grandes deficiencias de infraestructura y de calidad en la educación; en Chiapas mientras se quiera avanzar más en grados de estudio es necesaria la inversión económica, ya que mientras más alto sea el grado de estudios hay menor disponibilidad de escuelas, como las de nivel medio superior y superior. Nuevamente esto se encuentra entrelazado con la situación económica de la población, ya que a menor grado de escolaridad menor grado de ingresos, y por lo tanto también repercute en la salud de la población al alimentar el ciclo de pobreza-enfermedad.

En La Garrucha realizar estudios de nivel secundaria y media superior conlleva cierta dificultad por la distancia de las instalaciones y el gasto potencial, por lo que, para los estudios superiores, generalmente los jóvenes no aspiran a realizarlos por el gasto tan grande que representa, lo que obstaculiza la posibilidad de tener actividades de mejores ingresos económicos. En el caso de la población zapatista, aún hay un camino largo por recorrer en la educación, sin embargo, su sistema de educación no se enfoca sólo en generalizar la educación y adecuarla a sistemas productivos que buscan enriquecer a quienes tienen mayores recursos, sino que busca la enseñanza productiva que se adecua a las necesidades de su comunidad para el trabajo colectivo, cubrir las necesidades de su organización y la permanencia en el campo, caminando hacia su autonomía manteniendo su identidad.

Concluyendo, en nuestro país la protección de la salud es todavía una aspiración que está lejos de cumplirse, el sistema público de salud está

fragmentado y segmentado. La salud no ha sido prioridad de los gobiernos y actualmente, el Sistema Nacional de Salud no garantiza el derecho a la salud de toda la población, ni el acceso efectivo a los servicios requeridos por las comunidades; se ha hecho poco énfasis en la educación, promoción y prevención de la salud, la atención sanitaria que se brinda es de mala calidad y deshumanizada, siendo una situación grave para toda la población.

Tanto en la Garrucha como en las comunidades rurales existe una gran brecha de discriminación, desigualdad social y violación de los derechos humanos perpetrada por el poder del Estado, el cual debería salvaguardar la integridad de esta población más vulnerable, sin embargo, pareciera que el objetivo de las acciones tomadas va en camino de abrir más la brecha de desigualdad con las zonas urbanizadas y centralizar los servicios, utilizando los “programas de apoyo” como un “paliativo” para el cáncer de pobreza que se infiltra en estas poblaciones y que los mantiene en este estado de vulnerabilidad y desventaja.

“Es tanta la ciega estupidez del que usa esa voz, que nos persigue y nos amenaza, que considera que una zona del país ha mejorado cuando se hace más pequeño el número de indígenas que la habitan”

- Sub. Marcos, EZLN -

TERCERA SECCIÓN:

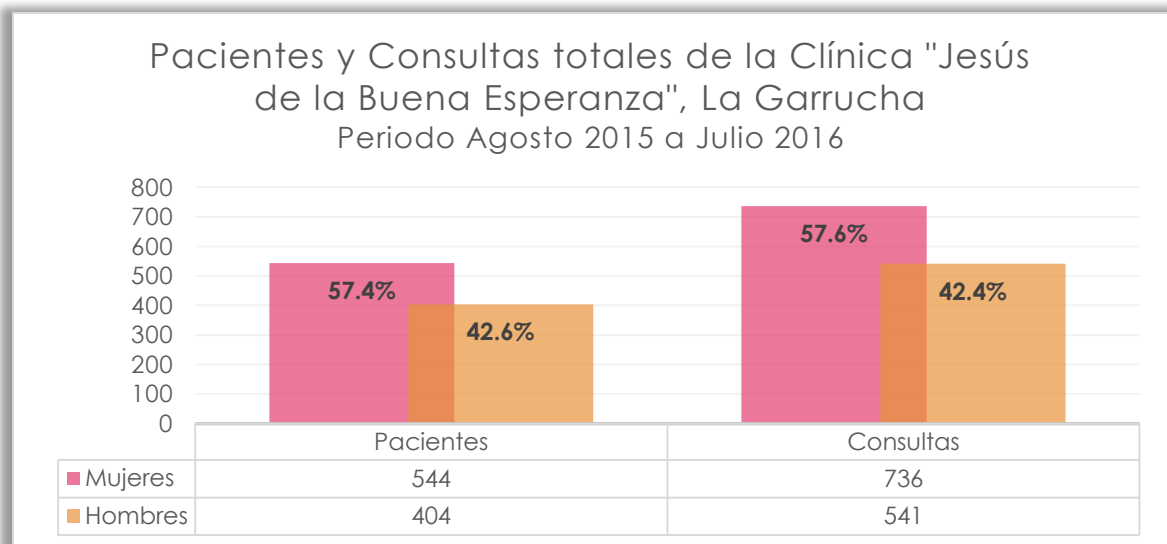
Perfil de Morbilidad y Seguimiento de Programas

7. PERFIL DE MORBILIDAD

Los datos analizados para este perfil de morbilidad fueron del periodo de agosto del 2015 a julio del 2016, a partir de las consultas otorgadas a la población en general de diversas comunidades aledañas siendo las de mayor demanda:

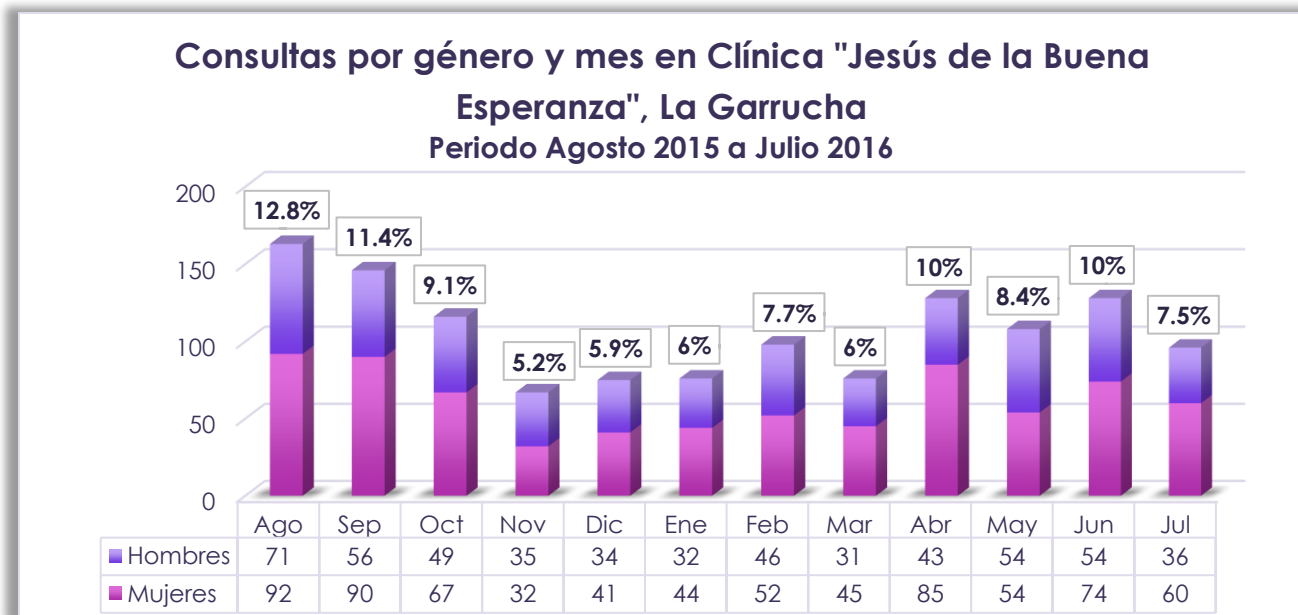
La Garrucha (con 575 habitantes), Patihuitz (1283 hab.), Tierra Blanca (685 hab.), Tierra Negra (128 hab.), San Alejandro (191 hab.), Prado Pacayal (785 hab.), San Juan (95 hab.), La Sultana (169 hab.), San Miguel (75 hab.) y Martinica (60 hab.); teniendo una población total de 4,046 habitantes. (INEGI, 2020)

Cada mes se entregaba un reporte mensual con la descripción de las actividades realizadas, el registro de la consulta diaria y perfil de morbilidad, con el fin de recabar la información sanitaria importante y plantear prioridades según la demanda de las comunidades. Durante el periodo se ofrecieron un total de 1,277 consultas a un total de 948 pacientes en la clínica de medicina general "Jesús de la Buena Esperanza", que significa un promedio de 1.3 consultas por persona y 106.4 consultas por mes del periodo. Del total de pacientes encontramos que el 57.4% eran mujeres y el 42.6% hombres. La proporción en el total de consultas fue similar con el 57.6% de consultas a mujeres y el 42.4% a hombres. (Gráfica 33)



Gráfica 33 Registro de Consulta diaria SADEC A.C.

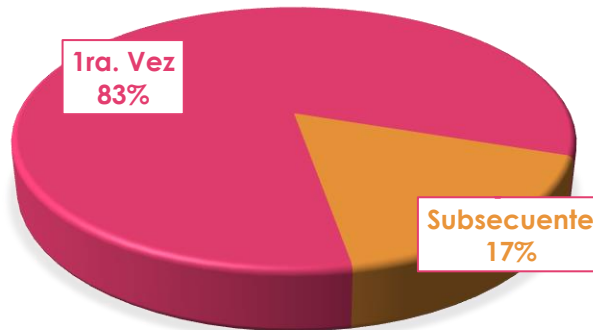
El mes con mayor cantidad de consultas fue el mes de agosto con 163 pacientes, esto se observó de igual manera en el periodo anterior, y parece que la tendencia podría ser porque la llegada del nuevo médico causaba mucha curiosidad entre la población, por lo que acudían más en los primeros meses. (Gráfica 34)



Gráfica 34 Registro de Consulta diaria SADEC A.C.

De las consultas se obtuvieron un total de 1,910 diagnósticos, de los cuales 1,584 (83%) fueron diagnósticos de primera vez, mientras que 326 (17%) fueron subsecuentes. (Gráfica 35)

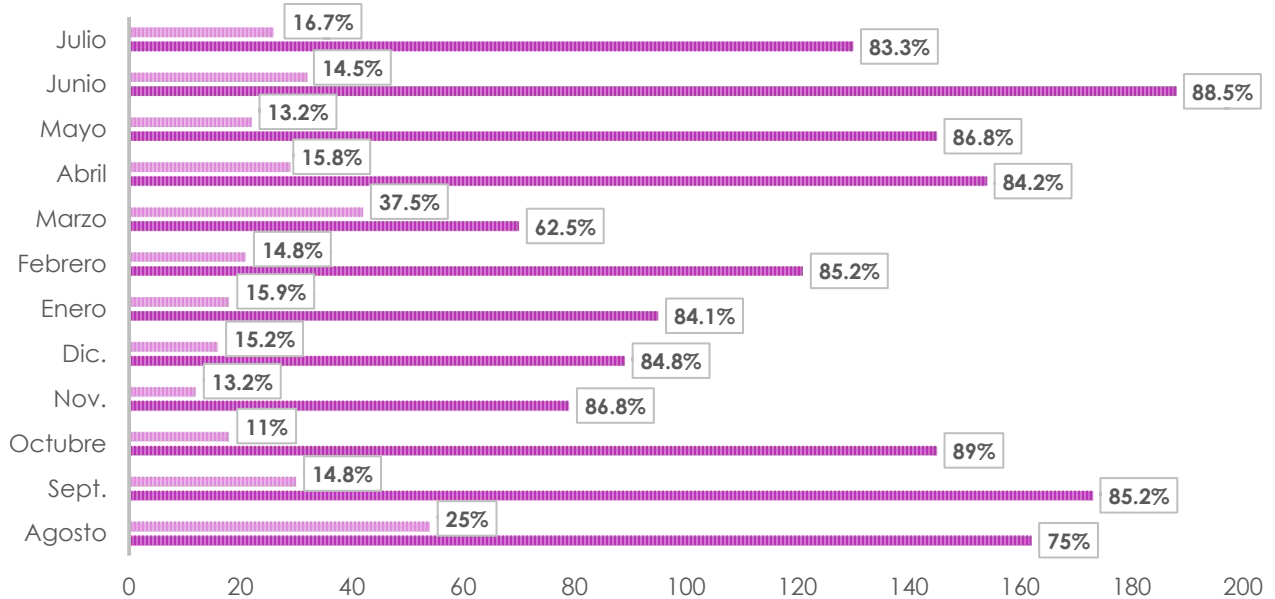
**DIAGNOSTICOS DE CONSULTAS DE LA CLINICA
"JESÚS DE LA BUENA ESPERANZA", LA GARRUCHA
PERIODO AGOSTO 2015 A JULIO 2016**



Gráfica 35 Registro de Consulta diaria SADEC A.C.

La importancia de los diagnósticos subsecuentes radica en el seguimiento de los pacientes independientemente del programa o la patología, por lo que se registró a lo largo del año la distribución de los diagnósticos por mes, tanto de primera vez como su seguimiento. (Gráfica 36)

**DIAGNÓSTICOS POR MES DE LA CLÍNICA "JESÚS DE
LA BUENA ESPERANZA", LA GARRUCHA
PERIODO AGOSTO 2015 A JULIO 2016**



	Agosto	Sept.	Octubr e	Nov.	Dic.	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Subsecuente	54	30	18	12	16	18	21	42	29	22	32	26
Ira Vez	162	173	145	79	89	95	121	70	154	145	188	130

Gráfica 36 Registro de Consulta diaria SADEC A.C.

La morbilidad se refiere a la cantidad de personas enfermas en un espacio e intervalo de tiempo determinados. Este dato estadístico nos informa la proporción de personas que sufren una enfermedad e indirectamente nos permite valorar la evolución y avance/remisión de esa enfermedad, así como las razones de su surgimiento y en que grupos de edad se desarrolla, lo que nos puede orientar para encontrar áreas de oportunidad para evitar el desarrollo de distintas patologías.

Este análisis se evaluó cada mes a través de los registros de la consulta diaria que brindó el médico pasante de la clínica autónoma, excluyendo las consultas dadas por los promotores de salud durante los periodos en los que nosotros como médicos teníamos que salir de la comunidad, por un periodo de 10 días para la entrega de reportes y reunión mensual con actividades de capacitación. Para calcular la incidencia de patologías, se registraron únicamente los diagnósticos de primera vez de cada paciente atendido por grupo de edad.

7.1 Principales patologías generales

De las 10 principales patologías del periodo, obtuvimos que 7 de las 10 causas en la morbilidad general son enfermedades Infecciosas, es decir, que son transmisibles; esto se debe a que las condiciones ambientales y de vida favorecen su continua aparición.

Los diagnósticos se realizaron en la mayoría de los casos con la clínica, de acuerdo con los signos y síntomas que se encontraban en el paciente al momento de la consulta y correspondían a una patología. Aunque también hubo casos donde se confirmó el diagnóstico con exámenes clínicos del laboratorio o imagen, que estuvieron a nuestro alcance.

En la siguiente tabla se listan las 10 patologías de mayor tasa de incidencia, es decir casos nuevos detectados por primera vez, para la población general del periodo. (*Tabla 1*)

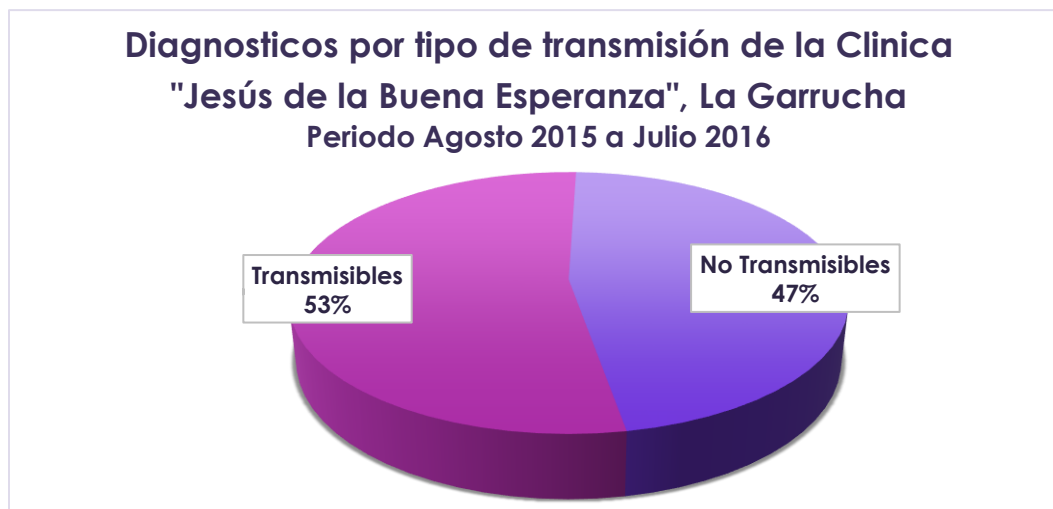
MORBILIDAD GENERAL

No.	PATOLOGIA	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL	TASA*
1	Infecciones respiratorias agudas	28	33	19	18	12	17	22	11	19	26	26	11	242	59.8
2	Infecciones de vías urinarias	25	26	13	5	10	12	12	5	18	13	30	12	181	44.7
3	Desnutrición crónica	17	21	16	10	6	12	13	4	7	11	16	11	144	35.6
4	Helmintiasis	9	14	7	5	4	5	6	2	9	12	17	12	102	25.2
5	Enfermedad ácido péptica	6	11	8	4	5	2	10	5	13	11	7	4	86	21.3
6	Amibiasis / giardiasis	2	0	4	2	0	3	3	4	13	12	15	7	65	16.1
7	Gastroenteritis pb. Infecciosas	10	1	2	2	1	1	1	6	4	4	5	1	38	9.4
8	Otitis	1	4	4	5	4	5	3	4	2	0	2	0	34	8.4
9	Hipertensión arterial sistémica	1	2	9	5	3	2	2	1	3	2	0	0	30	7.4
10	Conjuntivitis	0	0	4	1	5	2	5	1	3	4	3	2	30	7.4
*Pob. Total 4,046														*Por 1,000 hab.	

Tabla 1 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles se diferencian por el agente etiológico que las provoca; en el caso de las enfermedades transmisibles son causadas por un agente infeccioso como virus, bacterias, hongos y/o parásitos; mientras que las no transmisibles son multifactoriales debido a que estas son causadas por hábitos alimenticios, estilos de vida, carga genética, accidentes, entre otras causas, pero no tiene un microorganismo causal.

A continuación, desglosaremos los principales diagnósticos de ambas categorías. De los 1,584 diagnósticos de 1ra vez, 844 (53%) fueron diagnósticos de enfermedades transmisibles y 740 (47%) de enfermedades no transmisibles. (Gráfica 37)



Gráfica 37 Registro de Consulta diaria SADEC A.C.

7.2 Principales patologías transmisibles

Estos casos ocupan el 53% de los diagnósticos de primera vez y son las causas más comunes del motivo de consulta. De los 844 diagnósticos de 1ra vez de enfermedades transmisibles, 758 (88.6%) correspondieron a las 10 patologías con mayor incidencia y su distribución por mes fue la siguiente (Tabla 2):

MORBILIDAD ENFERMEDADES TRASMISIBLES

No.	PATOLOGIA	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL	TASA*
1	Infecciones respiratorias agudas	28	33	19	18	12	17	22	11	19	26	26	11	242	59.8
2	Infecciones de vías urinarias	25	26	13	5	10	12	12	5	18	13	30	12	181	44.7
3	Helmintiasis	9	14	7	5	4	5	6	2	9	12	17	12	102	25.2
4	Amibiasis / giardiasis	2	0	4	2	0	3	3	4	13	12	15	7	65	16.1
5	Gastroenteritis pb. Infecciosas	10	1	2	2	1	1	1	6	4	4	5	1	38	9.4
6	Otitis	1	4	4	5	4	5	3	4	2	0	2	0	34	8.4
7	Conjuntivitis	1	2	9	5	3	2	2	1	3	2	0	0	30	7.4
8	Escabiasis	1	1	4	0	2	4	3	1	1	2	1	5	25	6.2
9	Paludismo	1	6	2	2	5	1	2	2	2	2	0	0	25	6.2
10	Vaginosis bacterianas	1	2	0	0	1	3	1	0	2	0	4	2	16	4.0
*Pob. Total 4,046														*Por 1,000 hab.	

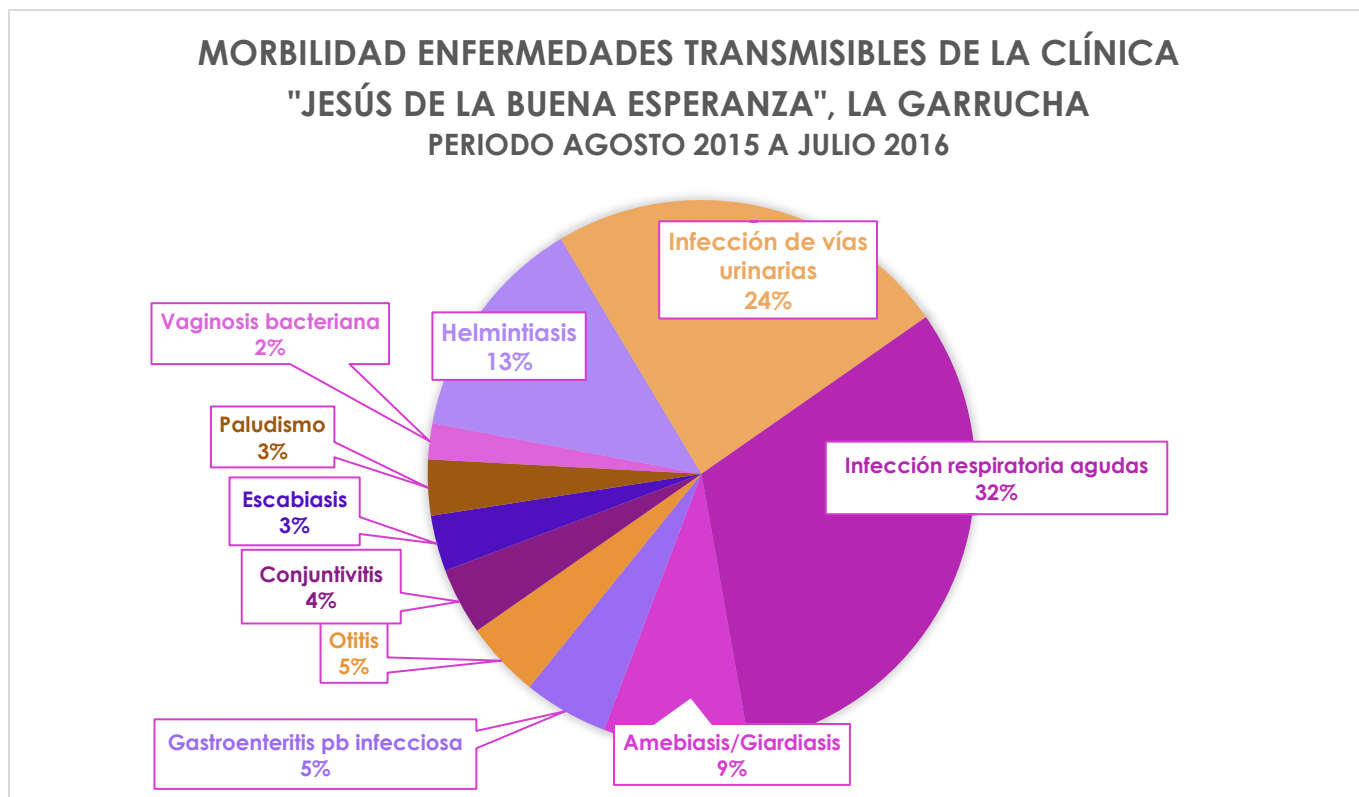
Tabla 2 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

Los primeros 3 diagnósticos con mayor incidencia fueron: las infecciones respiratorias agudas (IRA's) con el 32%, seguido por las infecciones de vías urinarias (IVU's) con el 24% y finalmente las helmintiasis con el 13%. (Gráfica 38)

Las enfermedades respiratorias con el 32% de incidencia y una tasa anual de 59.8 casos por cada 1,000 habitantes, se incluyen procesos agudos tanto por etiología bacteriana como viral y encontramos que tuvieron picos de incidencia en los meses de agosto, septiembre, febrero mayo y junio que pueden deberse a los cambios de temperatura por las transiciones climáticas, como temporadas de lluvias y temporadas donde aún hay frío pero que también empieza el calor creando cambios bruscos de temperatura, por otra parte las condiciones de vivienda y hacinamiento son otros factores que promueven la propagación de la enfermedad en las familias. (Tabla 2, Gráfica 38 y Gráfica 39)

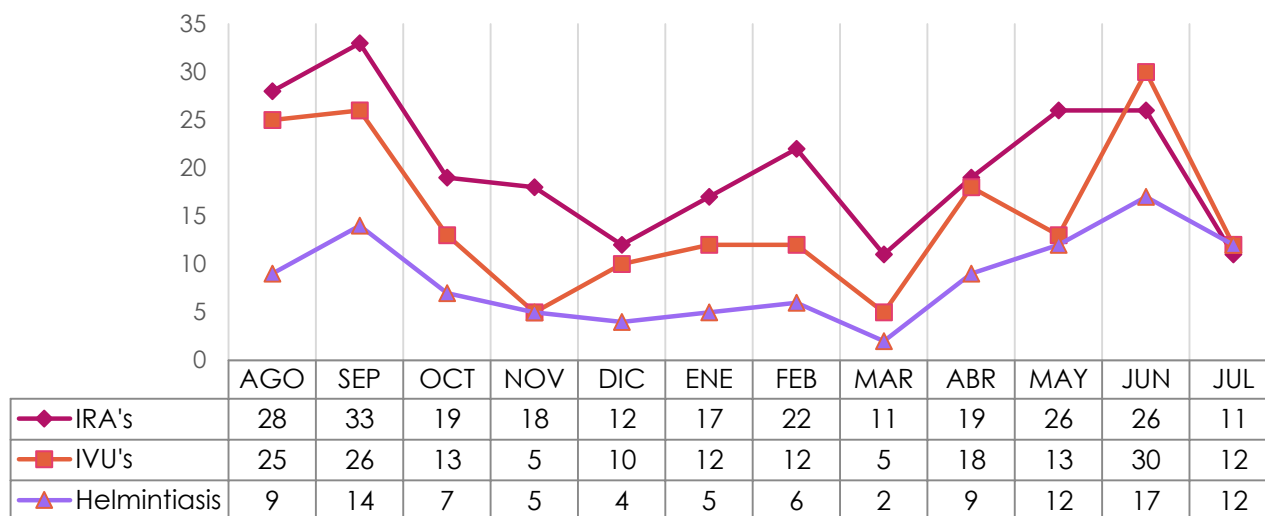
Seguido de las infecciones de vías urinarias con una tasa anual de 44.7 casos por cada 1,000 habitantes, su incidencia se atribuye a la baja ingesta de agua de la población en general y el incremento de consumo de refresco, especialmente en las temporadas más calurosas; otro factor importante serían las medidas higiénicas, principalmente en mujeres que simplemente por anatomía se encuentran en mayor riesgo de padecerlas. (Tabla 2, Gráfica 38 y Gráfica 39)

En tercer lugar, tenemos las helmintiasis, es decir parasitosis intestinales por lombrices, con una tasa anual de 25.2 casos por cada 1,000 habitantes y representando el 13% de los diagnósticos transmisibles; en este rubro se incluyen infecciones por helmintos como los áscaris y oxiuros. Su alta incidencia se debe a las condiciones ambientales, de vivienda e higiénicas que se viven en esta región con factores importantes como la falta de disposición y servicios de distribución de agua y el saneamiento como la deposición de excretas y lavado de manos; y esta enfermedad se encuentra frecuentemente vinculada con la pobreza y hacinamiento en las viviendas. (Tabla 2, Gráfica 38 y Gráfica 39)



Gráfica 38 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

3 Principales Enfermedades Transmisibles de la Clínica "Jesus de la Buena Esperanza", La Garrucha Periodo Agosto 2015 a Julio 2016



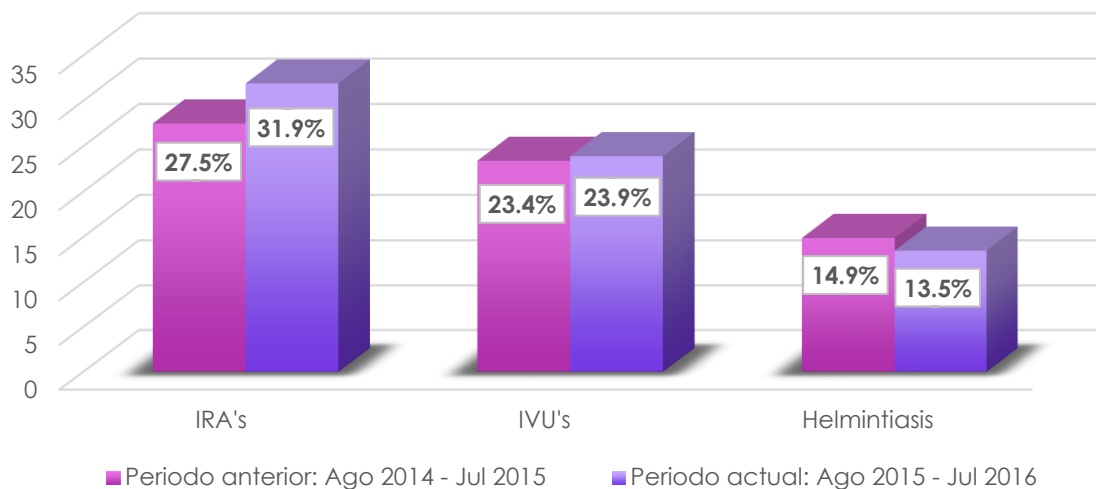
Gráfica 39 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

Las helmintiasis también se encuentran ligadas con otras enfermedades parasitarias como las amebiasis y giardiasis, causadas por protozoarios presentes principalmente en agua contaminada; y con otras enfermedades gastrointestinales infecciosas, causadas principalmente por virus y bacterias como la shigella y salmonela. Si tomamos estas enfermedades como un solo grupo, gastroenteritis infecciosas, podemos observar que tienen una prevalencia del 27% de los diagnósticos transmisibles y tendrían una tasa de 50.7 casos por cada 1,000 habitantes. (Gráfica 39)

Estas son importantes ya que también repercuten en el desarrollo y crecimiento de la población, principalmente la infantil, y cómo podemos observar en el perfil de morbilidad general la desnutrición se encuentra en el tercer lugar de prevalencia (*Tabla 1*). Este dato es de mucha importancia ya que refleja el rezago social que sigue viviendo esta región.

Haciendo una comparación con el periodo registrado anterior (agosto 2014 a julio 2015), podemos comparar la distribución de estas 3 principales enfermedades transmisibles, se puede observar que se conserva la proporción muy probablemente por los factores higiénico-ambientales anteriormente explicados. (Gráfica 40)

Comparación de Morbilidad de Enfermedades Transmisibles de la Clínica "Jesús de la Buena Esperanza", La Garrucha



Gráfica 40 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C. y Reporte de SS MPSS Leticia Lagunas

A continuación, mostramos una tabla comparativa nacional, estatal y la obtenida con nuestro perfil de morbilidad, de las tasas de incidencia por cada 1,000 habitantes de las 3 principales patologías transmisibles. Se agregó en cuarto lugar a las infecciones gastrointestinales infecciosas (GEPI) que incluyen las causas virales, bacterianas y parasitarias. Esto porque los padecimientos gastrointestinales infecciosos, sin importar la etiología, tiene una fuerte repercusión en la salud de la persona, como mencionamos anteriormente, principalmente en la población infantil, además de que refleja mucho mejor la situación de saneamiento de la región; a diferencia de ver un panorama donde las abarcamos como grupos separados.

Se consultaron los datos de la Dirección General de Epidemiología (DGE) obtenidos por el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) del año 2018, la razón de consulta de este año fue porque para el 2019 inició la pandemia por COVID19 por lo que se trató de tener los datos comparativos lo más parecido al tiempo en el que se realizó el perfil de morbilidad del presente reporte.

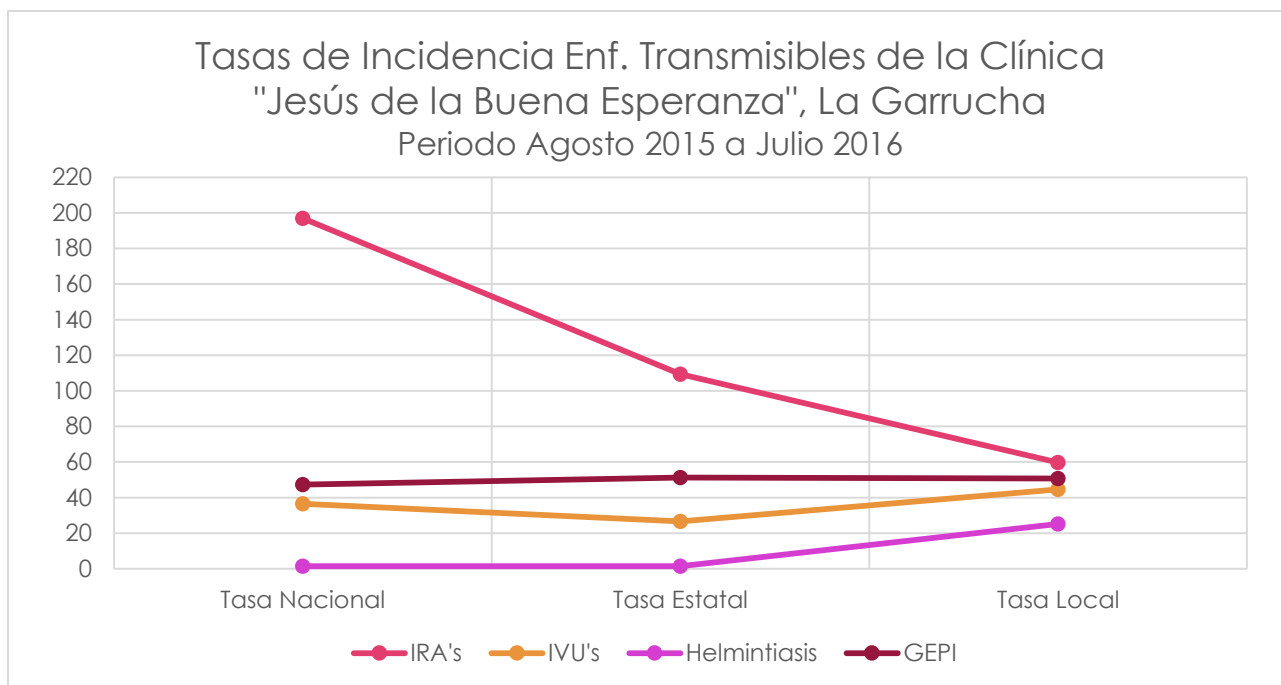
Las 3 principales patologías transmisibles registradas a nivel nacional y estatal fueron las IRA's, IVU's y las GEPI's. (DGE, 2018) La comparación de las tasas a nivel nacional, estatal y local fue la siguiente (Tabla 3 y Gráfica 41):

MORBILIDAD ENFERMEDADES TRASMISIBLES

No.	PATOLOGIA	TASA NACIONAL*	TASA ESTATAL*	TASA LOCAL*
1	Infecciones respiratorias agudas	196.9	109.3	59.8
2	Infecciones de vías urinarias	36.6	26.6	44.7
3	Helmintiasis	1.5	1.4	25.2
4	Gastroenteritis infecciosas (virales, bacterianas y parasitarias)	47.3	51.3	50.7

*Por 1,000 hab.

Tabla 3 Registro de Perfil de morbilidad SADEC A.C. y Anuario de morbilidad DGE 2018



Gráfica 41 Registro de Perfil de morbilidad SADEC A.C. y Anuario de morbilidad DGE 2018

Como podemos ver en la comparación anterior, en el caso de las infecciones gastrointestinales en general se mantiene con una tasa muy similar en los tres niveles; las infecciones de vías urinarias también tienen una tasa similar, aunque nuestros resultados nos mostraron un ligero aumento en la incidencia probablemente relacionado, como se comentó anteriormente, por el bajo consumo de agua y alto consumo de refresco, además de las deficiencias en cuestiones de distribución de agua y saneamiento.

Finalmente, donde se observa una diferencia significativa en la tasa de incidencia fue en las infecciones respiratorias agudas y helmintiasis. En el caso de las IRA's se obtuvo de los registros una tasa menor a la reportada nacional y estatal, que se podría atribuir a que los cambios climáticos son

menos bruscos, que es una población principalmente joven y menor contaminación del aire. Mientras que en el caso de las helmintiasis se obtuvo una tasa local mucho más alta, por una parte se sospecha de un subregistro de los casos de parasitosis reportados a nivel nacional y estatal principalmente, ya que sus síntomas pueden ser inespecíficos y pasar desapercibidos o ser confundidos/disfrazados por otras patologías; sin embargo, el punto más importante es que es un fuerte indicador de las condiciones de vivienda y sanidad de la localidad y las deficiencias que presentan, siendo que al tener estas fuertes carencias de servicios básicos de sanidad hay un gran aumento de dichas enfermedades, formando un círculo vicioso de enfermedad; además de ser muy importante su detección y tratamiento por el fuerte impacto que tienen en la salud y nutrición de los niños, por lo tanto en su crecimiento y desarrollo.

7.3 Principales patologías no transmisibles

Estos casos representan el 47% de los diagnósticos de primera vez, lo importante de este grupo son la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas. De los 740 diagnósticos de 1ra vez de enfermedades transmisibles, 408 (55.1%) correspondieron a las 10 patologías con mayor incidencia y su distribución por mes fue la siguiente (Tabla 4):

MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

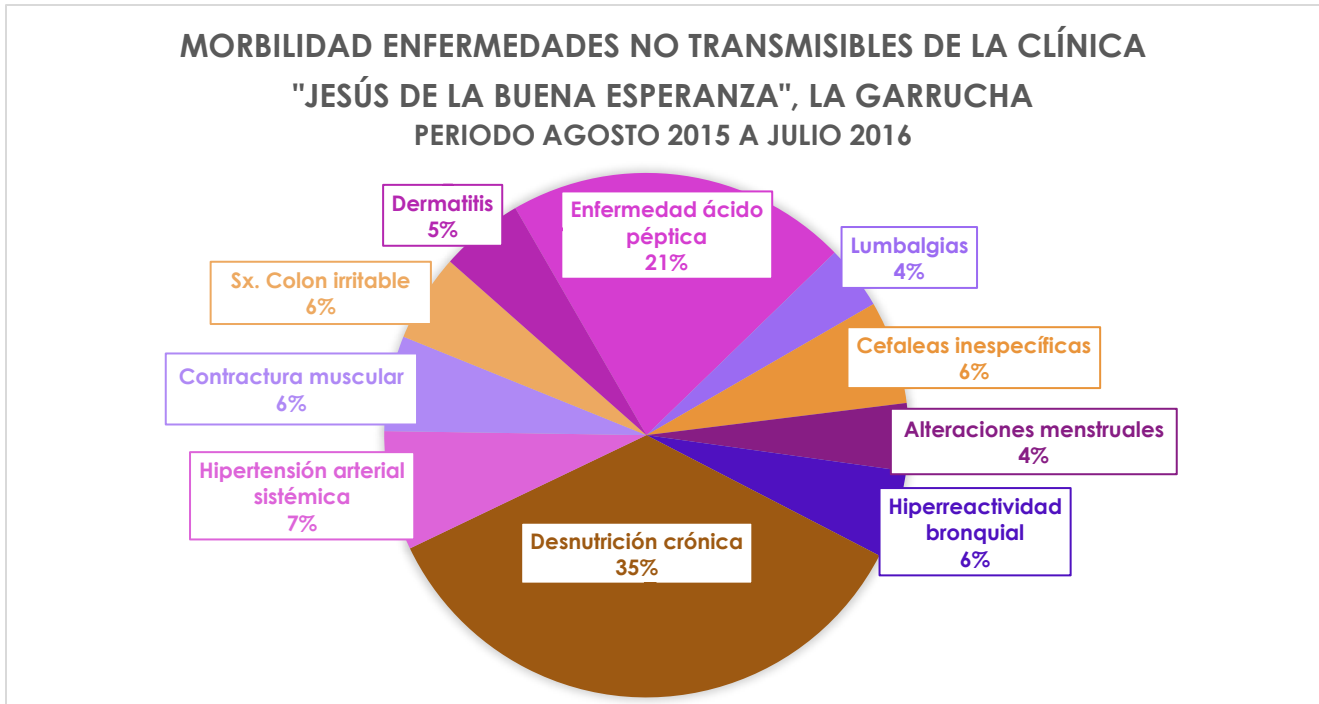
No.	PATOLOGIA	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL	TASA*
1	Desnutrición crónica	17	21	16	10	6	12	13	4	7	11	16	11	144	35.6
2	Enfermedad ácido péptica	6	11	8	4	5	2	10	5	13	11	7	4	86	21.3
3	Hipertensión arterial sistémica	0	0	4	1	5	2	5	1	3	4	3	2	30	7.4
4	Cefaleas inespecíficas	7	4	0	4	1	1	0	2	2	1	2	2	26	6.4
5	Contracturas / Fatiga muscular	4	1	3	1	2	3	5	0	1	1	1	2	24	5.9
6	Síndrome de intestino irritable / dispepsias	4	2	0	2	0	0	2	0	4	2	4	2	22	5.4
7	Hiperreactividad bronquial / Asma	1	2	3	1	1	2	2	4	1	1	3	1	22	5.4
8	Dermatitis por contacto / dermatitis atópica	3	3	3	1	1	1	0	1	2	2	2	2	21	5.2
9	Alteraciones menstruales	5	0	1	0	3	0	0	0	1	3	2	2	17	4.2
10	Lumbalgias	1	1	4	2	1	0	2	1	2	2	0	0	16	4.0

*Pob. Total 4,046

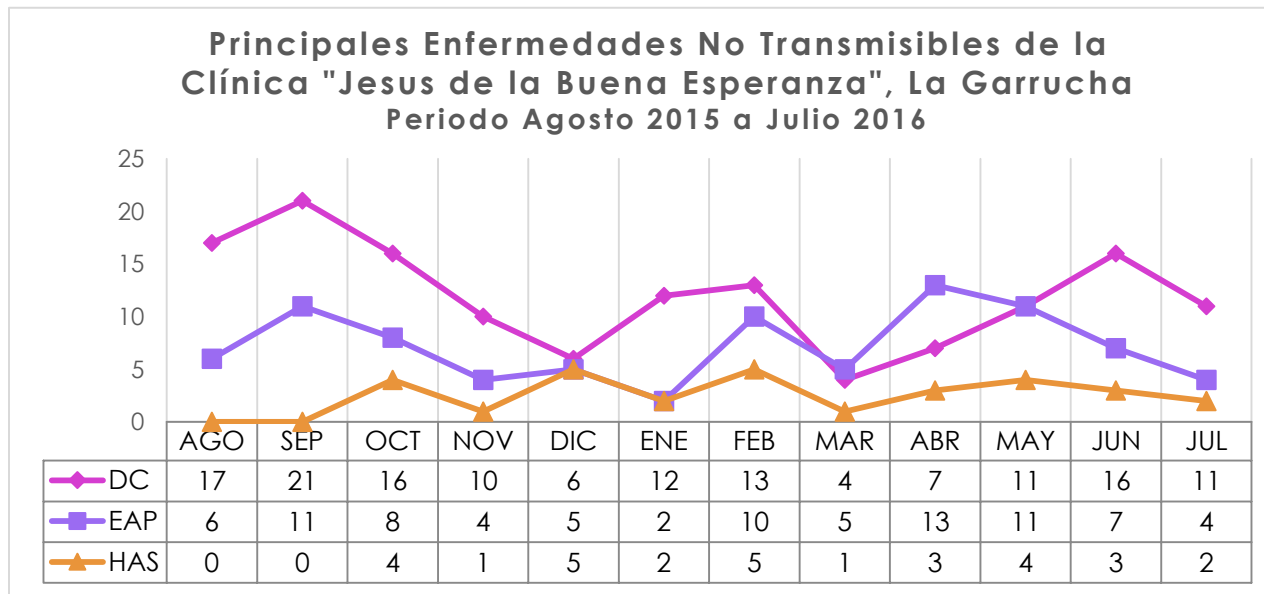
*Por 1,000 hab.

Tabla 4 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

Los primeros 3 diagnósticos con mayor incidencia fueron: la desnutrición crónica (DC), en menores de 5 años, con el 35%, seguido por la enfermedad ácido-péptica (EAP) con el 21% y finalmente la hipertensión arterial sistémica (HAS) con el 7%. (Gráfica 42)



Gráfica 42 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.



Gráfica 43 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

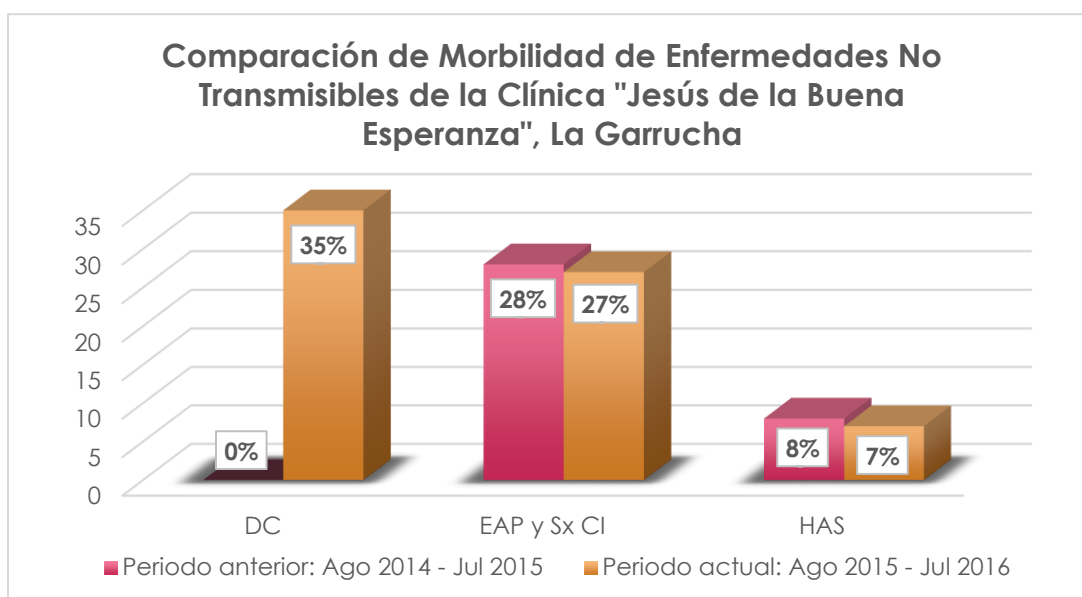
La desnutrición crónica con el 35% de incidencia y una tasa anual de 35.6 casos por cada 1,000 habitantes, se registraron en los niños menores de 5 años, de acuerdo con las mediciones y registro de peso y talla en las curvas

de crecimiento de la OMS. La distribución mensual fue irregular debido a la intermitencia de la asistencia de los niños, en el mes de octubre se realizó toma de peso y talla en conjunto con el levantamiento de índice de caries con la pasante de estomatología. (Tabla 4 y Gráfica 43)

Seguido de las enfermedades ácido pépticas con una tasa anual de 21.3 casos por cada 1,000 habitantes con el 21% de la incidencia, principalmente se encuentran incluidas las dispepsias y reflujo gastroesofágico; su incidencia se atribuye a los hábitos alimenticios y sus actividades diarias, por ejemplo, la mayoría realiza solo 2 comidas al día, el consumo de irritantes y refrescos, largas jornadas de trabajo sin ingesta de alimentos, en el caso de los hombres; y en mujeres, más comúnmente por el estrés emocional. (Tabla 4, Gráfica 42 y Gráfica 43)

En tercer lugar, tenemos la hipertensión arterial sistémica con una tasa anual de 7.4 casos por cada 1,000 habitantes y representando el 7% de los diagnósticos de primera vez no transmisibles. Aunque su tasa no es muy alta, tiene una gran importancia, pues poco a poco estas enfermedades crónico-degenerativas van teniendo mayor incidencia en estas comunidades. (Tabla 4, Gráfica 42 y Gráfica 43)

Haciendo una comparación con el periodo registrado anterior (agosto 2014 a julio 2015), podemos comparar la distribución de estas 3 principales enfermedades no transmisibles. (Gráfica 44)



Gráfica 44 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C. y Reporte de SS MPSS

En cuanto a la comparación de los casos de desnutrición crónica, no se pudo hacer una comparación real por dos razones, la primera porque la DC no se encontró dentro de las primeras causas de morbilidad en el reporte de la MPSS Leticia Lagunas por lo que no contamos con una proporción con cual compararla; y segundo porque la forma de reportar la desnutrición en menores fue distinta en ambos reportes, ya que anteriormente se utilizaba una clasificación diferente para la desnutrición clasificándola como desnutrición leve, moderada o grave de acuerdo a percentiles de crecimiento, situación que cambió posteriormente a la clasificación con los registros de las curvas de crecimiento de la OMS a clasificar la desnutrición como: desnutrición aguda, crónica o crónico agudizada.

A la proporción de las enfermedades ácido pépticas se añadió la proporción de síndrome de colon irritable con fines comparativos ya que la forma de agrupación de los diagnósticos en el reporte del periodo anterior se englobaban estos padecimientos. Como podemos observar la proporción es prácticamente la misma, coincidiendo en que el factor emocional y de estrés tiene mucha influencia en su incidencia.

De igual manera vemos que la proporción de la hipertensión arterial sistémica se mantiene, esperando que la tendencia siga siendo la misma y no ver un aumento en la incidencia de esta, aunque pareciera que, si se mantienen los nuevos hábitos alimenticios que están llegando a las comunidades, esta tendencia no se mantendría y comenzaría a elevarse, por lo que es muy importante el trabajo de la prevención y sensibilización sobre los temas de las enfermedades crónico-degenerativas.

Por lo anterior, también sería importante mencionar la incidencia de la diabetes mellitus (DM), que si bien no aparece dentro de las primeras causas de morbilidad, se encuentran en estrecha relación; durante este periodo tuvo una incidencia de 2.5 casos por cada 1,000 habitantes en comparación con una tasa de 6.5 casos por cada 1,000 habitantes reportada en el periodo anterior, esta diferencia en las tasas de incidencia puede deberse a que en este periodo la mayoría de los diagnósticos de diabetes mellitus fueron subsecuentes, es decir de seguimiento y se captaron pocos casos nuevos, esto es un punto positivo ya que como se menciona anteriormente, lo ideal es que la incidencia de estas

enfermedades baje con las medidas de prevención y sensibilización sobre estas enfermedades.

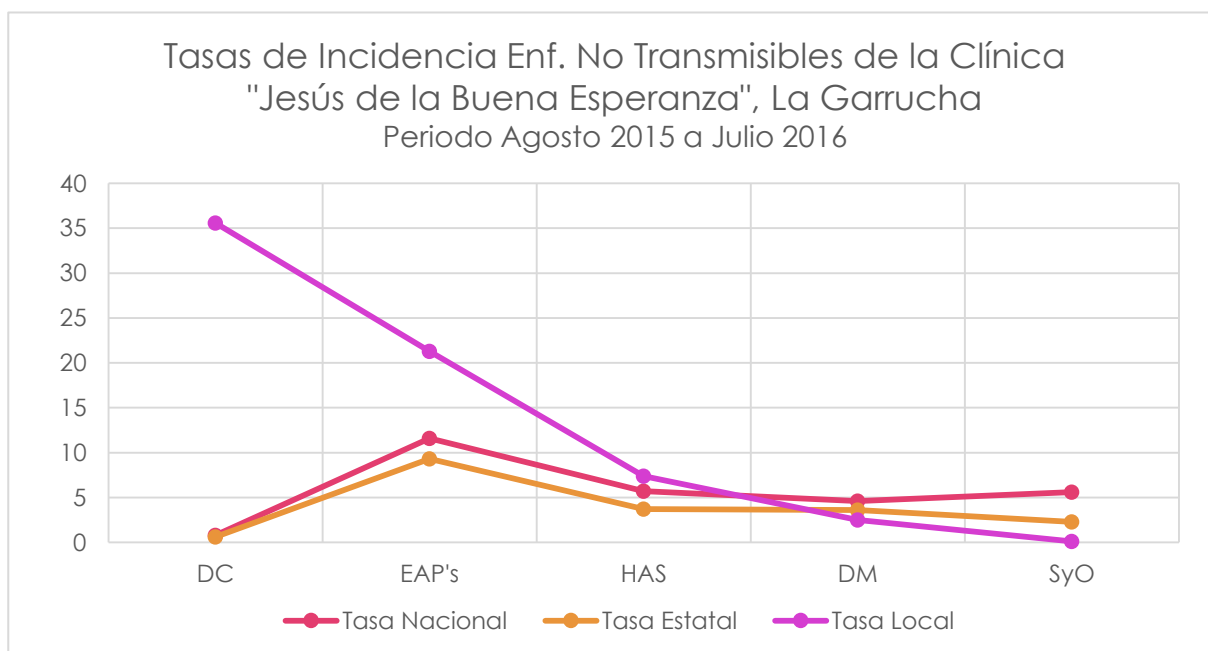
En cuanto a las tasas nacionales y estatales de las 3 principales patologías no transmisibles registradas, encontramos una ligera diferencia en el orden de los diagnósticos. A nivel nacional fueron las EAP's (gastritis, duodenitis y úlceras gástricas), obesidad y HAS, podríamos incluir en cuarto lugar la DM por la incidencia tan similar a la HAS; mientras que a nivel estatal encontramos igualmente en primer lugar las EAP's, seguido de la DM, en tercer lugar, la HAS y finalmente la obesidad en cuarto lugar. (DGE, 2018)

Para visualizarlo de mejor manera, la comparación de las tasas a nivel nacional, estatal y local fue la siguiente (Tabla 5 y Gráfica 45):

MORBILIDAD ENFERMEADES NO TRASMISIBLES

No.	PATOLOGIA	TASA NACIONAL*	TASA ESTATAL*	TASA LOCAL*
1	Desnutrición crónica	0.8	0.6	35.6
2	Enfermedad ácido-péptica	11.6	9.3	21.3
3	Hipertensión arterial sistémica	5.7	3.7	7.4
4	Diabetes Mellitus	4.6	3.6	2.5
5	Obesidad	5.6	2.3	0.1
				*Por 1,000 hab.

Tabla 5 Registro de Perfil de morbilidad SADEC A.C. y Anuario de morbilidad DGE 2018



Gráfica 45 Registro de Perfil de morbilidad SADEC A.C. y Anuario de morbilidad DGE 2018

Como podemos ver en la comparación anterior, en el caso de la desnutrición crónica hay una gran diferencia en las tasas nacional y estatal en comparación con la obtenida de los registros locales, mientras que en la nacional y estatal se mantiene en <1 , la encontrada en nuestros datos registrados es de 35.6; esto es un dato muy importante e interesante a analizar por ejemplo, por lo observado en la atención médica de distintas instituciones de salud y los años de experiencia en la atención médica personales, me atrevo a decir que las tasas reportadas a nivel estatal y nacional se encuentran sesgadas por el subregistro de la patología y la razón es tan simple como que muchas veces el personal de salud no le da la importancia debida a la vigilancia del estado nutricional de los niños, es decir, el correcto análisis y medición del peso y la talla. En muchas ocasiones me tocó aclarar dudas de las madres sobre el estado de crecimiento y desarrollo de sus hijos, porque al llevarlo a revisión en su centro de salud le decían que “tenía peso bajo”, así sin mayor explicación e incluso en muchas ocasiones sin haber sido debidamente medido; ya en mi revisión en la consulta al momento de graficar sus medidas en las curvas de crecimiento se encontraba por ejemplo, que presentaba desnutrición crónica (talla baja para la edad) por lo que el niño no podría tener el peso esperado para la edad o de lo contrario caería en sobrepeso u obesidad, o en el caso contrario, se encontraba con una buena talla para la edad y el peso para la talla también se encontraba normal, por lo que solo el peso para la edad bajo no reflejaba algún estado de desnutrición y solo era una variación en la media o por algún padecimiento agudo como una gripa o diarrea que se resolvería sin complicaciones y sin necesidad de hacer correcciones nutricionales. Casos como estos se repiten constantemente en las diferentes instituciones de salud pública, también por la saturación de los servicios de consulta que en ocasiones llevan a que la revisión sea rápida y se enfoque en otros padecimientos dejando de lado el control de crecimiento y desarrollo si el niño “se ve en buenas condiciones”; en el caso de la consulta médica en las clínicas autónomas y con la integración de los programas de vigilancia hacen que se tenga muy en cuenta el seguimiento de los niños y su desarrollo, a lo que se puede deber la diferencia en las tasas de incidencia registradas.

La incidencia de las enfermedades ácido pépticas, de igual manera es casi el doble de la reportada nacionalmente, como mencionamos anteriormente, una causa frecuente de las exacerbaciones de este padecimiento es los hábitos alimenticios y el estado emocional y/o estrés, lo observado en este caso fue que la mayoría de las personas que padecían de estas enfermedades eran mujeres, las cuales son una población vulnerable, por las condiciones sociales y culturales, que las hacen más propensas a padecimientos psicológicas y emocionales.

Finalmente, comparando las enfermedades crónico-degenerativas HAS, DM y obesidad encontramos que:

- La incidencia de la hipertensión arterial sistémica obtuvimos una tasa mayor a la nacional y estatal, esta incidencia, así como la de diabetes se encuentra relacionada con el sobrepeso y obesidad que cada vez va ganando más terreno en la población.
- En el caso de la diabetes mellitus se obtuvo una tasa de incidencia menor a la nacional y estatal. La baja en la incidencia, de acuerdo a la experiencia vivida en la consulta diaria, parece que pudiera deberse primero a que la mayoría de los pacientes con diabetes vistos en el periodo fueron de seguimiento; y por otro lado se tuvo durante aproximadamente 3 meses dificultades para realizar el tamizaje de nuevos casos, porque no se contaba con el material necesario (tiras reactivas para el glucómetro) que tardaron en reponer por falta de disponibilidad al comprar el material por parte de los promotores de salud. La tendencia de las tasas de incidencia podría estar en aumento principalmente si se siguen propagando los hábitos alimenticios modificados por alimentos altos en azúcares procesados y cambio en los estilos de vida.
- Con los casos de sobrepeso y obesidad la tasa de incidencia fue mucho más baja que la nacional y estatal, aunque podemos decir que se tuvo un subregistro de la patología, la realidad de la consulta médica es que sí hay poca incidencia de sobrepeso y obesidad en las comunidades por el estilo de vida y actividades de trabajo en el campo, pero no significa que esto esté cambiando gracias al cambio de línea de trabajos como choferes de transporte y dueños de

tienditas, además de la introducción de alimentos ultra procesados y muy altos en azúcares que se han puesto en tendencia de consumo y que tienen una fama “buena” y mucha aceptación entre la población. Anteriormente se consideraba una enfermedad de zonas urbanizadas por la disponibilidad de este tipo de alimentos y por los estilos de vida más sedentarios que en las zonas rurales, sin embargo, con el paso del tiempo se ha visto que la incidencia se ha extendido a las distintas regiones.

7.4 Daño diferencial

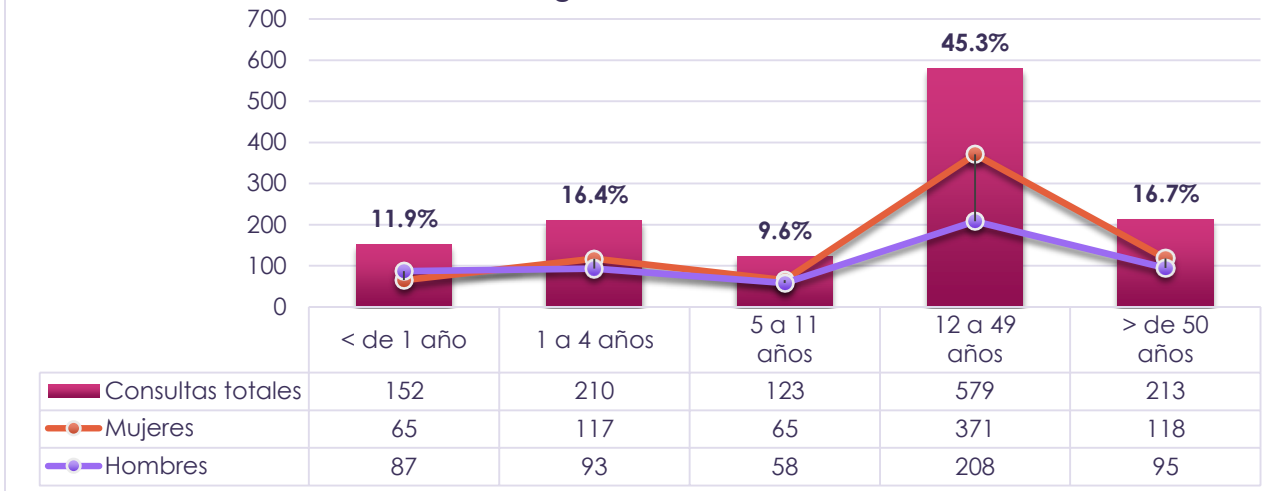
El perfil de morbilidad mensual se manejó por grupos de edad de 0 a 1, 1 a 4, 5 a 11, 12 a 49 y más de 50 años, con el objetivo de identificar las enfermedades que presentan mayor incidencia según el grupo etario.

A continuación, se presentan las principales causas de morbilidad anual según los grupos anteriores y podemos observar en la gráfica siguiente que la mayoría se concentra dentro de los 12 a los 49 años, que corresponde a la etapa de edad reproductiva y productiva.

Seguido por el grupo de mayores de 50 años en las que predominan principalmente las enfermedades crónicas degenerativas.

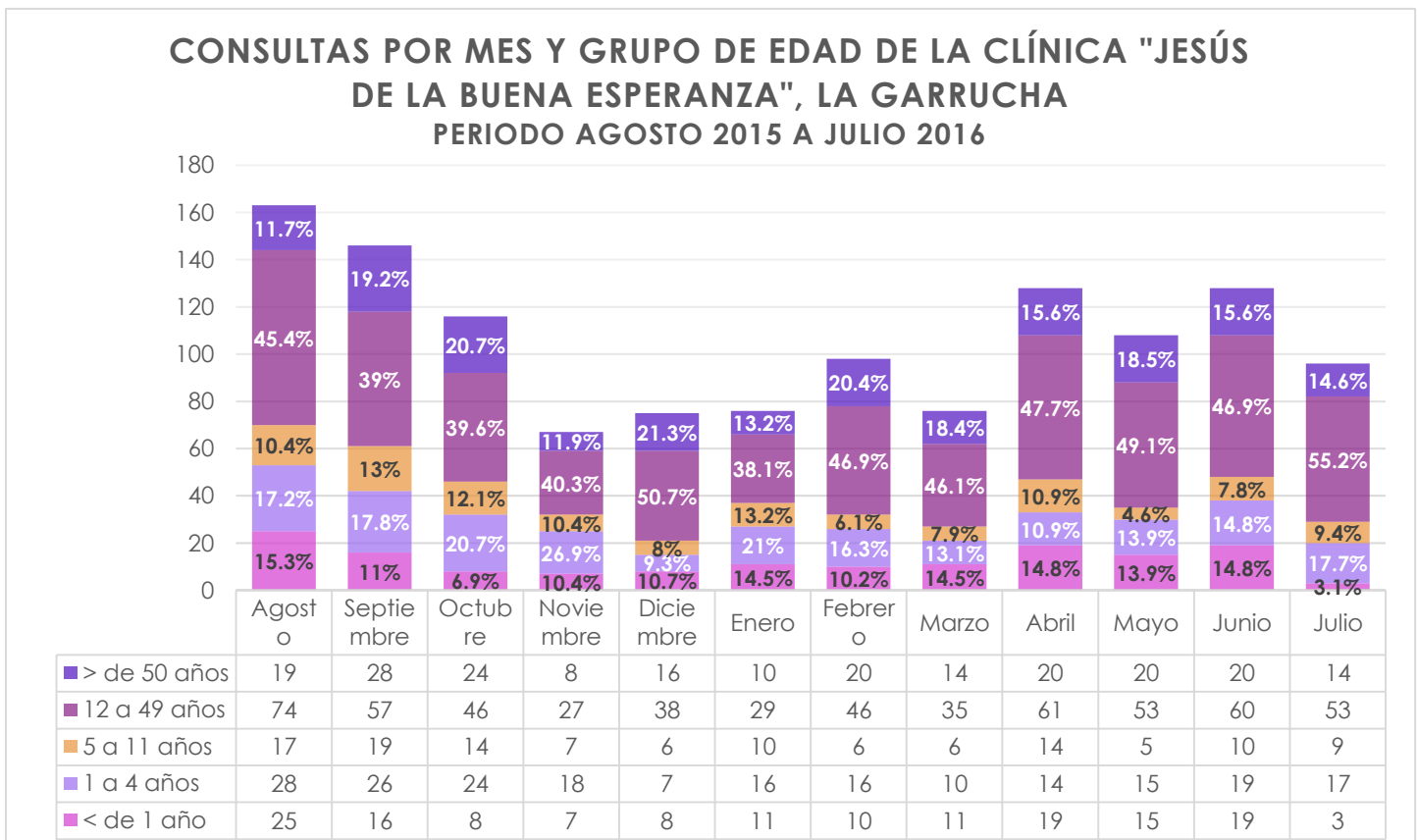
Y en tercer lugar el grupo de 1 a 4 años, un grupo importante de la población infantil por los procesos de desarrollo que se tienen por lo que es importante vigilar la correcta alimentación complementaria y la incidencia de patologías infecciosas y estado de desnutrición, que tienden a acentuarse dentro de esta población. (Gráfica 46)

Consultas por género y grupo de edad de la Clínica "Jesús de la Buena Esperanza", La Garrucha Periodo Agosto 2015 a Julio 2016



Gráfica 46 Registro de Consulta diaria SADEC A.C.

La distribución consultas por mes y grupo de edad fue la siguiente (Gráfica 47):



Gráfica 47 Registro de Consulta diaria SADEC A.C.

7.4.1 Morbilidad en menores de 1 año

Los menores de 1 año son un grupo que se encuentran en una etapa en que son más susceptibles y vulnerables por factores prenatales y externos como las enfermedades, esquemas incompletos de vacunación y alimentación inadecuada.

Como se observa en la siguiente gráfica este grupo etario es más susceptible a enfermedades transmisibles agudas, en primer lugar, las infecciones respiratorias agudas, seguido de las infecciones gastrointestinales y finalmente la desnutrición cónica.

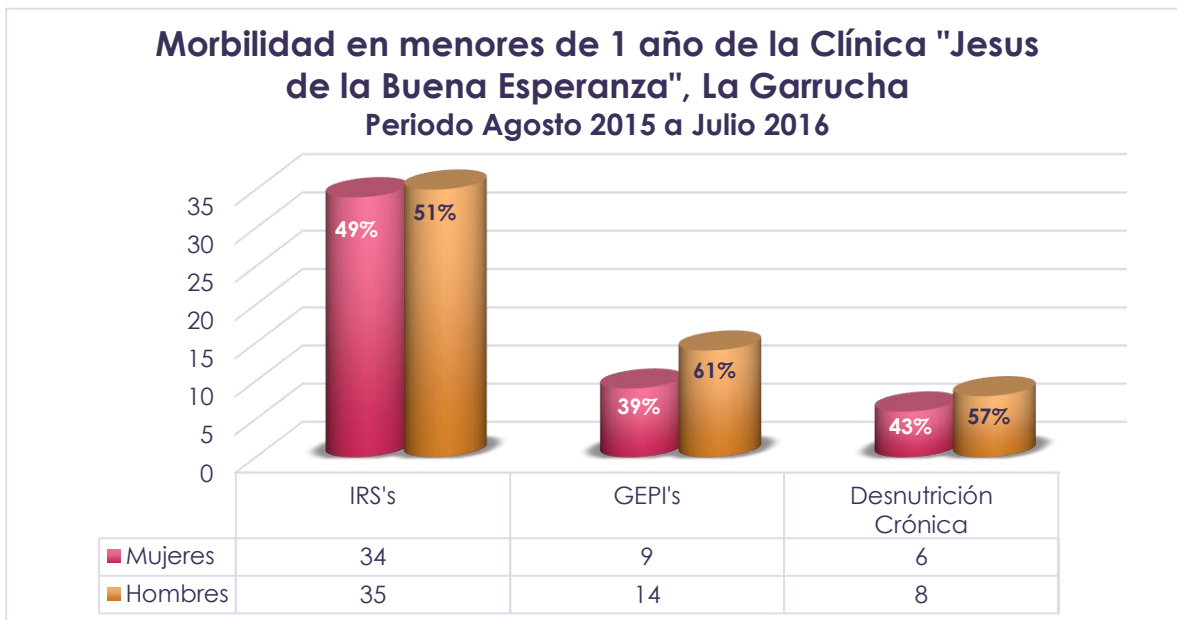
La importancia de las primeras dos patologías, aunque son agudas y la mayoría de las veces no se complican, pueden favorecer un estado de deshidratación o malnutrición en niños de esta edad que finalmente afectará directamente en su crecimiento y desarrollo; y como podemos ver, la tercera causa de morbilidad es la desnutrición crónica que nos habla de que los niños ya presentan las consecuencias de la malnutrición (no tener una buena lactancia o transición de alimentación complementaria), enfermedades crónicas y/o enfermedades agudas constantes. (Gráfica 48)



Gráfica 48 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

Teniendo esto en cuenta es importante mantener una buena vigilancia en la prevención de este tipo de enfermedades y en la valoración de una buena técnica de lactancia y posteriormente la progresión a la

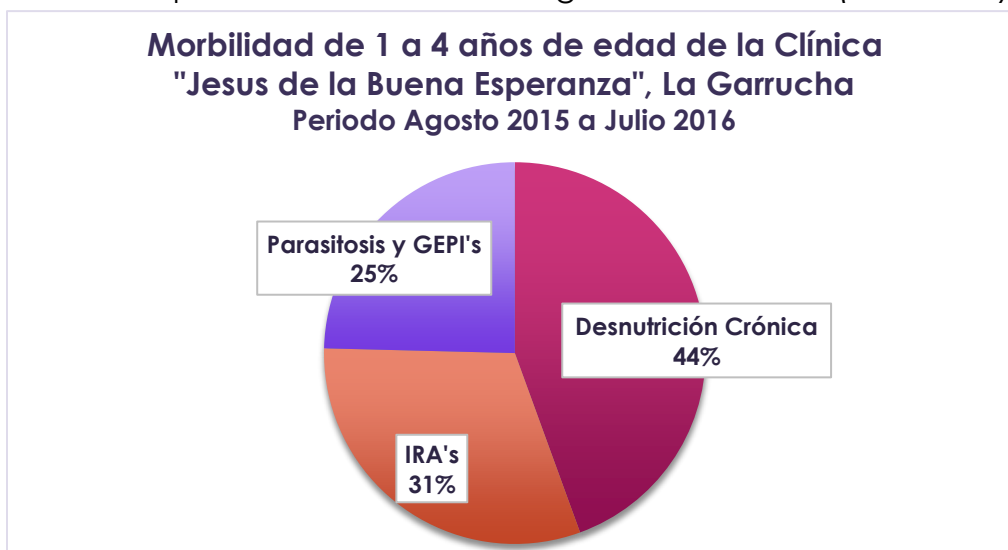
alimentación complementaria. En el análisis por género de los 3 casos se encontró mayor incidencia en hombres. (Gráfica 49)



Gráfica 49 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

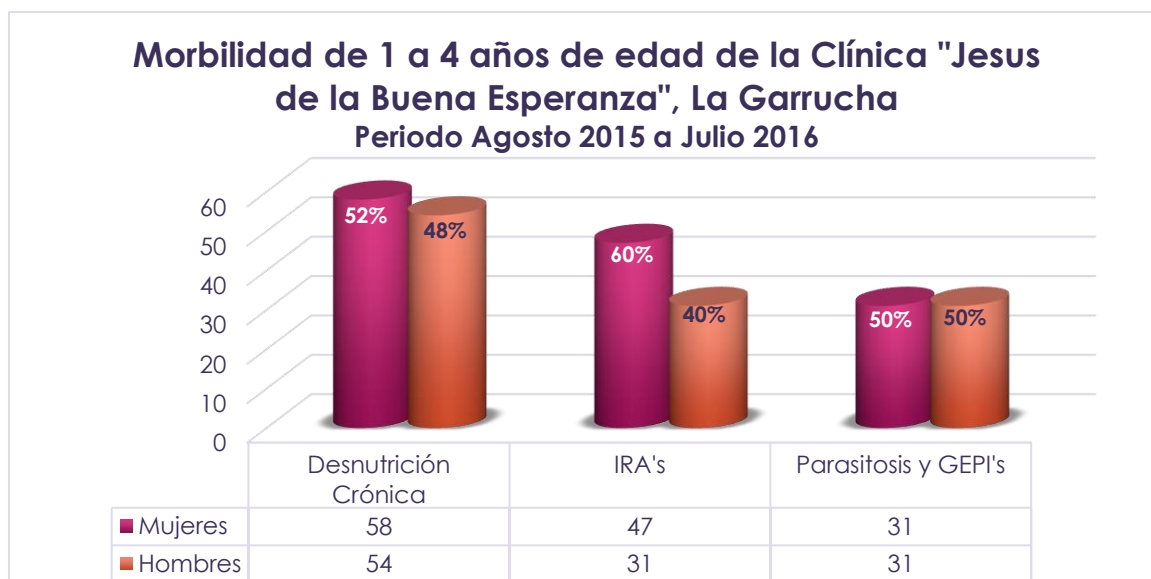
7.4.2 Morbilidad de 1 a 4 años de edad

Este grupo sigue siendo susceptible ya que los niños se integran a la alimentación familiar y es la etapa en que más se desarrolla su crecimiento, como se observa en la siguiente gráfica la primera causa de morbilidad fue la desnutrición crónica y como lo vimos en el grupo anterior, se acompañan como principales causas de morbilidad las infecciones respiratorias agudas, seguidas de las parasitosis e infecciones gastrointestinales. (Gráfica 50)



Gráfica 50 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

La alta incidencia de desnutrición crónica nos habla de las consecuencias de una inadecuada progresión de la alimentación complementaria y/o enfermedades constantes. Al integrarse a la alimentación familiar, se encuentran potencialmente expuestos a enfermedades gastrointestinales, siendo la principal causa las parasitosis intestinales, lo que se refleja en su desarrollo y crecimiento. La distribución de la incidencia por género nos muestra que tuvo un predominio en las mujeres. (Gráfica 51)



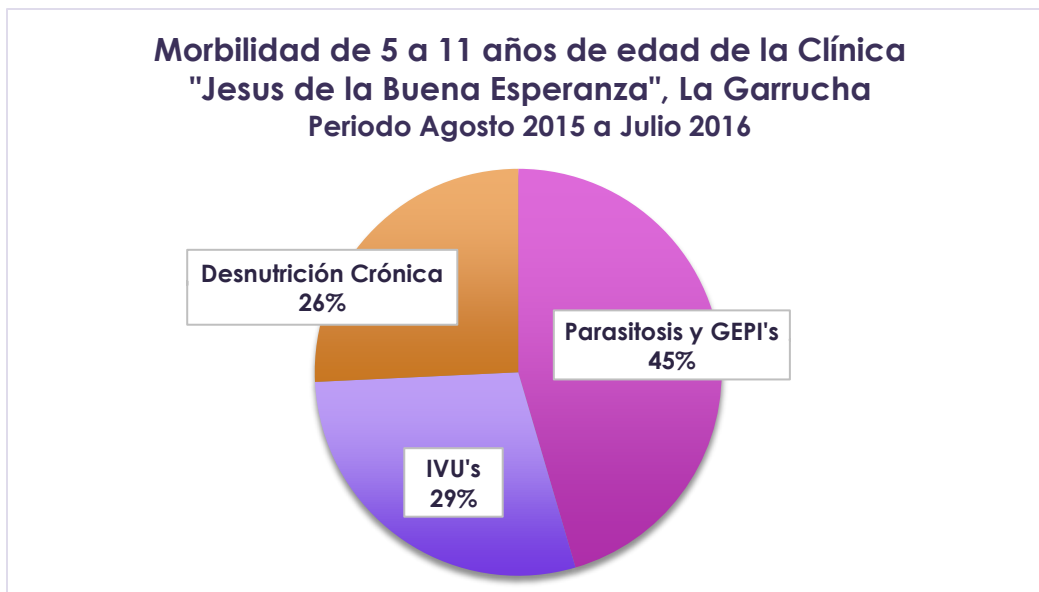
Gráfica 51 registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

Por lo que es importante enfocarse en seguir promoviendo una correcta alimentación complementaria además de una alimentación balanceada, la mejora de los servicios de agua y saneamiento sabiendo que las infecciones gastrointestinales y parasitosis se relacionan directamente con la higiene, vivienda, conservación de alimentos y servicios de agua.

7.4.3 Morbilidad de 5 a 11 años de edad

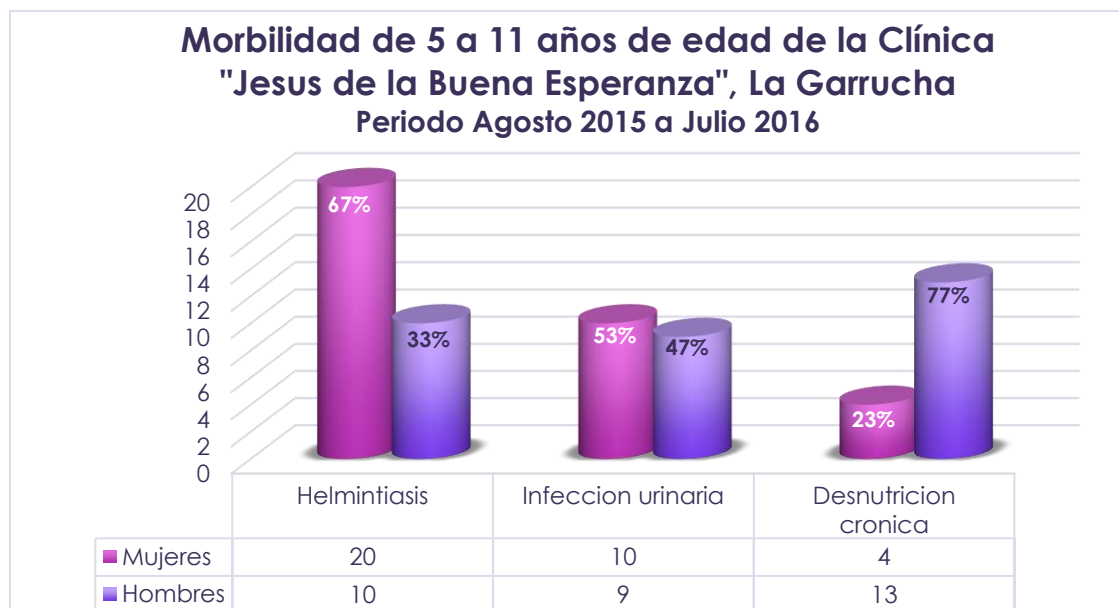
En este grupo de edad aunque los niños tienen mayores defensas inmunológicas, siguen muy susceptibles a las enfermedades infecciosas, la morbilidad se mantiene similar al grupo anterior siendo la diferencia que en este grupo las infecciones gastrointestinales y parasitosis se vuelven la primera causa, que como ya se mencionó en varias ocasiones, son secundarias a diversos factores tanto higiénicos como las condiciones de vivienda y saneamiento de la región; recordando que muchas casas

cuentan con piso de tierra, hay frecuente convivencia con animales, no cuentan con drenaje e incluso algunas tampoco con letrina. Como segunda causa se encuentran las infecciones de vías urinarias, seguido de la desnutrición crónica. (Gráfica 52)



Gráfica 52 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

Se ha trabajado realizando campañas de prevención con temas de higiene como la enseñanza del lavado de manos, importancia de la desparasitación, correcto manejo del agua, etc. En la siguiente gráfica podemos ver la distribución por género de la morbilidad. (Gráfica 53)

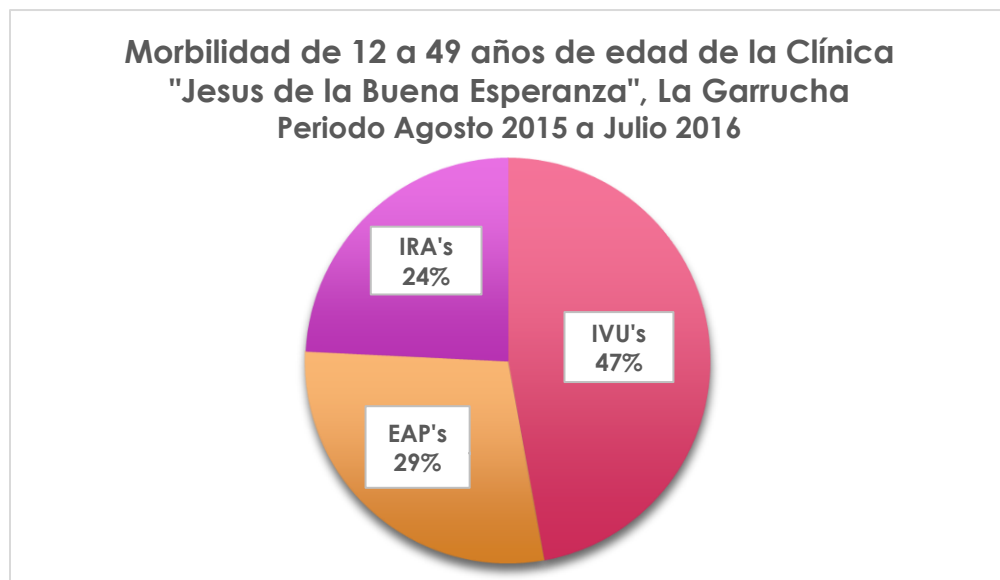


Gráfica 53 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

7.4.4 Morbilidad de 12 a 49 años de edad

Encontramos que en este grupo etario hay mayor incidencia de enfermedades transmisibles teniendo como primera causa de morbilidad las infecciones de las vías urinarias, principalmente causadas por baja ingesta de agua, alto consumo de refresco, así como por patologías de la vejiga relacionadas con multiparidad en mujeres o por hiperplasia prostática benigna en hombres.

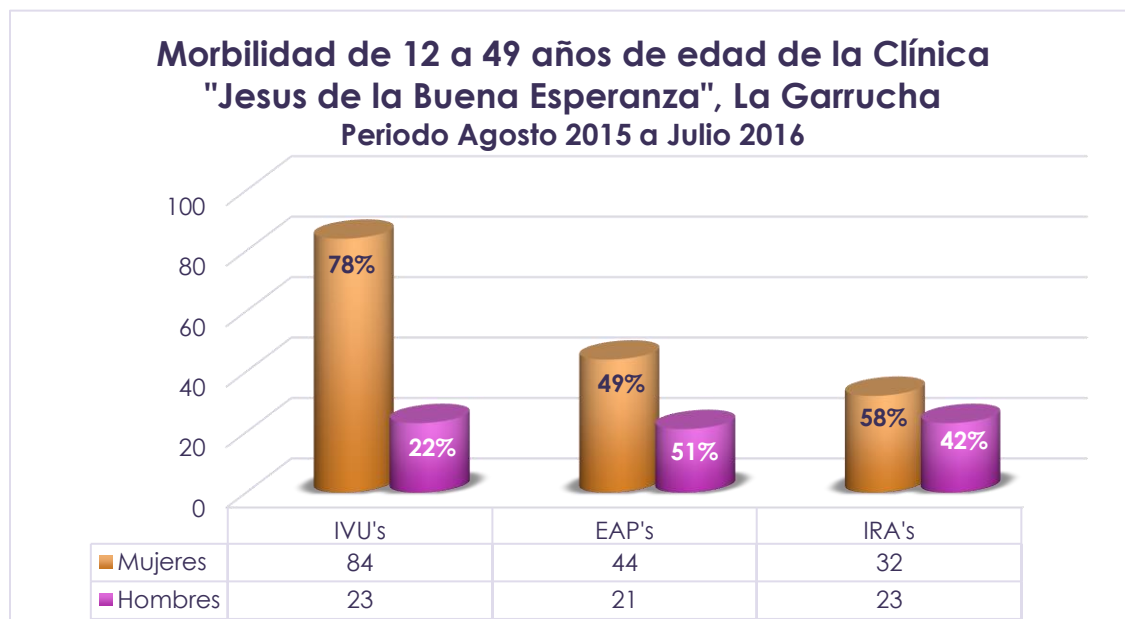
En segundo lugar, de morbilidad tenemos la enfermedad ácido péptica, que como se explicó anteriormente, el factor emocional tiene un gran peso en su incidencia correspondiendo también al inicio y desarrollo de la adultez, etapa en la cual frecuentemente se desencadenan los problemas emocionales y de estrés, además de los hábitos alimenticios que fomentan el desarrollo de estas enfermedades de forma crónica. Como tercera causa de morbilidad tenemos las infecciones respiratorias agudas. (Gráfica 54)



Gráfica 54 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

Podemos ver que la incidencia fue mayor en mujeres, y viendo las causas de morbilidad va de acuerdo con la distribución por género. En el caso de las infecciones de vías urinarias el género femenino se encuentra más vulnerable desde la anatomía que las hace más propensas a este tipo de infecciones, además de los hábitos alimenticios en los que tienen una muy baja ingesta de agua y las condiciones del embarazo, entre otras. En cuanto

a la enfermedad ácido péptica coincide que la incidencia sea mayor en mujeres ya que se observó que muchas de ellas se mantenían con mucho estrés e incluso algunas con afectaciones emocionales evidentes por las condiciones sociales bajo las que viven y el rol que tienen dentro de esta. (Gráfica 55)



Gráfica 55 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

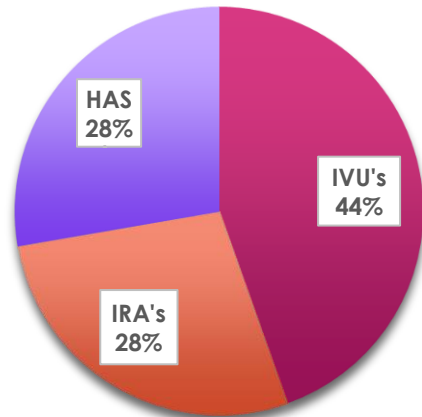
7.4.5 Morbilidad en mayores de 50 años de edad

Este grupo etario comienza una etapa de adulto mayor, en el que comienza a disminuir su participación productiva y que puede estar agravado por enfermedades crónicas.

La morbilidad de este grupo principalmente fueron enfermedades infecciosas por condiciones persistentes ya explicadas, pero también comienzan a presentarse las enfermedades crónicas como son hipertensión arterial sistémica, que se encuentra como tercera causa de morbilidad.

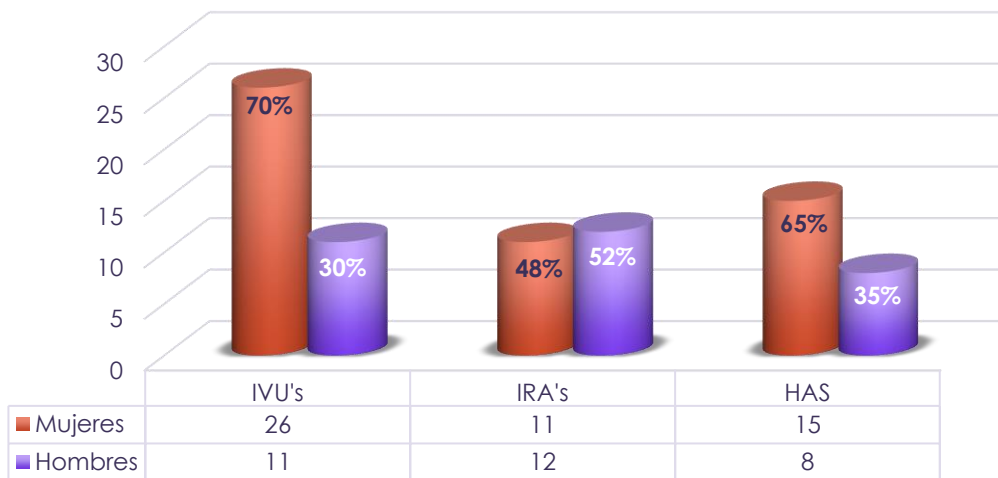
Como podemos ver, la importancia de las medidas de prevención recae en evitar que la incidencia de las enfermedades crónicas aumente; al ser enfermedades que se desarrollan con el tiempo y las condiciones de vida, realizar y fomentar medidas de prevención desde es de suma importancia desde que se alcanza la adultez y mucho antes de que se desarrolle la enfermedad. (Gráfica 56 y Gráfica 57)

**Morbilidad en mayores de 50 años de edad de la Clínica "Jesus de la Buena Esperanza", La Garrucha
Periodo Agosto 2015 a Julio 2016**



Gráfica 56 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

**Morbilidad en mayores de 50 años de edad de la Clínica "Jesus de la Buena Esperanza", La Garrucha
Periodo Agosto 2015 a Julio 2016**



Gráfica 57 Registro de Perfil de morbilidad mensual y anual SADEC A.C.

8. SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS

La asociación civil SADEC A.C. en conjunto con el Sistema de Salud Autónomo Zapatista, a lo largo de los años han implementado 5 programas principales que se llevan a cabo en las Clínicas Autónomas, para la atención, vigilancia y control de los grupos más vulnerables. Aunque el registro y control de los programas se llevan aparte de la consulta general,

no se pueden separar uno de la otra ya que la mayoría del seguimiento es a través de esta.

Su enfoque se centra en el modelo de atención primaria de salud. Los pacientes son ingresados a los programas a partir de su segunda consulta de valoración, donde los candidatos son tanto pacientes zapatistas como partidistas de la comunidad de La Garrucha como de 40 comunidades aledañas, ya que la atención médica en las dos clínicas está dedicada al público en general, sin considerar afiliación política.

Las clínicas de La Garrucha, como ya habíamos mencionado anteriormente, tienen la característica de ser centros de atención tanto para la población de la comunidad como de las aledañas ya que alrededor no cuentan con clínicas o consultorios del sistema gubernamental de salud además de la confianza que le tienen a las clínicas por no ser “de gobierno”. Y al ser una gran cantidad de estos pacientes de otras comunidades, por las distancias (algunas ubicadas hasta más de 3 horas de distancia) y dificultades de transporte, vías de acceso y comunicación entre comunidades, muchas veces nos enfrentamos a una atención irregular en cuanto al seguimiento por su discontinuidad en la asistencia.

También están los casos de pacientes partidistas que además de llevar su control en alguna de estas clínicas, llevan control en clínicas de la Secretaría de Salud, donde la distribución del medicamento es gratuita (aun así, la mayoría del tiempo las unidades no contaban con insumos o medicamentos, referido por los mismos pacientes).

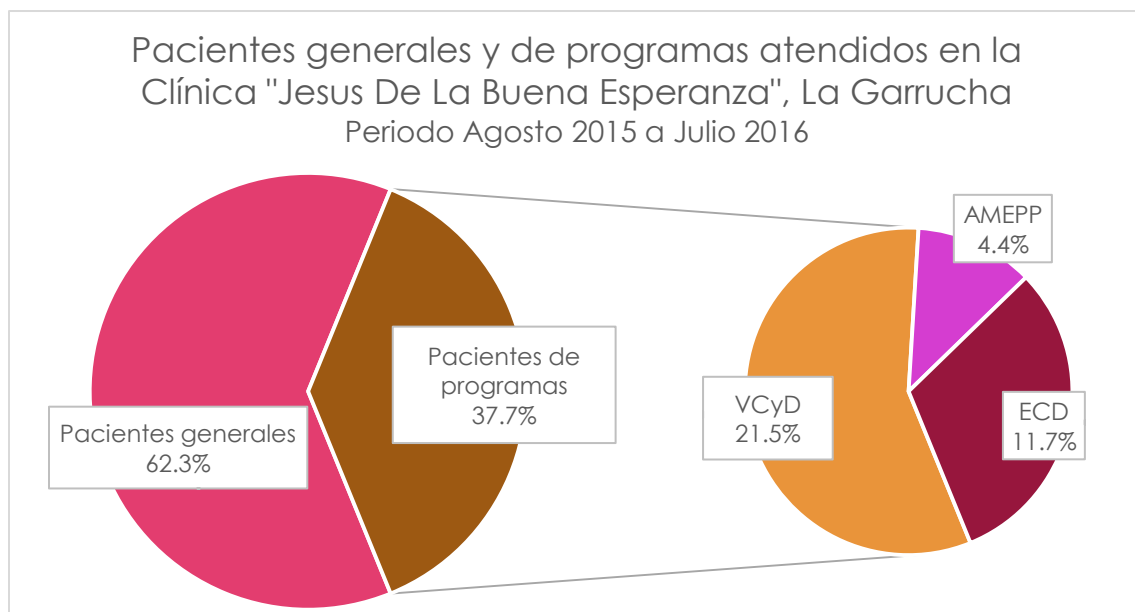
Estos programas, a su vez se alinean con metas del derecho a la salud, interculturalidad y género, los cuales se presentarán en el siguiente orden:

1. Programa de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (AMEPP)
2. Programa de Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo (VCYD)
3. Programa de Atención de enfermedades Crónico-Degenerativas (ECD)
4. Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (DOCaCU)

5. Programa de Atención ante casos de violencia hacia las mujeres (AVM)

Estos programas se llevan principalmente en la clínica de medicina general "Jesús de la Buena Esperanza", pero en el caso del Programa AMEPP se modifica un poco, como ya explicaremos más adelante, por la presencia de la clínica de la mujer "La Comandanta Ramona".

Durante el periodo, del total de 948 pacientes generales, se atendieron a 357 pacientes pertenecientes a los diferentes programas de vigilancia representando el 37.7% del total de pacientes atendidos. (Gráfica 58)

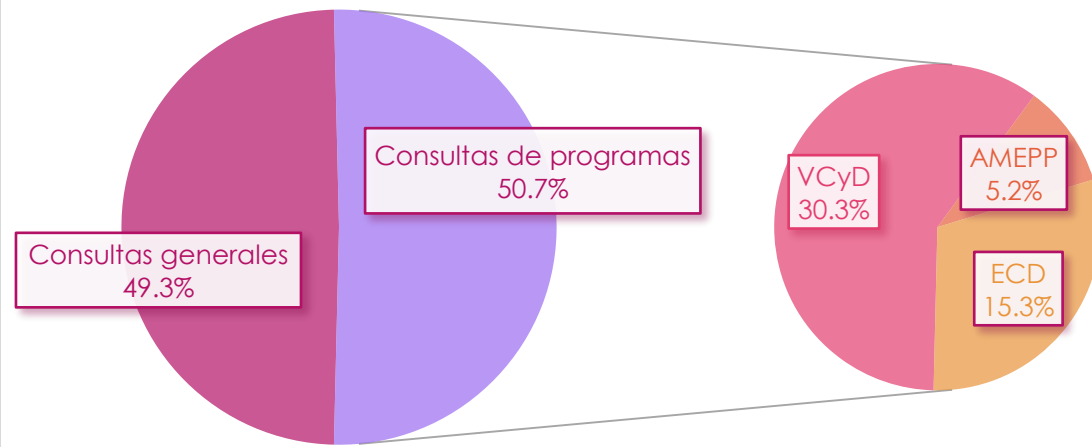


Gráfica 58 FUENTE: Censos de programas y Registro de consulta diaria

De las 1,277 consultas generales del periodo, 648 fueron consultas de los programas de vigilancia representando el 50.7% del total de consultas.

Como podemos observar en las gráficas (Gráfica 59) son proporciones importantes ya que estos pacientes se mantienen en mas estrecha vigilancia como ya se ha explicado anteriormente y veremos en los objetivos de cada programa.

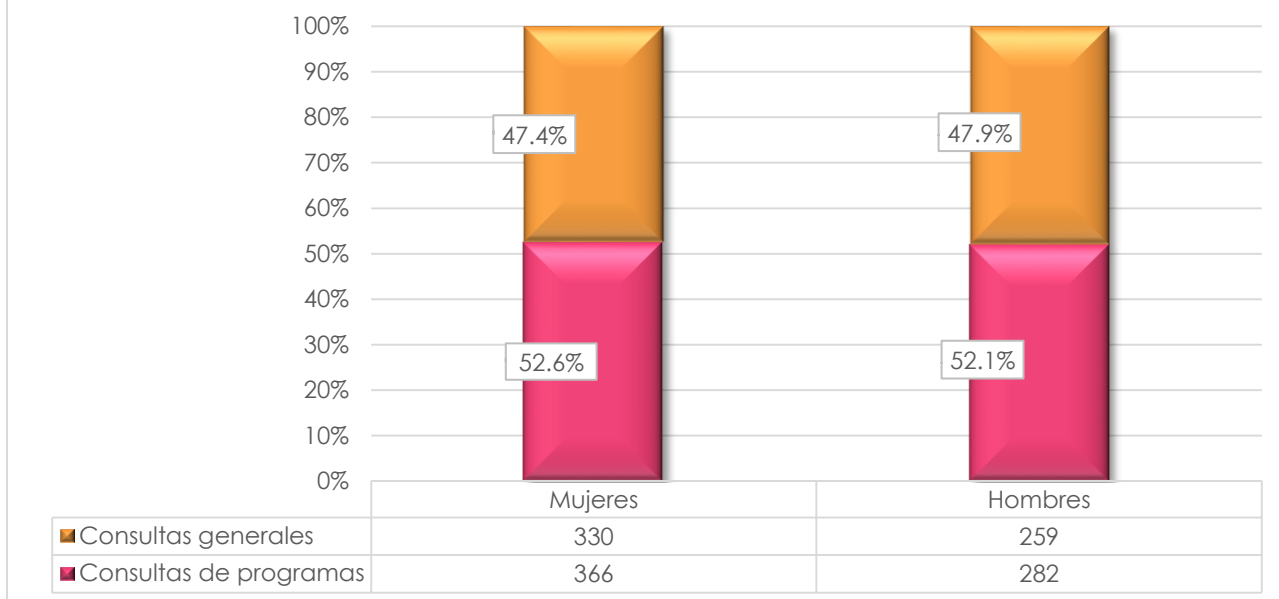
CONSULTAS GENERALES Y DE PROGRAMAS EN LA CLÍNICA "JESUS DE LA BUENA ESPERANZA", LA GARRUCHA PERIODO AGOSTO 2015 A JULIO 2016



Gráfica 59 FUENTE: Censos de programas y Registro de consulta diaria

Tomando en cuenta que de las 1,277 consultas totales de periodo fue de 106.4 consultas por mes; y de las 648 consultas de programas en el periodo, el promedio fue de 54 consultas por mes; encontramos que aproximadamente el 50.7% de las consultas mensuales correspondían a consultas de los distintos programas de vigilancia. (Gráfica 60)

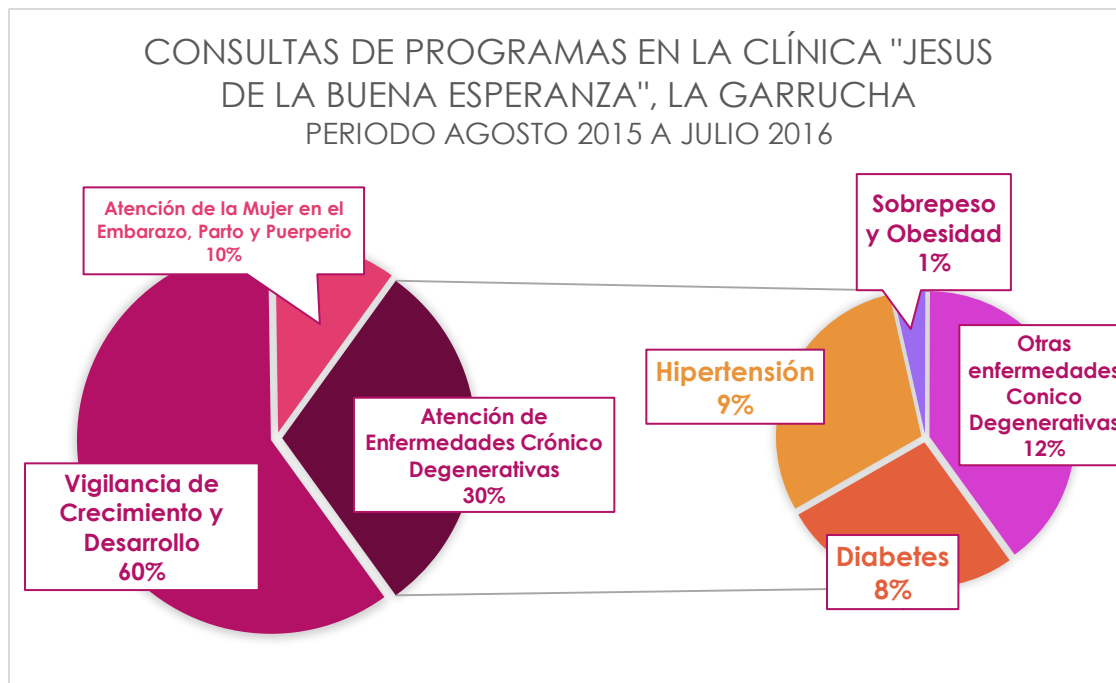
CONSULTAS GENERALES Y DE PROGRAMAS POR GENERO EN LA CLÍNICA "JESUS DE LA BUENA ESPERANZA", LA GARRUCHA PERIODO AGOSTO 2015 A JULIO 2016



Gráfica 60 FUENTE: Censos de programas y Registro de consulta diaria

En cuanto a la distribución de las consultas por programa tuvimos por orden de cantidad de consultas (Gráfica 61):

1. Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo con 387 consultas
2. Atención a Enfermedades Crónico-Degenerativas con 195 consultas
3. Atención de la Mujer en el Embarazo, Parto y Puerperio con 66 consultas



Gráfica 61 FUENTE: Censos de programas y Registro de consulta diaria

En cuanto a los otros dos programas: Detección Oportuna de Cáncer Cervico-Uterino y Atención ante casos de violencia hacia las mujeres no tuvimos consultas durante el periodo, más adelante se explica el caso de cada programa.

8.1 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio

Siendo la población de mujeres indígenas una población muy vulnerable por las condiciones en las que muchas veces se desarrolla su embarazo como: el poco y difícil acceso a servicios de salud, especialmente en situaciones de emergencia, la escasez de instituciones de servicios de salud para el seguimiento regular del embarazo, el deficiente sistema sanitario que presentan las comunidades que dificultan poder tener mejores medidas higiénicas, la discriminación ante las lenguas indígenas que causa una barrera de comunicación y por lo tanto falta de comunicación entre los prestadores de salud y las pacientes, entre muchas otras; este programa pretende garantizar una maternidad saludable a través de la identificación de riesgos, diagnóstico temprano y atención médica oportuna en los periodos previos a la concepción, obstétricos y/o perinatales que contribuyen a la muerte materna y perinatal, como la pre-eclampsia/eclampsia, la hemorragia obstétrica, infección puerperal y las complicaciones del aborto.

Este es uno de los programas ejes y base de la clínica por tres motivos principales:

1. La importancia de la atención de la mujer por su situación de vulnerabilidad.
2. El derecho a la salud con enfoque de género.
3. La prevención de la muerte materna en uno de los estados con los índices más altos a nivel nacional.

8.1.1 Objetivos

El objetivo general es identificar a las mujeres embarazadas que no llevan control prenatal y disminuir los riesgos prenatales, obstétricos, perinatales y durante el puerperio, mediante un manejo integral realizando actividades de promoción a la salud y seguimiento médico de las distintas etapas del embarazo, parto y puerperio.

Dentro de los objetivos específicos se encuentran:

- Control prenatal de acuerdo con la etapa gestacional en la que se encuentre
- Valoración integral en cada consulta prenatal con registro de datos de la revisión en su formato de control prenatal
- Tamizaje con tiras reactivas de orina para detección temprana de datos patológicos
- Canalización a instituciones de 2do nivel de atención en caso necesario
- Asistencia al momento del parto
- Vigilancia del periodo puerperal²⁰
- Vigilancia de la mantención del periodo intergenésico²¹ recomendado

8.1.2 Materiales

Los materiales utilizados durante la consulta prenatal fueron:

- Cama de exploración
- Báscula
- Baumanómetro
- Estetoscopio
- Pinard
- Reloj con segundero
- Cinta métrica
- Formato de control prenatal
- Ultrasonógrafo portátil
- Tiras reactivas para uroanálisis
- Lancetas
- Papel absorbente con tabla de colorimetría para valoración de hemoglobina
- Glucómetro
- Tiras reactivas para medición de glucosa capilar

²⁰ Periodo que se da desde la resolución del embarazo y hasta el día 42 post-parto.

²¹ Periodo que se da entre la resolución de un embarazo y el inicio de otro.

8.1.3 Seguimiento

Como se ha mencionado antes, por medio de la consulta médica diaria se captó a las pacientes candidatas, a quienes se les ofreció llevar su control prenatal con visitas prenatales regulares.

Se ingresaron al programa a partir de su segunda visita llevando su control prenatal en la Cartilla de la Mujer Embarazada, donde cómo podemos observar (Imagen 42 e Imagen 43) se registraban los datos de la paciente y en cada consulta se anotaba la fecha de la consulta asistida y los datos obtenidos en la revisión como:

- La edad gestacional
- Peso y talla de la paciente
- Altura uterina
- Posición fetal
- Frecuencia Cardíaca Fetal
- Presión arterial de la paciente
- Resultados del análisis de tira rápida de orina
- Resultados de valoración de hemoglobina por colorimetría
- Resultados de toma de glicemia capilar
- Y síntomas que haya presentado

Esta cartilla permitía visualizar los cambios entre una consulta y otra, facilitando así el diagnóstico de alguna patología u otro cambio que necesitara ser valorado por un especialista, como por ejemplo los cambios en el fondo uterino para valorar un crecimiento normal o un detenimiento de este.

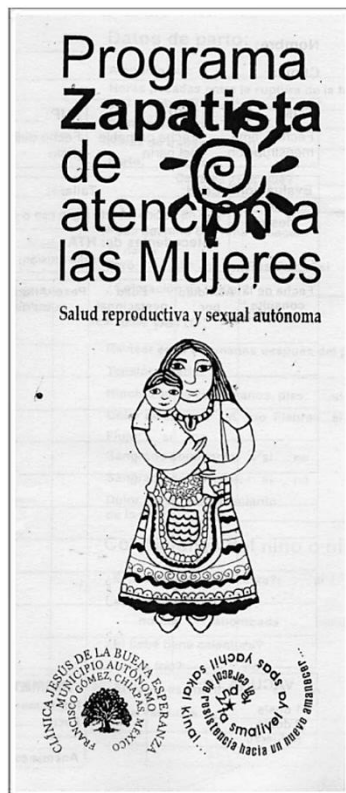


Imagen 43 Cartilla del Programa Zapatista de atención a las Mujeres, tríptico de frente.

Nombre: _____		Comunidad: _____	
Clínica: _____		Municipio: _____	
FUM: _____ Fecha última menstruación	FPP: _____ Fecha probable del parto	FUP: _____ Fecha del último parto	G: _____ Gestas. Número de embarazos
P: _____ Partos	C: _____ Cesáreas	A: _____ Abortos	¿Problemas con partos anteriores? _____
Evaluación de riesgo	Edad: _____ ¿Le ha nacido muerto algún hijo o se le murió antes de cumplir un mes de vida? _____	Talla: _____	Hijos vivos: _____
Antecedentes de: HTA (Alta presión)	Diabetes: _____ (Azúcar en la sangre)	Convulsiones: _____ (Ataque)	¿Presencia del padre? _____
Riesgo de violencia: _____			¿Cuenta con algún familiar que le apoye? _____
Fecha de la consulta	Atendido por: _____	Edad gestacional (en semanas)	Peso: _____
Altura uterina	Tensión arterial	Edema (hinchazón de pies, cara, manos)	Posición del niño
Mov. Activos Fetales	FCF (Lado del reféct)	Anemia	Sufato ferroso / ácido fólico
Infecciones urinarias / flujo vaginal	Señales de riesgo	Observaciones	
VACUNA TD: 1 dosis _____ 2 dosis _____ Refuerzo _____			
BIOMETRÍA HEMÁTICA: Por lo menos una vez al comienzo y una vez antes del parto. Fecha _____ Hb _____ Anemia es cuando la Hemoglobina es menor de 12grdl.			
EXAMEN GENERAL DE LA ORINA: Una vez si hay infección y otra muestra un mes después de terminar el tratamiento.			

Imagen 42 Cartilla del Programa Zapatista de atención a las Mujeres, tríptico abierto con información de embarazo actual. Documento obtenido de la clínica autónoma zapatista "Jesús de la Buena Esperanza"

Además se solicitaban estudios complementarios como biometría hemática, química sanguínea, grupo sanguíneo y Rh y ultrasonido obstétrico, como está indicado en las GPC's, sin embargo, esto se tenía que realizar considerando las posibilidades de las pacientes, por las carencias de recursos monetarios o de apoyo familiar para realizarlos, la distancia de trayecto al lugar donde se realizan los estudios, el gasto económico para el traslado, los gastos para pagar los exámenes de laboratorios y ultrasonido, por lo que constantemente las mujeres únicamente contaban con un ultrasonido y un estudio de laboratorio durante todo su embarazo.

La solicitud de estudios tiene el fin de evaluar el desarrollo gestacional y ser capaces de identificar de forma oportuna en caso de presentarse alguna anomalía y decidir cuál es el nivel de atención médica óptimo para su atención, por lo que se tenía que estar muy atento a qué mujeres se tenía que hacer más estrictamente un perfil de estudios auxiliares.

En estos casos era importante la evaluación a fondo de la paciente para determinar y priorizar los estudios necesarios para su atención, con herramientas como la escala colorimétrica para la medición de hemoglobina, especialmente útil para el diagnóstico de anemia, tiras rápidas para análisis de orina auxiliar importante para la detección de proteínas en la orina o alguna otra anomalía y glucómetro para medida de glicemias capilares útil para la detección de niveles de glucosa anormales y posibilidad de presentar diabetes gestacional.

En caso de presentar una emergencia obstétrica, contábamos con una caja obstétrica armada con ayuda de SADEC para conseguir ciertos medicamentos especiales o controlados ya que contaba con ampulas de oxitocina, epinefrina, sulfato de magnesio, metamizol, tabletas y cápsulas de nifedipino, alfametildopa, betametasona, indometacina, misoprostol, diazepam, lidocaína, sonda nasogástrica pediátrica, tetraciclina oftálmica, perilla para aspirar secreciones, material para canalizar, soluciones, entre otros materiales para poder estabilizar a las pacientes en caso de que se presentara alguna complicación obstétrica.

Para los ultrasonidos, en la clínica de la mujer se contaba con un equipo portátil, el cual sabían manejar muy bien las promotoras de salud, por lo que se trabajaba en conjunto en caso de requerir una valoración rápida, si se presentaba un caso con mayor dificultad se buscaba al salir de comunidad en los días de descanso la manera de que pudiera realizarlo en un laboratorio o programar los laboratorios en el Hospital Básico de Ocosingo, sin costo alguno, aunque esto requería planearlos con algunos meses de anticipación, avisarles con tiempo sobre la fecha de toma de laboratorios o citas con ginecoobstetricia del mismo lugar para que poco a poco juntaran dinero para su pasaje únicamente y salieran a realizar los estudios o consulta de especialidad.

Otra consideración importante al momento de su seguimiento, es saber que la mayoría de las mujeres aun prefieren la atención de su parto con las parteras de sus comunidades, lo cual puede ser un buen puente para trabajar en conjunto y poder ejercer y fortalecer su derecho a la decisión sobre su salud y atención, pero fue un aspecto que también dificultó la asistencia de las mujeres con mayor frecuencia en la clínica.

Y como última etapa a vigilar era el puerperio de las mujeres posterior a la resolución del embarazo, de acuerdo con la OMS el periodo se ha modificado en últimos años a tener 4 etapas:

1. **Puerperio inmediato:** abarca las primeras 24 horas del postparto e incluye en él, a las 2 horas que continúan al alumbramiento. Su importancia radica en que es en este período en el cual se produce la mayor cantidad de complicaciones graves, especialmente las vinculadas a trastornos por sangrado.
2. **Puerperio mediato:** se extiende desde el segundo y hasta el 10° día del parto. Periodo en el que se pueden presentar infecciones, se debe vigilar la involución uterina o alteraciones de las zonas en recuperación, así como la baja de leche para continuar con la lactancia con la leche definitiva que sustituye al calostro.
3. **Puerperio alejado:** abarca desde el 11° hasta el 42° día del postparto. Periodo ideal para controlar la evolución de la lactancia y orientar sobre anticoncepción y espacio intergenésico.
4. **Puerperio tardío:** este período se extiende más allá del día 42° y no más allá de un año.

La razón de la extensión de la etapa del puerperio alejado y tardío es por la recomendación de un espaciamiento de por lo menos 24 meses tras el nacimiento de un hijo vivo o de 6 meses en caso de aborto y un futuro embarazo, con la intención de reducir resultados adversos maternos, perinatales y neonatales. (OPS, 2019)

Por lo que, como podemos comenzar a visualizar, el control prenatal era más complejo y difícil de lograr, no porque no se quisiera realizar o las mujeres no quisieran vigilar su embarazo, sino por todo lo que esto implicaba, que como ya vimos anteriormente son aspectos de las determinantes sociales de la salud (OMS, 2019).

En cuanto a las citas de control prenatal, el modelo 2016 de la OMS recomienda 8 consultas durante el embarazo, idealmente:

-
- La primera en el primer trimestre, hasta las 12 SG²²
 - 2 consultas durante el segundo trimestre, a las 20 y 26 SG
 - 5 consultas en el tercer trimestre, a las 30, 34, 36, 38 y 40 SG

A diferencia de las GPC²³ de Control Prenatal con atención centrada en la paciente que recomiendan al menos 5 consultas en el transcurso del embarazo (GPC, 2017)

- La inicial antes de las 14 semanas de gestación.
- 2da consulta entre las 15 y 24 SG
- 3ra consulta entre las 25 y 28 SG
- 4ta consulta entre las 29 y 34 SG
- 5ta consulta entre las 35 y 41 SG

Teniendo en cuenta estas pautas de seguimiento prenatal, me encontré con el primer obstáculo al momento de llevar este programa recordando que, como ya había comentado previamente, en La Garrucha se encuentran dos clínicas en el mismo espacio, la de medicina general “Jesús de la Buena Esperanza” donde atendía yo como médica junto con los promotores de salud; y la de atención a la mujer “La Comandanta Ramona” donde atendían principalmente promotoras de salud reproductiva, esto fue de alguna manera un obstáculo para el seguimiento por varias situaciones:

1. La mayoría de las mujeres preferían la atención en esta clínica ya que se sentían más en confianza con las promotoras que con “la nueva” médica y los promotores de salud de la clínica de medicina general.
2. La atención en esta clínica es ofrecida por promotoras de salud que son originarias de la Garrucha o de comunidades aledañas de las cuales su idioma es el tseltal, por lo que para la atención no es necesario realizar una traducción y esto evidentemente da mayor confianza a las mujeres.
3. La percepción que al tener la separación de “una clínica de la mujer” y “una clínica de medicina general”, la mayoría de las mujeres no

²² Semanas de gestación del embarazo

²³ Guías de Práctica Clínica, guías de referencia para diagnóstico y tratamiento de padecimientos médicos.

consideraban que “la de medicina general” no atendía casos de “mujeres” en específico embarazo, parto y puerperio y asuntos de planificación familiar.

4. Al inicio se tuvo que trabajar en que las promotoras tuvieran la confianza en mí como “la nueva doctora” para que colaboráramos en la atención de las mujeres en conjunto.
5. Y finalmente dentro de la organización de las promotoras de salud reproductiva, había una especie de jerarquía no hablada, con la que, por diversas situaciones ajenas a los servicios de salud y atención, se dificultó la obtención de registros de la atención a estas mujeres.

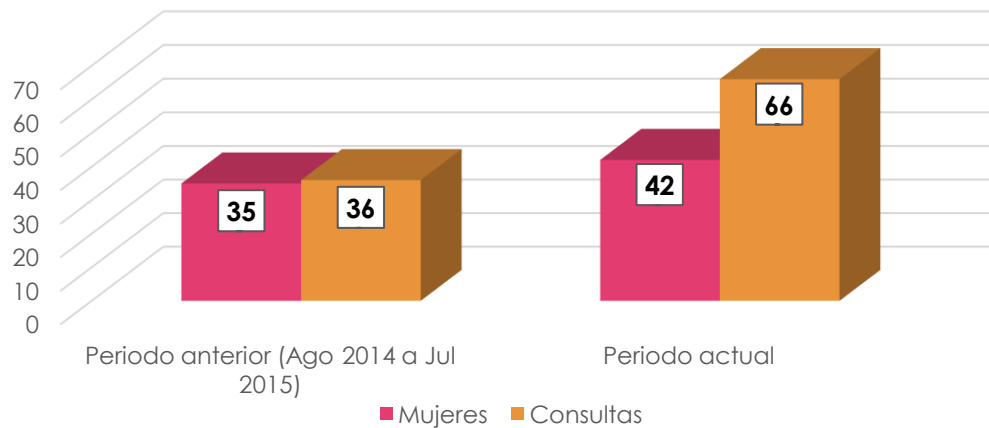
8.1.4 Resultados

En consecuencia, los datos que se reportan serán los obtenidos exclusivamente de la clínica de medicina general, aunque se compartieron actividades con la otra clínica como: asistencia en labor de partos, atención y referencia de emergencias durante el embarazo y puerperio, asesoría en la atención del seguimiento prenatal, asesoría y asistencia de uso de equipo de ultrasonido para valoración integral de las mujeres, entre otras.

Entonces, encontramos que durante el periodo se tuvo un total de 42 mujeres atendidas que corresponde al 40% de las 105 mujeres en total que se tenían censadas dentro del programa.

Se observa también un aumento relativo del 6.7% en la asistencia de mujeres, comparando el periodo actual, en el cual tuvimos una asistencia del 40% (42) de las mujeres en programa; con el periodo anterior, que fue del 33.3% (35) de las mujeres del programa. Aunque puede parecer no muy significativo, para fines cualitativos me parece un buen avance ya que esto refleja un aumento en la confianza de las mujeres en la atención en esta clínica. (Gráfica 62)

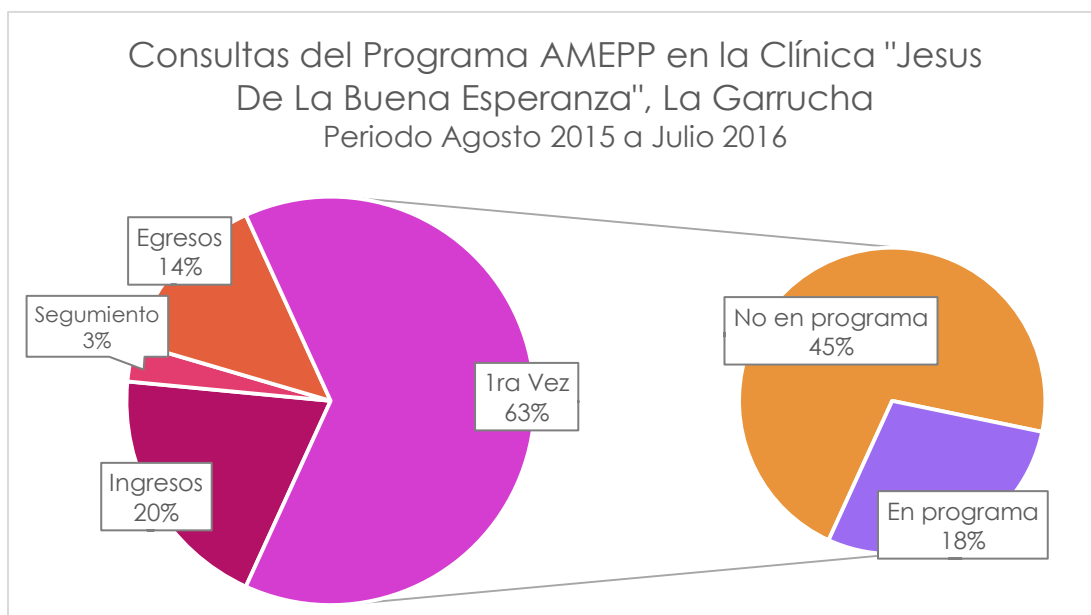
Consultas Y Mujeres atendidas del Programa AMEPP en la Clínica "Jesus De La Buena Esperanza", La Garrucha
Periodo Agosto 2015 a Julio 2016



Gráfica 62 FUENTE: Censo de Programa Atención a la Mujer en Embarazo Parto y Puerperio

Se ofrecieron un total de 66 consultas en el periodo, que nos da un promedio de 1.5 consultas por embarazada y un promedio de 5.5 consultas por mes en el periodo, esto en comparación con las metas de consultas prenatales sugeridas por la OMS o las GPC mujer es considerablemente bajo, aunque analizando las tablas anteriores y las variables que interfieren en el seguimiento previamente explicadas, se presenta un aumento considerable en el seguimiento de mujeres que acudieron a su control en esta clínica. (Gráfica 63)

Consultas del Programa AMEPP en la Clínica "Jesus De La Buena Esperanza", La Garrucha
Periodo Agosto 2015 a Julio 2016

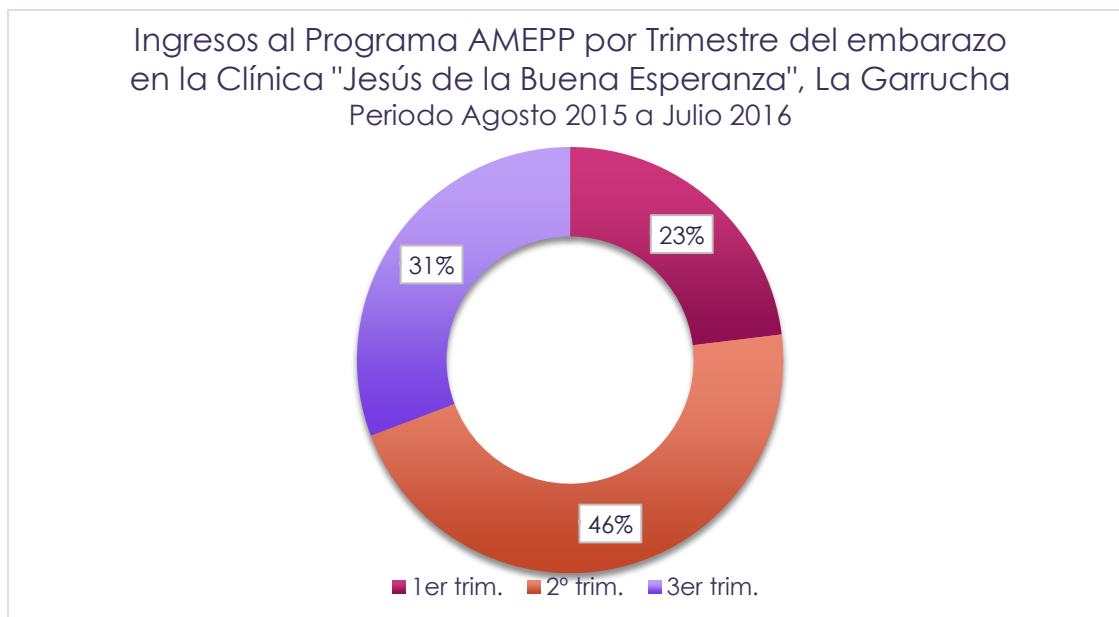


Gráfica 63 FUENTE: Censo de Programa Atención a la Mujer en Embarazo Parto y Puerperio

De estas 66 consultas, obtuvimos que:

- De primera vez no en programa: 30 (45.5%) consultas iniciales a mujeres nuevas que solo acudieron en una sola ocasión.
- De primera vez en programa: 12 (18.2%) consultas iniciales a mujeres que posteriormente ingresaron al programa por sus consultas subsecuentes.
- Ingresos: 13 (19.7%), consultas de segunda vez a mujeres que se ingresaron al programa.
- De seguimiento: 2 (3%), tercer consulta o más a mujeres en el programa.
- Egresos: 9 (13.6%), consultas a mujeres que egresaron del programa.

De los 13 ingresos que se tuvieron en el periodo, encontramos que la mayoría se dieron en el 2do trimestre del embarazo con 6 ingresos, siguiendo por el 3er trimestre con el 4 y finalmente en el 1er trimestre del embarazo con el 3. (Gráfica 64)



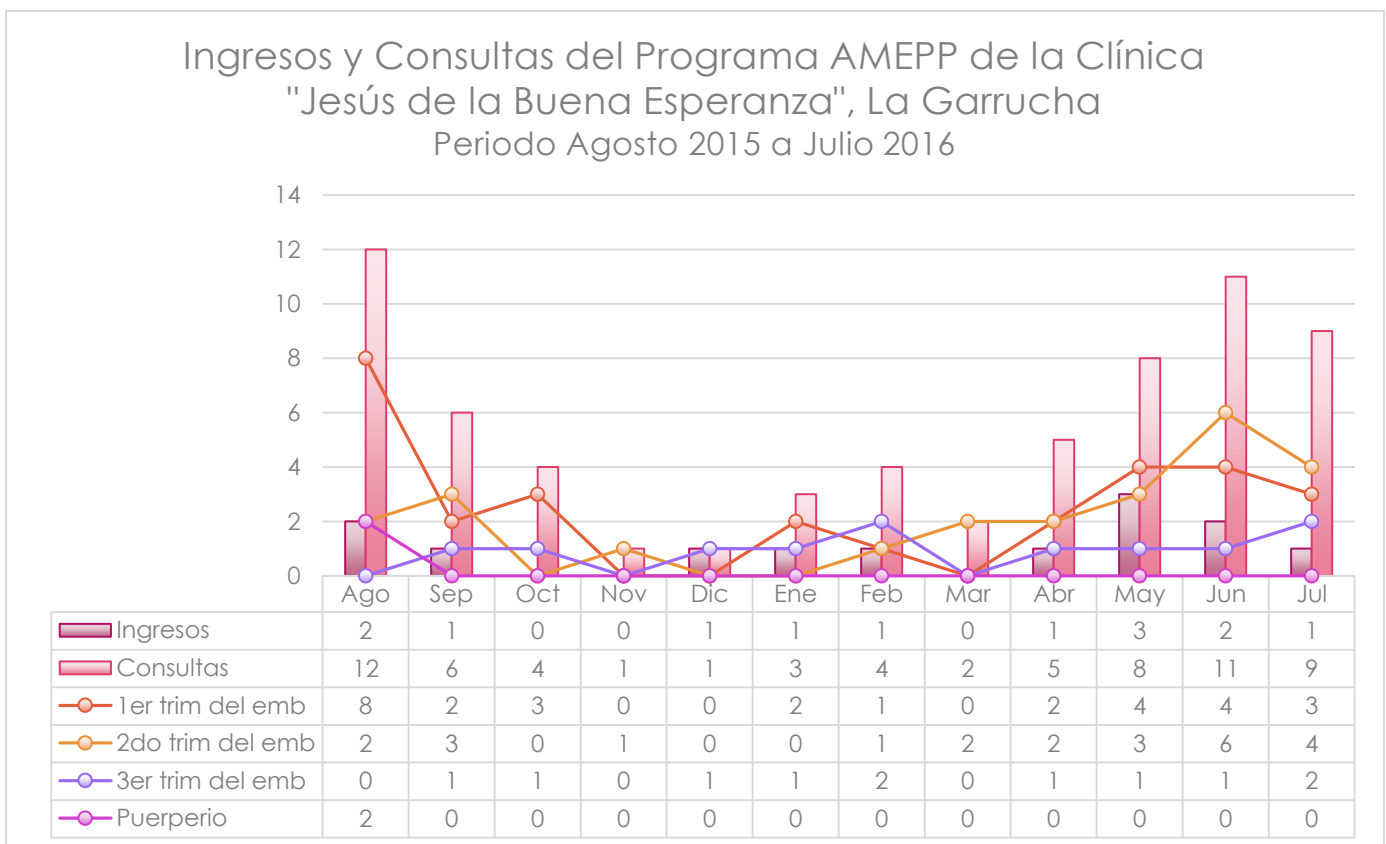
Gráfica 64 FUENTE: Censo de Programa Atención a la Mujer en Embarazo Parto y Puerperio

Idealmente se busca que los ingresos sean captados en el 1er trimestre del embarazo para un mejor seguimiento, aunque como ya he explicado anteriormente, influyen muchos factores que hacen esto más difícil, por lo

que cada consulta del embarazo tenía todavía un peso más grande para mantener una adecuada vigilancia de las mujeres.

En la distribución de ingresos y consultas por mes del periodo encontramos que mientras tuvimos la mayor cantidad de ingresos en el mes de mayo con el 23.1% del total de ingresos, la mayor cantidad de consultas fue en el mes de agosto con el 18.2% del total de consulta (Gráfica 65). Y en cuanto a la distribución de las consultas por periodo en el embarazo tuvimos:

- En el 1er trimestre del embarazo: 29 consultas, 43.9% del total de consultas
- En el 2do trimestre del embarazo: 24 consultas, 36.4% del total de consultas
- En el 3er trimestre del embarazo: 11 consultas, 16.7% del total de consultas
- En periodo puerperal: 2 consultas, 3% del total de consultas



Gráfica 65 FUENTE: Censo de Programa Atención a la Mujer en Embarazo Parto y Puerperio

En cuanto a las referencias algunas se realizaban en conjunto con la clínica de la mujer o directamente en la clínica de medicina general, esto

dependiendo de a donde llegara la mujer para su atención y si la clínica de la mujer solicitaba mi apoyo para valoración y referencia. Como explique el caso de Graciela al inicio fue nuestro caso más grave y desafortunadamente fue una muerte materna durante el periodo. En todos los casos se realizaba una referencia por escrito explicando los motivos del envío, además de la transportación del paciente junto con un acompañante, en la ambulancia de la clínica de la mujer y con acompañamiento de las promotoras de salud sexual y reproductiva y/o médica; este transporte nos permitía llevar en condición más cómoda y segura a la paciente, acostada en camilla y canalizada con soluciones y tanque de oxígeno. Generalmente las referencias se realizaban a un hospital de segundo nivel en Ocosingo, por ser las instalaciones más cercanas a 2hr de distancia, siendo al hospital del IMSS “Hospital Rural 32 IMSS-Oportunidades” o al de la Secretaría de Salud “Hospital Básico Comunitario 20 Camas”. (Foto 28 y Foto 29)



Foto 28 Hospital Rural 32 IMSS de Ocosingo



Foto 29 Hospital Básico Comunitario "20 camas" de Ocosingo

De igual manera la atención de partos se realizó principalmente en la clínica de la mujer, donde un parto aproximadamente se cobraba en \$600.00 por materiales y estancia, teniendo mi participación cuando solicitaban mi asesoría por alguna duda o complicación en la fase de parto; tuve la oportunidad de participar con las compañeras en aproximadamente 4 o 5 partos, teniendo desafortunadamente una muerte materna, el caso de Graciela descrito anteriormente, que aunque no se atendió su parto eventualmente fue atendida por las compañeras promotoras y yo durante su puerperio. También se encuentran los muchos otros partos que se atendieron con las parteras tradicionales y existen factores muy importantes para que esto sucediera, como la confianza de las mujeres en las parteras tradicionales; que la atención hospitalaria se encontraba a 2hr de La Garrucha (o más en otras comunidades), lo que implica mayor gasto y la barrera de lenguaje que hacen difícil la relación médico-paciente; por lo que muchas mujeres preferían una atención más familiarizada con sus parteras o como ya mencioné en la clínica de la mujer.

8.1.5 Análisis

Alcanzar a visualizar la magnitud de los resultados y lo que significa este programa en un año resulta muy complejo, ya que algunos factores interpersonales, culturales y contextuales hacen que la valoración pueda verse de diferente manera cada periodo, pero su funcionamiento durante 21 años, habla del alcance que ha tenido y refleja que el objetivo principal de evitar la muerte materna se puede lograr mediante cooperación y acciones puntuales aplicables a cualquier sistema de salud, sea autónomo o gubernamental.

En general el programa funciona en forma adecuada, aunque nos gustaría que tuviéramos mayor cantidad de pacientes detectadas, como ya expliqué anteriormente, nos enfrentamos a varios determinantes que hacen esto más difícil, pero en el caso de las mujeres atendidas en general se obtuvo un resultado favorable, ya que el personal en las dos clínicas estaba capacitado para dar seguimiento durante el control prenatal y otras actividades que involucran la salud reproductiva. Ambas clínicas mantenían el mismo objetivo, identificar y manejar los riesgos obstétricos, perinatales y puerperales.

La clínica de la mujer "Comandanta Ramona" es una clínica capacitada para la atención del parto la cual ha tenido un papel muy importante en esta zona geográfica por la calidad de la atención a la salud materna y aunque no tiene la infraestructura de una clínica de segundo nivel funciona como una, incluso con sus limitantes, es un gran apoyo a ésta población por su bajo costo, cercanía y atención con enfoque de derechos y compartiendo la misma identidad, realizando la atención del parto en compañía de sus familiares, se entrega la placenta del recién nacido si es solicitada por la madre o los familiares, de acuerdo a sus costumbres, se brinda hospedaje y alimentación a los familiares y paciente durante su hospitalización, entre otras; por lo que además de cumplir con el respeto a los derechos, cultura y costumbres, este programa ha ayudado de mayor forma también a la disminución de muerte materna en esta zona en comparación con los programas de los sistemas de salud nacionales.

Uno de los espacios importantes a continuar desarrollando es el trabajo en equipo entre el médico de servicio social en turno y las/los promotoras/es de

salud, así como con las parteras, ya que si esta relación se fortalece se mejora todo el proceso y atención desde el recibimiento de la paciente hasta el momento de su alta.

En cuanto a la forma de trabajar en la clínica de la mujer, creo que ayudaría tener algunos cambios, ya que se han desarrollado con el tiempo una especie de jerarquía entre las promotoras, donde la promotora que coordina la clínica es la que posee mayor experiencia, por lo tanto atiende todos los partos, a excepción de los partos en los que se solicita la participación del médico/a, dejando con poca participación a las demás promotoras, que a pesar de contar con capacidad para atenderlo no tienen la oportunidad de compaginar su conocimiento teórico con la práctica y por lo tanto no ganar experiencia, además que muchas veces no se siguen protocolos establecidos sino más bien idealismos de lo que dice la promotora coordinadora.

La cartilla de embarazo, aunque pudiera parecer un “papel” sin mucha importancia, en realidad es una herramienta básica y un aspecto muy importante en el seguimiento de la mujer y ser la guía de cualquier médico que revise a la paciente, ya que permite ver el seguimiento que se le ha dado y detectar algún problema de forma temprana, además de que pude observar que para las mujeres les daba más seguridad tener los datos de su consulta anotados en caso de que necesitaran llevarlos a otro lado y de alguna manera las hacía sentirse con la confianza de acudir a sus revisiones siguientes.

Como médica pasante de servicio social, una de las acciones muy importantes que encontré de mucha ayuda para que el programa siga funcionando, es la continua formación mediante las capacitaciones, sensibilización y acompañamiento que SADEC A.C. mantiene con nosotros como médicos, para visualizar la muerte materna como un problema de salud pública latente y para desarrollar nuestro enfoque de género y etnia en nuestra práctica médica, además del acompañamiento educativo que se tiene para actualizarnos en los temas relevantes y más frecuentes que se presentan, así todo en conjunto va dirigido a la disminución de la muerte materna en un método sustentable e intercultural en salud materna.

También, para fortalecer el funcionamiento del programa, es importante seguir fomentando la relación entre los médicos pasantes del servicio social de las clínicas autónomas del SSAZ con el personal de las instituciones de la Secretaría de Salud o IMSS, para el seguimiento de las pacientes y tener apoyo para su canalización o estudios de gabinete, mediante el sistema de referencia/contrareferencia para el manejo conjunto.

8.2 *Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo de niño*

El programa de vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño se enfoca a la salud de los niños, principalmente en sus primeros 5 años de vida, debido al gran riesgo de desnutrición y muerte especialmente durante el primer año de vida. Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación con el crecimiento, salud y desarrollo. La nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente, de un tercio de las muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006 en niños menores de 5 años. (OMS, 2010)

Durante estos años se producen la mayor cantidad de cambios físicos, funcionales y neurológicos, por lo que es un periodo donde la nutrición es un factor muy importante por ser la base para estos procesos; cuando se presenta una deficiencia en la nutrición se ve afectado el crecimiento activo del niño, esto para poder mantener la energía y nutrientes necesarios para procesos de desarrollo funcional (principalmente neurológico) en lugar de crecimiento estructural. Si esta situación se mantiene por un tiempo prolongado, eventualmente se verá afectado tanto el crecimiento como el desarrollo por igual, así como diversas patologías que podrían poner en riesgo la salud y, en algunas ocasiones, hasta la vida del niño.

La desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el adulto no alcance su potencial para el crecimiento en talla y que sea varios centímetros más bajo. Existen pruebas que los adultos que fueron desnutridos durante la infancia temprana tienen compromiso del rendimiento intelectual; estos adultos también pueden tener una capacidad para el trabajo físico reducida. Si las mujeres fueron desnutridas durante la niñez, se afectará su capacidad reproductiva; sus hijos pueden nacer con peso bajo y pueden tener mayor riesgo de partos complicados; el elevado número de niños desnutridos en una población tiene consecuencias en el desarrollo del país; por lo tanto, las consecuencias funcionales globales de la desnutrición son enormes (OMS, 2010). Estos posibles daños al crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años, tienen mucha importancia ya que repercuten en la vida adulta del niño, debido a que el déficit en los procesos de desarrollo y crecimiento no

son recuperables; es decir, ejemplificando: si un niño presenta un déficit crónico de algunos centímetros en su estatura (crecimiento), estos centímetros perdidos no serán recuperables, por lo que irá arrastrando este déficit durante el resto de su crecimiento, a pesar de tener un crecimiento ponderal adecuado.

La evaluación del crecimiento del niño brinda importante información sobre su estado nutricional y sobre su salud. Existen varias mediciones para evaluar el crecimiento, las que incluyen el peso para la edad, peso para la talla/longitud y talla para la edad. Anteriormente, se empleaba el peso para la edad para evaluar tanto la tendencia del crecimiento de los niños como el estado nutricional actual, las curvas nacionales de crecimiento estuvieron basadas en el peso para la edad; actualmente con los Patrones de Crecimiento de la OMS, se utiliza el 'peso para la talla' como el estándar para medir el estado nutricional y capacitar al personal de la salud y es recomendable emplear los estándares específicos para niños. (OMS, 2010)

8.2.1 Objetivos

El programa tiene como objetivo principal reducir la morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años que acuden a la consulta médica y residentes de La Garrucha y comunidades aledañas, implementando estrategias para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del estado nutricional y de salud de los niños valorados.

Dentro de los objetivos específicos se encuentran:

- Actividades que fomenten a las madres a llevar a sus hijos a revisión de control en la consulta médica cada mes (no solo al momento de estar enfermos)
- Tomar peso, talla y exploración física para valoración del estado nutricional y de salud en general
- Dar tratamiento oportuno a enfermedades como las respiratorias, gastrointestinales, infecciosas, etc., que puedan repercutir en su desarrollo
- Canalización a instituciones de salud de 2° o 3° nivel de atención en caso necesario

-
- Asesoría en técnica de lactancia y proceso de transición de lactancia exclusiva a alimentación complementaria a madres de lactantes
 - Asesoría de requerimientos de alimentación a niños detectados con alguna alteración en su estado nutricional o proceso patológico

8.2.2 Materiales

- Báscula para recién nacidos
- Báscula con estadímetro
- Cinta métrica
- Termómetro
- Estuche de diagnóstico
- Estetoscopio
- Abate lenguas
- Cama de exploración
- Formatos para registrar el control de cada niño y niña
- Tarjeta del camino de salud

8.2.3 Seguimiento

A través de la consulta médica se captaban a los niños candidatos por edad para el programa, sin importar si su estado de salud era sano o con alguna patología subyacente, sin embargo, esto no era una tarea tan sencilla, por algunas situaciones que hasta el día de hoy se siguen repitiendo como:

- Si no existe una enfermedad visible en los niños o que los padres consideren que están "sanos", difícilmente son llevados a la consulta para su revisión mensual, y quiero aclarar que este punto no sólo aplica en las comunidades sino en la población en general.
- La diferencia de importancia entre los padecimientos de los niños en comparación con los adultos, con esto no se quiere decir que no fueran importantes, sino que muchas veces se priorizaba la salud de los adultos.

-
- La dificultad de romper con la percepción de que no se requiere un seguimiento en los niños, especialmente cuando el niño tenía primos o hermanos que “habían crecido bien” sin ningún seguimiento.
 - La distancia y dificultades para acudir a las consultas de seguimiento, por distancia y el gasto económico que esto representa.
 - Las diferencias culturales en cuanto a la alimentación de los niños, principalmente en los menores de 6 meses en los que se recomienda la lactancia exclusiva, que eventualmente podían afectar el crecimiento y desarrollo del lactante.

Ahondando más en los puntos expuestos anteriormente, comenzamos con los 3 primeros con las ideas de “si no tenía una enfermedad aparente, no requería de seguimiento” y esto va muy de la mano con la diferencia de la importancia que se le daba, muchas veces, a las enfermedades de los niños en comparación con la de los adultos; y la comparación con otros niños que no habían llevado control médico. Mi percepción es que esto se podía deber a un núcleo común, siendo que los niños no tienen un ingreso económico como tal, y aunque aportan al funcionamiento y trabajo del hogar con distintas tareas como cuidar a sus hermanos menores, ayudar a cargar leña y ayudar en la cosecha familiar, se le da prioridad al cuidado de la salud de los adultos que representan el ingreso económico y que realizan la mayoría de las actividades para la manutención del hogar y la familia.

Ahora, con esta reflexión no significa que los niños no sean apreciados dentro de sus hogares, simplemente que si los adultos enferman, esto repercute de forma grave en la economía familiar. Por esto es común que cuando un familiar adulto enferme, acudan a buscar algún remedio a su mal lo antes posible y que, en el caso de los niños, si no es un padecimiento aparentemente grave o que requiera mayor atención a criterio de sus padres, se alargue la búsqueda de atención, que conlleva también a un ahorro en recursos económicos, aunque esto signifique, como he visto en muchos casos, un gasto mayor más adelante por las posibles complicaciones que presenten.

El siguiente punto es importante y el cual es un elemento en común en todos los programas, como ya se mencionó en el programa anterior, que era la dificultad para acudir regularmente a la clínica para su seguimiento por la transportación y gastos económicos para las consultas de seguimiento, por lo que, aunado a la percepción de que “si no hay enfermedad, no requiere revisión”, el seguimiento de los niños se hizo más complicado.

Por último, se presentaron las diferencias culturales que, en cuanto a la alimentación de los niños dentro de las comunidades, que específicamente no afectaba en el seguimiento de los niños, sino más bien en la aplicación de las recomendaciones nutricionales que les realizaba. Si bien, afortunadamente sí era y es muy común la lactancia en los niños, desde el nacimiento hasta los 3 años o incluso en algunos casos hasta los 4 o 5 años (dependiendo de la madre), el problema recaía en el inicio de la alimentación complementaria²⁴, ya que frecuentemente encontraba casos en los que se iniciaba antes de tiempo. De acuerdo con las recomendaciones internacionales de salud para una alimentación infantil óptima, se requiere:

1. Lactancia materna exclusiva²⁵ durante los primeros 6 meses de vida
2. Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más.

Teniendo esto en cuenta, una situación frecuente en las consultas de las valoraciones de los niños era que a lactantes menores de 6 meses les complementarían la lactancia materna con atoles, agua con harina de arroz, té, jugos, “probaditas” de alimentos de la madre e incluso en ocasiones café o refresco “porque el niño se le antojaba o lo pedía. Esta última afirmación se daba ya que los adultos traducían la atención que tenía el lactante a los movimientos u objetos que observaba, la salivación y

²⁴ **Alimentación complementaria** es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. (OMS, 2010)

²⁵ **Lactancia materna exclusiva** se refiere a que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre, de una nodriza o recibe leche materna extraída del pecho; y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos (ni siquiera agua), con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de medicamentos o suplementos de vitaminas y/o minerales. (OMS, 2010)

que el lactante quisiera agarrar las cosas y llevárselas a la boca, los cuales son movimientos y reacciones normales del desarrollo del niño para explorar su entorno y no por tener “antojos” de alimentos.

Como resultado de estas prácticas, algunos niños lactantes menores de 6 meses comenzaban con datos de talla baja para la edad (desnutrición crónica), lo cual es extremadamente raro para un niño sin una enfermedad subyacente ya que la leche materna aporta todos los nutrientes necesarios para mantener su peso, talla y desarrollo.

En niños mayores de 6 meses, lo que los ponía en riesgo de desnutrición eran algunos factores como: las deficiencias en la calidad de los alimentos, muchas veces causadas por la falta de recursos económicos para ofrecerles una ingesta principalmente de proteína de origen animal adecuada; la introducción de alimentos chatarra (refrescos, galletas, productos empaquetados con altas cantidades de azúcares, etc.) a las comunidades y el alto consumo de éstos no solo por parte de los niños, sino por toda la población; la calidad de la lactancia o específicamente la leche materna cuando la madre del niño tenía otro embarazo con un periodo intergenésico muy corto, ya que la leche se prioriza a las necesidades del lactante del último embarazo, por lo que la calidad para el lactante más grande no era la más adecuada; y las parasitosis y/o enfermedades agudas recurrentes, las cuales además de ser difíciles, si no es que imposibles de erradicar por las condiciones sanitarias de las comunidades como la falta de drenaje y agua, entre otros factores.

A partir de su segunda cita se ingresaban al programa, se realizaba su historia clínica, la toma de peso, talla, perímetro cefálico, reflejos neuromusculares, evaluación neuromotora, toma de signos vitales, exploración física completa y se anotaba su control del niño en la Tarjeta del Camino de Salud. Además, se hacían las recomendaciones nutricionales correspondientes a su edad y estado nutricional actual y en caso de presentar algún padecimiento, se le extendía la receta con el tratamiento necesario; en caso de detectar algún niño que se encontrara en riesgo ya fuera por su estado nutricional o alguna patología subyacente, se iniciaba el trámite para canalizarlo a un hospital de segundo o tercer nivel seguro fuera el caso.

Para la valoración nutricional es importante realizar la medida de peso y talla, y tener la edad exacta del niño, con lo que se valoran 3 medidas (OMS, 2010):

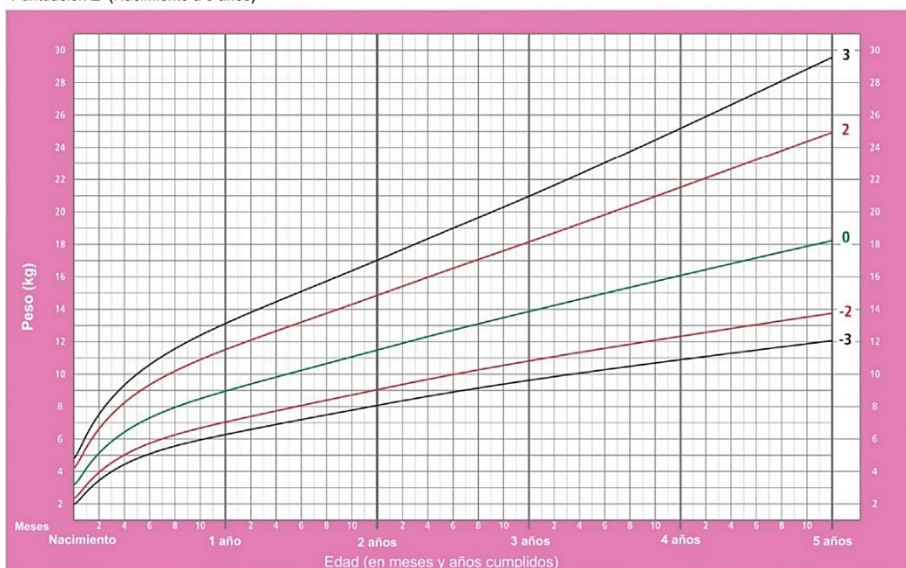
1. **Peso para la edad:** El peso para la edad refleja el peso corporal con relación a la edad del niño durante un día determinado, la serie de pesos puede decirle si el peso del niño se está incrementando en el curso del tiempo, de manera que es un indicador útil del crecimiento. Este indicador es comúnmente empleado debido a que el peso puede ser medido con relativa facilidad, para evaluar si el niño tiene peso bajo o peso muy bajo, pero no es empleado para la clasificación del niño con sobrepeso u obesidad ni es confiable en situaciones cuando la edad del niño no puede ser determinada con precisión. Tampoco permite distinguir entre desnutrición aguda y/o crónica.
2. **Peso para la longitud/talla²⁶:** El peso para la longitud/talla, refleja el peso corporal en proporción con el crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones donde la edad del niño es desconocida. Este indicador permite identificar niños con bajo peso para la talla o a aquellos que se encuentran con desnutrición aguda (emaciación) o gravemente emaciados, también ayudan a identificar a los niños con elevado peso para la longitud/talla, que pueden estar en riesgo de sobrepeso u obesidad.
3. **Longitud/talla para la edad:** La longitud/talla para la edad, refleja el crecimiento alcanzado por el niño, en longitud o talla a una edad determinada durante el momento de la visita. Este indicador puede ayudar a identificar niños con talla baja (bajos para la edad), debido a una prolongada desnutrición o a repetidas enfermedades, también pueden ser identificados niños altos para su edad, pero la 'altura' es rara vez un problema, a no ser que sea excesiva y que pueda ser la manifestación de desórdenes endócrinos poco comunes. La desnutrición aguda no afecta la talla.

²⁶ La longitud de un niño menor de 2 años de edad se mide con el niño recostado, mientras que la talla para niños mayores de 2 años se mide con el niño de pie.

Las curvas de crecimiento de la OMS son las que nos ayudan a interpretar los puntos graficados con las medidas tomadas y que representan el estado del crecimiento del niño. Estas curvas están divididas por género y por medidas (peso para la edad, talla/longitud para la edad y peso para la talla/longitud). (Imagen 44 e Imagen 45)

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

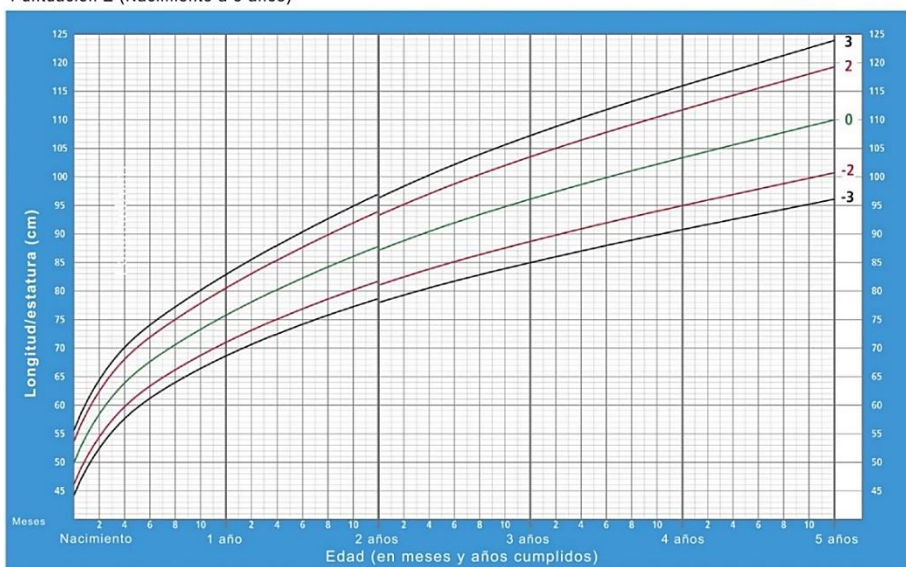


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Imagen 44 Curva de crecimiento para seguimiento nutricional de niños menores de 5 años de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Imagen 45 Curva de crecimiento para seguimiento nutricional de niños menores de 5 años de la OMS

La curva '0' de cada cuadro representa la mediana, la cual es el promedio de la medida. Las otras curvas corresponden a las puntuaciones Z²⁷ e indican la distancia del promedio, es decir que se encuentren por arriba o por debajo de las medidas promedio, de forma positiva (1, 2, 3) o negativa (-1, -2, -3). Al encontrar un punto graficado alejado de la mediana, es necesario realizar el análisis de la situación para determinar si representa un problema o, considerando otros factores, es la tendencia del crecimiento, la condición de salud del niño y/o la talla de los padres. (OMS, 2010)

Para la revisión del niño y crear un punto de corte para la valoración nutricional tenemos que:

- Un punto entre las curvas -2 y -3 puntuaciones Z, equivale a "por debajo de -2"
- Un punto entre las curvas 2 y 3 puntuaciones Z, equivale a "por encima de 2"

Esto dependiendo de las medidas que estemos analizando obtendremos distinta información de crecimiento y desarrollo del niño.

PUNTUACION Z	INDICADORES DE CRECIMIENTO		
	LONGITUD/TALLA PARA LA EDAD	PESO PARA LA EDAD	PESO PARA LA LONGITUD/TALLA
Por encima de 3	Ver nota 1	Ver nota 2	Obesidad
Por encima de 2			Sobrepeso
Por encima de 1			Posible riesgo de sobrepeso Ver nota 3
0 (mediana)			
Por debajo de -1			
Por debajo de -2	Talla baja (Desnutrición crónica) Ver nota 4	Bajo peso	Emaciación (Desnutrición aguda)
Por debajo de -3	Talla baja severa (Desnutrición crónica severa) Ver nota 4	Bajo peso severo Ver nota 5	Emaciación severa (Desnutrición aguda severa)

Nota 1. Un niño en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha un desorden

²⁷ La puntuación Z (o z-score) también es conocida como desviación estándar (DE).

endocrino, refiera al niño en este rango para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen un niño excesivamente alto para su edad).

Nota 2. Un niño cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para la longitud/talla.

Nota 3. Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo de sobrepeso. Una tendencia hacia la línea de puntuación z 2 muestra un riesgo definitivo de sobrepeso.

Nota 4. Es posible que un niño con baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.

Nota 5. Esta condición es mencionada como peso muy bajo en los módulos de capacitación de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Capacitación en servicio, OMS, Ginebra 1997).

El niño cae en una categoría si su indicador de crecimiento es graficado (como un punto) por encima o por debajo de una curva particular de puntuación. Si el punto de crecimiento es graficado exactamente en la curva de la puntuación Z , es considerado en la categoría menos grave. Por ejemplo, si el peso para la edad cae en la curva -3 , es considerado como “bajo peso” y no como “bajo peso grave” o “desnutrición grave”. Las medidas que se encuentran en las celdas sombreadas tienen un rango normal.

- **Peso bajo para la edad:** Si el niño tiene un solo peso, esta información no dice mucho sobre el crecimiento del niño, solamente sirve para comparar el peso corporal con el patrón o estándar para su edad. Algunos lactantes, constitucionalmente, son pequeños y otros han nacido con peso bajo debido a la prematuridad o al retardo de crecimiento intrauterino, estos niños pueden tener bajo peso para la edad y estar creciendo satisfactoriamente, siguiendo la curva estándar más bajo, por lo que es necesario realizar una evaluación completa y una consejería apropiada. Sin embargo, el peso bajo para la edad también puede ser un signo de mala alimentación o de enfermedad, si el peso para la edad se encuentra por debajo de -3 DE el niño se encuentra con un peso muy bajo y está en riesgo de desnutrición grave y requiere una urgente atención especial.
- **Retraso del crecimiento:** Si la talla/longitud del niño no se incrementa o si se incrementa más lentamente que la curva estándar durante más de un mes para lactantes menores de 4 meses de edad, o durante 2 meses en niños mayores, entonces existe un retraso del crecimiento que puede desencadenar en una desnutrición crónica. El retraso del

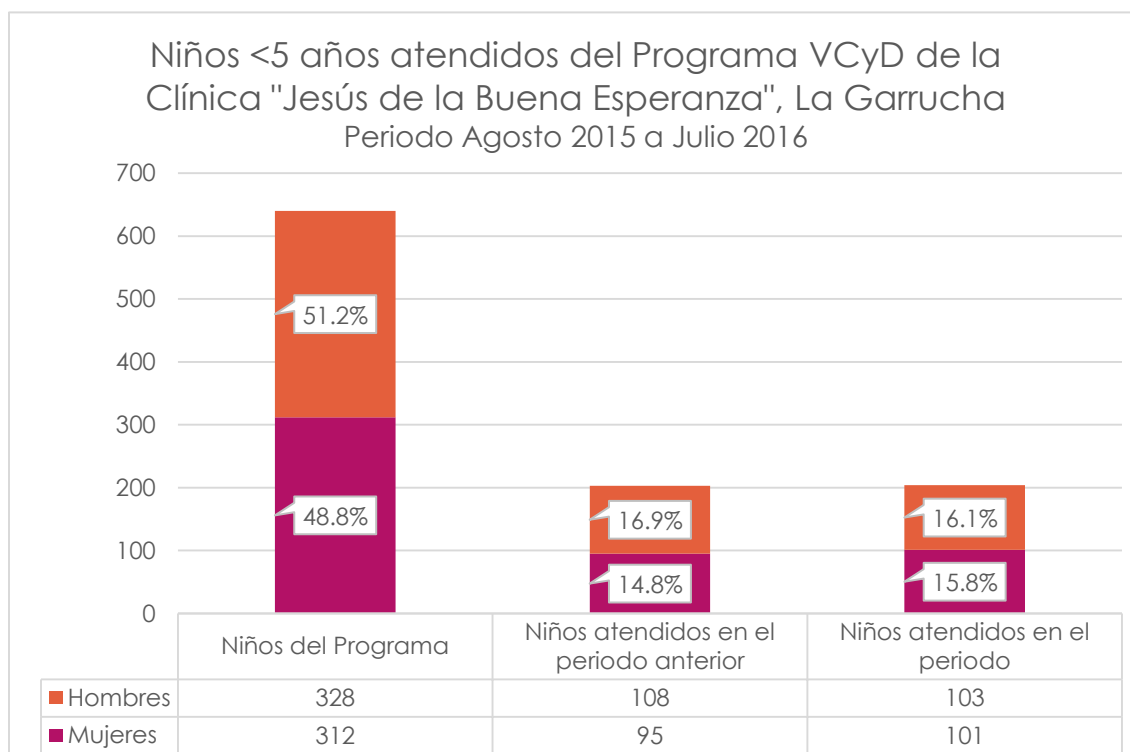
crecimiento es frecuente durante los primeros 2 años de vida y puede ser el primer signo de una alimentación inadecuada en un niño y en ocasiones a una enfermedad o anomalía. Cuando el niño está enfermo el peso sería lo primero en disminuir, sin embargo, el retraso del crecimiento nos indica un problema crónico y/o más grave, así como un posible caso de desnutrición crónica que nos habla de una afectación en el desarrollo del niño.

- **Pérdida de peso para la talla:** Si la curva de peso y crecimiento del niño es descendente, puede estar enfermo con alguna infección y si tienen alguna enfermedad grave o presentan signos de peligro, deben ser referidos. Si la desnutrición aguda es debida a falta de alimentos en el hogar es necesario un seguimiento muy estrecho para asegurar que se ha logrado aumento de peso durante dos semanas. La desnutrición aguda o emaciación puede ser algo muy grave, aunque a la vez, también un problema que se puede solucionar en un periodo corto de tiempo atendiendo la razón subyacente del déficit de ganancia de peso y talla.
- **Incremento rápido de peso:** Si un niño ha estado enfermo o desnutrido, se espera un incremento más rápido durante el período de re-alimentación ya que el niño experimenta un “crecimiento rápido”. De otra manera, un incremento muy acentuado puede indicar una alimentación inadecuada que pudiera provocar sobrepeso. Si el niño ha aumentado de peso muy rápidamente, es importante también revisar su talla, ya que si solamente se ha incrementado el peso puede haber un problema de fondo ya que lo normal es que haya un aumento proporcional de peso y talla a la par; por otro lado si el peso y la talla se han incrementado de manera proporcional de forma “rápida” probablemente se debe a una desnutrición previa, en este caso veríamos en las curvas peso para la edad y talla para la edad el incremento, pero la curva de peso para la talla debería seguir la trayectoria normal de las curvas estándares. En el caso de niños con sobrepeso deberían mantener su peso mientras incrementa su talla, es decir debería “crecer dentro de su peso” y no hacerlo disminuir de peso drásticamente.

8.2.4 Resultados

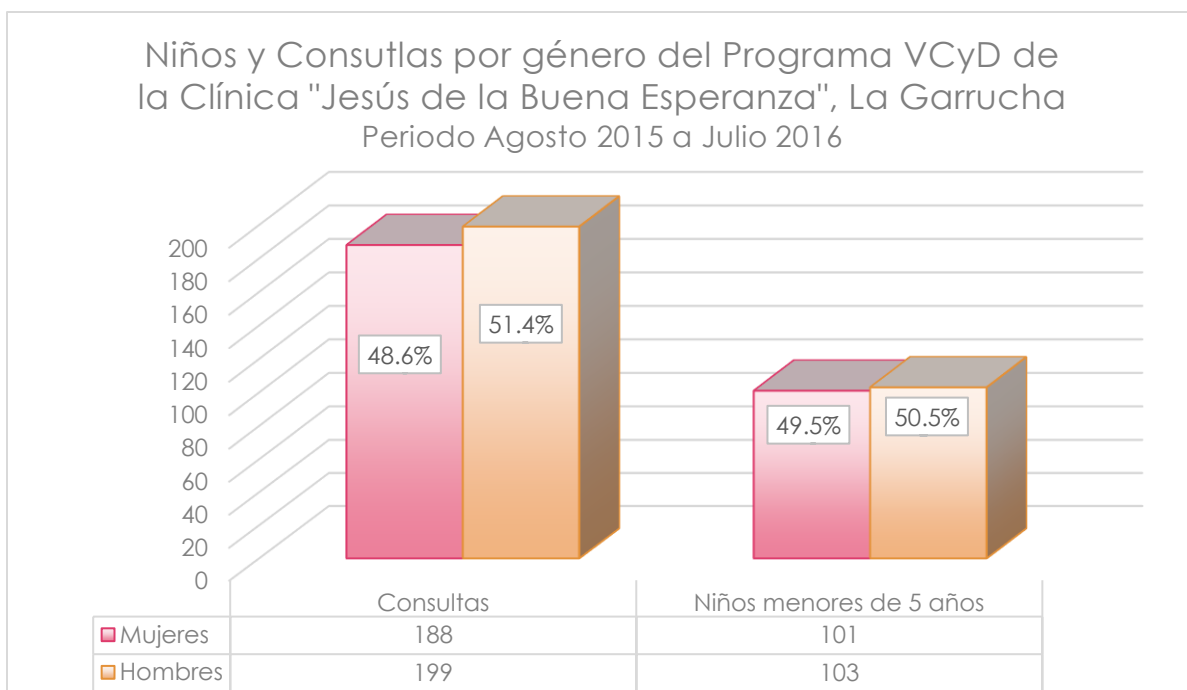
Durante el año de servicio social, se atendieron a 204 niños menores de 5 años de edad, siendo el 31.9% del total de 640 niños menores de 5 años del programa.

También podemos ver que en comparación con el periodo anterior (ago 2014 – jul 2015) se atendieron una cantidad similar de niños con 203 niños (31.7%) del total de niños en programa, por lo que podríamos decir que la asistencia de los niños a la consulta médica se mantiene estable con un promedio similar de consultas, cosa que me parece un buen avance ya que como expliqué anteriormente la asistencia de los niños para su vigilancia y valoración puede ser afectada por varios factores externos. (Gráfica 66)



Gráfica 66 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo

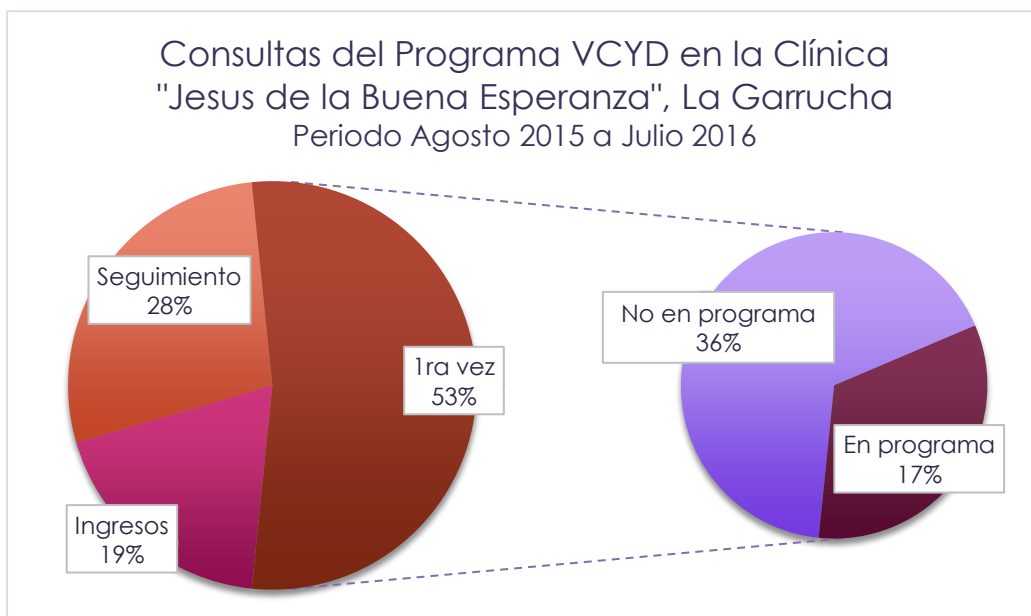
Se dieron un total de 387 consultas, que de acuerdo con la distribución por género teniendo un promedio de 32 consultas por mes y un promedio de 1.9 consultas por niño del periodo. (Gráfica 67)



Gráfica 67 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo

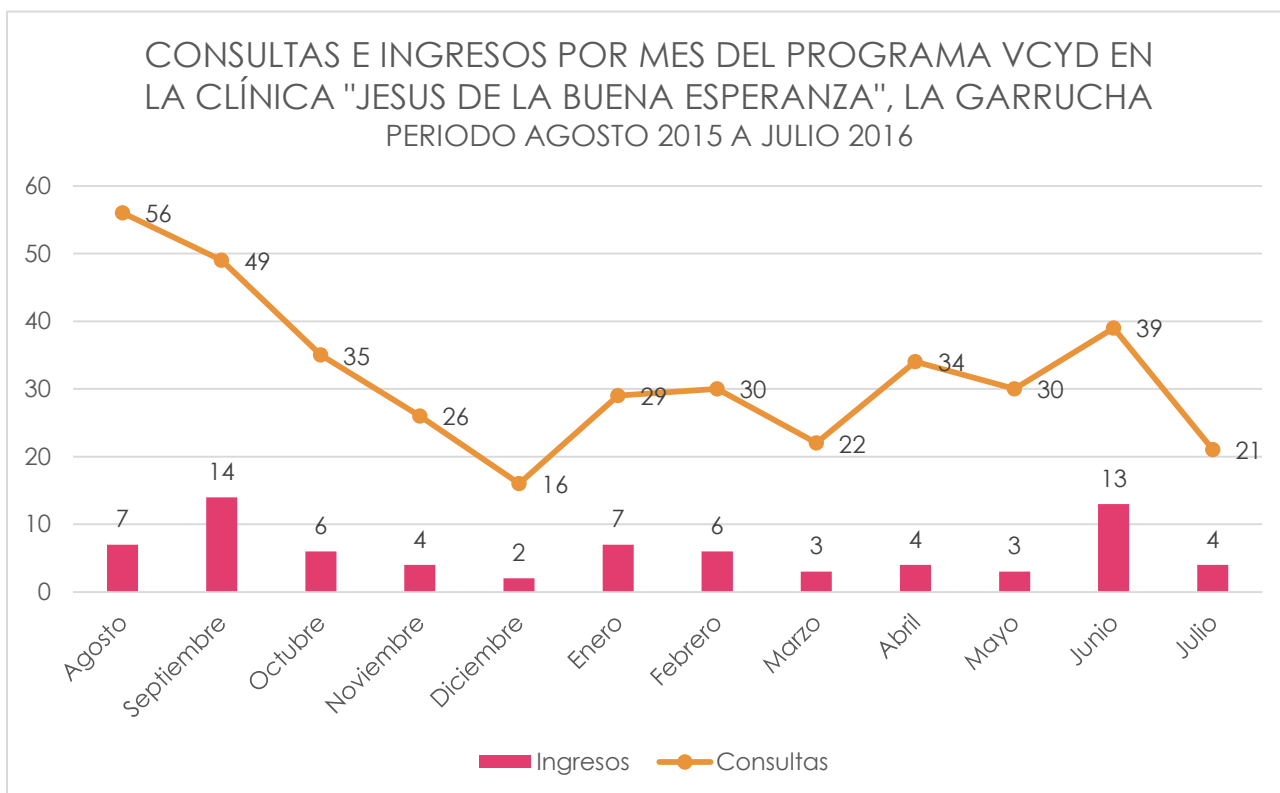
De las 387 consultas dadas encontramos que se distribuyeron en cuanto al estatus en el programa de la siguiente manera (Gráfica 68):

- **De primera vez no en programa:** 138 (35.6%) consultas iniciales a niños que no tuvieron una segunda consulta por lo que no se ingresaron al programa.
- **De primera vez en programa:** 68 (17.6%) consultas iniciales a niños que posteriormente ingresaron al programa por sus consultas subsecuentes.
- **Ingresos:** 73 (18.9%), niños que acudieron a una segunda consulta para su valoración y se ingresaron al programa.
- **De seguimiento:** 108 (27.9%), cuando un niño del programa acudió a una tercer consulta o más para su valoración.



Gráfica 68 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo

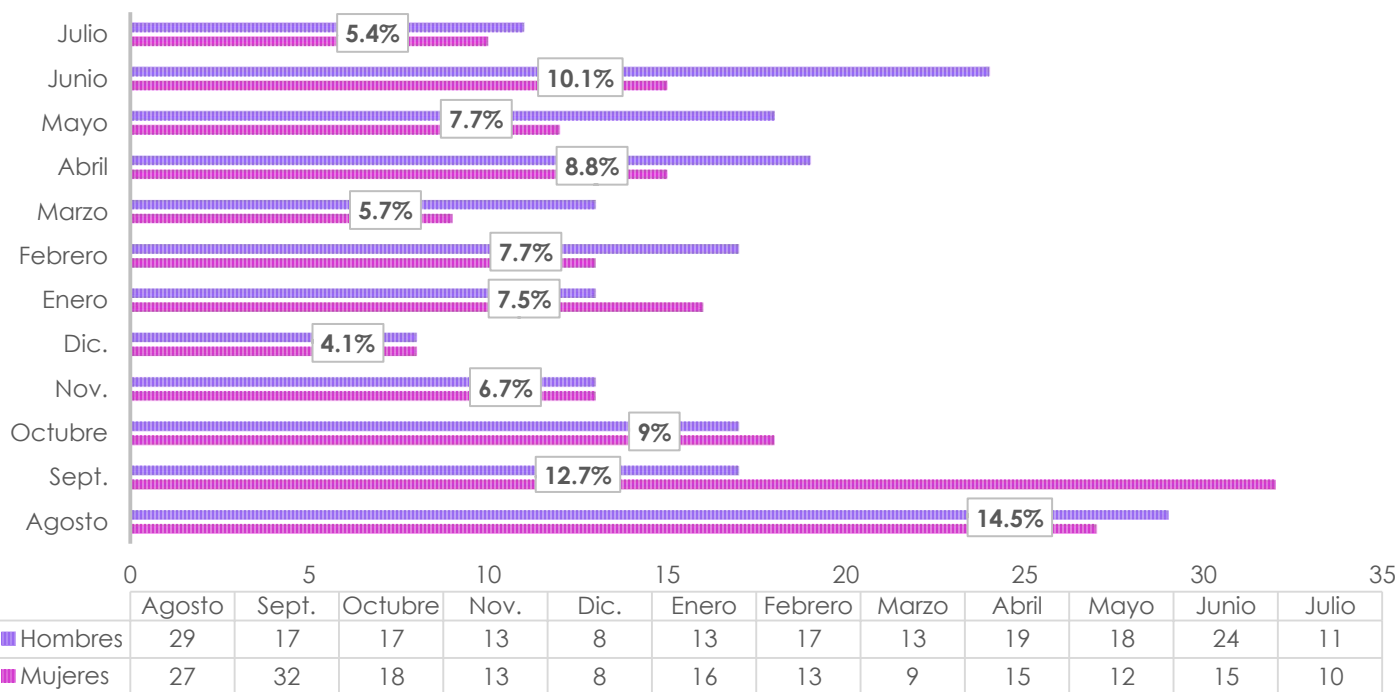
La distribución de las consultas e ingresos del periodo por mes fue la siguiente (Gráfica 69):



Gráfica 69 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo y Registro de consulta diaria

En cuanto a la distribución de ingresos por mes y por género encontramos los siguientes datos (Gráfica 70):

CONSULTAS POR MES Y GÉNERO DEL PROGRAMA VCYD EN LA CLÍNICA "JESUS DE LA BUENA ESPERANZA", LA GARRUCHA PERIODO AGOSTO 2015 A JULIO 2016



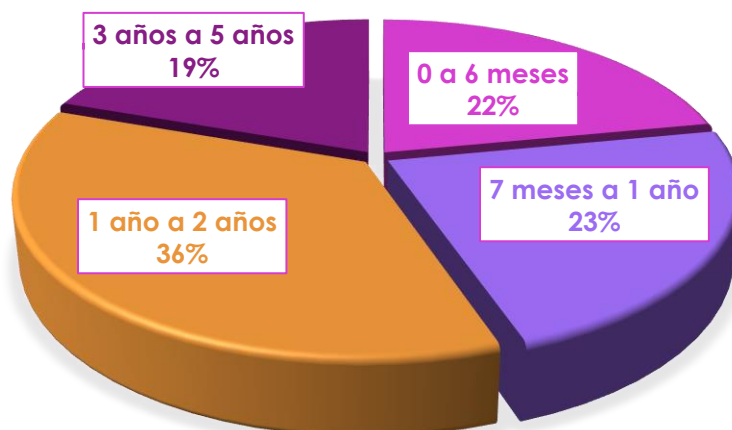
Gráfica 70 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo

La edad de los niños también es un factor muy importante ya que dependiendo de la edad que tengan se tienen que valorar diferentes aspectos de su crecimiento y desarrollo, como por ejemplo al cumplir los 6 meses de edad que es cuando se realiza la transición de la alimentación con lactancia exclusiva a complementarla con la introducción de los distintos grupos alimenticios. (Gráfica 71)

Por esta razón se analizaron las consultas dadas por grupo de edad, obteniendo:

- **De 0 a 6 meses de edad:** 85 consultas
- **De 7 meses a 1 año:** 88 consultas
- **De 1 año a 2 años:** 138 consultas
- **De 3 años a 5 años:** 76 consultas

CONSULTAS POR MES Y GÉNERO DEL PROGRAMA VCYD EN
LA CLÍNICA "JESUS DE LA BUENA ESPERANZA", LA GARRUCHA
PERIODO AGOSTO 2015 A JULIO 2016



Gráfica 71 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo

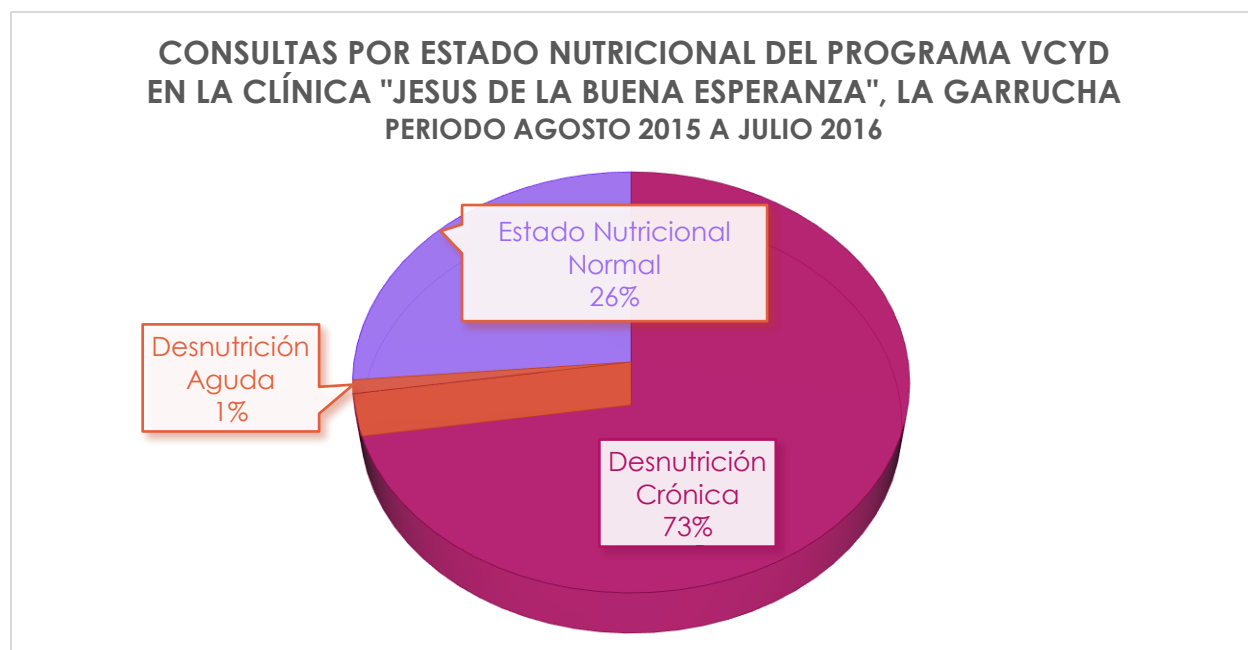
Como se puede observar por la gráfica anterior, el grupo más grande es de niños entre 1 y 2 años, que es precisamente el rango de edad donde generalmente se empiezan a desarrollar los efectos de una desnutrición, principalmente la crónica, es el período más crítico para la nutrición del niño, ya que luego del cual el crecimiento inadecuado es difícil de ser revertido (OMS, 2010); por lo que es muy importante la monitorización del estado nutricional.

La desnutrición está asociada al menos con el 35% de las muertes que ocurren en la niñez; por otra parte, la desnutrición es la principal causa que evita que los niños que sobreviven alcancen su completo potencial de desarrollo.

La nutrición inapropiada también puede provocar obesidad en la niñez, la cual está siendo un problema que se ha ido incrementando en muchos países; además de que las deficiencias nutricionales tempranas también han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. (OMS, 2010)

Alrededor del 32% de niños menores de cinco años en países en desarrollo presentan baja talla para la edad y el 10% están emaciados (bajo peso para la talla). (OMS, 2010)

Durante el periodo, las 387 consultas dadas del programa se distribuyeron de acuerdo con el estado nutricional del niño al momento de la consulta de la siguiente manera (Gráfica 72):



Gráfica 72 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo

Esto puede deberse a los cambios en la alimentación de los niños y que, si no se transita de forma adecuada, se puede tener una deficiencia de nutrientes por falta de calidad y/o cantidad de los alimentos. Como se explicó anteriormente, los estados nutricionales bajo los que se clasificaron los niños atendidos en base al registro de sus mediciones de peso, talla y edad en las curvas de crecimiento fueron:

- **Estado nutricional normal:** cuando las medidas del niño se encontraban entre 2 y -2 DE en las 3 curvas de crecimiento peso para la edad, talla/longitud para la edad y peso para la talla/longitud al momento de la consulta.
- **Desnutrición crónica:** cuando las medidas del niño se encontraban por debajo de -2 DE en la curva de talla/longitud para la edad, es decir, presentando una talla baja para la edad al momento de la consulta.

-
- **Desnutrición aguda:** cuando las medidas del niño se encontraban por debajo de -2 DE en la curva de peso para la talla/longitud al momento de la consulta.
 - **Sobrepeso:** cuando las medidas del niño se encontraban por encima de 2 DE en la curva de peso para la talla/longitud al momento de la consulta.
 - **Obesidad:** cuando las medidas del niño se encontraban por encima de 3 DE en la curva de peso para la talla/longitud al momento de la consulta.

Podemos ver que la proporción de desnutrición crónica es bastante importante, y aunque como ya vimos anteriormente, por diversos factores socio ambientales que intervienen, probablemente este panorama no se pueda erradicar del todo; sin embargo, se busca que, con el tiempo y las medidas aplicadas como los programas de vigilancia, asesoría, acompañamiento y atención de los niños de forma más regular, esta proporción se pueda ir disminuyendo al mínimo posible. (Gráfica 72)

8.2.5 Análisis

Realizar un corte para valorar si el programa funciona o no, me parece un poco difícil especialmente en este programa, ya que el tema del crecimiento y desarrollo de un niño tiene muchos factores que influyen y que muchas veces pueden encontrarse fuera de nuestro control. Si bien como mencioné anteriormente creo que no se podrá erradicar al 100% la desnutrición, y por lo tanto las afectaciones que pueda tener el niño en su crecimiento y desarrollo, sí creo que es posible ir disminuyendo su incidencia e ir fomentando hábitos que mantengan el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños.

El programa funciona de manera adecuada en la valoración y tratamiento de los niños atendidos en la consulta médica, sin embargo el seguimiento continuo fue de los principales problemas a enfrentarse, como se ha explicado anteriormente, por las dificultades de distancia y gasto económico que esto representa, no obstante hubo pocos padres quienes

cumplieron con el seguimiento. Por otra parte, se pudo trabajar muy bien con los niños de la Escuela Zapatista de La Garrucha y llevar mejor seguimiento con una campaña en conjunto con las pasantes de dental y nutrición para realizar actividades de promoción y revisión de peso, talla, estado nutricional e índice de caries.

Las áreas por seguir trabajando y mejorar son reforzar las prácticas de promoción de la salud, pláticas hacia la comunidad y actividades de aprendizaje con los niños en temas de higiene y prevención de enfermedades. Además de reforzar con los padres de los niños atendidos en la consulta médica las recomendaciones de medidas de higiene para evitar enfermedades recurrentes y para mantener una buena nutrición, ya que la disponibilidad de frutas y verduras es limitada o en algunos casos costosa y esto hace que los niños tengan mayor acceso a alimentos de alto nivel calórico pero poca calidad nutrimental como dulces, galletas y refrescos. Por lo que valdría la pena regular los productos de venta en tienditas disponibles para la comunidad, ya que estos alimentos han sido preferidos por la gente por ser “de bajo costo”, “fácil accesibilidad” y en algunas ocasiones se toma como una demostración de “poder adquisitivo” u “estatus económico”. Esto aunado a la poca o nula disponibilidad de fruterías o verdulerías, ya que lo que se pueda consumir de estos alimentos son generalmente producidos por familia en sus terrenos.

8.3 Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Las enfermedades crónicas degenerativas (ECD) son de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y del comportamiento. Los principales tipos de ECD son las enfermedades cardiovasculares, como los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares; el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma; y la diabetes. Cada año mueren 41 millones de personas a causa de estas enfermedades, lo que equivale al 71% de todas las muertes en el mundo. (OPS, 2020)

La mayoría de estas enfermedades resultan de la interacción de factores genéticos y ambientales, aunque la predisposición para padecerlas se hace evidente cuando el individuo se expone a un estilo de vida propicio, aumento en el consumo de calorías, azúcares simples y grasas y reducción en la actividad física. (ENSANUT, 2018). Por esta razón estas enfermedades, principalmente la diabetes e hipertensión, han ido en aumento en los últimos años debido a los cambios en los estilos de vida, los cuales no han sido exclusivos solo de las zonas urbanizadas, sino que también han afectado a las comunidades principalmente con la introducción y fomento de alimentos procesados y altos niveles calóricos y de azúcares.

El principal problema de las ECD son sus complicaciones, generando incapacidad e invalidez, lo que implica mayores gastos a la economía familiar y en el sector salud, por lo que el manejo de las ECD se realiza mediante la detección, el tamizaje y el tratamiento de estas enfermedades, así como cuidados paliativos de las personas que los necesitan. Hay intervenciones esenciales de gran impacto contra las ECD que se pueden llevar a cabo mediante un enfoque de atención primaria de salud que refuerce la detección temprana y el tratamiento oportuno. (OPS, 2020)

Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica de tipo metabólico caracterizada por una elevada glucemia (concentración de glucosa en la sangre), lo que lleva con el tiempo a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los

ojos, los riñones y los nervios (OPS, 2020). En menos de 50 años se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en México, se estima que el 14.4% de los adultos mayores de 20 años tienen la enfermedad, siendo el porcentaje mayor de 30% después de los 50 años; a partir del año 2000, se convirtió en la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los hombres y además es motivo más frecuente de incapacidad prematura, ceguera y amputaciones de extremidades no causadas por traumatismos. Es una de las cinco enfermedades con mayor impacto económico al sistema de salud (ENSANUT, 2018).

La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen otros miembros de su familia afectados y un alto porcentaje tiene concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y ácido úrico; también se encuentra asociada a que la persona años más tarde pueda debutar con hipertensión arterial.

Cuando la concentración de glucosa de ayuno supera el umbral considerado para el diagnóstico de la diabetes (mayor o igual a 126 mg/dl) aparece la probabilidad de sufrir las complicaciones crónicas de la enfermedad, siendo las más frecuentes el infarto del miocardio, la insuficiencia cardíaca, el infarto cerebral y la insuficiencia arterial en miembros inferiores. Otras complicaciones como el daño renal y ocular ocurren varios años después de la aparición de la enfermedad. La Federación Internacional de Diabetes estima que, en México, habrá nueve millones de personas con diabetes para el 2025 (Imagen 46). (ENSANUT, 2018)



Diabetes en población de 20 años y más años

Porcentaje de la población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes, por sexo

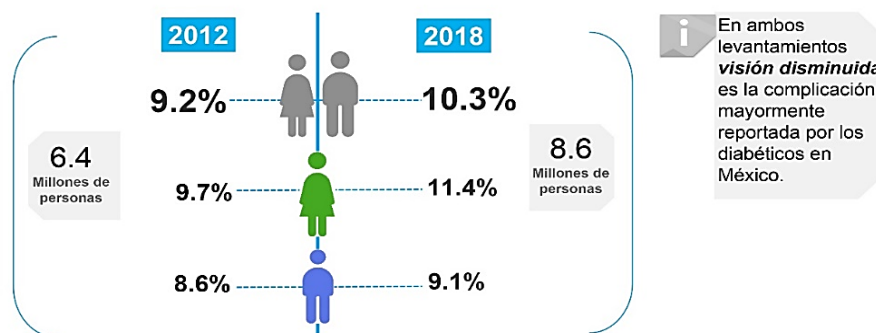


Imagen 46 Encuesta de Salud y Nutrición 2018, INSP

Hipertensión Arterial Sistémica

La hipertensión arterial sistémica es un padecimiento multifactorial que se caracteriza por la elevación persistente de las cifras de presión arterial sistólica y diastólica a cifras mayores o iguales a 140/90 mm/Hg y es considerada como un importante factor de riesgo para un infarto al miocardio, evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, deterioro cognitivo y muerte prematura. (ENSANUT, 2018)

Medir la presión arterial es la única manera de diagnosticar la hipertensión ya que la mayoría de las personas con hipertensión no tienen síntomas (Imagen 47). (OPS, 2020)

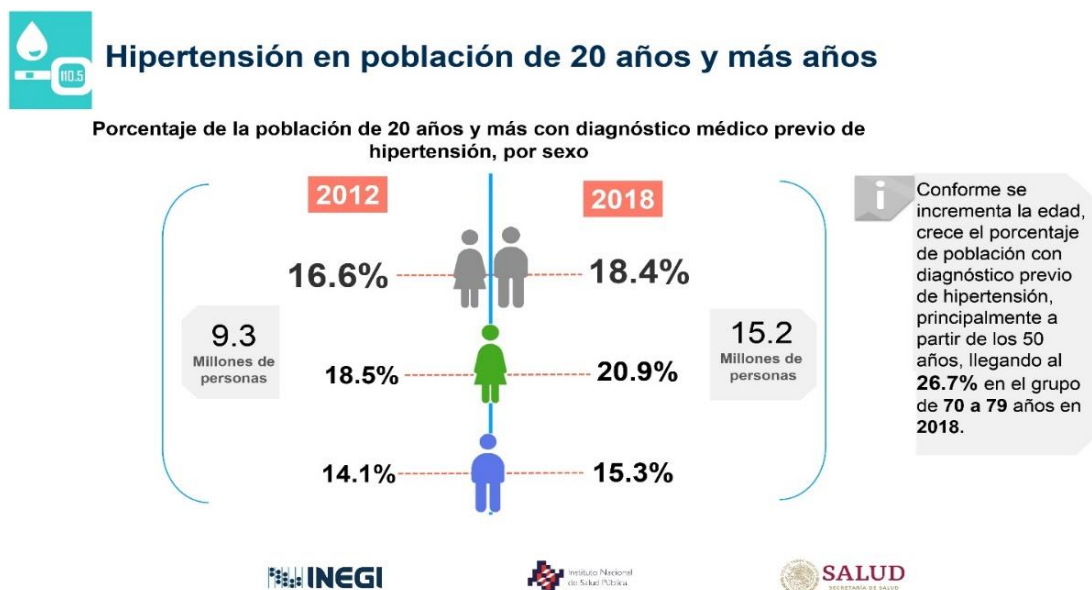


Imagen 47 Encuesta de Salud y Nutrición 2018, INSP

Sobrepeso y Obesidad

En México la prevalencia nacional de sobrepeso u obesidad es más alta que en el promedio mundial, dos terceras partes de los adultos mexicanos tienen sobrepeso u obesidad y en el periodo 2012 a 2018, aumentó la prevalencia nacional de sobrepeso u obesidad, tanto en hombres como en mujeres (Imagen 48).

La obesidad es un problema de salud que conlleva importantes consecuencias a corto y largo plazo, además de contribuir al desarrollo y complicaciones de otras enfermedades crónicas como la diabetes e

hipertensión. El 17.3% de la población adulta no cumplió con los criterios mínimos establecidos por la OMS para ser considerados como físicamente activos, aspecto que se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión.

Actualmente en México la venta de productos industrializados es cada vez más alta que también se asocia con el incremento en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en la población, además de que la declaración frontal nutrimental que presentan en su etiqueta los productos industrializados de cantidades y porcentajes que refieren al consumo calórico de los nutrimentos diarios, no es de utilidad cuando más de 75% de la población no conoce cuál debe ser su consumo promedio diario de calorías y 10.2% de la población no sabe leer.

Finalmente, pero no menos importante, hay que resaltar el consumo de agua que no alcanza el 100% de la población y que además es prácticamente igual o menor que el de bebidas edulcoradas. Aunque anteriormente esto se observaba que en la localidad urbana hay un mayor consumo de todo tipo de alimentos, ya no es exclusivo de estas zonas al haber mayor disponibilidad de estos alimentos en las localidades rurales del país, por lo que es muy importante implementar estrategias eficaces para aumentar el acceso y el consumo de alimentos recomendables, principalmente frutas, verduras y agua. (ENSANUT, 2018)



Sobrepeso y obesidad en población de 20 y más años

A nivel nacional, en 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de **75.2%** (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de **71.3 por ciento**.

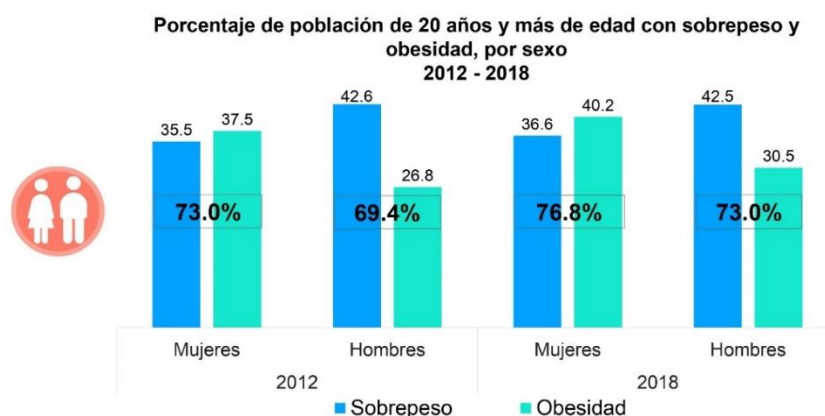


Imagen 48 Encuesta de Salud y Nutrición 2018, INSP

8.3.1 Objetivos

El objetivo principal del programa es el enfatizar la importancia del cambio de estilo de vida y promoción de una alimentación saludable; la eliminación del consumo de refrescos y bebidas edulcoradas; realizar el tamizaje para principalmente diabetes e hipertensión en los pacientes de la clínica para su detección temprana y control; y promover la importancia del apego al tratamiento farmacológico para evitar complicaciones y deterioro por las ECD.

Los objetivos específicos son:

- Realizar tamizaje con toma de presión arterial, glucosa capilar con tira reactiva y medición de peso y talla en cada consulta médica para detección oportuna.
- Actividades de promoción como talleres para promotores, platicas informativas en la consulta médica a pacientes sobre las ECD, sus complicaciones y prevención.
- Proporcionar plan de tratamiento y asesoría de acuerdo con los resultados de la toma y la valoración del paciente en la consulta médica.
- Canalización y referencia de pacientes con complicaciones que requieran atención de segundo o tercer nivel de salud.
- Seguimiento y acompañamiento de pacientes referidos a otras instituciones de salud.
- Seguimiento de pacientes detectados para continuar en control o ajuste de tratamiento de acuerdo con sus necesidades.

8.3.2 Materiales

- Baumanómetro
- Estetoscopio
- Báscula
- Estadiómetro
- Cinta métrica
- Glucómetro
- Tiras reactivas para glucosa

-
- Lancetas
 - Torundas
 - Alcohol
 - Tiras reactivas para uroanálisis
 - Formato de control de pacientes crónico-degenerativos

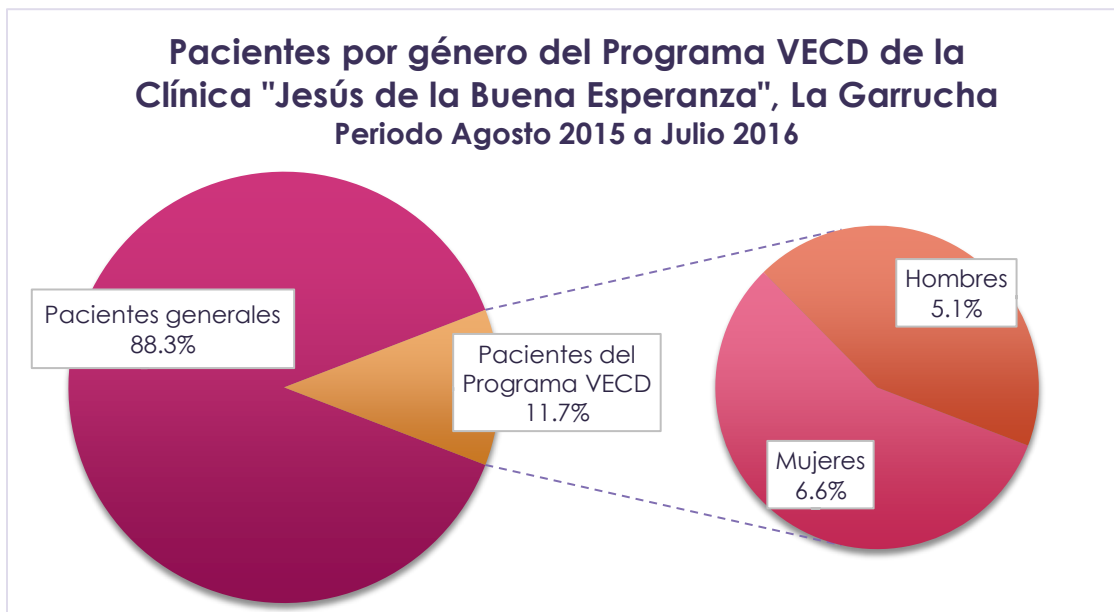
8.3.3 Seguimiento

A través de la consulta diaria se identificaban a los pacientes con enfermedades crónicas, principalmente hipertensión y diabetes, aunque también se mantenían en vigilancia y seguimiento diferentes enfermedades crónicas.

De igual manera a los programas anteriores tras su segunda consulta se les ingresaba al programa para llevar su control. Se citaban a control cada mes o dependiendo del padecimiento y estado de control, el periodo se podía prolongar. En cada consulta se realizaba una valoración integral para identificar las posibles complicaciones y poder canalizarlos a tiempo en caso necesario de que requirieran atención de segundo o tercer nivel. Además, si estaba dentro de las posibilidades de los pacientes se solicitaban estudios de laboratorio o gabinete de control, en caso de que no tuvieran los medios se buscaba la manera de realizarlos con apoyo de SADEC o con apoyo de otras instituciones de salud pública en casos muy específicos. Y finalmente si requería atención especializada de segundo o tercer nivel se realizaba la referencia y posteriormente se monitorizaba el avance de la atención.

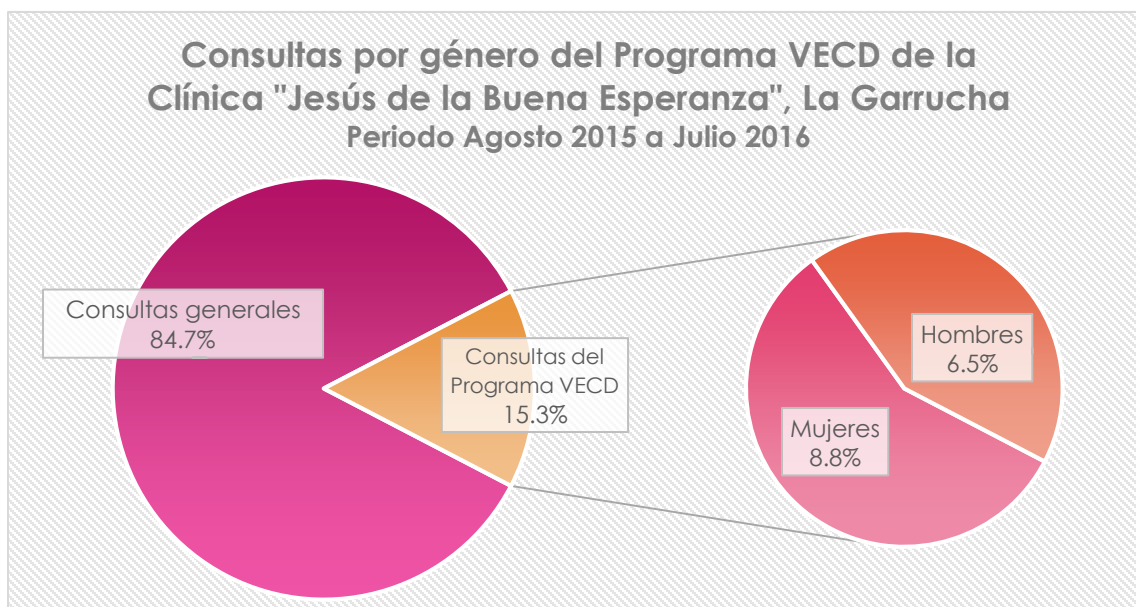
8.3.4 Resultados

Durante el periodo tuvimos un total de 111 pacientes atendidos por ECD, representando el 11.7% del total de 948 pacientes del periodo y el 22.8 % de los 486 pacientes mayores de 20 años. (Gráfica 73)



Gráfica 73 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

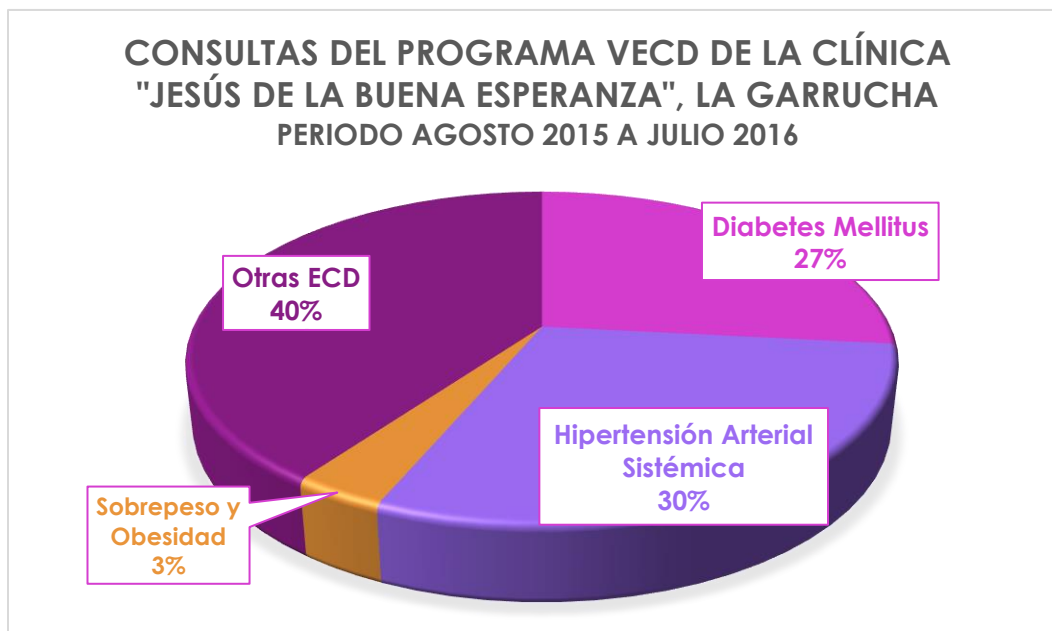
A estos 111 pacientes se ofrecieron un total de 195 consultas que representa el 15.3% de las 1,277 consultas totales dadas en el periodo. Esto significa un promedio de 1.8 consultas por paciente y 16.3 consultas por mes del periodo. (Gráfica 74)



Gráfica 74 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Además, se catalogaron las consultas por las ECD más frecuentes de la siguiente manera (Gráfica 75):

- Diabetes Mellitus: 52 consultas
- Hipertensión Arterial Sistémica: 58 consultas
- Sobrepeso y Obesidad: 7 consultas
- Otras ECD (EPOC, cardiopatías, crisis convulsivas, HPB, etc): 78 consultas

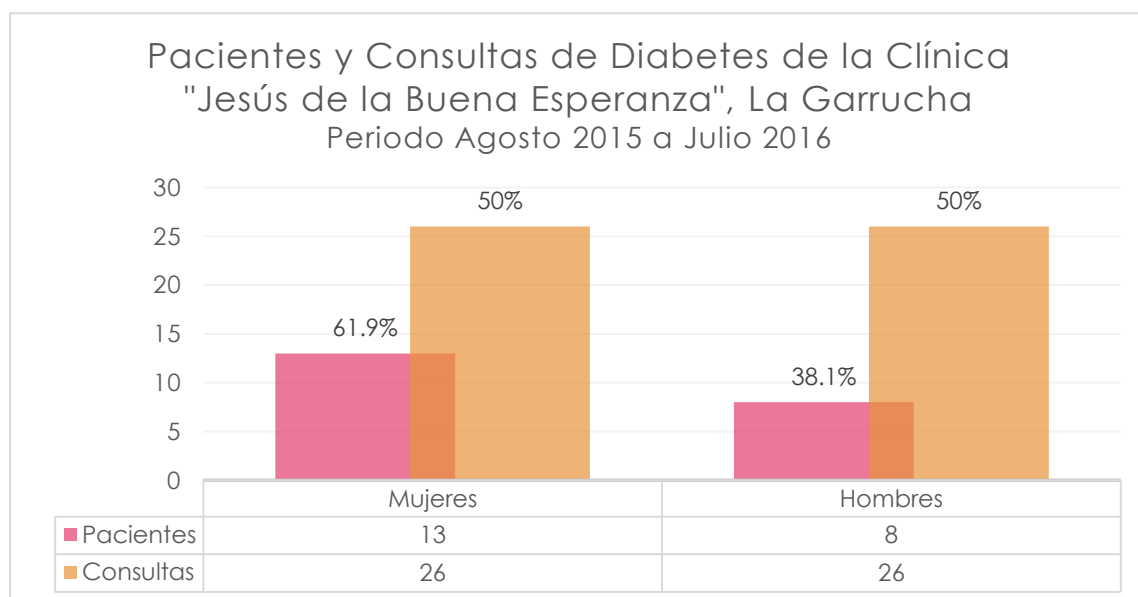


Gráfica 75 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Diabetes Mellitus

A los pacientes durante su consulta se explicaba qué es la diabetes, tratando de explicarlo de una forma sin tantos tecnicismos médicos y con ayuda de la traducción en tseltal por los promotores de salud, esto para que fuera lo más comprensible posible, y al entender su proceso de enfermedad, los pacientes pudieran adueñarse y comprometerse con su tratamiento. Además de resolver dudas y dar consejería sobre dieta y actividades para mantener el control de la enfermedad.

En cuanto a los pacientes y consultas dadas por diabetes, tuvimos un total de 21 pacientes atendidos con 52 consultas, dando un promedio de 2.5 consultas por persona y 4.33 consultas por mes. La distribución por género fue la siguiente (Gráfica 76):

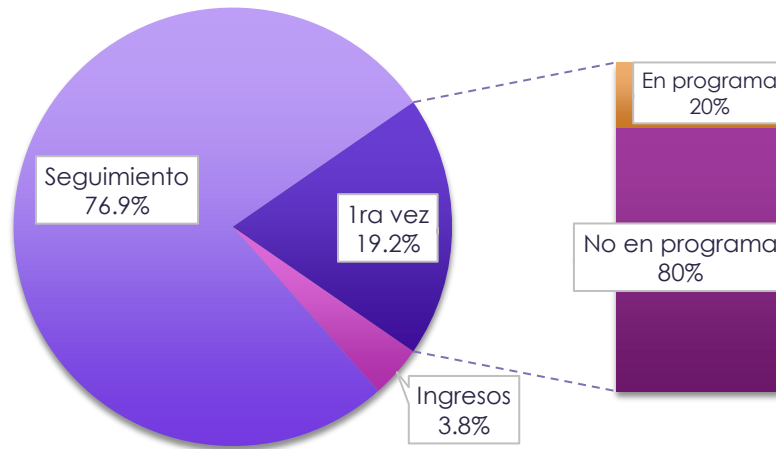


Gráfica 76 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

De las 52 consultas dadas por diagnóstico de diabetes, tuvimos (Gráfica 77):

- **De primera vez no en programa:** 8 (15.4%) consultas iniciales a pacientes que no tuvieron una segunda consulta por lo que no se ingresaron al programa.
- **De primera vez en programa:** 2 (3.8%) consultas iniciales a pacientes que posteriormente ingresaron al programa por sus consultas subsecuentes.
- **Ingresos:** 2 (3.8%), pacientes que acudieron a una segunda consulta para su valoración y se ingresaron al programa.
- **De seguimiento:** 40 (76.9%), cuando un paciente del programa acudió a una tercer consulta o más para su valoración.

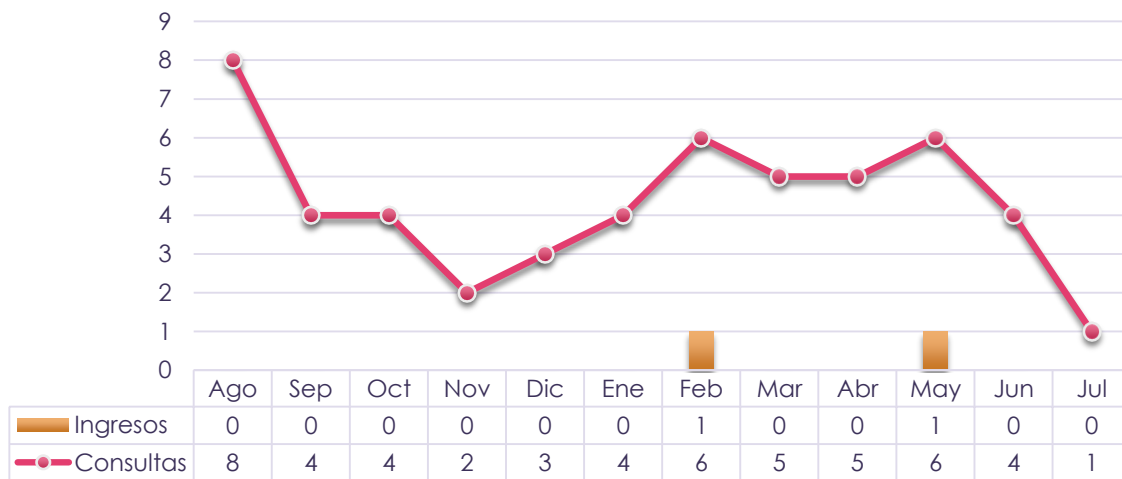
**Consultas de Diabetes del Programa VECD en la
Clínica "Jesus de la Buena Esperanza", La Garrucha
Periodo Agosto 2015 a Julio 2016**



Gráfica 77 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

En cuanto a la distribución de las 52 consultas por mes y los ingresos por mes se encontró lo siguiente y que como podemos observar anteriormente la mayoría de las consultas fueron de seguimiento teniendo pocos ingresos nuevos, creo que eso es importante ya que la meta es que la menor cantidad posible de personas desarrolle este tipo de enfermedades. (Gráfica 78)

**Ingresos y Consultas por mes de Diabetes de la Clínica
"Jesús de la Buena Esperanza", La Garrucha
Periodo Agosto 2015 a Julio 2016**



Gráfica 78 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Sin embargo, es importante mencionar que el apego al tratamiento farmacológico y los cambios de hábitos como una dieta balanceada (principalmente la nivelación de los carbohidratos) implicaban mayores gastos económicos. Un dato interesante para analizar ya que, a pesar de contar con algunos alimentos saludables y naturales en los cultivos de sus milpas y casas, el cambio de hábitos se veía afectado por varios factores como:

1. Cantidad, variación y temporalidad de los cultivos en milpas. La mayoría de los terrenos destinados a cultivo eran para el maíz que es la base de la alimentación en las comunidades y dependiendo de la temporada y lugar (milpa o solar de su casa) podían agregar algún cultivo de forma adicional como el frijol, calabaza, camote, plátanos, cebollín, chile, etc. Aun así, las cantidades no eran muy grandes ni tampoco la variabilidad, por lo que, para obtener diferentes tipos de verduras, tenían que comprarlas.
2. Base de alimentación en carbohidratos. Como se comentó arriba, la base de la alimentación en las comunidades es con maíz en distintas presentaciones: pozol, tortilla, tamales y atole, pero además la mayoría de las comidas incluían arroz, pasta o frijoles por ser de menor costo y mayor disponibilidad, por lo que para balancear sus comidas implicaba disminuir estos alimentos, pero aumentar verduras, proteínas y frutas que como se mencionó anteriormente, generaba mayor gasto económico que muchas veces no podían solventar.
3. Gran disponibilidad de alimentos “chatarra”. De igual manera, como mencione anteriormente, la disponibilidad y el costo “bajo” de alimentos como refresco, galletas, panes y pastas, hacían que estos alimentos fueran muy consumidos. Además de que les atribuían “beneficios” a este tipo de alimentos como, por ejemplo, que les daba “mayor” energía para trabajar que el pozol; les daba mayor tiempo de saciedad y que se le atribuía al consumo de estos alimentos como símbolo de un “mayor estatus económico”.

En cuanto a la actividad física, se tenía que tomar en cuenta que era una población de por sí con actividad física importante por las labores de

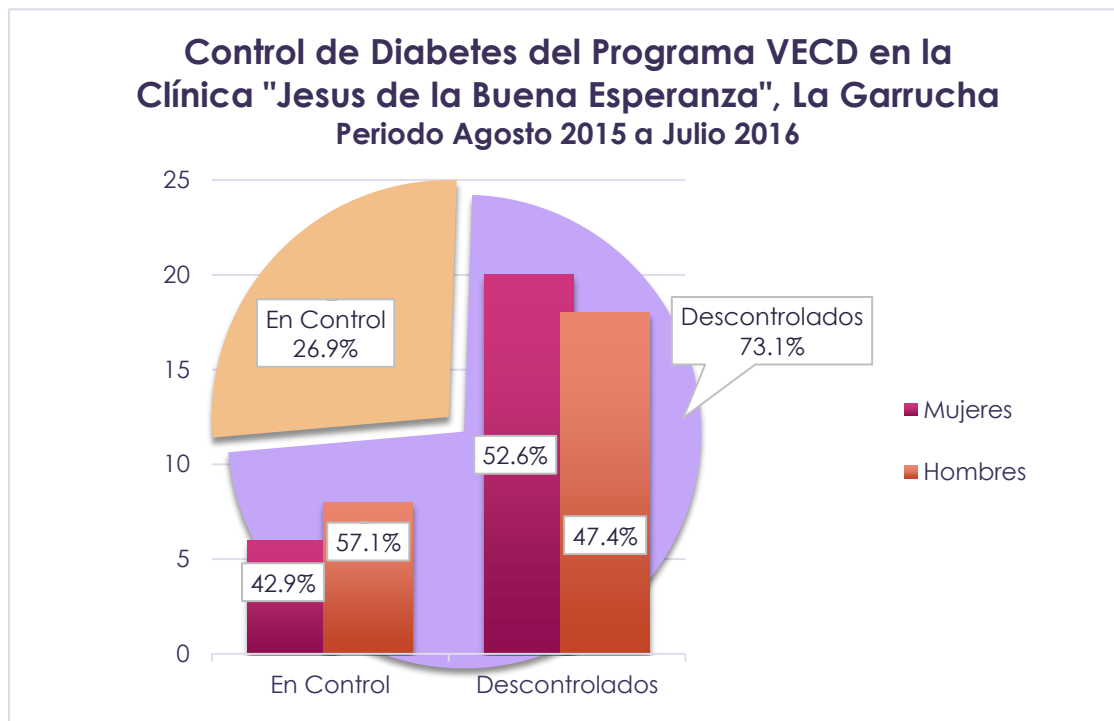
trabajo y mantenimiento de sus hogares y cultivos, así que realmente me parece que la falta actividad física no era el principal problema, sino el cambio en la calidad de alimentación que se está dando cada vez más por la disponibilidad de alimentos chatarra. Además, que la práctica del ejercicio como lo conocemos en zonas urbanas es muy distinta a las costumbres en las comunidades, por ejemplo, podíamos ver a los hombres y a veces algunas mujeres jóvenes jugando básquetbol, pero no los veríamos corriendo por el camino o alrededor de la cancha.

Por otro lado, una diferencia importante que pude observar fue que la mayoría de las personas que padecían de diabetes e incluso hipertensión, eran personas que se dedicaban a ser choferes de transporte, en el caso de los hombres, o esposas de ellos; ¿y por qué es importante este dato? La respuesta es en que este simple hecho hacía que los hábitos y estilo de vida cambiara a diferencia de las personas que mantenían su trabajo en el campo; por ejemplo, tenían mayor consumo de refrescos y alimentos preparados por tener mayor economía para comprarlos y traerlos de la cabecera municipal más cercana (Ocosingo), sus hábitos eran más sedentarios ya que al ser chofer pasaban la mayor parte del día sentados a diferencia de los que se dedican al campo que trabajan toda la mañana en sus terrenos, y en cuanto a las esposas disminuían sus tareas en casa por tener mayor ingreso por parte de sus esposos, incluso algunas se habían vuelto encargadas de una tiendita en sus casas a diferencia de las mujeres que también trabajaban en el campo ayudando a los cultivos; por lo tanto todo lo anterior son factores que favorecen hábitos poco saludables, sedentarismo y descontrol de la enfermedad.

La meta para denominar a los pacientes controlados fue de la toma de glucosa capilar en ayuno $<110\text{mg/dl}$, por ende, si se mantenían arriba de esta cifra de medición se consideraba como descontrolado.

Como vimos en los resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT, 2018) y los resultados de los datos de la clínica, hay mayor prevalencia de diabetes en las mujeres y de igual manera hay mayor descontrol (*Gráfica 79*). Específicamente con las mujeres existe un factor importante en común también con las otras ECD hipertensión y obesidad, y es que el peso corporal tiene una relación importante con la salud de la

mujer; muchas veces el que una mujer tenga mayor peso corporal (sobrepeso u obesidad) lo asocian a que es “más sana” que una mujer delgada (IMC normal), esto hablando y tomando como referencia los lineamientos de IMC establecidos por la OMS y dejando fuera una percepción corporal personal. Por lo que esta percepción también hacía difícil el control de las EDC en general y no solo el caso de la diabetes.

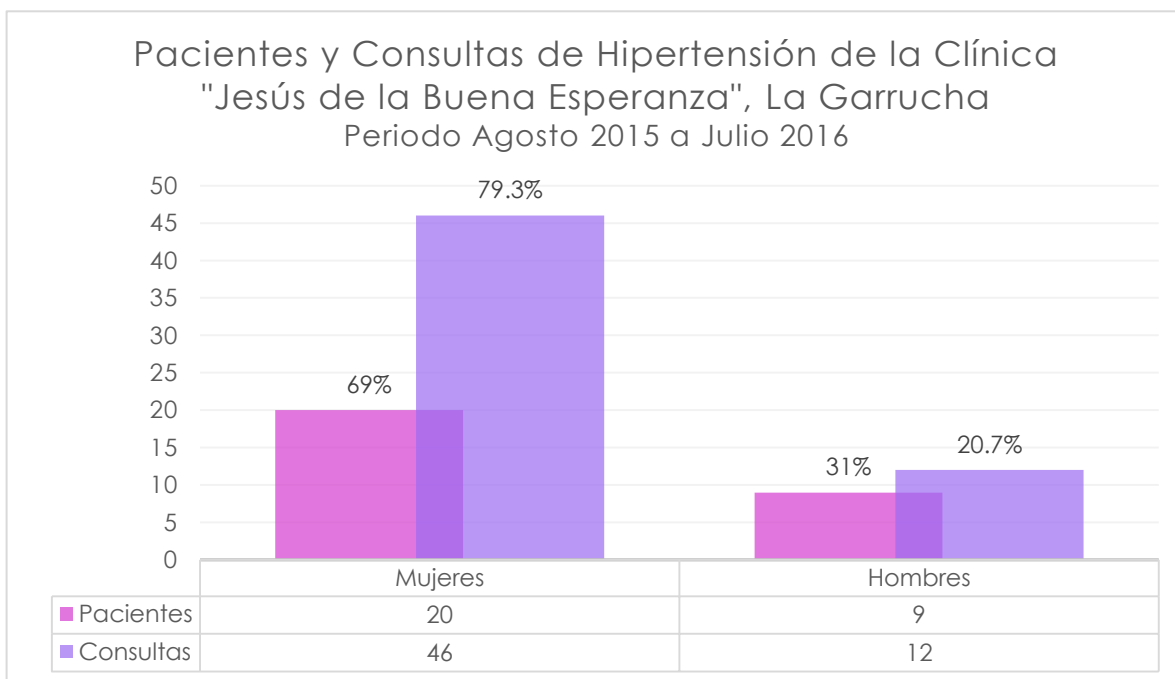


Gráfica 79 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Hipertensión Arterial Sistémica

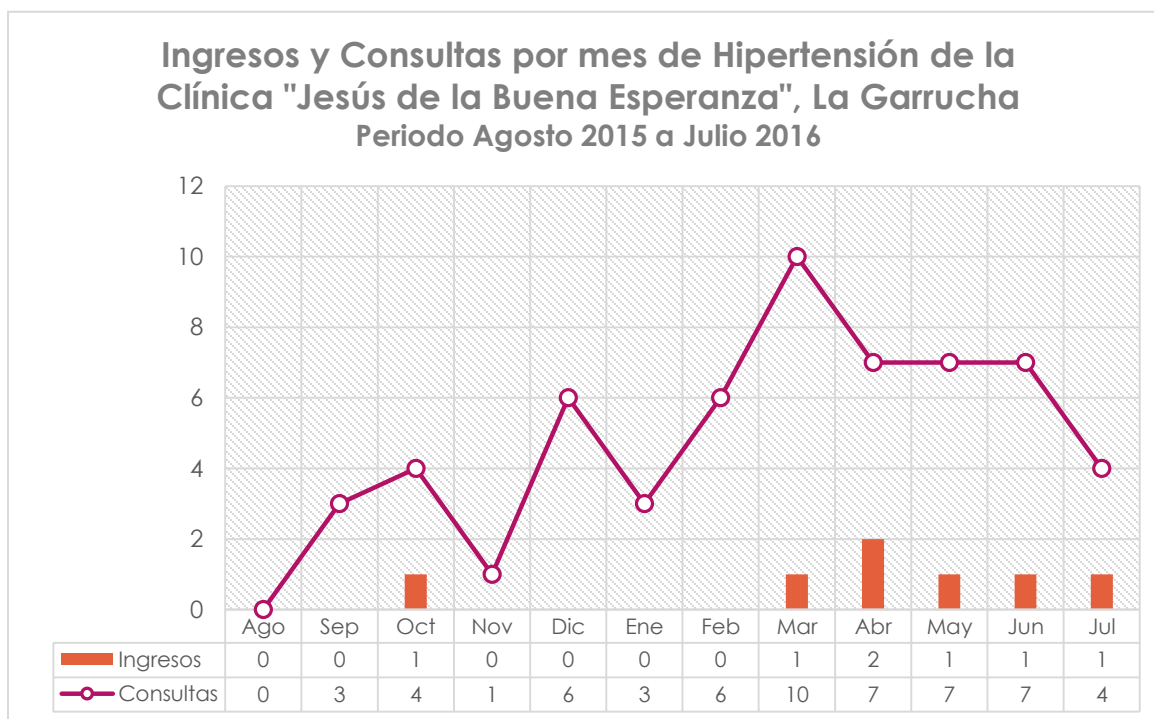
A los pacientes con hipertensión también se les explicaba que es la hipertensión, de igual manera con la traducción en tselal por parte de los promotores de salud, resolviendo dudas y consejería para el manejo y control de su padecimiento y de esta forma apegarse mejor al tratamiento.

La distribución por género de las 58 consultas a los 29 pacientes con hipertensión atendidos del periodo, que nos dio un promedio de 2 consultas por persona y 4.8 consultas por mes del periodo, fue de la siguiente manera:



Gráfica 80 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

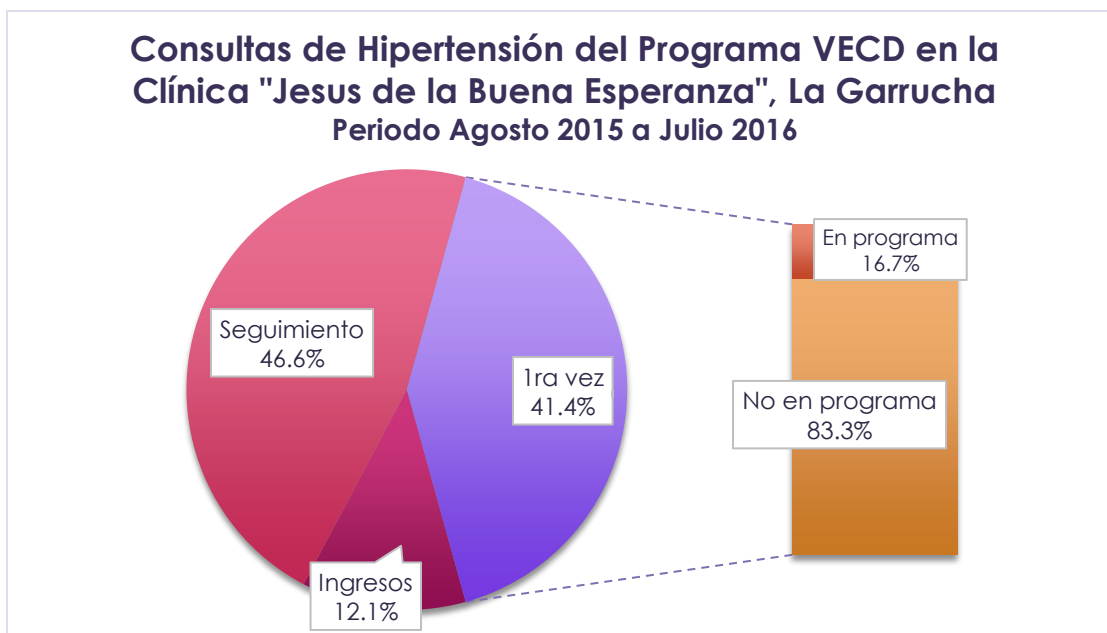
La distribución de las 58 consultas por mes y los ingresos por mes se encontró lo siguiente y que como podemos observar anteriormente la mayoría de las consultas fueron de seguimiento. (Gráfica 81)



Gráfica 81 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

De las 52 consultas dadas por diagnóstico de diabetes, tuvimos (Gráfica 82):

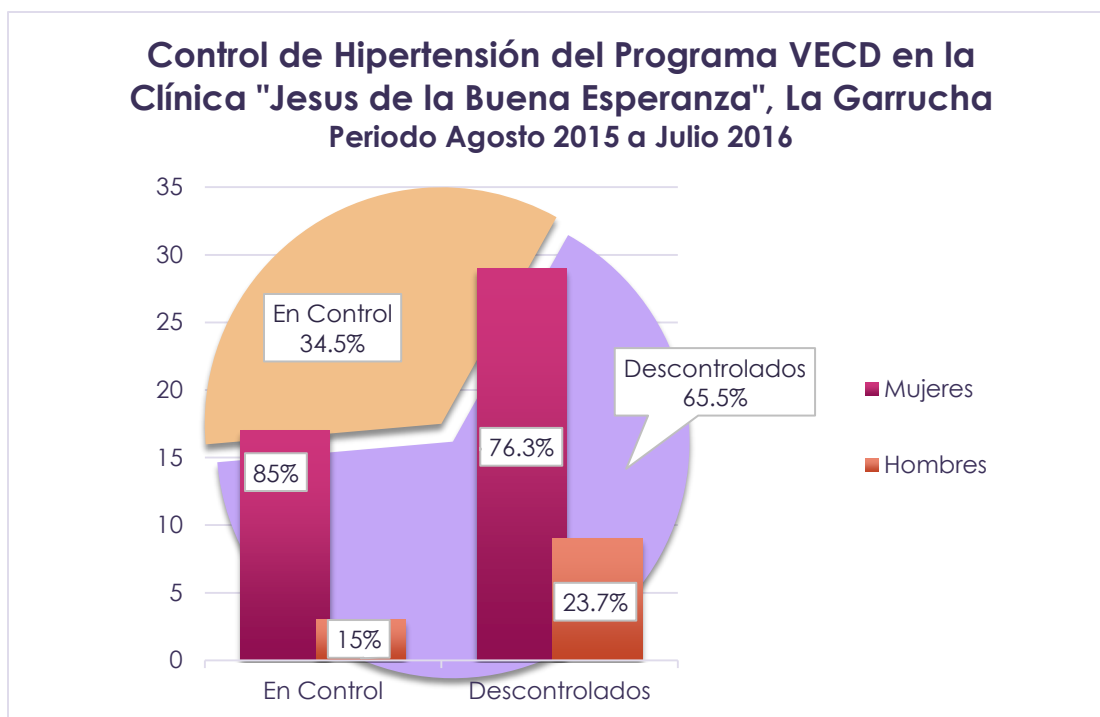
- **De primera vez no en programa:** 20 (83.3%) consultas iniciales a pacientes que no tuvieron una segunda consulta por lo que no se ingresaron al programa.
- **De primera vez en programa:** 4 (16.7%) consultas iniciales a pacientes que posteriormente ingresaron al programa por sus consultas subsecuentes.
- **Ingresos:** 7 (12.1%), pacientes que acudieron a una segunda consulta para su valoración y se ingresaron al programa.
- **De seguimiento:** 27 (46.6%), cuando un paciente del programa acudió a una tercer consulta o más para su valoración



Gráfica 82 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Las metas para definir a los pacientes con hipertensión como controlados fueron tomas de presión arterial <130/90mmHg. De igual manera que con la diabetes, podemos observar en la siguiente grafica que se cumple el patrón de la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT, 2018) de prevalencia de hipertensión en las mujeres, en cuanto al control el principal factor que favorecía el descontrol de las pacientes mujeres era el estrés y alteraciones emocionales.

El estado emocional y salud mental es un tema que no se aborda, creo yo, lo suficiente y que es un factor importante para el control de la hipertensión, muchas de las mujeres con hipertensión que acudían a la consulta mantenían un descontrol principalmente por el estrés secundario a conflictos intrafamiliares, los cuales se pudieron identificar gracias a que se pudo establecer una buena comunicación en la consulta y se interrogaban otros aspectos de la dinámica familiar fuera de solo la exploración física o ajuste de tratamiento farmacológico. (Gráfica 83)



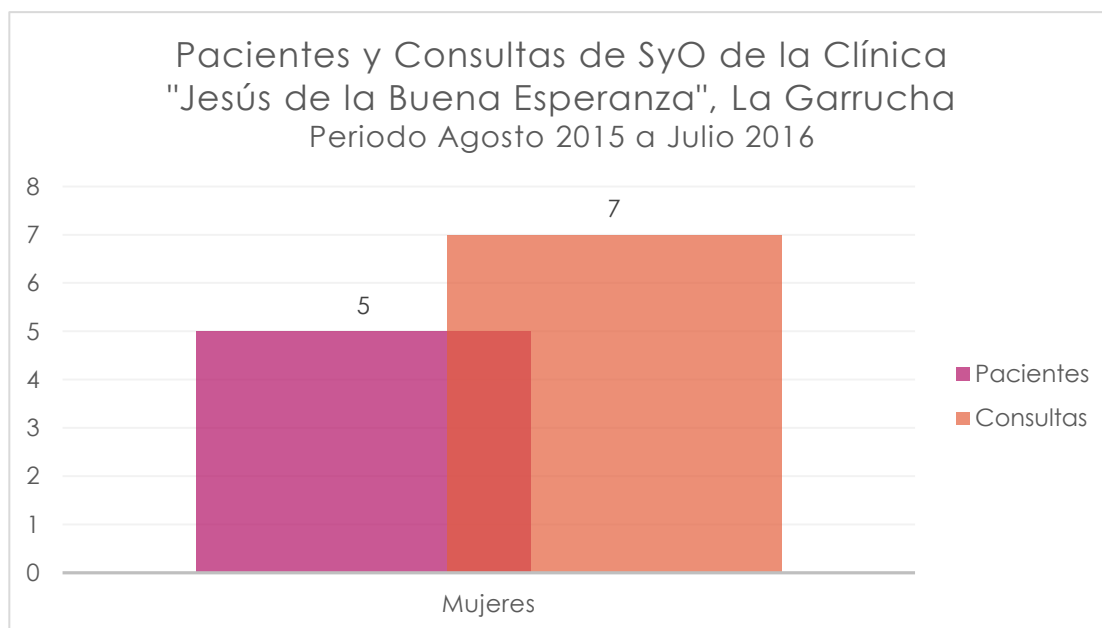
Gráfica 83 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

La salud mental no es tema de este programa de vigilancia, pero vale la pena poner unas líneas para visualizar que existen muchos casos de depresión crónica subdiagnosticada o incluso casos de depresión subclínica que a veces es difícil de identificar por la falta de preparación que tenemos como médicos para el manejo de la salud mental y el diagnóstico y asesoría de primer nivel de atención de padecimientos psicológicos y psiquiátricos.

Sobrepeso y Obesidad

El control de pacientes con obesidad y sobrepeso fue un programa difícil por lo anteriormente expuesto sobre la percepción del peso corporal, principalmente en mujeres.

No tuvimos hombres en el programa ya que a pesar de que acudieron a la consulta varios hombres y mujeres que presentaban sobrepeso u obesidad por la medición de IMC, la mayoría no lo veía como un problema de salud a pesar de la información que se daba sobre el padecimiento. Tuvimos un total de 5 mujeres a quienes se les otorgaron 7 consultas con el objetivo de atender el problema de sobrepeso u obesidad en el periodo, que nos dio un promedio de 1.4 consultas por persona y 1.2 consultas por cada 2 meses del periodo. (Gráfica 84)



Gráfica 84 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

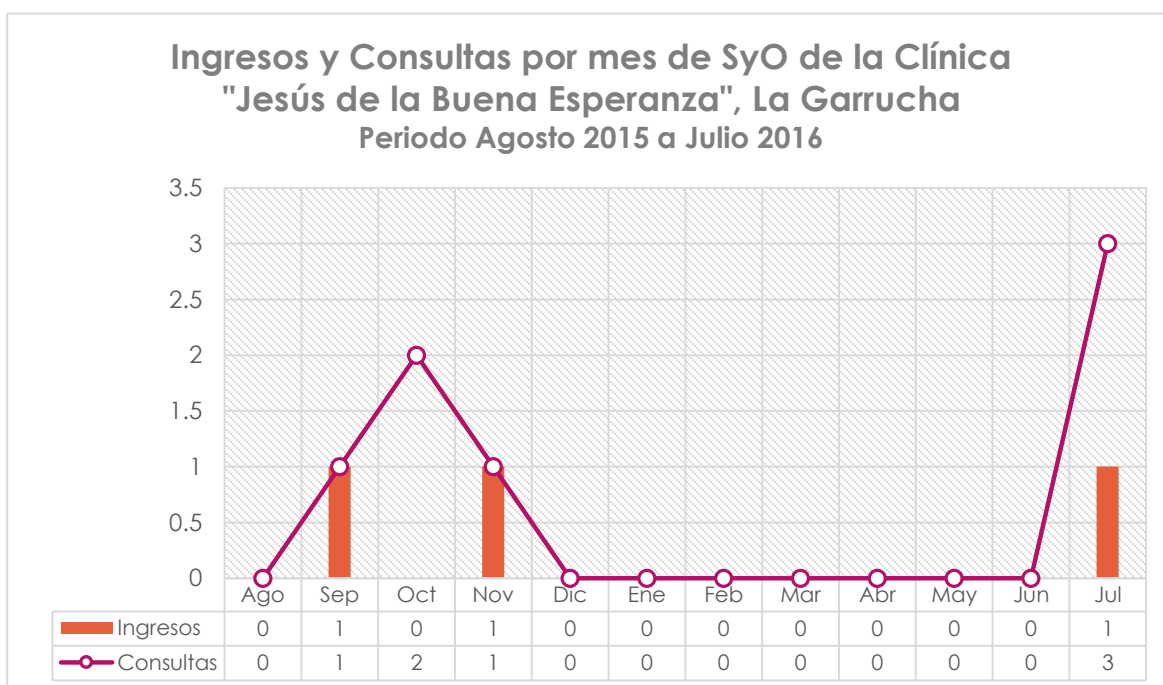
Las mujeres que están en programa modificaron sus dietas, implementaron actividad física, y trataron de evitar la toma de bebidas azucaradas y refrescos, aunque pudiera parecer poco avance por la cantidad de mujeres en programa, en comparación con toda la población de la zona, sigue siendo un paso importante en el camino a trazar sobre la concientización de las complicaciones que nos puede traer esta enfermedad.

Sin embargo como mencioné anteriormente esto no ha sido fácil gracias a los diferentes aspectos alimenticios que han sido cada vez más frecuentes en las comunidades, como la presencia de productos como los refrescos, las bebidas azucaradas, las galletas, frituras, harinas refinadas que son consumidos por gran parte de la población y que está causando una transición en la alimentación importante y no para un cambio positivo, ya

que no solo propicia el sobrepeso y obesidad, sino que enfatiza la malnutrición y desnutrición en poblaciones vulnerables.

Y de igual manera como se comenta anteriormente, el factor cultural importante sobre la percepción de que una persona "gordita" o "llenita" ES una persona sana mientras que una persona "flaquita" se percibe como una persona potencialmente enferma, lo cual dificultaba que las personas vieran el sobrepeso u obesidad como un padecimiento de importancia que pudiera perjudicar su salud.

La distribución de las 7 consultas por mes y los ingresos por mes se encontró lo siguiente y que como podemos ver, a pesar de ser pocas consultas se pudo captar a nuevas pacientes para su manejo. (Gráfica 85)

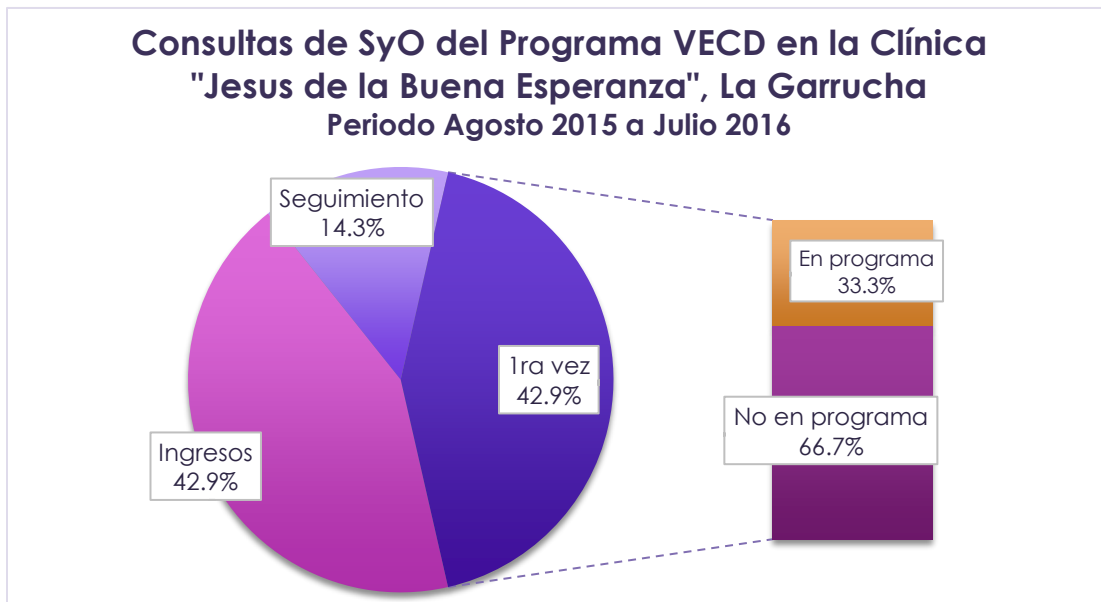


Gráfica 85 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

De las 7 consultas dadas por diagnóstico de diabetes, tuvimos (Gráfica 86):

- **De primera vez no en programa:** 2 (66.7%) consultas iniciales a pacientes que no tuvieron una segunda consulta por lo que no se ingresaron al programa.

- **De primera vez en programa:** 1 (33.3%) consultas iniciales a pacientes que posteriormente ingresaron al programa por sus consultas subsecuentes.
- **Ingresos:** 3 (42.9%), pacientes que acudieron a una segunda consulta para su valoración y se ingresaron al programa.
- **De seguimiento:** 1 (14.3%), cuando un paciente del programa acudió a una tercer consulta o más para su valoración

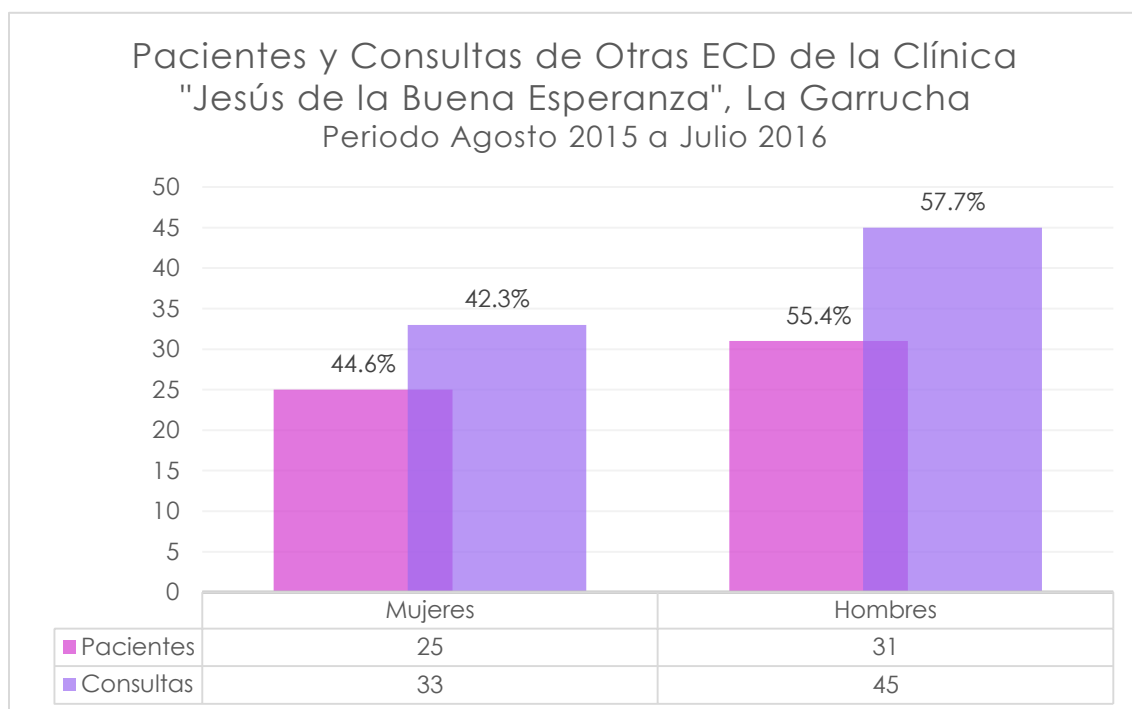


Gráfica 86 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Otras Enfermedades Crónico-Degenerativas

Los otros casos de ECD corresponden a pacientes con padecimientos neurológicos, psiquiátricos, cáncer, autoinmunes, dermatológicos, malformaciones congénitas, o cualquier tipo de enfermedad crónica que signifique una degeneración para las funciones y salud del paciente.

Durante el periodo tuvimos un total de 56 pacientes a quienes se les ofreció un total de 78 consultas. Esto significó un promedio de 1.4 consultas por persona y 6.5 consultas por mes del periodo. (Gráfica 87)

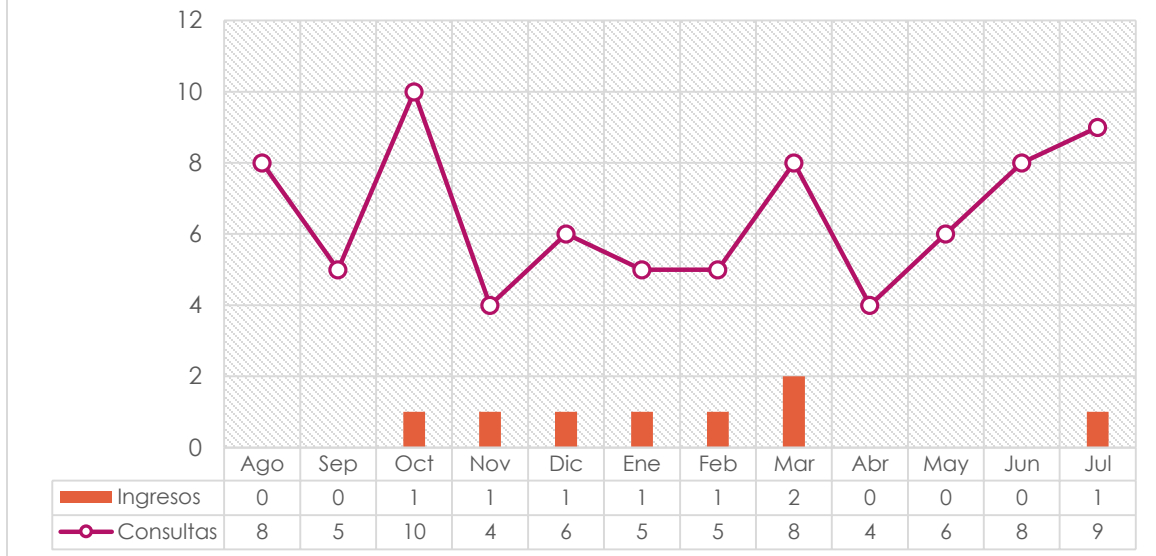


Gráfica 87 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Todos estos casos fueron casos complejos de llevar ya que para su debido control y vigilancia algunos requerían de manejo en un hospital de 2do nivel de atención o incluso en un 3er nivel de atención en hospitales de especialidad que requerían horas de traslado. Aunado al gasto económico que representaban para la economía de la familia del paciente afectado y lo costoso de los medicamentos de algunos tratamientos, por lo que con todos estos factores se vuelven enfermedades difíciles y complejas, muchas veces con un pronóstico desalentador.

En cuanto a la distribución de las consultas e ingresos del periodo por mes encontramos que la mayoría de las consultas fueron de primera vez, es decir, casos nuevos detectados y en el caso de las de seguimiento, afortunadamente la mayoría no tenía datos de severidad y se podían mantener en vigilancia sin mayor cambio. (Gráfica 88)

**Ingresos y Consultas por mes de Otras ECD de la
Clínica "Jesús de la Buena Esperanza", La Garrucha
Periodo Agosto 2015 a Julio 2016**

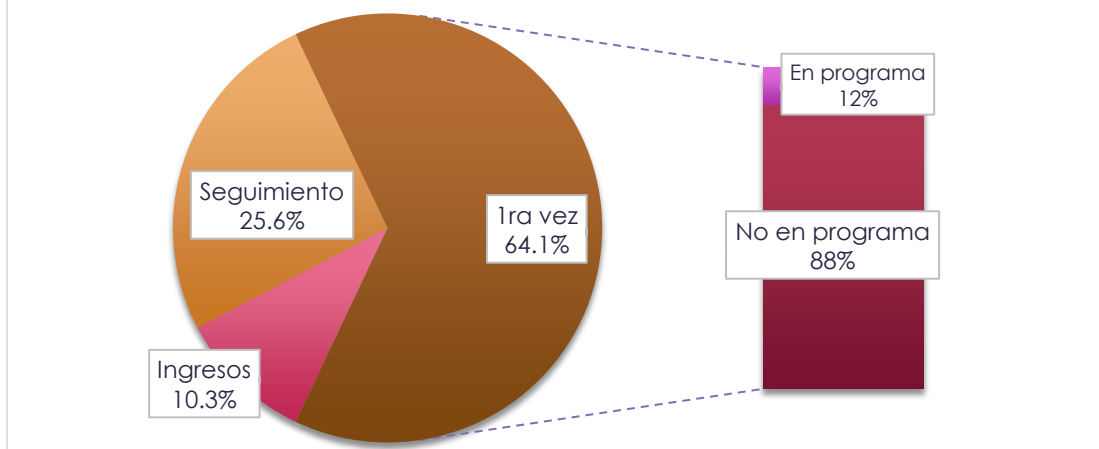


Gráfica 88 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

De las 7 consultas dadas por diagnóstico de diabetes, tuvimos (Gráfica 89):

- **De primera vez no en programa:** 44 (88%) consultas iniciales a pacientes que no tuvieron una segunda consulta por lo que no se ingresaron al programa.
- **De primera vez en programa:** 6 (12%) consultas iniciales a pacientes que posteriormente ingresaron al programa por sus consultas subsecuentes.
- **Ingresos:** 8 (10.3%), pacientes que acudieron a una segunda consulta para su valoración y se ingresaron al programa.
- **De seguimiento:** 20 (25.6%), cuando un paciente del programa acudió a una tercer consulta o más para su valoración

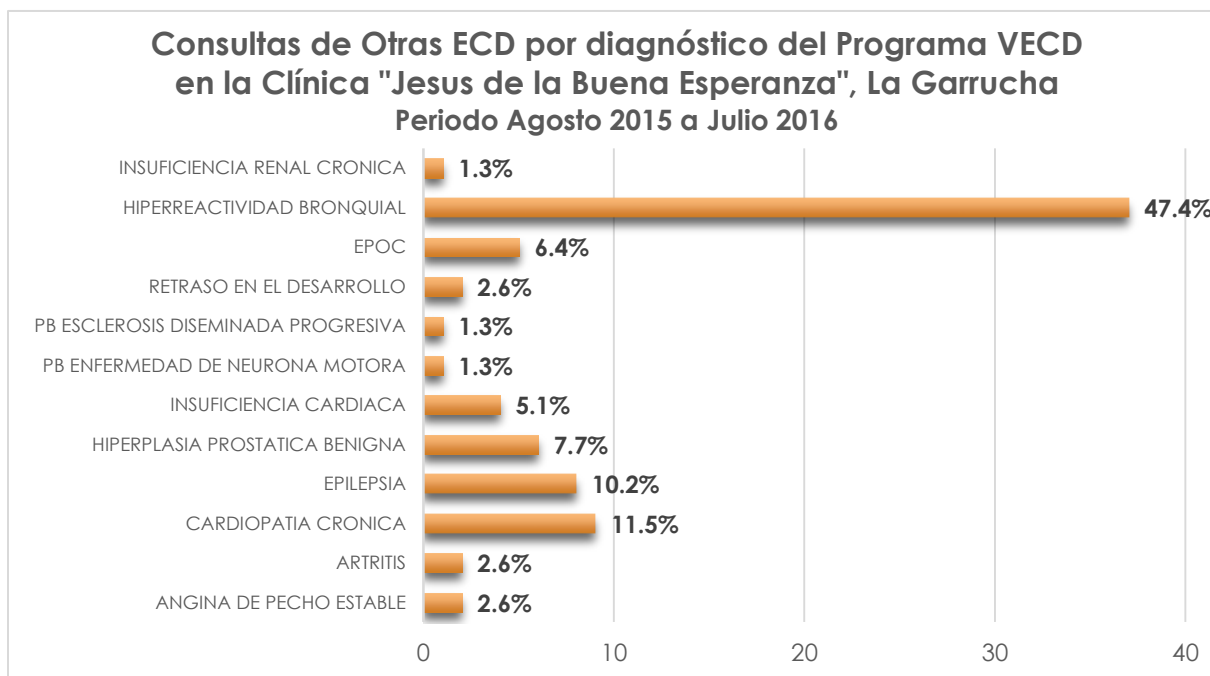
**Consultas de Otras ECD del Programa VECD en la
Clínica "Jesus de la Buena Esperanza", La Garrucha
Periodo Agosto 2015 a Julio 2016**



Gráfica 89 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Los diagnósticos de las 78 consultas por orden de mayor frecuencia fueron los siguientes (Gráfica 90):

1. Hiperreactividad Bronquial: 37 consultas
2. Cardiopatía crónica: 9 consultas
3. Epilepsia: 8 consultas
4. Hiperplasia prostática benigna: 6 consultas
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): 5 consultas



Gráfica 90 FUENTE: Censo de Programa Vigilancia y control de Enfermedades Crónico-Degenerativas

Como podemos ver en la gráfica anterior la mayor cantidad de consultas fue por problemas pulmonares crónicos (Hiperreactividad bronquial y EPOC), esto refleja un problema de salud bastante común en las comunidades donde la mayoría de las casas utilizan fogones de leña para cocinar sus alimentos, por lo tanto, se mantienen en constante contacto con el humo de leña que a la larga tiene consecuencias pulmonares crónicas. En este caso una de las opciones para ir disminuyendo este problema es el uso de fogones ahorradores de leña que por su diseño hacen que el humo no se concentre en las cocinas, se evacue fuera de la habitación mediante una chimenea y se disminuya el tiempo en el que se consume la leña por lo que también significa un ahorro en el uso de leña.

8.3.5 Análisis

En conclusión, cuando hablamos de enfermedades crónicas degenerativas en las comunidades, e incluso de forma general dentro del país con nuestra situación actual de sistema de salud, el pronóstico no siempre es el más alentador no sólo por el costo que representa una enfermedad de este tipo, sino también por el desgaste familiar. Si tenemos la experiencia de que incluso en ciudades urbanizadas con acceso a servicios de salud de todos los niveles y teniendo una clase media es complicado vivir el proceso, podemos estar seguros de que cualquiera que se encuentre en una población mucho más vulnerable, afrontar la realidad de lo que conlleva una enfermedad crónico degenerativa es mucho más difícil, además de que se encuentran factores que intensifican esta dificultad por la inequidad, discriminación, desigualdad e injusticia social, carencias económicas y difícil acceso a los servicios de atención. Todo esto pudiendo llevar a que toda la familia se vea afectada económicamente para sobrellevar los gastos que implican estas enfermedades, por lo tanto, se encuentre descompensada hasta estar en peligro de muerte por encontrarse en un medio de pobreza o pobreza extrema.

El programa logra funcionar con el objetivo de mantener una vigilancia en las ECD en algunas pudiendo hacer más cambios que en otras y aunque muchas veces no se pueda evitar alguna complicación, me parece que cumple bastante bien la función de mantener un monitoreo y fomentar el

conocimiento de por qué es importante la prevención y cambios en los hábitos y estilos de vida poco saludables. Además de tener bien claro y en funcionamiento del objetivo de realizar el tamizaje en población vulnerable, diagnóstico oportuno, tratamiento y asesoría clara en lengua materna, la canalización y orientación en caso de ser necesaria la valoración por un nivel especializado de salud y finalmente la atención de alguna complicación por la enfermedad.

La continuidad de seguimiento y el apego al tratamiento no es el mejor y podríamos catalogarlo como regular por muchos factores mencionados anteriormente, sin embargo, a mi parecer se ha podido fomentar la idea de la necesidad de mantener un chequeo constante y la importancia de la prevención y apego a tratamiento.

Un punto difícil pero muy importante de seguir presionando es sobre los planes alimenticios ajustados a cada paciente de acuerdo con los alimentos que tenga disponibles y fomento de cambios a una alimentación más saludable. Además de que esta información esté disponible para la población en general, para concientizar más sobre ECD, sus complicaciones y cuáles son los factores que influyen para que se desencadenen.

8.4 Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino

El cáncer cervicouterino (CaCu) es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres; afortunadamente a pesar de su alta incidencia, el diagnóstico y tratamiento son relativamente sencillos de realizar y con la prevención mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), el tamizaje eficaz, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y de calidad, se logra reducir la incidencia y la mortalidad. (OPS, 2020)

Aunque es una enfermedad en gran parte prevenible, es una de las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de todo el mundo y la mayoría de esas defunciones ocurren en países de ingresos bajos o medianos. (OPS, 2016)

El CaCu es una neoplasia maligna en el epitelio del cérvix, que tiene como causa primaria la infección persistente o crónica por uno o más de los tipos, "de alto riesgo" u oncógenos, de VPH; factor importante ya que esta infección en las mujeres esto puede conducir a lesiones precancerosas del cuello uterino que, si no se las trata, pueden evolucionar hacia un cáncer 10 a 20 años después. La infección por VPH es la que se contrae con mayor frecuencia durante las relaciones sexuales, por lo general a principios de la vida sexual, aunque en la mayoría de las mujeres y hombres que se infectan con VPH, la infección remite espontáneamente. (OPS, 2016)

Hay grandes inequidades de acceso a un tamizaje y un tratamiento eficaces del CaCu; el cáncer cervicouterino invasor afecta predominantemente a mujeres que carecen de acceso a estos servicios. Las pruebas de detección de VPH, los estudios citológicos y la inspección visual con ácido acético (IVAA) son métodos de tamizaje recomendados y para que la prevención del CaCu sea efectivo y las mujeres con resultados positivos en el tamizaje puedan recibir un tratamiento oportuno. (OPS, 2016)

En el 2012 se diagnosticaron a nivel mundial 528 000 casos nuevos de CaCu de los cuales un 85% de ellos en regiones menos desarrolladas como nuestro país. En el mismo año 266 000 mujeres murieron a causa del CaCu, 9 de cada 10 de ellas vivían y murieron en países de ingresos bajos mientras que 1 de cada 10 vivían y murieron en países de ingresos altos. Se ha observado un

aumento de la incidencia en los grupos de edad de los 20 a los 30 años, cuando anteriormente la edad promedio de aparición era a los 51 años; desafortunadamente en nuestro país se diagnostica en etapas avanzadas, por lo que es importante, reforzar los programas de detección oportuna y lograr una participación de la comunidad a través de la concientización por medio de la enseñanza y difusión de los riesgos y complicaciones de esta patología.

8.4.1 Objetivos

Los programas de prevención y control del CaCu están elaborados y diseñados para reducir la incidencia, así como la morbilidad y la mortalidad que esta causa. El seguimiento y la evaluación son componentes esenciales de los programas de prevención y control del CaCu y los servicios de tamizaje deben vincularse al tratamiento y al seguimiento postratamiento. (OPS, 2016)

Este programa tiene como objetivo principal disminuir la morbimortalidad del CaCu mediante la información y prevención en las diferentes comunidades, así como el diagnóstico oportuno, tratamiento subsecuente y seguimiento de las mujeres que presenten la patología.

Los objetivos específicos son:

- Realizar promoción de la salud en las comunidades para informar y en la misma medida crear consciencia de la importancia de esta patología.
- Proporcionar el servicio de tomas de citología cervical llamado Papanicolaou (PAP) para la detección temprana de CaCu.
- Incrementar la detección oportuna de CaCu en las mujeres en grupo de riesgo, mayores de 21 años o que hayan iniciado vida sexual activa.
- Identificar e incorporar al programa a mujeres que nunca se hayan realizado la toma de PAP.
- Asegurar el manejo, tratamiento y seguimiento de los casos en las clínicas comunitarias, clínicas de displasia o en los Hospitales de referencia, en base a los resultados obtenidos en las citologías.

8.4.2 Materiales

Las tomas de las muestras se realizaban en la clínica Comandanta Ramona, ya que contaban con todos los materiales para su realización:

- Mesa de exploración ginecológica
- Lámpara
- Bancos
- Espejo vaginal
- Pinzas de anillos
- Suministros: guantes y gasas estériles, citobrush, espátula de Ayre,
- Portaobjetos, lápiz de diamante, spray fijador para muestras.
- Formato solicitud de examen citológico.

8.4.3 Seguimiento

Se proporcionó atención ginecológica básica a las mujeres en edad reproductiva, mediante la orientación y atención de patologías propias de las mujeres, así como de enfermedades de transmisión sexual. Se identificaban a las mujeres con 21 años y vida sexual activa o mujeres que nunca se habían realizado una citología cervical para realizar diferentes actividades de prevención y vigilancia como:

- Identificación de factores de riesgo para CaCu.
- Promoción de la toma de PAP, independientemente del motivo de consulta y en caso de tener una contraindicación en el momento de la consulta se daba una cita para la posteriormente realizar la toma del PAP.
- Alentar a las mujeres, que acudieron a la consulta y/o realización del PAP, para que refirieran a sus familiares y así fomentar la conciencia de prevención y autocuidado.
- Organización de Campañas de Salud Sexual y Reproductiva promovidas por SADEC. A.C. y FOCA, A.C. para la promoción de la salud de la pareja y toma de PAP.
- Seguimiento y entrega de resultados de PAP y dictar los siguientes pasos a seguir en su tratamiento o vigilancia. Se recomendaba realizar

el estudio cada año y tras la repetición anual de dos resultados negativos, el control se podría realizar cada 3 años.

8.4.4 Resultados

Durante el periodo no se atendieron o realizaron consultas de este programa de vigilancia, esto por la forma de administración de registros y trabajo de la clínica de la mujer “La Comandanta Ramona”, que no nos hizo posible tener registros de las mujeres que acudieron, además de que en el periodo anterior habían realizado una campaña de toma de PAP por lo que durante el periodo actual a pesar de buscar el espacio y tiempo para volverá a realizar una campaña de seguimiento, no se pudo lograr organizar y quedaría pendiente por realizarse.

Las pacientes anteriores, se les dio seguimiento o siguen en tratamiento en Hospital de las Culturas, en San Cristóbal de las Casas o en Casa de la Mujer, en Palenque, para la realización de estudios y tratamiento específico.

8.4.5 Análisis

La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo de edad previsto, seguida del tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, pueden prevenir la mayoría de los CaCu's. (OPS, 2016)

Me parece que el programa funciona muy bien al cumplir con sus objetivos, siendo que las mujeres tienen un espacio donde acudir como la clínica de la mujer, para la valoración, realización de tamizaje con la toma de PAP y canalización en caso de requerir valoración o tratamiento especializado y que durante todo el año está abierta la invitación en ambas clínicas para la realización de PAP. Un buen ejemplo de su funcionamiento es que las mujeres optaban por realizarse PAP en estas clínicas ya que referían que en sus clínicas de salud pública muchas veces no les entregaban los resultados, a diferencia de nuestro programa en el que los resultados se entregaban al mes de su realización; en caso de un resultado negativo se les explicaba cuándo debían realizarse su siguiente PAP y a los resultados positivos se les refería para su seguimiento y tratamiento a un segundo nivel de atención sin dejar de vigilarlas.

Aunque un área de oportunidad muy grande para fortalecer es la organización y coordinación para el trabajo en conjunto con la clínica de la mujer, sin que un espacio tenga que estar sobrepuesto en el otro, pero si mantener lineamientos fijos para poder mantener un buen registro y seguimiento, tanto para este programa como para el de vigilancia del embarazo, parto y puerperio.

También podemos poner como un indicador de que el programa funciona con el simple hecho de que las mujeres acudan a la clínica de la mujer para realizarse el PAP, que ya de por sí es un estudio que para muchas mujeres les resulta muy invasiva e intimidante.

Otra de las formas que podríamos ponerle mayor foco es el conocimiento del VPH, salud sexual y CaCu acercándonos a las escuelas, a ciertos grupos de vulnerables como mujeres de entre 20 a 60 años, maestros y buscar la oportunidad dentro de estas áreas para continuar la sensibilización sobre estos temas a la población, al mismo tiempo de crear un espacio de intercambio para resolver dudas que existan dentro de los jóvenes y las mujeres y promover la educación para la salud sexual y reproductiva. Incluyendo también a los promotores de salud sexual y promotores de educación para que mediante el trabajo en conjunto se logre el acercamiento desde la educación y la salud hacia estos espacios.

8.5 Programa de Atención ante casos de Violencia hacia las Mujeres

Existen diferentes tipos de violencia, este programa está dirigido a la atención de víctimas de violencia familiar, lo que se conoce como “el acto u omisión, único o repetitivo, consistente en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia en relación de poder en función del sexo, edad o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra”. (NOM, 2010)

La violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre géneros, que se expresa de manera física, psicológica, sexual, económica, religiosa, patrimonial, social, cultural y política, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo personal y social, debido al bagaje cultural, en particular de algunas prácticas tradicionales que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer. (INDESOL, 2008)

La violencia representa un problema de salud pública importante. Se estima que 1 de cada 3 mujeres ha sufrido violencia física o sexual de la pareja o de terceros. Esto corresponde a 35% de la población femenina total a nivel mundial, es decir un tercio de todas las mujeres han vivido algún tipo de violencia y lo más preocupante son las repercusiones que hay hacia la salud de la mujer, como la depresión, trastornos neurológicos, malestar físico general, lesiones físicas, emocionales y psicológicas, embarazos no deseados, abortos provocados o no deseados, maltrato infantil, y hasta la muerte o suicidio (OMS, 2016). Siendo este un tema tan importante que la organización zapatista cuenta con la “Ley Revolucionaria de Mujeres” en la cual decretan en la octava demanda: “Ninguna mujer podrá ser golpeada o maltratada físicamente ni por familiares ni por extraños. Los delitos de intento de violación o violación serán castigados severamente.”. (EZLN, 1993)

8.5.1 Objetivos

Es por ello, que este programa busca la detección oportuna de estas víctimas y llevar a cabo acciones que permitan enfrentar el problema de la violencia contra las mujeres con el respaldo de la Ley Revolucionaria de las Mujeres Zapatistas y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. Dichas leyes sirven para garantizar a las mujeres su desarrollo y bienestar.

Los objetivos específicos del programa son:

- Proporcionar a los profesionales de salud pautas de actuación en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano.
- Visibilizar el problema de la violencia que viven las mujeres.
- Diagnosticar los casos de violencia contra las mujeres.
- Brindar atención médica y asesoría psicológica a las mujeres.
- Asegurar que nuestra práctica profesional en las clínicas respete los derechos de las mujeres y sean espacios seguros para ellas.

8.5.2 Seguimiento

A través de la consulta se identificaban las mujeres que presentaran síntomas sugestivos de maltratos o problemas de salud que reflejaran un problema de violencia recurrente. Una vez visualizado el problema de la violencia, se realizaba una valoración de la paciente, tratando de especificar el tipo de violencia que se vivía. Se invitaba a la paciente a continuar asistiendo a la consulta con el fin de obtener más información, hacer una especie de acompañamiento y espacio de desahogo a través de la escucha y brindarle atención y seguimiento; en caso de que fuera posible se les ofrecía canalizarlas a un segundo nivel que les proporcione protección y asesoría psicológica y legal.

8.5.3 Resultados

Durante el periodo no se tuvieron pacientes que estuvieran en el programa u nuevos ingresos, aunque se supo de algunos casos por platicas de otros

pacientes no tuvo la oportunidad de que las mujeres afectadas acudieran a la consulta. Me parece que es entendible ya que de por sí el tema que aborda el programa es muy delicado y requiere que la mujer se sienta en total confianza con el proveedor de salud para poder establecer el vínculo de confianza y apoyo que requiere, por lo que el que nosotros como médicos pasantes del servicio social cambiemos cada año hace un poco más difícil poder mantener el contacto con estas pacientes.

8.5.5 Análisis

Este programa resulta difícil de manejar ya que a muchas de estas pacientes les es difícil aceptar lo que se identifica como violencia o agresión, debido al marco social y cultural en el que viven, que hace que muchas veces estas acciones se consideran como prácticas normales. A pesar de que se ha trabajado por una equidad de género, aún hay costumbres muy arraigadas que no se consideran como violencia, sino como su rol de género en la sociedad.

Es por ello que este programa se ha manejado en forma discreta para lograr el diagnóstico y ganarse la confianza de las mujeres, con el fin de poco a poco ir concientizando sobre la violencia que viven y dar acercamiento hasta donde se nos permita. Es importante trabajar más en brindar acceso a la información sobre violencia familiar a través de pláticas o trípticos, y dar más acercamiento sobre las leyes que respaldan los derechos de las mujeres, para que generen una visión más crítica sobre este problema social.

Aún quedan varios casos de violencia doméstica que no han llegado, pero que son conocidos dentro de la comunidad y queda mucho por hacer para sensibilizarnos como profesional de salud para ser capaces reconocer la violencia y estar preparado para ser un apoyo para la mujer vulnerada y afrontar casos como estos.

Aún falta mucha información para seguir sensibilizando a la población y visibilizar que la violencia existe, dentro de la comunidad y la sociedad en general, y más importante aún: **que no deberían ser prácticas normalizadas.**

9. CONCLUSIÓN DE PERFIL DE MORBILIDAD Y PROGRAMAS

Durante el periodo de agosto 2015 a julio 2016, se atendieron un total de 1,277 consultas en la clínica autónoma “Jesús de la Buena Esperanza”; de las cuales el 57.6% fueron a mujeres y el 42.4% a hombres; siendo el 45.3% a población en edades reproductivas de 12 a 49 años.

El Sistema de Salud Autónomo Zapatista de La Garrucha se enfoca en 5 programas para llevar un seguimiento y atención a grupos vulnerables de la población, los cuales, en términos generales, cumplen con muchos de los objetivos planteados. Si bien es cierto que no se puede asegurar que funcionen al 100%, me parece que son una gran herramienta para el desarrollo de la salud de la población y que es mucho más eficaz que muchos de los servicios públicos de primer nivel de atención, solucionando la mayoría de los padecimientos de la población de La Garrucha y de comunidades aledañas.

Hay algunos aspectos que dificultan que este sistema pueda funcionar con todo su potencial, dentro de los que podríamos mencionar la dificultad para mantener un seguimiento por las problemáticas de distancia, accesibilidad, tiempo y recursos económicos para las personas que acuden de comunidades más lejanas; y el proceso de adaptación de los nuevos pasantes a una nueva cultura, cosmovisión y tradiciones como la medicina tradicional, que conlleva una curva de aprendizaje que puede frenar el avance que se había tenido con el médico anterior, que aunque se retoma eventualmente puede tener ciertas repercusiones en la atención de la población.

El perfil de morbilidad permitió observar la alta incidencia de enfermedades transmisibles prácticamente en todos los grupos etarios, esto es un reflejo de malos hábitos higiénicos, falta de acceso a los servicios básicos de sanidad y deficiencia en la aplicación de medidas de higiene, por lo que, seguramente será una constante mientras los servicios de agua, sanidad y condiciones de vivienda no se mejoren. Además, se pudo identificar algunas prácticas que favorecen incidencia y prevalencia de estas enfermedades como:

-
- No realizar lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, y falta de lavado y desinfección de frutas y verduras.
 - Preferencia del consumo de agua sin previo tratamiento de desinfección con cloro o ser hervida, aunque esto pudiera implicar un mayor gasto de leña por ejemplo para el hervor o gasto económico para comprar cloro.
 - Condiciones de vivienda deficientes, piso de tierra, poca iluminación y ventilación, hacinamiento y sin servicios básicos de drenaje que genera un mal manejo de excretas.
 - La convivencia continua con animales como perros, gatos, de traspatio, etc, y estar en contacto continuo con las excretas humanas y de animales al aire libre, que facilita la propagación de parásitos y otros patógenos.

Lo anterior nos lleva a observar cómo la población más afectada fueron los niños a partir del primer año de vida, cuando comienzan a dejar el rebozo de su madre para comenzar a caminar y su integración a la dieta familiar los lleva a problemas de parasitosis y desnutrición.

En cuanto a la desnutrición, el 73% de los niños menores de 5 años atendidos presentaron un estado de desnutrición crónica, es decir, talla baja para su edad; situación que puede deberse a múltiples factores, pero que pueden comenzar por una lactancia ineficaz o una deficiencia en la calidad de su alimentación complementaria.

Por otro lado, las enfermedades no infecciosas nos dan un foco rojo al cambio en los hábitos alimenticios como horas de ayuno prolongadas, alto consumo de carbohidratos y azúcares, falta de diversidad de valor nutricional en la dieta y problemáticas de género en el que las mujeres son el principal grupo afectado. En los dos últimos grupos etarios, comenzó la presencia de enfermedades no transmisibles, como se mencionó anteriormente es importante reforzar la importancia de la actividad física, evitar el sedentarismo, la alimentación balanceada, la soberanía alimentaria y la eliminación de refrescos y bebidas azucaradas. Dentro de las comunidades aún están a tiempo de evitar presentar una mayor incidencia y prevalencia, en la medida de lo posible, de las enfermedades cardio metabólicas, principalmente la diabetes.

CONCLUSIONES GENERALES

En julio del 2014 emprendí el camino sin saber muy bien que esperar del lugar que me recibiría, pero con muchas esperanzas de ampliar mi panorama y conocer otras realidades y ponerme a prueba en muchos aspectos. Al llegar fue como si me encontrara en otro México, de alguna forma familiar y a la vez tan distinto y contrastante a lo que había vivido, y al entorno en el que me había desarrollado; aprendí de una nueva cultura y me cambió por completo la forma de ver la realidad, de ese momento en adelante, puedo decir sin miedo a equivocarme, que hay un antes y un después de La Garrucha, del Servicio Social y de SADEC para mí como persona y médica, ayudándome a construir mi perfil profesional y a deconstruir y modificar la persona que fui en base a experiencias y mucho aprendizaje.

Primeramente, me encontré con que SADEC fue un espacio de integración, apoyo y de reflexión para poder cuestionar lo que antes nos decían que no debíamos cuestionar, donde además se fortalece la formación profesional y donde se crea una colectividad para poder dar pasos que dejen huella.

Por otro lado, llegar a esta comunidad en un Caracol Zapatista, en la selva del sureste mexicano cambió por completo mi comprensión sobre lo mucho que pueden influir las situaciones socioculturales en la salud y la gran importancia de ver al paciente como un individuo complejo que debemos escuchar para darle una buena atención. Fue una experiencia que me dio la oportunidad de ver los aciertos al establecer una buena relación médico paciente, así como visualizar las fallas que en algunas ocasiones no se han notado pues nos hemos desenvuelto en el mismo sistema viciado que propicia estas prácticas y actitudes.

En cuanto al panorama de salud, Chiapas pareciera ser un México totalmente distinto a lo conocido en zonas urbanizadas como la CDMX, con situaciones tan contrastantes, como que mientras en la ciudad las personas generalmente para recibir atención médica usa el transporte público o auto propio para trasladarse a su centro de salud o médico particular sin mayor problema, en esta región las personas caminan de 1 a 3 horas para acudir a una consulta de primer nivel de atención, ya ni siquiera pensamos en una

situación de mayor complejidad. Por todo esto es que puedo decir que en La Garrucha se ha realizado una gran labor cambiando el paradigma del sistema de salud mexicano regido por el Estado, para comenzar a labrar el camino a un sistema de salud que cumpla las necesidades de la población con calidad, accesibilidad, trato digno y autónomo.

Su sistema se caracteriza por el trabajo multidisciplinario y aunque, como todo sistema, tiene fallas y falta mucho trabajo por realizar, el SSAZ es un ejemplo de que al poner la mira en alto hacia posiblemente un utopía, se llega más alto que agachando la mirada, logrando así la atención de las personas que habitan esta región quienes de otra forma no contarían con acceso a consulta médica y seguimiento, un lugar donde poder acudir en caso de urgencia y recibir el apoyo de traslado y referencia cuando se requiera.

Techo, Tierra, Trabajo, Salud, Alimentación, Educación, Independencia, Democracia y Libertad fueron las demandas del EZLN al gobierno en 1994; ahora son la realidad del EZLN en sus Caracoles, impulsando su autonomía, generando un sistema político del pueblo para el pueblo y viviendo en resistencia. Han podido formar un sistema político, de educación y de salud, que funcionan porque se forman con base en sus necesidades y no de sistemas impuestos con proyectos escritos desde el privilegio del gozo de los derechos que deberían ser para todos, impuestos esperando que toda la población se apegue a sus estatutos sin importar las distintas realidades y necesidades.

Con lo analizado y observado de los servicios públicos gubernamentales, donde por más que se quiera maquillar, la realidad es que en las zonas rurales el sistema de salud federal no está siendo eficaz ni suficiente para las demandas de la población, se encuentra con una mala administración y donde importan más los números reportados que las necesidades de la población y las personas atendidas.

Finalmente quedo infinitamente agradecida por haber tenido la oportunidad de vivir un panorama distinto, que hoy me permite tratar de seguir mejorando todos los días en mi quehacer personal y profesional, que me abrió los ojos para poder ver y no dejar de ver las injusticias y

desigualdades, que si bien sí incomodan, son necesarias para encontrar el camino hacia la justicia y la equidad.

“...un revolucionario se plantea fundamentalmente transformar las cosas desde arriba, no desde abajo, al revés del rebelde social. El revolucionario se plantea: ‘vamos a hacer un movimiento, tomo el poder y desde arriba transformo las cosas’. Y el rebelde social, no. El rebelde social organiza a las masas y desde abajo va transformando sin tener que plantearse la cuestión de la toma del poder”

- Sub. Marcos, EZLN -

“...la lucha es como un círculo, se puede empezar en cualquier punto, pero nunca termina”

- Sub. Marcos, EZLN -

Bibliografía

Bohórquez G., F., 2004. El diálogo como mediador de la relación médico paciente: una perspectiva pedagógica en educación médica. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 6(3), pp. 24-32.

CDI, 2010. *Atlas de los Pueblos Indígenas: Tzeltales, Chiapas*, México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

CEIEG, 2020. *Chipas Producto Interno Bruto*, México: Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas.

CEIEG, 2021. *Chiapas: Población femenina de 12 años y más 2020*, México: Dirección de Información Geográfica y Estadística.

Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2015. *El derecho a la salud en México: problemas de su fundamentación*, México: CNDH.

CONAPO, 2016. *Proyecciones de la población de México y entidades federativas, Chiapas*, México: CONAPO.

CONEVAL, 2020. *Informe sobre la situación de pobreza y rezago social, Chiapas*: CONEVAL.

CONEVAL, 2021. *Medición Multidimensional de la Pobreza en México*, México: Comisión Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

CONEVAL, 2022. *Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza, Ocosingo*, México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

CPV INEGI, 2020. *Panorama Sociodemográfico de Chiapas: Censo de Población y Vivienda 2020*, México: INEGI.

Cúentame INEGI, 2020. *Cúentame INEGI*. [En línea] Available at: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/default.aspx?tema=me&e=07>

[Último acceso: 01 2022].

Davies, J., 2010. *Sistema de salud autónomo en las comunidades zapatistas "No puedes pensar en salud sin pensar en el río"*, México: The Narco News Bulletin.

DGE, 2018. *Anuario de Morbilidad 1984 a 2021 Dirección General de Epidemiología*, México: SUIVE.

ENSANUT, 2018. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*, Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

EZLN, 1993. *Enlace Zapatista*. [En línea] Available at: <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/1993/12/31/ley-revolucionaria-de-mujeres/#:~:text=%2D%20Ninguna%20mujer%20podr%C3%A1%20ser%20golpeada, en%20las%20fuerzas%20armadas%20revolucionarias>.

[Último acceso: 01 2023].

Ferrajoli, L., 2006. *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*, México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

FONSABI, 2019. *Fortalecimiento y ampliación de cobertura de salud*, México: Gobierno de México.

Gobierno del Estado de Chiapas, 2019. *Plan Estatal de Desarrollo Chiapas 2019-2024*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: Gobierno de México.

Gobierno del Estado de Chiapas, 2020. *Segundo Informe de Gobierno Chiapas*, México: Gobierno del estado de Chiapas.

Gobierno Estatal Chiapas, 2019. *Evaluación de Plan Estatal de Desarrollo Chiapas 2019-2024*, Chiapas: Gobierno Estatal Chiapas.

GPC, 2017. *Control prenatal con atención centrada en la paciente*, México: CENETEC.

H. Ayuntamiento Municipal, 2018. *Plan Municipal de Desarrollo Ocosingo 2018-2021*, México: Gobierno Municipal de Ocosingo.

Heredía C., J., 2007. *Salud y Autonomía: El Caso Chiapas*, s.l.: The Health Systems Knowledge Network .

Heredía C., J., 2009. *La UAM-X, el servicio social y la atención a la salud en Chiapas*, México: UAM.

Hernández Chávez, A., 2010. *Breve Historia de Morelos*, México: Editoria de Medios de Morelos S.A. de C.V..

INALI, 2008. *Catálogo de Lenguas Indígenas Nacionales*, México: Diario Oficial.

INDESOL, 2008. *Observatorios de Violencia Social y de Género*, México: INDESOL.

INEGI, 2016. *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social*, México: INEGI.

INEGI, 2020. *Principales resultados por localidad, Censo de población y vivienda*, México: INEGI.

Lagunas, L., 2015. *Diagnóstico de Salud Comunitario La Garucha, Ocosingo, Chiapas 2014-2015*, México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Ley de Coordinación Fiscal , 2019. México: Cámara de Diputados.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud , 2019. México: Cámara de Diputados.

Ley de Salud, 2020. México: Cámara de Diputados.

López A., O. & López M., S., 2015. *Derecho a la Salud en México*. 1ra Edición ed. México: UAM-X.

Marcos, S., 2008. Los pueblos indios dieron rumbo, destino y velocidad a nuestro sueño. *Revista Rebeldía*, 62(5), pp. 4-11.

Mejía E., A. & Romero Z., H., 2017. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica Scielo*, 31(1), pp. 832-842.

NOM, 2010. *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.*, México: NOM.

OMS, 2010. *La Alimentación del Lactante y Niño Pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*, Washington DC: OMS.

OMS, 2016. *Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer.*, Washington D.C.: OMS.

OMS, 2019. *Directrices sobre intervenciones de salud digital*, México: OMS.

ONU, s.f. *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales: Pueblos Indígenas*. [En línea]

Available at: <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/areas-de-trabajo/cultura.html>

OPS, 2016. *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*, Washington D.C.: OPS.

OPS, 2019. *Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido*, Washington, D.C.: CLAP.

OPS, 2020. *Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud*, Washington D.C.: OMS.

Plataforma Vasca de Solidaridad con Chiapas, 2013. *El Sistema Autónomo de Educación Zapatista: Resistencia, Palabra y Futuro*. *Pueblos: Revista de Información y Debate*, 1(56), pp. 1-15.

Quinteros, G. & Corona, Y., 2003. *Las prácticas sociales del lenguaje en contextos de tradición indígena*, México: UAM.

Rios C.V, O. G., 2008. *"Interculturalidad, salud y servicio social"*. Mexico: Gaceta Urbana No. 6-7.

SADEC A.C., 2021. *Salud y Desarrollo Comunitario A.C.*. [En línea] Available at: <http://www.sadec.org.mx/quienes%20somos.htm> [Último acceso: 1 08 2021].

Sánchez A., D. & Contreras O., Y., 2014. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), pp. 528-533.

STPS, 2021. *Información laboral: Chiapas*, México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

UNICEF/OMS, 2014. *Plan de aplicación integral sobre nutrición maternal, lactante y niño*, Mexico: OMS.