



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA**

**“DIAGNOSTICO DE SALUD COMUNITARIA”
POBLADO SAN JERONIMO TULIJA, MUNICIPIO DE CHILON,
CHIAPAS.
DE FEBRERO 2017 A ENERO 2018**

**REALIZÓ
M.P.S.S. HERNANDEZ COLIN ANA EVELIA
Mat: 2113023744**

**ASESOR
DR. JOEL HEREDIA CUEVAS**

A 15 DE AGOSTO DE 2017

CONTENIDO

1ª Sección. Proceso de Adaptación al Servicio Social.

- Personal
- Comunitario
- Institucional
- Evaluación

2ª Sección, Diagnóstico de Salud.

- * Introducción
- * Derecho a la salud
- * Diagnóstico Comunitario

3ª sección. Seguimiento de Programas y Perfil de Morbilidad.

- Introducción
- Políticas de salud
- Seguimiento de programas
- Perfil de morbilidad

1ª SECCIÓN

PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

Personal.

Incorporarse a un espacio nuevo, significa aventurarse en lo desconocido y confiar ciegamente en que la experiencia y los conocimientos acumulados hasta el momento serán suficientes para sortear los problemas y resolver los conflictos a los que debemos enfrentarnos. Y de ser posible, conseguir crecer y mejorar personal y profesionalmente.

Desde antes de llegar a San Jerónimo Tulijá me encontré con un espacio contrastante con la ciudad, en el camino hacia el pueblo (que se encuentra a una hora y media desde Palenque, por carretera), se observan paisajes tapizados por verdes vibrantes, si bien gran parte de la selva ha sido talada y los terrenos son utilizados para crianza de animales, conservan sus pastos y pequeños arbustos, y en el aire hay aromas agradables y frescos, se pierde la señal en el teléfono móvil, y con esta se pierde el acceso a los mensajes de amigos, los saludos de la familia, a las noticias, a la información sobre el clima, la consulta rápida a sitios de internet, las adictivas redes sociales, y aunque no representa una necesidad vital, encontrarse en un sitio privado de esto te hace sentir aislado. Calles de terracería, casas de madera con techo de lámina y suelo de tierra, falta de servicios básicos adecuados, gallinas, gallos, borregos, cerdos, perros, caballos y las abundantes crías de todos estos por todas partes (tanto que cuesta creer que cada propietario distingue a los suyos), incluso dentro de la clínica se encuentran en ocasiones gallinas y perros ajenos paseando o buscando alimento, y por si esto pareciera no ser tan diferente a lo que estamos acostumbrados, se habla en un idioma diferente, a pesar de que gran parte de la población entiende y se puede comunicar en gran medida en español, las pláticas cotidianas, el chascarrillo a la hora del café o el comentario al respecto de algún conocido, que se hace de manera espontánea, lo hacen en todo momento en tzeltal. Y estas diferencias, son nimiedades, comparadas con el abismo que existe entre la forma de pensamiento que tiene la gente de la comunidad zapatista y la que yo tenía al llegar a este lugar (forjada por mi mala educación mestiza), la cual admito que he cambiado y me enorgullezco de ello.

Al llegar aquí, se tiene la sensación de que el tiempo no transcurre, la gente vive sin prisas, sin horarios forzados, sin miedo a la muerte, sin angustia por el mañana, y estos son los contrastes más fascinantes con los que me encontré en la comunidad.

Los primeros días fueron confusos, no estaba muy segura de estar haciendo o diciendo las cosas apropiadas, intentaba agradarle a la gente y mostrarme abierta, pero me he dado cuenta que no se necesita esfuerzo alguno, la gente es cálida y amable, cada quien se ocupa de lo suyo y lo ajeno se respeta, tanto la propiedad como la privacidad, sin necesidad alguna de muros o bardas. Los niños juegan libres en cualquier espacio, se les otorga un ambiente sano y agradable para estimular su curiosidad y aprendizaje.

Enfrentarme a la consulta fue una labor muy distinta, que en ocasiones implica incluso llegar a una idea diagnóstica solo interpretando señas y gestos para complementar la exploración física, lo cual ha fortalecido mi intuición y ojo clínico de manera muy importante. Sin embargo no ha sido fácil, he tenido más dudas de las que había concientizado, y me lleva a revisar temas y volver a consultar libros de texto, estando incluso frente a algún paciente.

A pesar de mi esfuerzo, es difícil establecer un vínculo de confianza con todos mis pacientes, ya que dadas las circunstancias bajo las que viven, muchos tienen más arraigada la costumbre de consultar a curanderos o incluso otros miembros de su comunidad antes que presentarse en la clínica, y cuando acuden conmigo se encuentran multitratados (en muchos casos con herbolaria, e incluso ellos desconocen qué tipo de plantas utilizaron), por lo que identificar el problema se torna más complicado. Aunado a esto también me encuentro con pacientes que jamás regresan a la consulta y pierdo el seguimiento de su tratamiento o solución de su padecimiento.

Me encuentro en una clínica autónoma zapatista, conocida localmente como la clínica "Compañera Múrcia", como en el resto de las clínicas autónomas, se eligen a varios miembros de la comunidad zapatista como promotores de salud, los cuales reciben capacitación y rotan periódicamente para mantener operativa la consulta y la farmacia. Como médico pasante del servicio social me encargo de atender la consulta y las urgencias, apoyar con la enseñanza continua de los promotores y manejar tanto los expedientes clínicos como los programas de salud.

Los objetivos por cada programa de salud son muy puntuales, sin embargo, todos los programas están enfocados a mejorar la calidad de vida de los pobladores que acuden a esta clínica y disminuir de manera importante complicaciones que superen nuestra capacidad de resolución. El acceso a la salud para muchas de las personas de la región es un lujo, en ocasiones, solo para acudir a la clínica autónoma gastan una importante cantidad de sus ingresos en transportarse, a veces durante horas, con pacientes graves sobre un camión de redilas, incluso a pie cuando los recursos económicos no les son suficientes.

Establecer una relación con el paciente es el eje de la consulta médica, lograr un puente de comunicación y mutuo entendimiento es esencial para poder resolver cualquier problema que se le presente a aquella persona (nuestro paciente) quien esta confiando su salud y vida con nosotros.

Para lograr entender al otro dentro de su entorno, es necesario involucrarse con su dinámica diaria, observar y aprender sobre la manera en la que ellos y ellas perciben el lugar en donde viven y como son las relaciones que establecen con quienes les rodean. Para ejemplificar esto, realicé el test de la familia a tres niñas del poblado Paraíso Tulijá, este test fue creado por Porot en 1952 y modificado después por Louis Corman en 1961 y se trata de una prueba de personalidad que puede administrarse a los niños de cinco años hasta la adolescencia. Su uso e interpretación de los principios psicoanalíticos de la proyección, ya que posibilita la libre expresión de los sentimientos de los menores hacia sus familiares, especialmente de sus progenitores y refleja, además, la situación en la que se colocan ellos mismos con su medio doméstico. (Corman, 1982)

Si bien la prueba no fue realizada bajo los lineamientos oficiales que deben seguirse como protocolo, ya que se utilizaron los recursos y materiales disponibles en el lugar, mi objetivo no es analizar individualmente cada dibujo, sino ilustrar de manera sencilla la cantidad de personas que representan el núcleo primario de estas tres pequeñas, el cual denota el tamaño y la importancia que tiene la familia en estas comunidades.

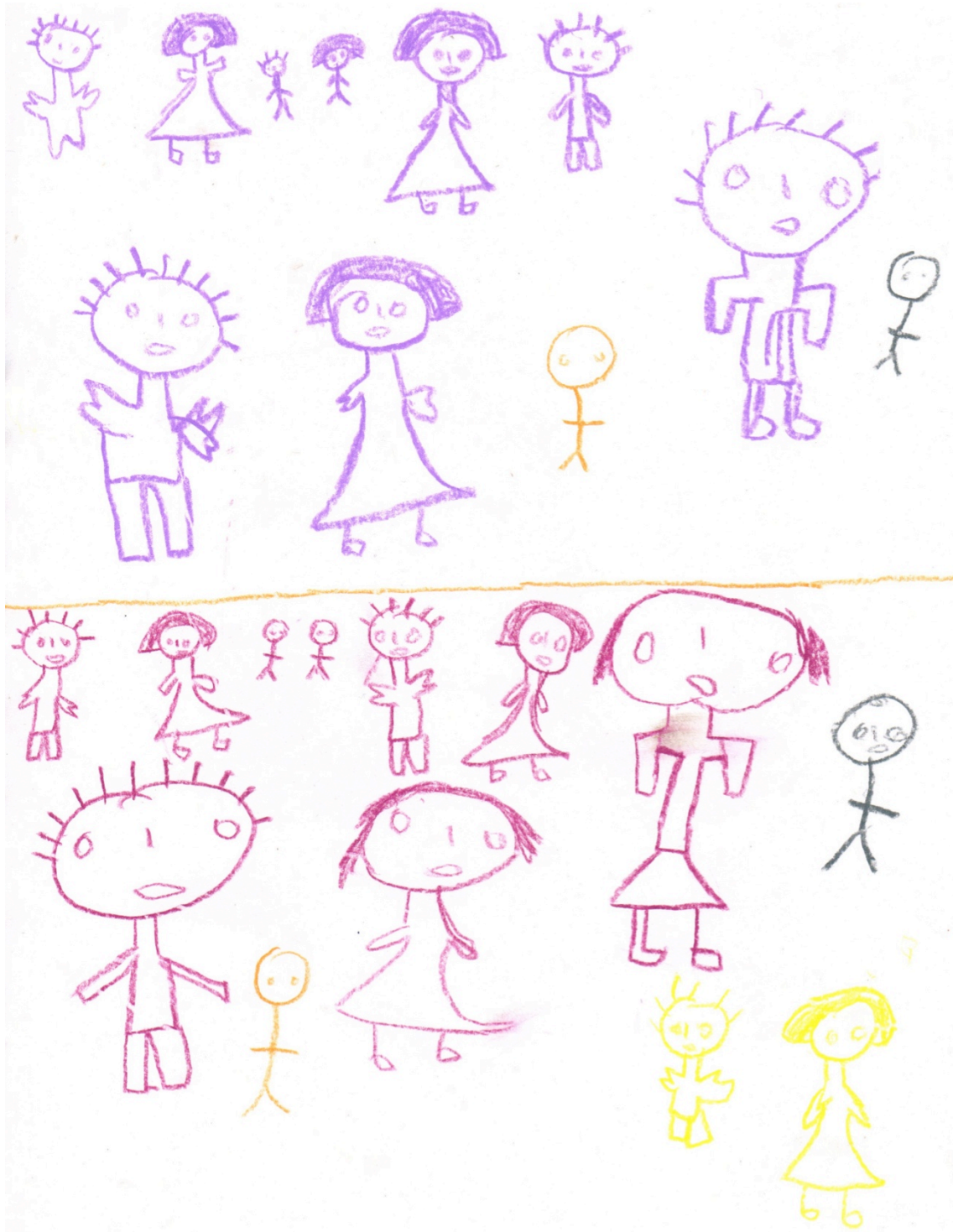


Ilustración 1 Dibujo de la familia, femenino 11 años, Paraiso Tulija.



Ilustración 2 Dibujo de la familia, femenino 11 años, Paraiso Tulija



Ilustración 3 Dibujo de la familia, femenino 9 años, Paraiso Tulija.

Otro ejemplo que resalta la importancia de la familia es el caso de una paciente del poblado de San Jerónimo Tulijá, de 39 años quién además es partera y promotora de salud sexual y reproductiva, sin hijos vivos, con antecedente de ovario poliquístico y obesidad, lo que le había dificultado de manera importante el quedar embarazada en primer lugar y tras varios intentos presentó un parto pretérmino (lo que resultó en la muerte del recién nacido) y en un segundo golpe de suerte tuvo un aborto espontaneo.

Tras unos meses, volvió a embarazarse a finales del 2016, por lo que acudió a varias consultas de control prenatal con el pasante anterior a mi periodo, quien le diagnosticó y dio manejo en varias ocasiones por amenazas de aborto recurrentes. Cuando yo la conocí en la primera consulta, fue por un nuevo evento de amenaza de aborto, la paciente se encontraba muy ansiosa y me refería constantemente el terror que le representaba la posibilidad de perder otro hijo, no había ninguna cosa que le interesara más que llevar su embarazo a término y conocer la dicha de la maternidad.

A partir de esa consulta me prometí que haría lo que estuviera en mis manos para ayudarla a conseguir su objetivo, y la acompañaría durante toda su gestación. Lo que no imaginaba eran las complicaciones que tendríamos que enfrentar, las cuales siguieron presentándose recurrentemente, desde infecciones vaginales y urinarias, hasta las amenazas de aborto que se convirtieron después en amenaza de parto prematuro, por lo que conseguimos atención en el Hospital General de Palenque para que se le realizara un cerclaje cervical el cual le permitiera conservar el producto dentro de la cavidad uterina, con todas las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que acarrea guardar reposo absoluto, finalmente al octavo mes de gestación, posterior a presentar ruptura prematura de membranas, nos trasladamos en calidad de urgencia al hospital para que se realizara el retiro del cerclaje y se diera la atención al parto.

Tras un esfuerzo colectivo batallando contra la burocracia, falta de personal y ausencia de recursos en el lugar, nació una pequeña sana y fuerte, quién probablemente heredará y conservará los invaluable conocimientos de la partería por parte de su madre para seguir apoyando a su comunidad.

Comunitario.

Como consecuencia de la conquista, se nos impuso una cultura diferente, la occidental, y entre tantas cosas que se vieron modificadas (como la lengua y las tradiciones) las prácticas médicas sufrieron también una importante transformación, teniendo como consecuencia la pérdida de conocimientos ancestrales para el tratamiento y cuidado de la salud. A pesar de las difíciles circunstancias que se han vivido, algunas prácticas han resistido y logrado sobrevivir hasta el día de hoy.

Curandero es la denominación genérica que reciben todos los terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional. Bajo esta designación, quedan incluidos aquellos curadores que cumplen la función del médico general; es decir, los que atienden una amplia gama de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos diagnósticos y curativos. También son llamados así los que cubren funciones terapéuticas más restringidas y específicas; o sea, los que se han especializado en demandas particulares de atención como huesero, culebrero, partera, levanta sombras, curandero de aire, curandero de brujería, etcétera, así como los que dominan un método, técnica o recurso para efectuar su diagnóstico o terapia, como chupador, cantor, ensalmador, rezandero, sobador, pulsador, ventosero, hierbero, peyotero, rosero, pelotillera, polvero, etcétera.

El descubrimiento de la vocación e iniciación del curandero, así como su entrenamiento o proceso de aprendizaje, están determinados por patrones culturales, regionales y/o étnicos, que influyen en el campo de acción y en el universo médico particular al que se ha de incorporar. Es casi un patrón general, distinguirlo como "un hombre especial", "un sabio" u "hombre de conocimiento", diferente del común, dotado de un "don" o "poder especial" que suele manifestarse a cualquier edad, inclusive desde su gestación. Esta predestinación suele reconocerse por señales físicas o corporales, y comúnmente mediante revelaciones que van desde la interpretación de sueños específicos o inducidos, en un estado alterado por la ingesta de plantas alucinógenas, o por señalamiento divino, anunciado por la aparición de deidades o entidades sobrenaturales propias de su cosmovisión. Suelen jugar también un papel importante en tales predestinaciones las circunstancias de crisis, sean éstas alteraciones de orden individual o familiar, tales como la muerte de un ser querido o el padecimiento de

una determinada enfermedad, que conllevan a desequilibrios físicos y de la vida emocional que sólo desaparecerán ante el compromiso de aceptar servir a su comunidad como curanderos. Aunque no con la característica de regla general, es común que se presente un patrón de transmisión hereditaria por línea directa (de padres a hijos) o paralela (de abuelos, tíos, primos); es decir, una formación desde el seno familiar en el cual se está relacionando con el lenguaje, los recursos, los procedimientos y, en general, el saber médico. (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009)

Con mucha frecuencia, las personas dedicadas a estas prácticas pertenecen a la misma comunidad en donde prestan sus servicios, la gente confía en ellos y les hace sentir cómodos y seguros, cosa que no se logra recibir en un centro de salud institucional, a pesar de ello, como en todo lo que representa un primer nivel de atención a la salud, hay enfermedades y padecimientos que reconocen fuera de su capacidad para resolverlo, en este punto, es en donde la medicina occidental tiene un acierto al momento de abordar patologías, no mejor ni peor, solo diferente, y en algunas ocasiones mas especializado.

Institucional.

El trabajo que se realiza en las comunidades, se ha logrado gracias a dos organizaciones no gubernamentales: Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (SADEC) y el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN).

Los orígenes de SADEC se remontan hasta 1985 con el inicio del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas, que tuvo como objetivo formar promotores, promotoras y parteras en diversas comunidades para cubrir las necesidades de atención a la salud y además dejarlo en manos de sus habitantes, Tras el levantamiento en armas en enero de 1994 encabezado por el EZLN y debido a las circunstancias internas, las políticas en materia de salud se modificaron afectando a la población al dejarla despojada de estos servicios, por lo cual asesores y coordinadores comunitarios del proyecto, reflexionaron y decidieron permanecer en el estado y continuar apoyando, así, con apoyo internacional, se funda la organización en febrero de 1995.

El objetivo en la actualidad presenta una propuesta que se orienta a resolver problemas asistenciales como la creación de una estructura de salud, capaz de proponer acciones puntuales hasta políticas de salud, teniendo como base el derecho a la salud. Para ello propone tres ejes de trabajo: atención médica, capacitación y organización en salud.

SADEC trabaja en dos subregiones que son La Cañada y Selva, en donde se ha realizado un proyecto conjuntamente con comités de salud y autoridades para poner en marcha la metodología previamente planteada. Se trabaja en clínicas regionales donde se encuentran trabajando médico y estomatólogos pasantes de servicio social conjuntamente con promotores de salud y parteras; operando estas clínicas como centro de referencia de las casas de salud que se encuentran en las comunidades de la periferia y que son atendidas por promotores de salud. Se lleva a cabo la realización de programas encaminados a la mejora de la morbimortalidad de la región como lo son: vacunación, crecimiento y desarrollo, detección oportuna de cáncer cervicouterino, control prenatal, control de crónico degenerativos y detección de víctimas de violencia. (SADEC, 2017)

Por otro lado, las clínicas autónomas en las cuales se trabaja, pertenecen a la organización zapatista, o EZLN, es una organización mexicana de carácter político libertaria, que en sus inicios fue militar. Su inspiración política es el zapatismo, el marxismo y el socialismo libertario, y su estructura militar es la guerrilla.

Hacia 1994, en el marco de su llamado a la Convención Nacional Democrática, el EZLN se dio a la tarea de construir un espacio para facilitar el encuentro político y cultural con los sectores de la sociedad civil que según los zapatistas habían detenido la escalada de la guerra unos meses antes. A ese espacio le llamó Aguascalientes (Comunas ocupas, en Europa). Los Caracoles reemplazaron a los antiguos Aguascalientes, pero respetando en mayor o menor medida las zonas que comprendían (circa 4 y hasta 8 municipios por cada uno). Las Juntas de Buen Gobierno se dispusieron (y hasta hoy lo hacen) en lo que se llama centro del Caracol o Caracol a secas, en donde se encuentran también las oficinas de Vigilancia del Buen Gobierno, de Información, en algunos casos clínicas, en escuelas autónomas, etc. (HERNÁNDEZ, 2007)

La Clínica Autónoma Zapatista “Compañera Murcia Elisa Irina Sáenz Garza” es una clínica regional que se encuentra ubicada en el ejido San Jerónimo Tulijá del municipio autónomo Ricardo Flores Magón. Construida por personas de la comunidad apoyados por organizaciones no gubernamentales e inaugurada en mayo del 2005, cuenta con un consultorio médico, un consultorio dental, dos cuartos de hospitalización, una farmacia, una sala de capacitación, una cocina y tres dormitorios. Este espacio es administrado y organizado por autoridades autónomas, comité de salud y promotores de salud rotantes.

Evaluación.

Todo experiencia deja un enseñanza, el tiempo que he vivido y trabajado en la comunidad me ha permitido descubrir un mundo diferente, y al ir descubriendo este nuevo mundo, me fui descubriendo a mi misma, entiendo ahora que todos somos diferentes, pero esas diferencias no son obstáculo alguno para la convivencia, al contrario, la diversidad enriquece la dinámica social, aprendemos y compartimos unos con otros.

La dificultad para conectar con otras personas es la debilidad más grande de mi personalidad, encontraba seguridad en la soledad, pero ahora me doy cuenta de lo esencial que es convivir, de cuanto necesitamos unos de otros para sobrevivir y llevar una existencia plena.

En una comunidad como San Jerónimo Tulijá, subsistir y vivir a la merced del capitalismo es una de las consecuencias de la inevitable globalización, que avanza más rápido que el tiempo que toma educar una generación para promover el razonamiento crítico y analítico, esto significa que no se pueden aislar completamente y esto amenaza su forma de vida, se ven tentados a consumir productos chatarra, a ingresar a un sistema de educativo federalmente aceptado, a recibir dinero como “apoyo”, de vender sus tierras a empresas, etc. Es difícil luchar contra un enemigo tan grande como el capitalismo con tan pocos recursos y herramientas para enfrentarlo.

Sin embargo la resistencia activa y creativa que practican las comunidades zapatistas me parece inspiradora, y pienso que también para todo ser humano que encuentre una parte de su ser insatisfecha, constantemente consternada y adolorida, al observar, vivir y sentir el herido mundo, ese lugar oscuro que habita en todos lados, y tener la convicción de ser diferente, de pesar diferente, de actuar diferente y crecer, para a futuro, lograr ser una fuente de inspiración para alguien más.

Es difícil dejar ir las cosas, decir adiós y cerrar ciclos, sin embargo, por diversas circunstancias propias de mi personalidad y formación, es una de las cosas que he aprendido a hacer con tranquilidad, aceptar las cosas como son, y seguir adelante con el siguiente paso en la dirección en la que nos este llevando la vida, así he descubierto que toda nueva experiencia en la vida, crea a su vez muchas mas nuevas oportunidades, así la búsqueda del sentido en la vida, se vuelve el sentido mismo.

2ª SECCIÓN
DIAGNÓSTICO DE SALUD

Introducción

El propósito de esta sección es realizar un diagnóstico de salud comunitaria, con base en el análisis de los datos obtenidos al abordar las leyes, normas y programas federales, estatales y municipales con respecto al derecho a la salud, así como sobre la Ley General de Salud y las reformas más importantes a la misma, normativas internacionales, como el Pacto internacional sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, y el papel que México desempeña; Y la definición del espacio de trabajo (San Jerónimo Tulijá) considerando datos fisiográficos generales, tanto estatales como la microrregión en la que se ubica, e indicadores sociales, demográficos, económicos, políticos y culturales.

Derecho a la salud

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 es la norma fundamental o carta magna, establecida para regir jurídicamente al país, la cual define las relaciones entre los poderes de la federación y fija las bases organizacionales para instituciones, asentando un pacto social supremo en México enmarcando derechos y obligaciones, se acuerdo a esta carta magna, el derecho a la salud es un derecho fundamental y universal:

Artículo 1o: Tercer Párrafo

“Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”

(Párrafo reformado DOF 04-12-2006 y 10-06-2011)

(Artículo reformado DOF 14-08-2001)

Artículo 2o: Apartado B, fracciones III, V y VIII

“Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:”

“III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.”

“V. Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.”

“VIII. Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para garantizar los derechos laborales de los jornaleros agrícolas; mejorar las condiciones de salud de las mujeres; apoyar con programas especiales de educación y nutrición a niños y jóvenes de familias migrantes; velar por el respeto de sus derechos humanos y promover la difusión de sus culturas.”

Artículo 4o: Segundo, tercer, cuarto y sexto párrafo.

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.”

“Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.” (Párrafo adicionado (se recorren los subsecuentes) DOF 13-10-2011)

“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.” (Párrafo adicionado DOF 03-02-1983)

“Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.” (Párrafo adicionado DOF 08-02-2012)

Artículo 73o: Fracción XVI

“XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.” (Párrafo reformado DOF 18-01-1934)

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

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

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

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

Sorprende lo bien elaboradas que están las normas que dan sustento a todo lo que rige la ley para proteger la salud, ilustran a un país pluricultural y consciente, desgraciadamente se encuentran alejadas de la realidad que se vive en México, desde el primer artículo empieza la oposición, la discriminación no solo se practica, se fomenta, es un patógeno ampliamente distribuido por el país, y ni que decir de la “obligación de las autoridades”, actualmente nuestras autoridades no reflejan interés por la comunidad a la que sirven, mucho menos responsabilidad, si bien no todos han sido errores, los aciertos se han centralizado, hemos olvidado que el apoyo debía llegar a los mas vulnerables y no dispersarse entre quienes ya poseían suficientes privilegios.

De acuerdo a la Ley General de Salud:

“ARTÍCULO 1o. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (Ley General de Salud, 2016)

Este documento incluye 18 Títulos en donde se distribuyen 482 artículos en sus respectivos capítulos. Las finalidades de este documento es garantizar el bienestar social, mejorar la calidad de vida, fomentar el desarrollo social y lograr una asistencia eficaz y oportuna, aprovechando adecuadamente los servicios de salud en el país. La organización y formalización de la donación, los trasplantes, pérdida de la vida y enfermedades terminales. Se establece que las autoridades de salud en México están a cargo de desarrollar y promover programas locales de salud, así como la estadística local, priorizando la atención materno infantil, la planificación familiar, la salud mental y la protección social. Incluidas también normativas que planean la transparencia, supervisión, control y fiscalización de recursos destinados para estos programas, y para otros fines como la formación y capacitación de personal y la investigación en materia de salud.

La primera modificación a la Ley General de Salud de 1973 fue en 1984 y se realizaron nuevas posteriormente, y de manera consecutiva, desde 1994 hasta el 2015, durante el 2016 se realizaron dos reformas (a los artículos 53 y 64) publicadas el 10 mayo y 5 reformas (a los artículos 66, 70, 112 y 134) publicadas el 1 de junio de dicho año.

Según la Constitución de la OMS, existen principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos, algunas de estos como:

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”

“La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.”

“La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.”

Nos ayudan a contrastar el ideal internacional con la realidad que se vive en México y otros países subdesarrollados, si tenemos líderes apáticos, un sistema político corrupto y un pueblo pluricultural incomprendido, es difícil esperar que se puedan extender generalmente los conocimientos esenciales para toda la población reciba atención médica digna.

Así como lo que representa para México haberse adherido al Pacto Internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales:

Parte I, Artículo I:

“1. Todos los pueblos tienen el derecho de libre determinación. En virtud de este derecho establecen libremente su condición política y proveen, asimismo, a su desarrollo económico, social y cultural.

2. Para el logro de sus fines, todos los pueblos pueden disponer libremente de sus riquezas y recursos naturales, sin perjuicio de las obligaciones que derivan de la cooperación económica internacional basada en el principio de beneficio recíproco, así como del derecho internacional. En ningún caso podría privarse a un pueblo de sus propios medios de subsistencia.”

Ya que es un tratado multilateral general que reconoce derechos económicos, sociales y culturales y establece mecanismos para su protección y garantía y compromete a todas las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado. Un compromiso que estamos lejos de cumplir.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos

a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

El Programa de Acción Específico (PAE) Promoción de la Salud y Determinantes Sociales tiene como fin:

“Promover la generación de sistemas de información con registros específicos para los municipios indígenas, con desagregación por sexo, para identificar necesidades y fortalecer la toma de decisiones.

Atender las necesidades sentidas de la población indígena, a través de intervenciones participativas e interculturales.

Crear puentes de comunicación entre los servicios de salud y la población ubicada en zonas de difícil acceso, través de la figura del enlace comunitario en salud (ECS).

Entregar servicios de promoción de la salud a la población indígena con pertinencia cultural y lingüística, mediante la evaluación y certificación del personal comunitario como “Promotor de programas públicos de salud hablante de lengua indígena”.

Como se reporta en dicho documento, en el país ocurrieron alrededor de 2,245,228 nacimientos, que representa una tasa bruta de natalidad de 18.96, mientras que mueren 672,978 personas, lo que arroja una tasa bruta de mortalidad de 5.86 defunciones por 100,000 habitantes; en contraste como indicador que manifiesta el nivel de desarrollo de un país, la tasa de mortalidad infantil fue de 12.77 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos registrados (NVR), la tasa de mortalidad es mayor en los hombres que en las mujeres con 14.05 y 11.43 respectivamente. La tasa global de fecundidad corresponde a 2.22, es decir que actualmente las mujeres tienen al final de su vida reproductiva 2 hijos y una minoría tiene 3. Por otro lado el número de nacimientos que ocurren en mujeres adolescentes es de 56.6 por cada 1,000 mujeres menores de 20 años. La esperanza de vida al nacimiento es de 77.41 años para las mujeres y 71.74 para los hombres.

El 45.5% de la población se encuentra en situación de pobreza, 74.1% de personas viven con al menos una carencia social y el 23.9% vive con por lo menos tres carencias sociales. El 51.6% de la población mexicana cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar y el 20% tienen un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo.

Indicadores de bienestar en México. ENSANUT 2012

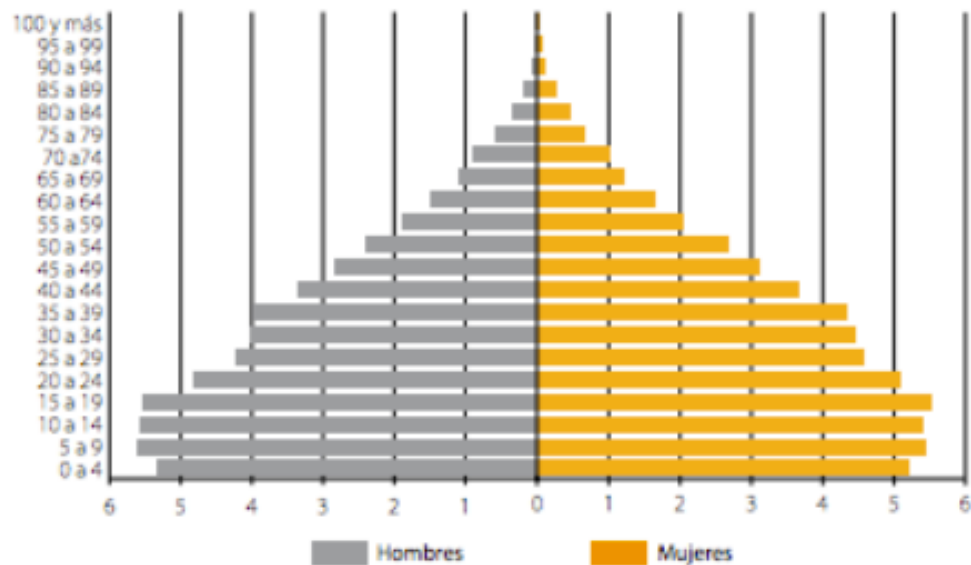
Indicadores de bienestar	%	Frecuencia ponderada
Falta de rezago educativo	20.0	22 852 908
Falta de acceso a los servicios de salud	21.4	24 460 115
Falta de acceso a la seguridad social	63.1	72 149 479
Insuficiente calidad y espacios en la vivienda	13.3	15 163 281
Insuficiente acceso a los servicios básicos en la vivienda	12.9	14 802 403
Insuficiente acceso a la alimentación	30.3	34 685 908
Línea de bienestar	58.1	66 394 793
Línea de bienestar mínimo	30.4	34 724 964
Pobreza multidimensional	49.0	56 040 509

La Dirección General de Epidemiología reportó que en el año 2012, las principales causas de enfermedad transmisible son: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, otitis, conjuntivitis y amibiasis intestinal, entre otras. Estas enfermedades tienen una correlación con los indicadores de la pobreza (acceso limitado a agua y drenaje, piso de tierra y poder adquisitivo). Por otro lado, se presentaron enfermedades no transmisibles, entre las más frecuentes están: úlceras gástricas, gingivitis y enfermedades periodontales, hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma. Estas enfermedades en su mayoría también se pueden correlacionar con estilos de vida poco saludables (alimentación incorrecta, inadecuados hábitos personales, sedentarismo, trabajo y estrés), entre otros.

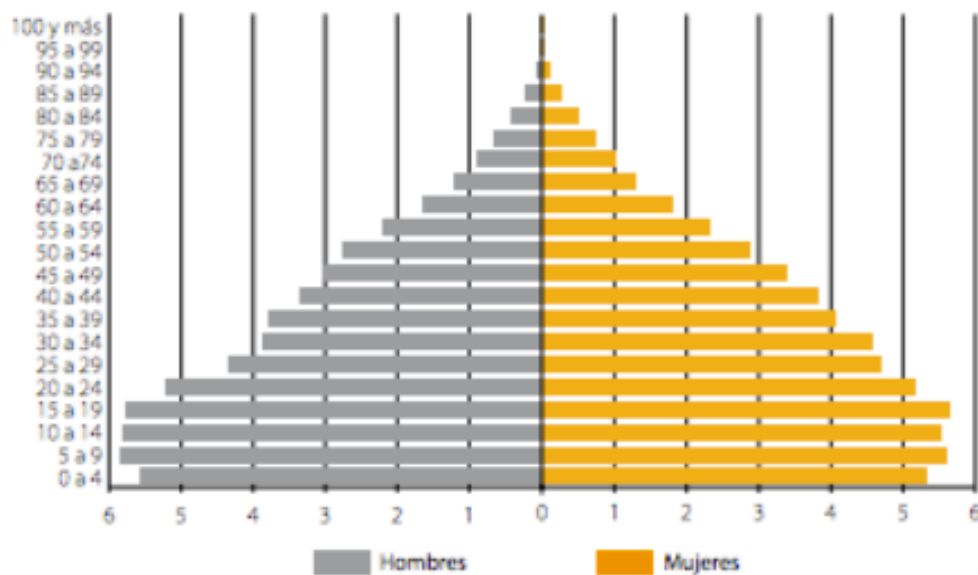
En México existen 624 municipios en los que el 40% o más son población indígena (PI) y 485 tiene más del 70% de dicha población. Son diez entidades federativas las que presentan alta densidad de PI, siendo la región Sur-sureste la que agrupa al 78.26% de los indígenas del país. En lo que respecta a carencias sociales de los pueblos indígenas,²⁶ el 37.2% carecen de acceso a servicios de salud (2.5 millones de personas); 83.5% carecen de seguridad social (5.7 millones de mexicanos); 40.5% sufren carencia alimentaria (2.7 millones de mexicanos indígenas) y 50.6% de esta población carece de servicios básicos en la vivienda (3.4 millones de personas indígenas). (PAE 2013-2018)

Pirámides de población del Censo 2010 y la ENSANUT 2012. México

Censo 2010
Pirámide poblacional de la República mexicana (población en millones)



ENSANUT 2012
Pirámide poblacional de la República mexicana (población en millones)



Diagnostico comunitario

Chiapas se localiza al sureste de México; colinda al norte con el estado de Tabasco, al oeste con Veracruz y Oaxaca, al sur con el Océano Pacífico y al este con la República de Guatemala. Al norte 17°59', al sur 14°32' de latitud norte; al este 90°22', al oeste 94°14' de longitud oeste.

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-Llave.

Tiene una superficie territorial 74,415 km² (Chiapas es el octavo estado más grande de la República Mexicana).

El estado de Chiapas representa el 3.8 % de la superficie del país. Abarca 658.5 kilómetros, que representan el 57.3% del porcentaje total de la extensión de la Frontera Sur. Extensión de litoral es de 260 kilómetros.

Se conforma por 122 municipios, mismos que se distribuyen en 15 regiones:

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

La capital del estado es Tuxtla Gutiérrez y sus principales ciudades son Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de Las Casas, Tapachula, Palenque, Comitán y Chiapa de Corzo.

En Chiapas existen una población mayoritariamente indígena, de las etnias reconocidas de encuentran la Tseltal, Tsotsil, Ch’ol, Tojol-ab’al, Zoque, Chuj, Kanjobal, Mam, Jacalteco, Mochó, Cakchiquel y Lacandón; 12 de los 62 pueblos indios reconocidos oficialmente en México. (CHIAPAS, 2017)

Lengua Indígena	Número de hablantes (año 2010)
Tzeltal	461 236
Tzotzil	417 462
Chol	191 947
Zoque	53 839

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

La densidad de población es de 71 personas por km2 y la distribución es de 49% población urbana y 51% rural.

En el 2015, en el estado de Chiapas viven:



Ilustración 4 INEGI, 2015

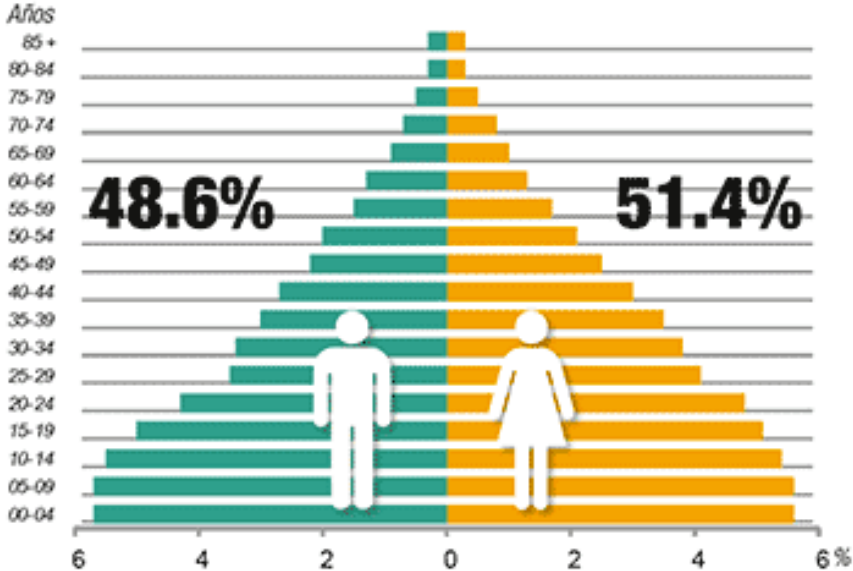


Ilustración 5 INEGI. Encuesta Intercensal 2015

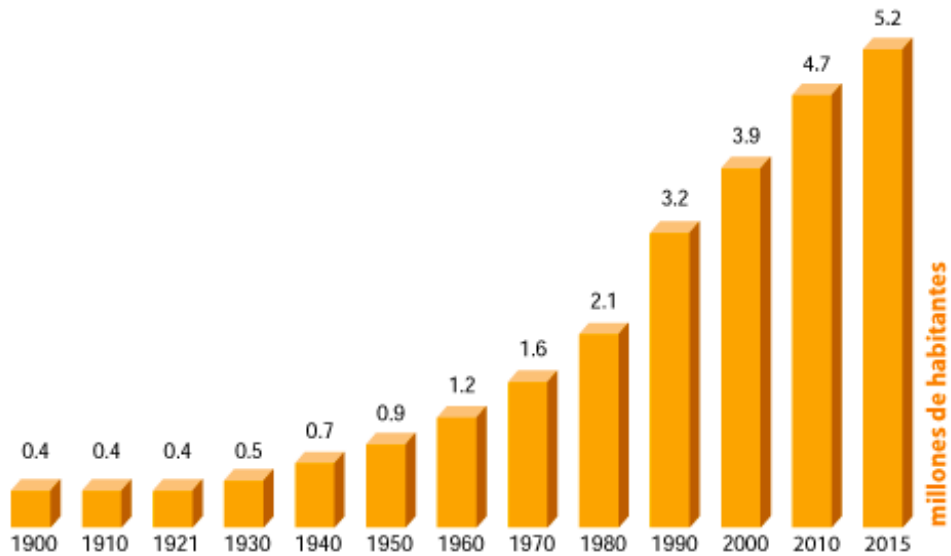
En Chiapas viven 1,645,047 niños y niñas de 0 a 14 años, que representan el 34% de la población de esa entidad.

Años	Número de Niños	Número de Niñas	Población total de niños y niñas (año 2010)
Menos de 1 año	53 593	52 685	106 278
01 años	53 649	51 427	105 076
02 años	54 343	52 561	106 904
03 años	55 650	55 719	111 369
04 años	56 425	54 407	110 832
05 años	55 408	53 702	109 110
06 años	56 024	55 107	111 131
07 años	55 233	53 497	108 730
08 años	57 343	56 482	113 825
09 años	56 049	55 847	111 896
10 años	61 829	58 785	120 614
11 años	50 502	49 362	99 864
12 años	57 742	54 580	112 322
13 años	53 191	52 452	105 643
14 años	56 010	55 443	111 453

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Chiapas/Población/ Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según tamaño de localidad.

Ilustración 6

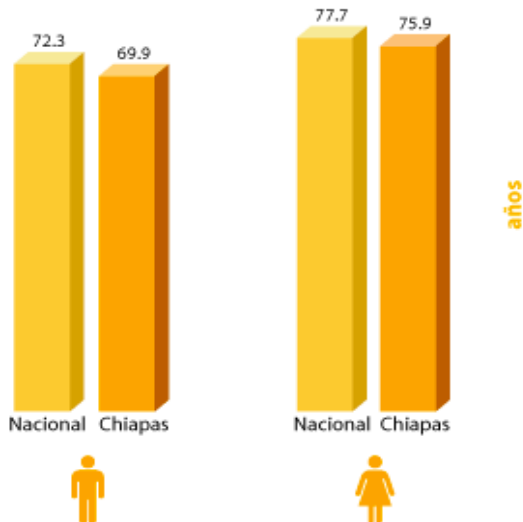
Población total del estado de Chiapas (1900 - 2015)



FUENTE: INEGI. Censos de población 1900-2010 [Consultar](#)
 INEGI. Encuesta Intercensal 2015. [Consultar](#)

Ilustración 7 Crecimiento poblacional

De 1930 a 2015, la tendencia de crecimiento en Chiapas ha sido constante. Al igual que sucede en todos los estados del país y en otros países del mundo, las mujeres en Chiapas viven, en promedio, más que los hombres.



INEGI. Mortalidad. Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa y sexo, 2010 a 2015. [Consultar](#)

Ilustración 8 Esperanza de vida

En lo que respecta al nivel educativo, según la SEP, en el periodo 2013-2014 en Chiapas, el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 7.3, lo que equivale a poco más de primer año de secundaria. A nivel nacional, la población de 15 años y más tiene 9.2 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más de la secundaria concluida y un alto índice de analfabetismo (15.5%) en comparación con el total nacional (6.0%).

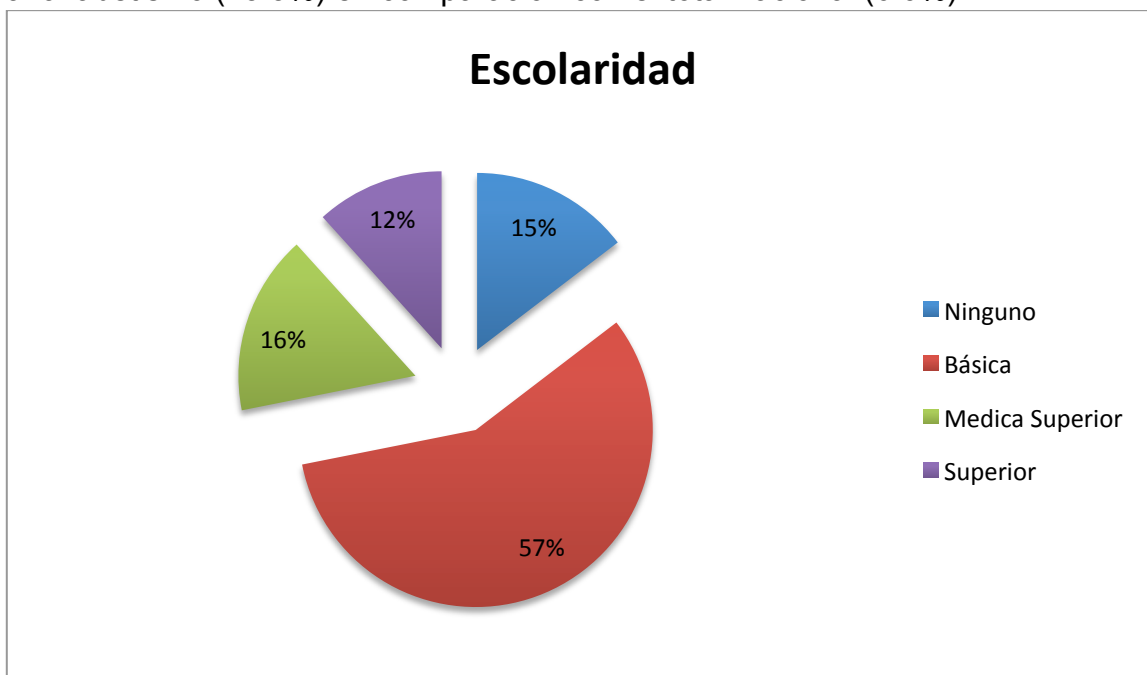


Ilustración 9 Elaboración propia con información de INEGI 2015

Al 2013, en Chiapas se registraron:



FUENTE: INEGI. Población Hogares y Vivienda/Mortalidad/Defunciones generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido y sexo, 2011, 2012 y 2013.

INEGI. Población Hogares y Vivienda/ Natalidad/Nacimientos registrados por entidad federativa de residencia habitual de la madre según sexo, 2011 a 2013.

Las tres principales causas de muerte fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus.

Salieron de Chiapas 105 mil 858 personas para radicar en otra entidad.

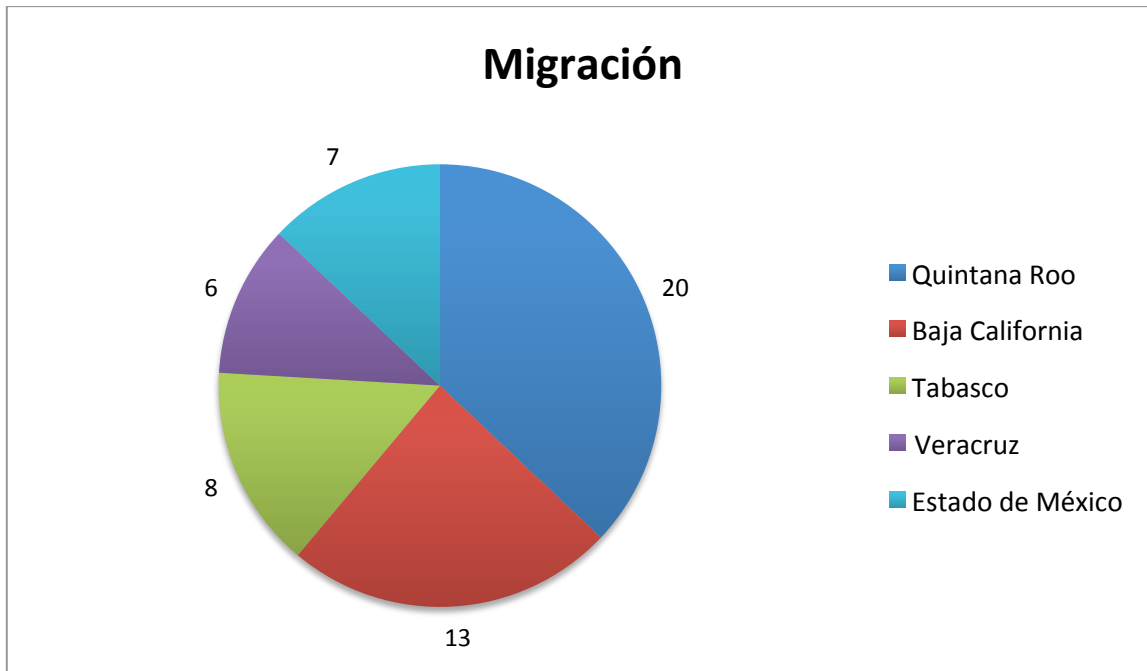


Ilustración 10 Elaboración propia con información de INEGI 2015

Al respecto de la salud en el estado de Chiapas para el 2012 se reportan resultados correspondientes la ENSANUT que dicen que al igual que a nivel nacional se registró un aumento considerable en los afiliados al Seguro Popular y se reporta que para este año la mayor proporción de protección en salud fue brindada por el Seguro Popular. Y se reporta que la población sin cobertura de servicio médico es menor a la nacional con solo un 21.5%. (Instituto Nacional de Salud Pública 2013)

Es importante mencionar que en el censo de población y vivienda del año 2010 para el estado de Chiapas se consideraba que el 37.8% de la población no contaba con ningún tipo de derechohabencia. Por lo cual la población que sí tenía algún tipo de protección a la salud se calculaba en 62.1% por lo que el resto no contaba con medios facilitadores para la atención y protección de la salud.

Para la realización de las estadísticas de ENSANUT se consideró que cuando algún integrante de la familia contara con la afiliación al Seguro Popular era garantía de que toda la familia estuviera en la misma condición, situación que dista mucho de ser real. Y es por ello que se considera un sesgo en la información de dicha encuesta.

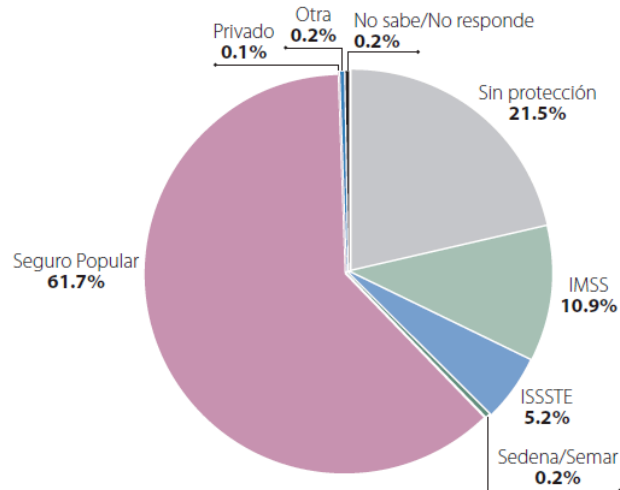


Ilustración 11 Distribución de la población por condición de protección en salud. Chiapas. ENSANUT 2012

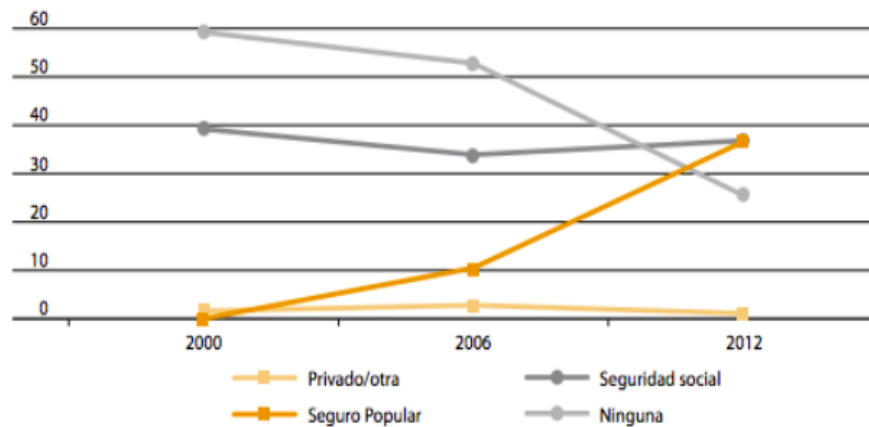


Ilustración 12 Porcentaje de población con protección en salud. México, ENSANUT 2012

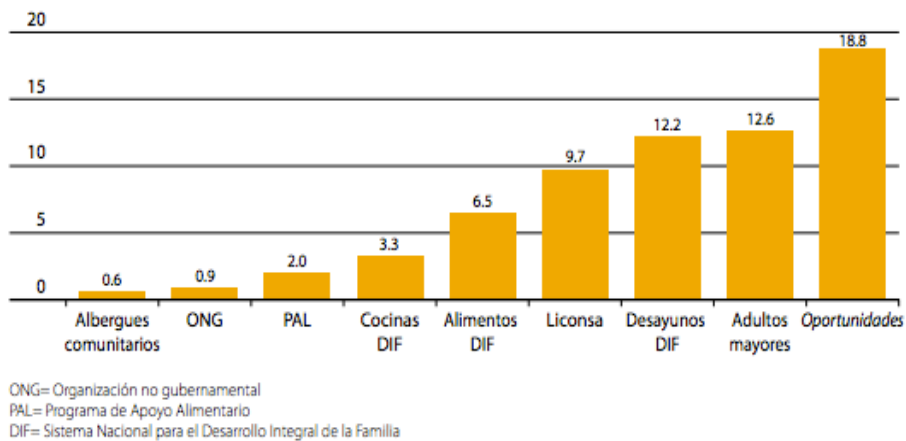


Ilustración 13 Porcentaje de hogares que reciben ayuda alimentaria por tipo de programa de desarrollo social. ENSANUT 2012

De acuerdo con las cifras del INEGI, al tercer trimestre de 2015, la Población Económicamente Activa (PEA) ascendió a 1,978,033 personas, lo que representó el 56.3% de la población en edad de trabajar. Del total de la PEA, el 96.9% está ocupada y el 3.1% desocupada.

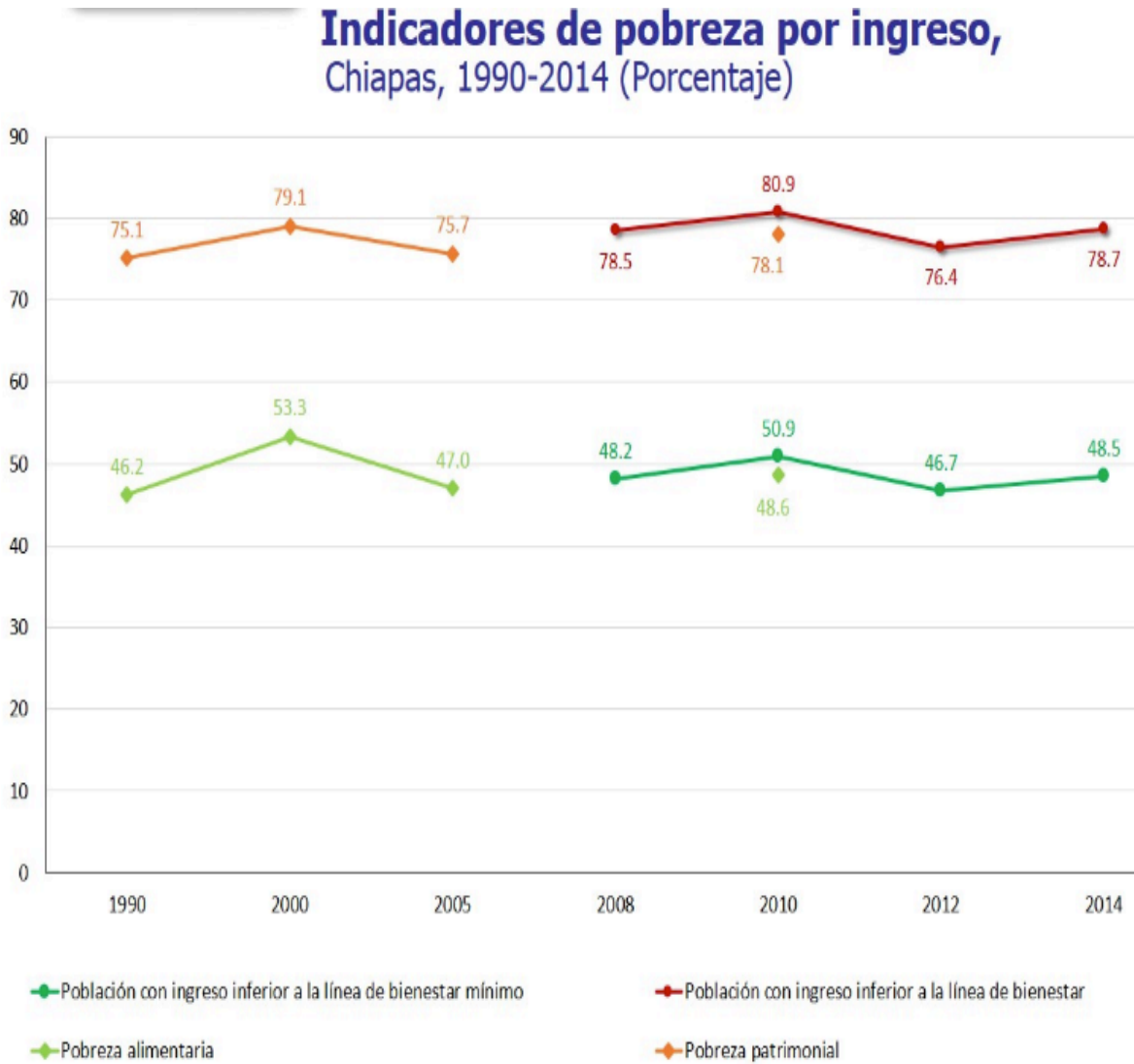


Ilustración 14 CONEVAL 2015

Chiapas

Indicadores y grado de rezago social, 2000, 2005 y 2010

Indicador	2000	2005	2010	2015
Población de 15 años o más analfabeta	22.91	21.33	17.8	14.84
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	15.89	9.65	8.91	6.90
Población de 15 años y más con educación básica incompleta	71.38	64.65	59.93	53.25
Población sin derechohabencia a servicios de salud	77.82	76.37	41.73	17.28
Viviendas con piso de tierra	38.45	29.04	14.71	10.62
Viviendas que no disponen de excusado o sanitario	23.02	12.99	6.23	3.58
Viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública	31.99	27.22	26.04	12.65
Viviendas que no disponen de drenaje	37.73	20.76	15.97	10.93
Viviendas que no disponen de energía eléctrica	12.1	9.17	3.68	2.33
Viviendas que no disponen de lavadora	84.65	75.82	63.83	59.87
Viviendas que no disponen de refrigerador	62.89	52.65	42.11	37.60
Grado de rezago social	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto
Lugar que ocupa en el contexto nacional	1	1	3	3

Nota 1: para los indicadores de rezago social se consideran únicamente las viviendas particulares habitadas.

Nota 2: el cálculo de los indicadores de rezago social se realiza con la base de datos "Principales resultados por localidad (ITER)".

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el XII Censo de Población y Vivienda 2000, el Censo de Población y Vivienda 2005, Censo de Población y Vivienda 2010 y Encuesta Intercensal 2015.

Ilustración 15 CONEVAL 2015

Evolución de las carencias sociales, Chiapas, 2010-2015

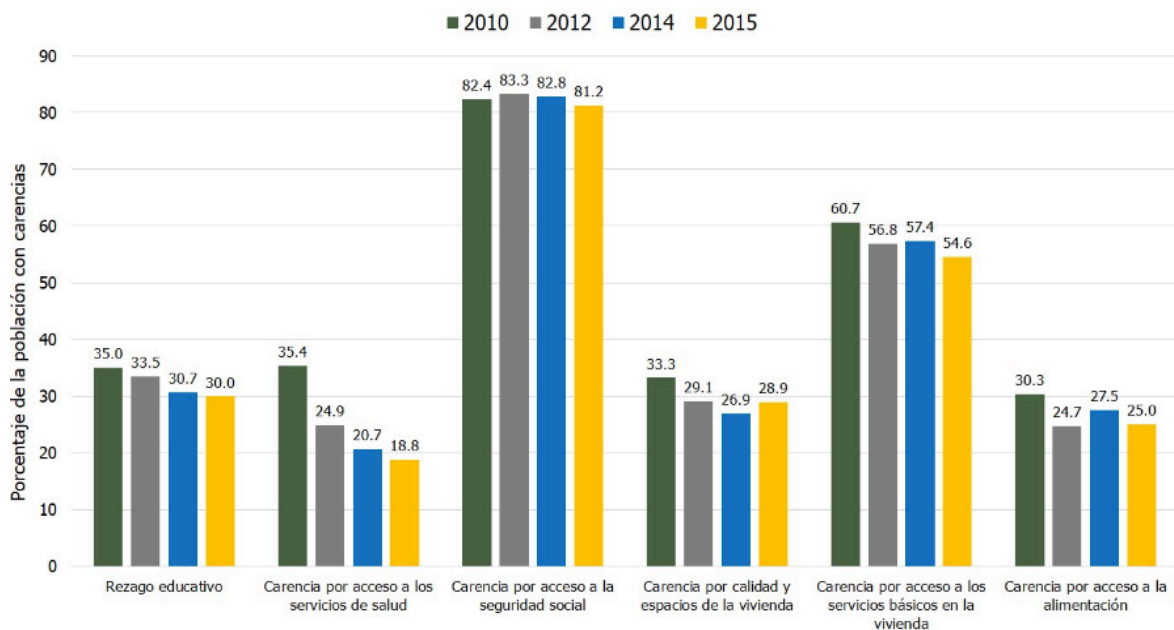


Ilustración 16 CONEVAL 2015

Indicadores de carencias sociales 2015




Ilustración 17 CONEVAL 2015

El Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social en el estado de Chiapas y sus municipios destaca la reducción consistente del rezago educativo, la carencia por acceso a los servicios de salud y las carencias asociadas a la calidad, espacios y servicios básicos en la vivienda hasta el 2015.

Chilón

“En el municipio de Chilón la población total en 2015 fue de 127,914 personas. En el mismo año había 23,533 hogares.

I. Información general del municipio	
Población 2015	127,914
Proyección de la población para 2017	125,297
Viviendas particulares 2015	23,533
Grado de rezago social 2015	Muy alto
Zona metropolitana	No
Zona de atención prioritaria rural	Sí
Zonas de atención prioritaria urbana en el municipio	13

Ilustración 18 SEDESOL 2015

Del total de viviendas 25.04% no disponen de drenaje, 29.2% con piso de tierra, 15.08% no disponen de agua entubada de la red pública y 8.75% no disponen de energía eléctrica.

Las unidades médicas en el municipio eran 37 (2.8% del total de unidades médicas del estado). El personal médico era de 48 personas (0.9% del total de médicos en la entidad) y la razón de médicos por unidad médica era de 1.3, frente a la razón de 4.1 en todo el estado.” (SEDESOL, 2015)

V. Componentes del índice de rezago social municipal y estatal , 2015

En 2015, el municipio ocupó el lugar 108 de 118 municipios en la escala estatal de rezago social.



Ilustración 19 SEDESOL 2015

San Jerónimo Tulijá

San Jerónimo Tulijá se localiza en el municipio Chilón y se encuentra en las coordenadas GPS: Longitud (dec): -91.789167 Latitud (dec): 17.223889. La localidad se encuentra a una mediana altura de 370 metros sobre el nivel del mar.



Ilustración 20 Elaboración propia con imagen de Google Maps, San Jerónimo Tulijá, 2017

El poblado es considerado un ejido al cual pertenecen 14 comunidades aledañas. Cuenta con ríos, arroyos destacándose el Río Tulijá cuyo nivel varía dependiendo la temporada (lluvias o sequías). El clima que predomina es cálido húmedo con lluvias todo el año; al respecto del clima se diferencia claramente dos temporadas, la de alta humedad y la de relativa sequía que es en los meses de Marzo, Abril y Mayo. La temperatura media es estimada en 22 °C. El acceso a la comunidad es mediante la carretera 148 que comunica a San Jerónimo Tulijá con el municipio de Palenque y aproximadamente 5 km de terracería que permiten el acceso al ejido. Las vías son transitadas por autos particulares, camionetas de transporte público tipo redila y Urban. (Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas 2011)



Ilustración 21 Calle, San Jeronimo Tulija



Ilustración 22 Pobladores en el rio Tulija



Ilustración 23 Rio Tulija



Ilustración 24 Rio Tulija

Indicadores sociales

En el ejido se reporta una población total de 3175 habitantes de los cuales la mayoría indígena es tseltal. Se reporta la población con un total de 1580 habitantes de sexo masculino y 1595 de sexo femenino. (IMSS, 2017)

GRUPO ETAREO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
>85	4	2	6
65-85	34	37	71
45-65	158	159	317
15-45	698	734	1432
5 a -14 a	493	451	944
1 a - 4 a	159	185	344
<1 AÑO	34	27	61
TOTAL	1580	1595	3175

Ilustración 25 Fuente: Elaboración propia con información de IMSS 2017

Poblado	Poblacion	Vivienda	Pared Block, tabique	Pared Madera	Agua Entubada	Basura Quema ó entierra	Fosa Séptica	Letrina	Convivencia con animales	IMSS-PROSPERA
SAN JERONIMO TULIJA	1847	385	80	251	385	385	160	119	385	351
EL PIEDRON	610	190	80	61	129	129	50	57	129	119
SAN MIGUEL	186	29	0	23	24	29	26	3	29	32
PIÑAL	194	50	3	26	47	50	22	8	50	44
PARAISO	193	30	1	24	30	30	26	2	30	39
MAZANILJA	60	12	0	12	12	12	1	11	12	13
SAN IGNACIO	20	4	0	4	4	4	0	4	4	5
NARANJO	24	4	4	1	4	4	3	1	4	4
SANTA CRUZ	41	9	0	7	6	7	6	1	4	10
TOTAL	3175	713	168	409	641	650	294	206	647	617

Fuente: Elaboración propia con información de IMSS 2017

Dentro del ejido San Jerónimo Tulijá durante el año 2014 se registraron un total de 35 nacidos vivos; lo que representa el 0.6% de los nacimientos a nivel municipal. Y se calcula la tasa bruta de mortalidad para este año en la comunidad de San Jerónimo Tulijá de 4.61 defunciones por cada 1000 habitantes. (ECHEVERRIA, 2016)

Durante el 2017 se registraron 49 nacidos vivos, lo que representa el 0.02% de los nacimientos a nivel estatal. Y se registraron 11 defunciones (3.4 por cada 1000 habitantes), una de las cuales fue una muerte materna y representa una tasa del 204 por cada 100,000 nacidos vivos, mayor a la estatal reportada por la SS para el mismo año (31.1 por cada 100,000 nacidos vivos). Cabe mencionar que de acuerdo a la misma fuente, Chiapas es el estado con mayor mortalidad materna de todo el país.

Ilustración 26 Fuente: Idem



Ilustración 27 MPSS ligando el cordón umbilical de un recién nacido en clínica autónoma zapatista.

Principales motivos de consulta en San Jerónimo Tulijá

2015 - 2016	2017 - 2018
1. IVU BAJA	1. FARINGOAMIGDALITIS VIRAL
2. FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	2. IVU BAJA
3. RINOFARINGITIS VIRAL	3. GEPI
4. GASTROENTERITIS INFECCIOSA	4. RINOFARINGITIS BACTERIANA
5. ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA	5. COLITIS
6. ANEMIA CLINICA	6. PARASITOSIS INTESTINAL
7. SINDROME DE COLON IRRITABLE	7. OTITIS MEDIA AGUDA
8. DIABETES MELLITUS	8. HERIDAS
9. CERVICOVAGINITIS	9. DM-2
10. OBESIDAD	10. PIELONEFRITIS

Ilustración 28 Elaboración propia con información de ECHEVERRIA, 2016

De acuerdo a los datos del IMSS en San Jerónimo Tulija para el 2017 hay 385 viviendas, de estas el 79.3% está hecha de pared de madera y techo de lámina, y de estas aproximadamente 38 cuentan con suelo de tierra y no disponen de drenaje. El manejo de residuos de basura es a través de la quema y el uso de fosa séptica, muy similar a los datos municipales. En el poblado se cuenta con un sistema de tubería que fue instalado durante el año, el cual se reporta dentro del informe del IMSS como acceso a agua entubada para el 100% de las viviendas, pero la obra pública no fue terminada y no es funcional.



Ilustración 29 Vivienda, San Jeronimo Tulija



Ilustración 30 Vivienda, San Jeronimo Tulija



Ilustración 31 Vivienda, San Jeronimo Tulija



Ilustración 32 Cocina



Ilustración 33 Fosa comun



Ilustración 34 Dormitorio

Servicios de salud

El poblado cuenta con dos clínicas de atención primaria, una clínica perteneciente al IMSS-Prospera y otra perteneciente a la organización zapatista.

En la clínica autónoma zapatista se cuenta con un consultorio médico, un consultorio dental que cuenta con equipo de rayos x dental, un equipo de ultrasonido portátil, dos cuarto para hospitalización, un consultorio de salud sexual y reproductiva que cuenta con cama de exploración la cual se utiliza también como sala de expulsión para partos.

La clínica presta atención de urgencias las 24hrs y atención de consulta general de lunes a domingo de 8:00 a 20:00hrs con descanso de 12:00 a 16:00 hrs.

El médico y estomatólogos al servicio de esta clínica son pasantes del servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana a cargo de SADEC. Se cuenta con un formato de referencia para 2do y 3er nivel de atención, los pacientes que requieren atención de urgencias en hospital deben ser referidos y acompañados al Hospital General de Palenque para asegurar que los mismos reciban la atención requerida.



Ilustración 35 Clínica autónoma zapatista

La clínica del IMSS-Prospera atiende consultas de primer nivel de Lunes a Viernes de 08:00 a 14:00hrs. Cuenta con un médico general de base y dos enfermeras que rotan individualmente por semana.

Durante mi estancia en el servicio atestigüé la ausencia del médico adscrito a la clínica por al menos 3 meses continuos y otras intermitentemente durante semanas a lo largo de todo el año. Las enfermeras de la clínica se encargan de sellar los carnets de quienes van a consulta y reparten algunos medicamentos a pacientes en seguimiento.

La clínica cuenta con un consultorio y una sala de hospitalización, y le da seguimiento a pacientes embarazadas, y pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, los insumos de la clínica (medicamentos y material) les son negados con frecuencia a los derechohabientes argumentando que no los tienen disponibles.

Cuenta con un sistema de referencia a 2do nivel de atención que se basa en otorgar un pase al hospital a pacientes que han llevado al menos dos consultas en los programas, y para embarazadas en el último trimestre de embarazo.



Ilustración 36 Clínica IMSS-prospera

Educación

Para el 2012, la localidad de San Jerónimo Tulijá tiene una población de 1,001 habitantes mayores de 15 años, haciendo una distribución porcentual obtenemos que 25.5 % son analfabetas, 12.7 tienen primaria incompleta, 10.7 primaria completa, 9.2 secundaria incompleta, 17.7 secundaria completa, 22.1, tienen por lo menos un año de educación post-básica, por lo que 25 personas de cada 100 son analfabetas. Los niños de 3 a 14 años que no asisten a la escuela son 147 niños, de estos 126 tienen edades de 3 a 5 años. La escolaridad promedio para habitantes de la localidad es de 6.6, siendo 7.63 para hombres y 5.62 para mujeres, que nos indica que el grado escolar que alcanza la media de la población mayor de 15 años es de primero de secundaria, aunque sigue siendo baja comparada con la estatal de 7.3 y aun más contra la nacional de 9.1. La comunidad cuenta con cifras que no son reportadas en el censo estatal son la que indican la asistencia a la escuela autónoma en la que se da servicio a 30 niños en total cuyas edades son de 4 años a 15 años, con un predominio mayor de mujeres.” (MAYORAL, 2012)

En la escolita zapatista para enero del 2018 hay 59 mayores de 3 años (28 niñas y 31 niños) y 15 menores de 3 años.

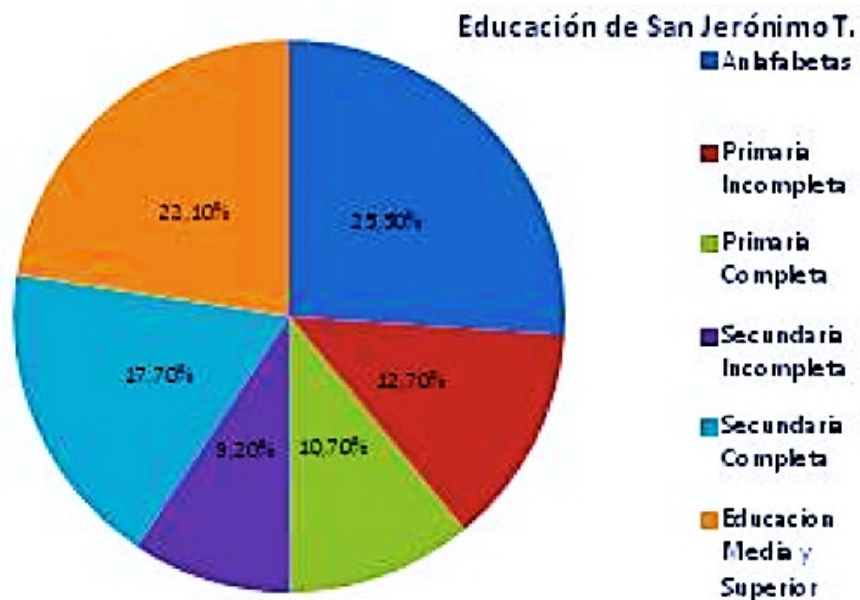


Ilustración 37 Fuente: Idem

El poblado cuenta con una escuela primaria oficial, una escuela primaria bilingüe, una secundaria oficial, y un colegio de bachilleres, así como un preescolar y una escuela autónoma zapatista.

Total	Ranchería	Escolaridad > de 12 años					
		Analfabeta	Sabe leer y escribir	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura
1847	San Jerónimo Tulijá	192	152	234	302	234	9
610	Piedrón	63	47	96	87	85	1
186	San Miguel	22	23	34	13	20	0
194	Piñal	20	23	30	21	11	0
193	Paraíso	23	38	41	21	5	0
60	Manzanilja	3	0	8	11	10	0
20	San Ignacio	0	6	3	2	1	0
24	Naranjo	3	1	3	3	3	0
41	Santa Cruz	4	0	4	10	0	0
Total							
3175		330	290	453	470	369	10

Ilustración 38 Elaboración propia con información de IMSS 2017

De los 3175 pobladores del ejido reportados por el IMSS en el 2017, 944 se encuentran entre los 5 y 14 años de edad (29.7% de la población).

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PROFESORES QUE HABITAN EN EL POBLADO	PROFESORES PASANTES/FORANEOS
COBACH	9	2
PRIMARIA BILINGÜE	6	2
PRIMARIA CUAHUTEMOC	9	8
SECUNDARIA OFICIAL	8	0
PREESCOLAR	0	0
ESCUELA AUTÓNOMA ZAPATISTA	2	0

Tabla 1 Realización propia con información obtenida por entrevista directa con pobladores de San Jerónimo.



Ilustración 39 Primaria bilingüe



Ilustración 40 COBACH



Ilustración 41 Primaria Cuahutemoc



Ilustración 42 Secundaria oficial



Ilustración 43 Escuela autonoma zapatista

Indicadores Económicos

El clima de Chiapas favorece el cultivo de café, por lo que es el primer productor nacional, también se cultiva: el maíz, sandía, café, mango, plátano, aguacate, cacao, algodón, caña de azúcar y frijol, entre otros. (Idem)

Total		Población económicamente activa						Población no económicamente activa					
Personas	%	Total		Ocupada		Desocupada		Total		Disponible		No disponible	
		Personas	%	Personas	%	Personas	%	Personas	%	Personas	%	Personas	%
3175	100	1749	55.08	1656	52.1	93	2.9	1426	44.9	1015	31.9	411	12.9

Ilustración 44 Elaboración propia con información de IMSS 2017

Total	Ranchería	Ocupación				
		Agricultor	Peón	Empleado/ Obrero	Comerciante	Ama de casa/ Estudiante
1847	San Jerónimo Tulijá	376	1	37	22	810
610	Piedrón	157	0	6	8	251
186	San Miguel	44	0	0	2	74
194	Piñal	35	0	0	1	71
193	Paraíso	39	0	0	1	90
60	Manzanilja	13	0	0	0	21
20	San Ignacio	5	0	0	0	9
24	Naranja	2	1	0	1	11
41	Santa Cruz	9	0	0	1	13
Total						
3175		680	2	43	36	1350

Ilustración 45 Elaboración propia con información de IMSS, 2017

De acuerdo a información obtenida por entrevista directa a pobladores de San Jerónimo Tulijá, se calcula que las familias se encuentran conformadas en promedio por 8 personas, de las cuales, 5 son quienes aportan dinero al hogar, las mujeres se dedican a la venta de productos alimenticios (tamales, chumí waj, suxi waj) en los cuales invierten alrededor de \$50 pesos para materia prima (maíz, frijol y calabaza) y del cual obtienen una ganancia de \$100, y en la venta de

animales (gallina, guajolote, puerco), los varones, se dedican al trabajo en campo sembrando en promedio una hectárea (1/2 maíz y 1/2 de frijol), obteniendo al año una producción aproximada de 2000kg de maíz y 1500kg de frijol el cual utilizan para consumo y venta (\$6 por kg de maíz y \$15 por kg de frijol), en algunos casos siembran igualmente tabaco y café en aproximadamente ½ hectárea de terreno por lo cual obtienen una producción anual variable, así como cultivo del fruto de la palma de aceite, el cual venden en \$1500 la tonelada. Y a quienes trabajan como peones/empleados se les paga \$100 el día de trabajo que se cuenta desde la 7:00hrs hasta las 14:00hrs.

Animal o producto	Producción anual (unidades)	Precio unitario	Precio por kg	Peso promedio por unidad (kg)	Ganancia anual promedio
Gallina	20	\$150	-	-	\$3,000
Guajolote	15	\$250	-	-	\$3,750
Puerco	2	-	\$25	50	\$2,500
Vaca/Res	1	-	\$35	800	\$28,000

Ilustración 46 Elaboración propia con información obtenida por entrevista directa a los pobladores.

Producto	Producción anual (kg)	Precio por kg	Ganancia anual
Maiz	2000	\$6	\$12,000
Frijol	1500	\$15	\$22,500
Café	1000	\$35	\$35,000
Tabaco	500	\$50	\$25,000
Palma de aceite	1000	\$1.5	\$1500

Ilustración 47 Elaboración propia con información obtenida por entrevista directa a los pobladores.



Ilustración 48 Tienda de abarrotes



Ilustración 49 Maiz



Ilustración 50 Palma de aceite



Ilustración 51 Tienda de abarrotes



Ilustración 52 Transporte colectivo



Ilustración 53 Transporte colectivo



Ilustración 54 Transporte colectivo

Indicadores Políticos

Actualmente el estado se encuentra gobernado por Manuel Velasco Coello perteneciente al partido Verde Ecologista. Y este año, desde el CNI (Congreso nacional Indígena) el cual está construido por decenas de pueblos originarios y del que forma parte el EZLN, se eligió un vocera quien el 7 de octubre de 2017 fue registrada como candidata independiente a la presidencia de la república para las elecciones del año 2018.(CNI, 2017)

El 6 de agosto de 1969 en Monterrey, Nuevo León, fueron fundadas las Fuerzas de Liberación Nacional (FLN). A la cabeza del grupo se encontraban los hermanos Cesar Germán y Fernando Yáñez Muñoz, Alfredo Zárate y Raúl Pérez Vázquez. El grupo tenía la estrategia de acumular fuerzas en silencio y de no enfrentarse con las fuerzas del Estado. En 1972 Cesar Germán Yáñez se estableció en el estado de Chiapas en el campamento denominado “El Diamante” donde operaba el “Núcleo Guerrillero Emiliano Zapata (NGEZ)”. Cinco años después de su fundación, las FLN contaban con redes en Tabasco, Puebla, Estado de México, Chiapas, Veracruz y Nuevo León.

El 14 de febrero de 1974 las FLN fueron atacadas por policías y militares en una de sus principales casas de seguridad: “La casa grande”, ubicada en San Miguel Nepantla, Estado de México. En el operativo participó Mario Arturo Acosta Chaparro, uno de los principales actores de la guerra sucia en México y quien después fue acusado en varias ocasiones por tener vínculos con el crimen organizado.

En “La casa grande” fueron asesinados 5 guerrilleros y otros 16 fueron apresados. La persecución contra el FLN se extendió hasta Ocosingo, Chiapas, donde fue atacado el campamento “El diamante” y varios miembros del NGEM fueron asesinados; algunos más alcanzaron a escapar, entre ellos Cesar Germán Yáñez. “Versiones periodísticas –escribe Laura Castellanos– aseguran que a mediados de abril de 1974, el grupo sobreviviente encabezado por Cesar Germán fue aniquilado por el ejército en plena selva. Su hermano Fernando se traslado entonces a Chiapas y con una brigada lo busco a él y a su grupo sin fortuna”.(CASTELLANOS,2008)

De 1974 a 1983 las FLN realizan incursiones de forma más constante en la Selva Lacandona y reinician la etapa de reclutamiento. Se reclutó a muchos estudiantes de universidades en las que el marxismo cobraba mucha fuerza, como fue el caso de la Universidad Autónoma Metropolitana y la Universidad Autónoma de

Chapingo. Igualmente, durante este periodo (1974-1983) muchas de las actividades de las FLN fueron en el estado de Chiapas. En 1977, por ejemplo, montaron un campamento en Huitiupán, y un año más tarde instalaron una casa de seguridad en San Cristóbal de las Casas.

El trabajo que realizaron las FLN en Chiapas les permitió ir construyendo redes de solidaridad con organizaciones locales que tenían un trabajo previo con los indígenas de la región: grupos de corte maoísta, personas que impulsaban la formación de cooperativas e indígenas que habían sido animados a desarrollar trabajo comunitario desde la iglesia católica, impulsados principalmente por el obispo Samuel Ruíz.

Las experiencias armadas en Centroamérica como el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional en El Salvador, el Frente Sandinista de Liberación Nacional en Nicaragua o la guerra civil que duró más de treinta años en Guatemala reavivaron la intención de las FLN de conformar un ejército –no un grupo guerrillero, sino un ejército regular– y el trabajo exitoso en Chiapas hizo que desde 1980 comenzara a figurar el acrónimo FLN-EZLN en los documentos de la guerrilla. Sin embargo, es hasta el 17 de noviembre de 1983 cuando, ayudados nuevamente por un grupo de indígenas politizados y con amplia experiencia organizativa –del que más tarde surgirán mandos como el Mayor Mario o la Mayor Yolanda– y reforzados por los nuevos militantes de las universidades, se estableció el primer campamento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional denominado “La Garrapata”. (MORQUECHO, 2011)

En las palabras del Subcomandante insurgente Marcos, los tres grandes componentes del EZLN son “un grupo político-militar, un grupo de indígenas politizados y muy experimentados, y un movimiento indígena de la Selva”. Ese tercer grupo al que se refiere Marcos comienza a ser parte crucial de la organización después de 1983, etapa en la que el EZLN inició una segunda fase de “acumulación de fuerzas en silencio”; pero en esta ocasión buscando combatientes principalmente entre los indígenas de la región que no tenían experiencias previas de militancia política.

Para esta tarea, los indígenas politizados fungieron como puente, pues además de la barrera cultural –en la que el lenguaje significó un gran obstáculo– el hermetismo y la desconfianza –originados por siglos de opresión y desprecio– de los indígenas dificultó el acceso de los mestizos a las comunidades. Los primeros integrantes del EZLN que se adentraron a la selva Lacandona pronto empezaron a vivir una realidad distinta y muy ajena a la que su adscripción ideológica les

permitía ver. Los primeros años no sólo no se construía confianza con los indígenas, todo lo contrario: “A veces nos perseguían porque decían que éramos robavacas, o bandidos o brujos. Muchos de los que ahora son compañeros o inclusive comandantes del Comité, nos perseguían en aquella época porque pensaban que éramos gente mala”. (LE BOT, 1997)

El ejido cuenta con dos tipos de autoridades dado que dentro del mismo se encuentran asentadas familias pertenecientes al movimiento Zapatista, mismo que se rige bajo normativas diferentes a las de la Ley Agraria; estas normativas establecidas por las autoridades pertinentes.

En el movimiento Zapatista se encuentra la jerarquización del poder de acuerdo a 5 niveles que son: Comunitario, Municipal, Caracol, Zona y Comandancia General. Cada uno de dichos niveles cuenta con autoridades que se encargan de hacer valer las políticas con que deben funcionar.

La comunidad de San Jerónimo Tulijá corresponde al municipio autónomo Ricardo Flores Magón que tiene sus instalaciones de gobierno en la comunidad de “La Culebra”; mismo que a su vez corresponde al Caracol III “La Garrucha” El camino del Futuro, que rinde cuentas en la región selva del Ejército Zapatista de Liberación Nacional.

Dentro de las autoridades que se encargan del buen funcionamiento en la comunidad se encuentran el comité de salud, el comité de educación y el comisariado ejidal; estos están conformados por personas de la misma comunidad parte del movimiento Zapatista que son rotados cada 3 años con el principio básico de mandar obedeciendo. La determinación de las autoridades se lleva a cabo mediante elecciones que son realizadas por la comunidad participando en ellas a partir de los 13 años y con la participación activa se da la posibilidad de ser elegible en algún cargo. (ECHEVERRIA, 2016)

Dentro de la comunidad los partidos políticos con más presencia son el PRI, Verde Ecologista y Morena. Y otras organizaciones sociales no gubernamentales entre las que se encuentran “MOVIDITE” (Movimiento defensa de tierra), “MOCRI”, “CODUC” y Neutralización (organización sin alianza hacia gobernó federal ni organización zapatista).

Indicadores Culturales

Indígena es un concepto de origen colonial que define a una población que comparte una tradición cultural de raíz prehispánica, la cual se reorganiza y funda sus características formales en el marco de la sociedad novohispana y que retiene entre sus rasgos más importantes el hablar una lengua amerindia o el asumir una identidad con esa tradición.

El indio es el descendiente de los pueblos y naciones precolombinas que tienen la misma conciencia social de su condición humana, asimismo considerada por propios y extraños, en su sistema de trabajo, en su lengua y en su tradición, aunque éstas hayan sufrido modificaciones por contactos extraños. Lo indio es la expresión de una conciencia social vinculada con los sistemas de trabajo y la economía, con el idioma propio y con la tradición nacional respectiva de los pueblos o naciones aborígenes. (ZOLLA, 2004)

La religión de los tzeltales presenta un fuerte sincretismo entre elementos de la religión católica y los autóctonos. Conciben al mundo como un todo y lo llaman cielo-tierra (vinajel-balamil). Toda vida se desarrolla en la superficie del cielo y la tierra, mientras que la vida extraordinaria, como la de los sueños, existe en el “otro cielo-tierra”. Sólo los curanderos pueden verlo. (CDI, 2016)

De acuerdo con la tradición y las estrategias de preservación de la memoria e identidad, los tzeltales siguen rigurosamente la celebración de un calendario de fiesta y ritual, con que se inicia y concluye el año de cultivo y ofrendas. Todos los municipios celebran fiestas patronales a lo largo del año. En el poblado se realizan anualmente tres grandes fiestas, la primera es la celebración a San Jerónimo la cual se realiza del 22 al 30 de septiembre con diversas actividades, como baile y carreras de caballos, y juegos mecánicos; La siguiente es la fiesta de la Virgen de Guadalupe el 12 de diciembre y finalmente la de San Juan el 27 de diciembre. En el poblado hay dos iglesias católicas, y cuatro templos evangelistas (pentecostéses y presbiterianos), al cual asisten intermitentemente aproximadamente 200 personas todos los domingos.

Durante las fiestas patronales los tzeltales guisan diversos platillos de maíz: atole agrio con chilito, galletas, tamales y el chilim. Los miembros de cada comunidad tienen una vestimenta propia y distintiva, sin embargo pueden establecerse algunas semejanzas: la mujer viste enagua de manta gruesa o de lana, blusa o huipil de manta holgado y largo, tejido en telar con bellos bordados multicolores,

faja de lana, toca de manta que se lleva doblada en la cabeza, aretes y collares; se peinan con dos trenzas rematadas con listones de colores y andan descalzas. El hombre lleva camisa y calzón de manta, ahora ya sustituido por el pantalón, chamarro o algodón de lana; sombrero de palma adornado con cintas de colores y sandalias de cuero que los jóvenes sustituyen por tenis.



La cosmogonía tzeltal está fundamentada en la interacción entre cuerpo, mente y espíritu. Por tal motivo los tzeltales recurren a la medicina tradicional ya que su forma de concebir el mundo atribuye a la enfermedad elementos religiosos y mágicos. La enfermedad puede ser originada por el rompimiento de normas sociales y el castigo es la enfermedad como una sanción impuesta por los dioses y santos, los padecimientos se dan por la falta de armonía de la persona o de esta en su relación con el mundo y lo sobrenatural, por lo que una parte muy importante del proceso de sanación es regresar el equilibrio perdido para estar en armonía. Para contrarrestar los males, existen variados rituales. (CDI, 2016)



Ilustración 55 Iglesia catolica de San Juan Bautista



Ilustración 56 Templo evangelista



Ilustración 57 Iglesia presbiteriana



Ilustración 58 Templo evangelista



Ilustración 59 Iglesia presbiteriana



Ilustración 60 Iglesia catolica de San Jeronimo



Ilustración 61 Panteon comunal

Conclusiones

Gracias a la insistencia de las normativas nacionales e internacionales para garantizar el derecho a la salud, se han desarrollado programas específicos para fomentar el desarrollo rural, sin embargo, la administración de los recursos destinados a estos se desvía a intereses privados.

En muchas de las comunidades en esta región, no se censa a una gran parte de la población, no se registran todos los nacimientos y defunciones, y mucho menos se realizan estudios de patología para determinar causas de muerte. Las condiciones de vida que tienen algunos pobladores viola derechos humanos fundamentales, no es sorprendente entonces, observar que los principales motivos de consulta sean por causas infecciosas.

En particular en la comunidad de San Jerónimo Tulijá observamos que al analizar los indicadores de bienestar y compararlos con la media nacional, estatal y municipal, resulta que se encuentra por debajo de estas en cuanto a educación (1.3 por debajo de la estatal y 2.5 por debajo de la nacional), acceso a servicios de salud, así como servicios en la vivienda y alimentación.

Es difícil imaginar que estos abismos sean superados sin esfuerzo y compromiso colectivo, son muchos años de atraso tecnológico y social en el que viven nuestros pueblos originarios, debido a la marginación que han sufrido por siglos, sumada a la corrupción que reina este país, queda en manos de todos hacer bien el trabajo que corresponde, siendo compasivos y autocríticos.

3ª SECCIÓN

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD

Introducción

En esta sección se abordan las políticas de salud en México y su relación con el banco mundial, así como los programas vigentes para el actual sexenio. Y se elabora un análisis sobre el seguimiento de los programas que se manejan en la clínica autónoma, detallando los objetivos por programa, las metas, estrategias, actividades y los resultados obtenidos, con la finalidad de elaborar un perfil de morbilidad.

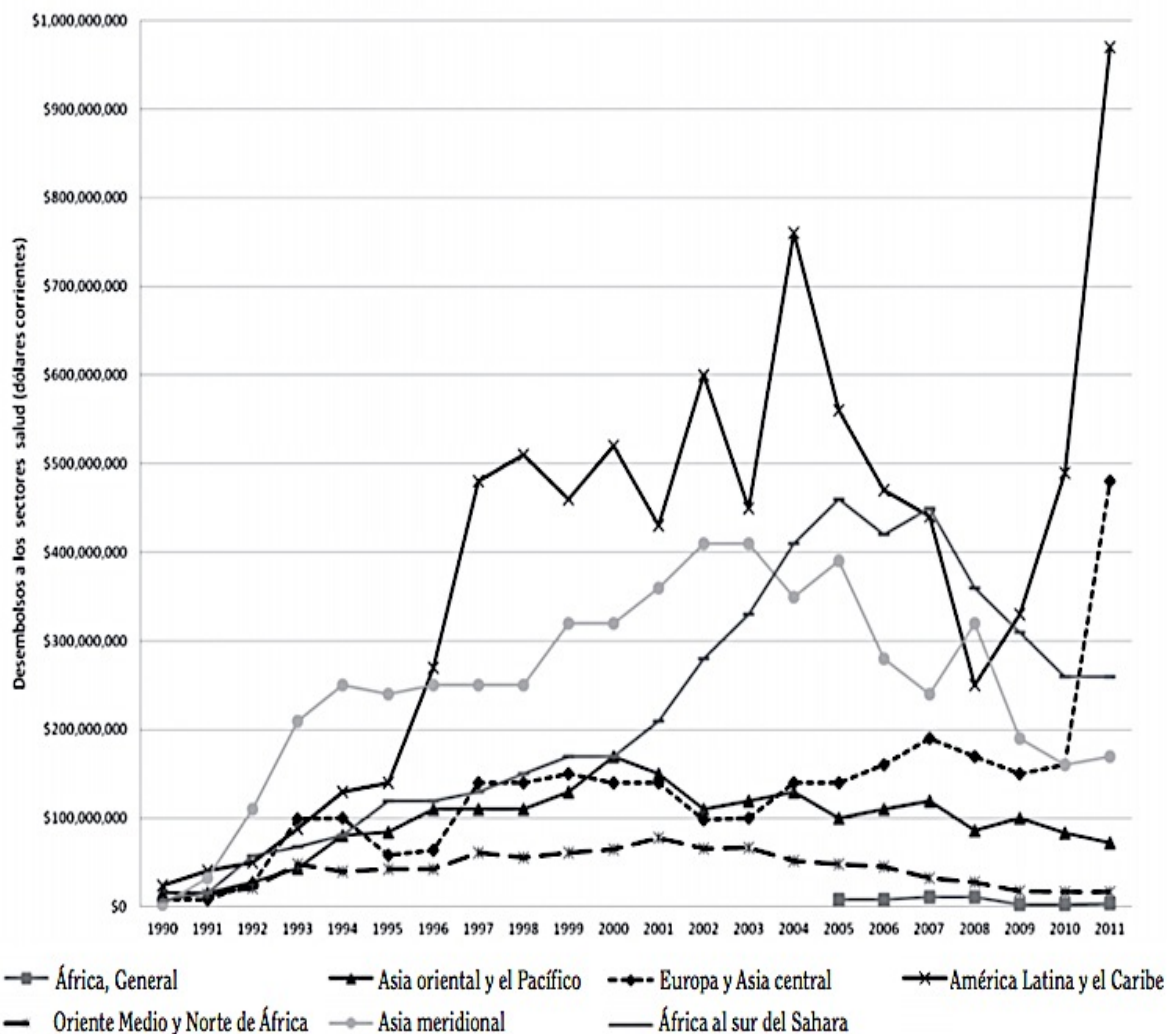
Políticas de salud.

“El Banco Mundial es un importante agente financiero externo en el área de la salud para los países en vías de desarrollo. Sin embargo, muchos estudios acerca de las reformas en el sector de la salud en estos países, no toman en cuenta el papel que las instituciones financieras internacionales pueden tener en estos casos.” (NOY, 2003)

Según señala Noy, el Banco Mundial fue fundado junto con el Fondo Monetario Internacional en la Conferencia de Bretton Woods realizada en New Hampshire, en el año de 1944, donde se incluyeron en total 44 naciones. La misión del Banco Mundial (entonces el Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo) fue promover el desarrollo económico en países pobres y ayudar a otros países a reconstruir sus quebrantados sistemas económicos después de la Segunda Guerra Mundial.

Después de unos años, en octubre de 1979, el Departamento de Población, Salud y Nutrición, marcó la disposición del Banco para prestar directamente al sector de la salud. En esta fase, el objetivo principal del Banco fue ampliar el acceso a la asistencia médica. La estrategia se centró en la necesidad de servicios básicos de salud, especialmente en zonas rurales y en proyectos para desarrollar infraestructura básica de salud, reforzar la logística y el suministro de medicamentos esenciales, así como proporcionar servicios de salud materna e infantil, mejorar la planificación familiar y el control de enfermedades. (Idem)

DESEMBOLOSOS AL SECTOR SALUD DEL BANCO MUNDIAL POR REGIONES GLOBALES 1990-2011



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Development Assistance for Health Country and Regional Recipient Level Database 1990-2009.

En 2001, el BM siguiendo con sus objetivos discutidos anteriormente, también apoyó al trabajo para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que son 8 objetivos internacionales, que 193 estados miembro de las Naciones Unidas y 23 organizaciones internacionales han consentido lograr para el año 2015, los cuales, por supuesto, no han sido alcanzados en nuestro país.

- ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- ODM 4: Reducir la mortalidad infantil
- ODM 5: Mejorar la salud materna
- ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Ilustración 62 Imagen obtenida de www.who.int

Las reformas en el sistema de la salud mexicano y específicamente, su descentralización iniciada en 1980, es una reforma que también impulsó el Banco Mundial: “en 1983, México aceptando la exigencia del Banco Mundial para obtener préstamos y renegociar la deuda externa descentralizó los servicios de salud de la Secretaría de Salud”. (NOY, 2003)

Entre 1988-1994, el gobierno paralizó el proceso de descentralización (que fue implementado parcialmente, es decir, solo por unos estados mexicanos), porque “el gasto que ocasionó el proceso de descentralización fue enorme y los resultados decepcionantes”. (HOMEDES y UGALDE, 2010)

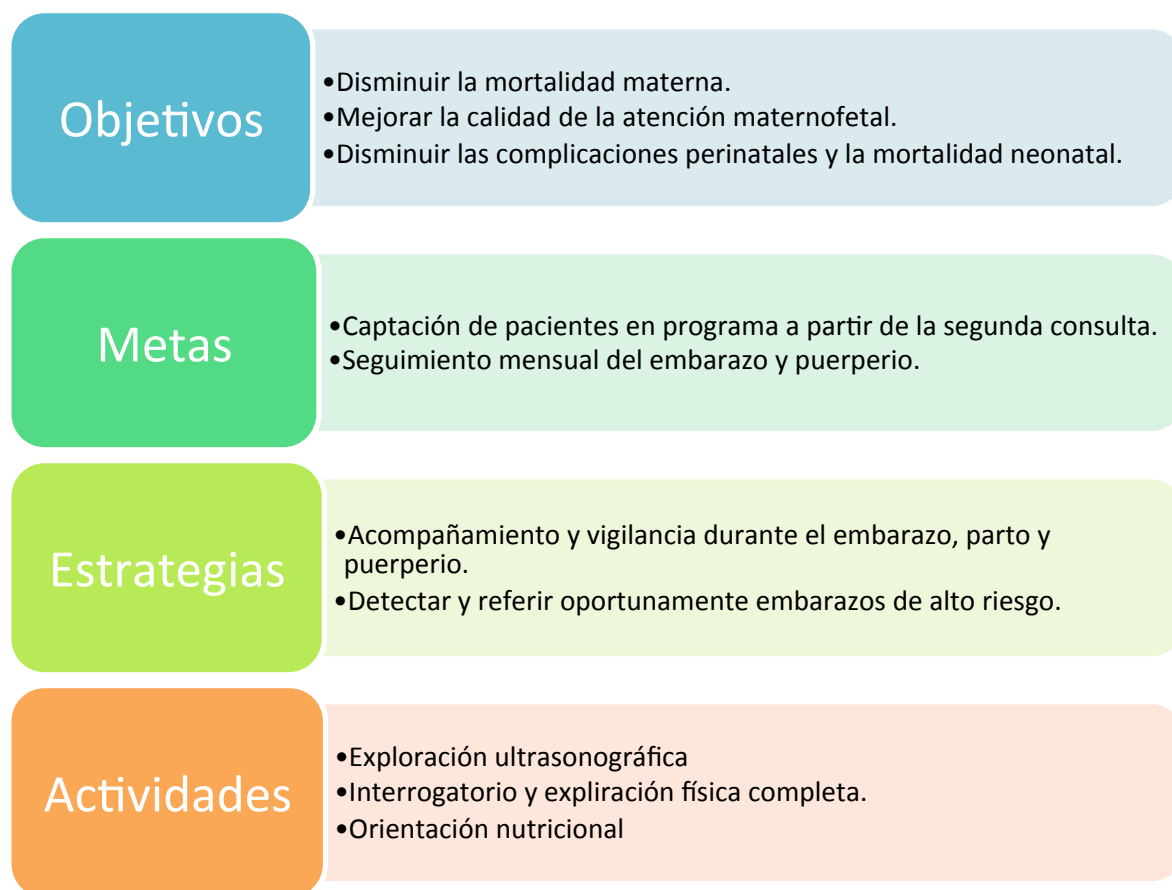
En los años siguientes, la descentralización avanzó aún más, empezando con el gobierno que tomó poder en 2000-2006 y el cual nombró como ministro de salud al Dr. Julio Frenk, quien trabajó con el BM en las reformas del sistema de salud colombiano. En el año 2004, el gobierno mexicano inició el Seguro Popular (SP), un seguro voluntario para que las familias que no eran beneficiarias de la seguridad social, pudieran afiliarse. La SSA pagaba la póliza de las personas que estuvieran en la categoría del 20% de ingreso más bajo y conservaba el precio para otras familias con un ingreso estable (Idem).

Según estos mismos autores, las reformas han impactado al sistema negativamente, ya que se ha fragmentado y “la reforma casi ha doblado el gasto per cápita, no ha disminuido la ineficiencia, no ha mejorado la productividad ni la calidad, y ha aumentado la inequidad entre los estados”.

Seguimiento de programas

En la clínica autónoma se trabaja en torno a cinco programas, cada uno con objetivos, metas, estrategias y actividades específicas, enfocadas a mejorar la atención y seguimiento de la población vulnerable. Estos son:

1. Control prenatal, parto y puerperio.

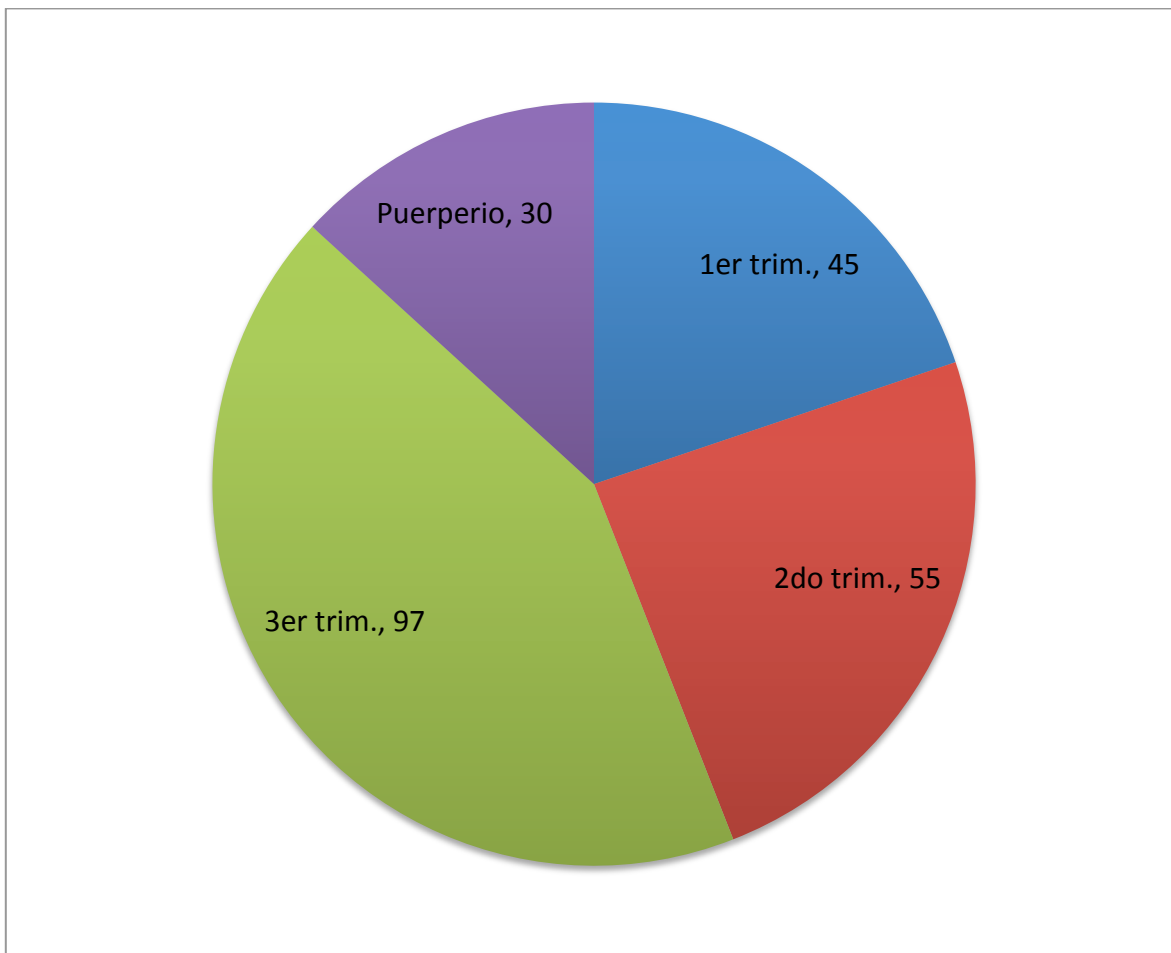


Resultados

Durante el periodo de servicio social se dieron 228 consultas de control prenatal, de las cuales 93 fueron subsecuentes, y se tuvieron 42 mujeres en programa de control prenatal, el promedio de edad fue de 25.3 años y el promedio de consultas por paciente fueron 4.7.

De las 228 consultas, 131 fueron pacientes sanas y 97 presentaron alguna comorbilidad, 14 fueron referidas a un segundo nivel de atención, y de estas, 12 ameritaron atención de urgencias.

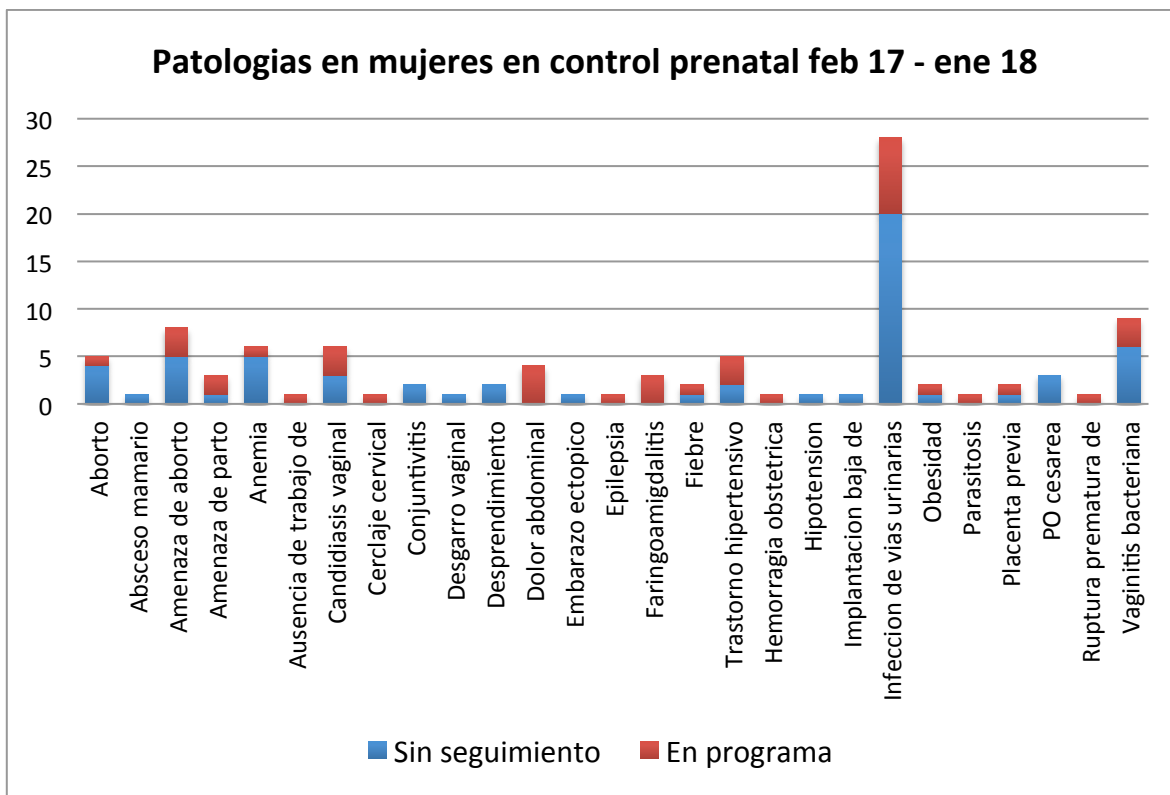
**Programa de control prenatal:
Consulta a embarazadas feb 17 – ene 18**



Una de las principales problemáticas con las que nos encontramos en esta comunidad, que nos impide tener un adecuado control prenatal, es el hecho de que la mayoría de las pacientes acude a consulta por primera vez durante el tercer trimestre de embarazo, habiendo ignorado en ocasiones infecciones y amenazas de aborto que comprometen el bienestar fetal.

Por otro lado, hay falta de seguimiento por parte de las pacientes, ya que menos de la mitad acude a una segunda cita y este porcentaje disminuye para consultas subsecuentes.

De las 228 consultas que se dieron en el año, 93 se encontraban también en seguimiento por partera.

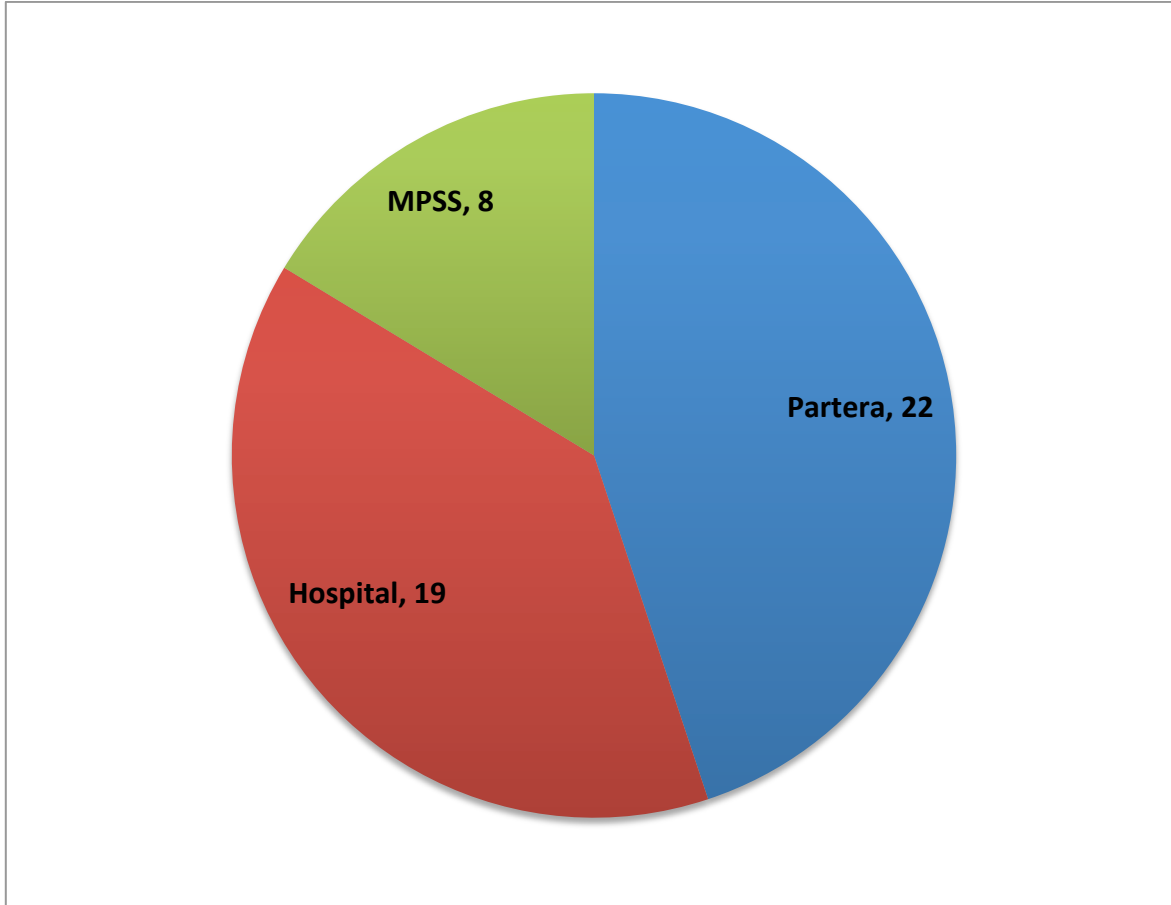


Las principales complicaciones que presentaron las pacientes durante el embarazo y puerperio fueron infecciones de vías urinarias, candidiasis vaginal, vaginitis bacteriana y amenazas de aborto.

De todas las pacientes atendidas en el año de servicio social, presentaron mayor incidencia de complicaciones las pacientes sin seguimiento para todas las patologías mostradas en la tabla anterior, con excepción de dolor abdominal y faringoamigdalitis, las cuales se presentaron exclusivamente en pacientes en programa.

Once pacientes presentaron complicaciones severas (amenazas de parto pretérmino, ausencia de trabajo de parto, desprendimiento prematuro de placenta, embarazo ectópico, trastorno hipertensivo, hemorragia obstétrica, ruptura prematura de membranas y placenta previa) y fueron trasladadas al hospital general de Palenque acompañadas por el médico pasante para agilizar y garantizar la atención, ya que al acudir por su cuenta las pacientes, son obligadas a esperar varias horas para su valoración y en ocasiones remitidas a su domicilio sin manejo. Las once pacientes recibieron atención en el hospital y fueron egresadas por mejoría.

Atención de partos de feb 17 – ene 18



Durante el año de servicio social se registraron 49 partos, de estos, 22 fueron atendidos por partera en el domicilio de la paciente, 8 fueron atendidos por médico pasante del servicio social en clínica autónoma y 19 fueron atendidos en el hospital.

Es importante destacar la importancia de la partería en esta comunidad y en México, más de la mitad de los partos fueron atendidos fuera del hospital (Hospital General de Palenque, a una hora y media de la comunidad por carretera), y de estos, más de dos terceras partes fueron atendidos por partera en el domicilio de la paciente (con nulas o muy pocas complicaciones), y el resto por la médica pasante del servicio social en la clínica autónoma zapatista.

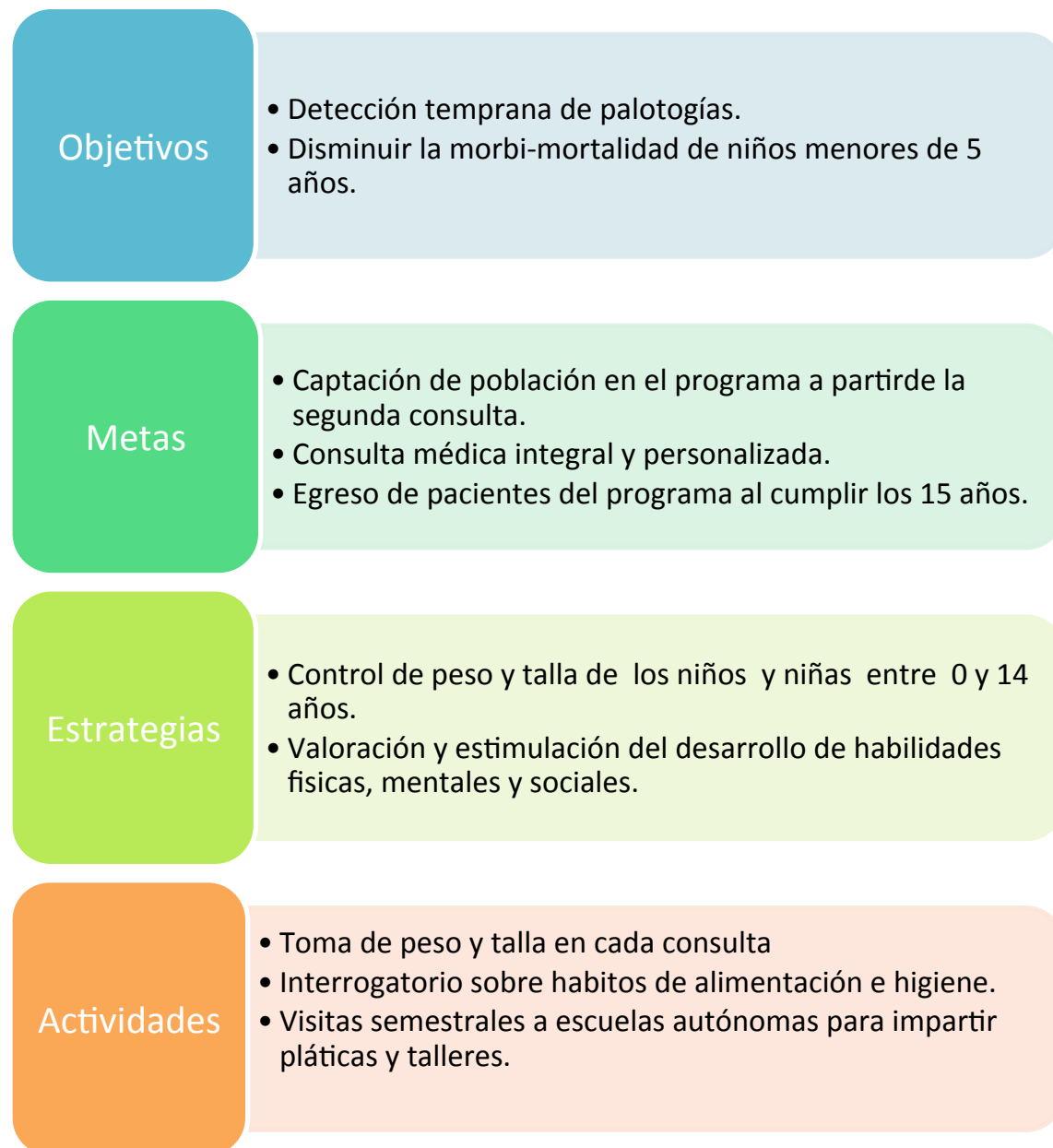
Se registró una muerte materna durante el año de servicio, de paciente con embarazo gemelar quien llevaba control prenatal en la clínica del seguro social de la comunidad, y fue atendida en su domicilio por partera.

Evaluación del funcionamiento del programa

Los objetivos planteados en este programa se alcanzaron, sin embargo los resultados nos siguen demostrando que el severo nivel de marginación que se sufre en esta región vulnera de manera particularmente preocupante a las mujeres.

El registro de una muerte materna en la comunidad pudo ser más elevado si consideramos las once pacientes que recibieron traslado y atención de urgencia oportuna. Sumado a la presencia de un médico pasante, se encontró la ventaja de contar con un equipo de ultrasonido que permitió esclarecer y mejorar de manera exponencial la calidad de la atención médica que se les brindó a las pacientes.

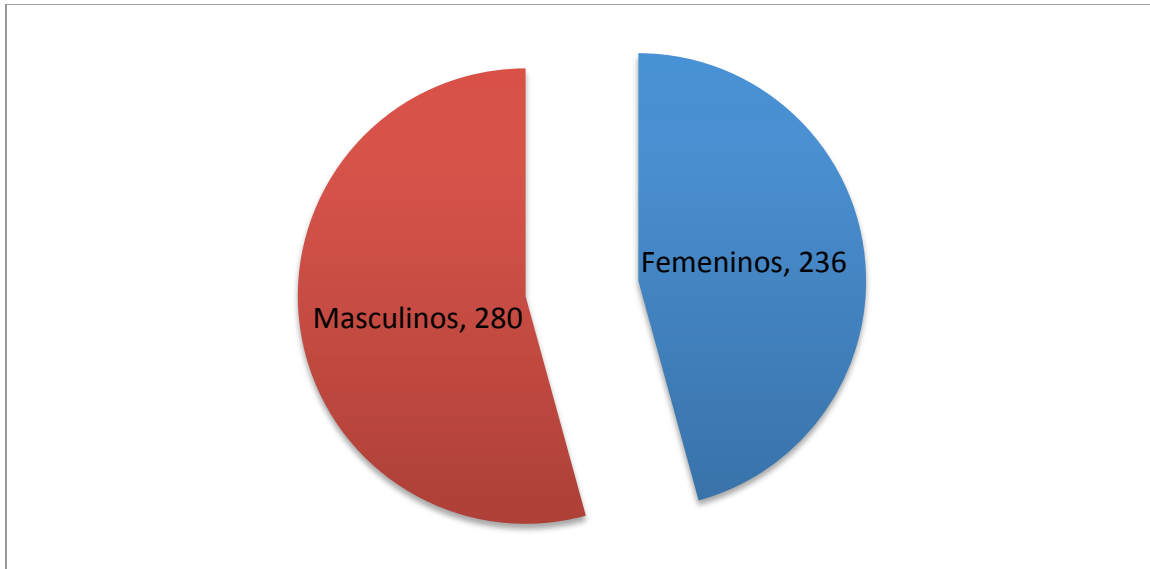
2. Vigilancia de crecimiento y desarrollo.



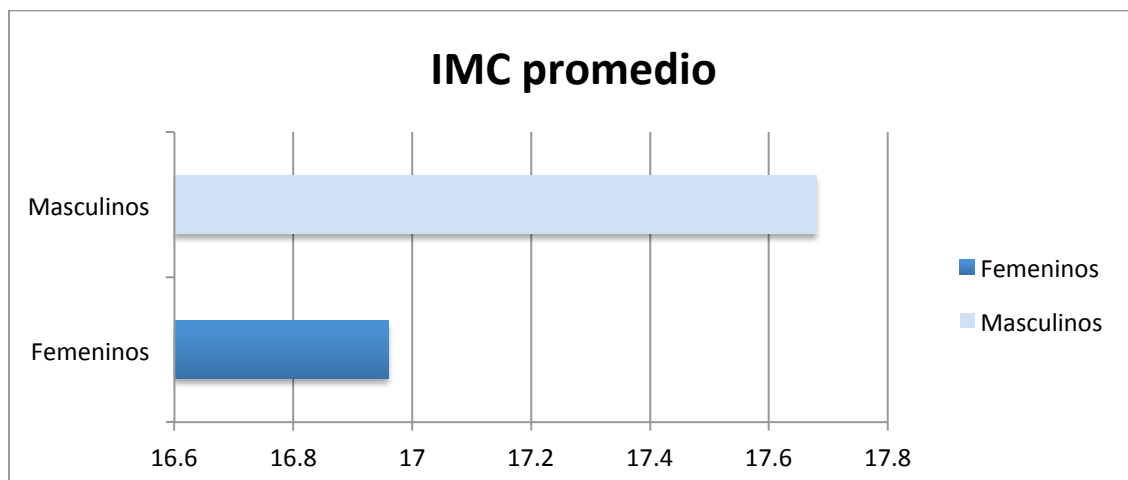
Durante el año de servicio social se atendieron 516 consultas de pacientes menores de 15 años, de los cuales 74 fueron nuevos ingresos al programa y 109 consultas de pacientes ya en vigilancia. Al cierre del año se tienen 185 pacientes dentro del programa, de los cuales 9 requieren seguimiento estricto por patología de base.

Vigilancia de crecimiento y desarrollo

Consulta anual feb 17 - ene 18

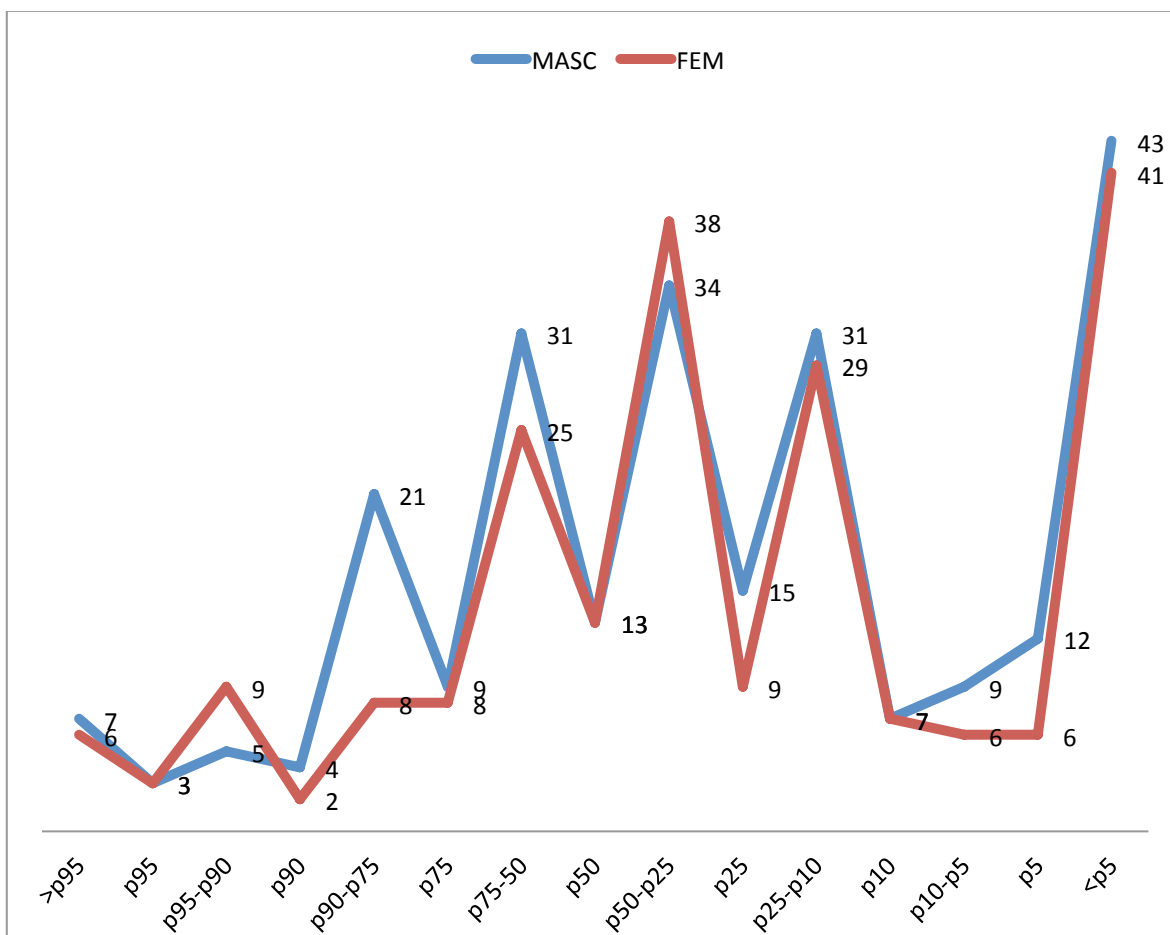


Los niños en cada consulta eran medidos con cinta métrica y pesados en báscula mecánica por el médico pasante, previo a la toma de signos vitales y la exploración física. Debido a diversas causas, no se registró la información de todos los niños atendidos en el año, lo cual representa un sesgo en los datos obtenidos, por lo que solo se analizaron los datos de aquellos de quienes se tenía el registro completo y confiable de peso y talla (431 para peso y 221 para talla e IMC). El índice de masa corporal promedio para las niñas fue de 16.96 en un rango de 12.16 hasta 24.67; y el IMC promedio para varones fue de 17.68 en un rango de 11.24 hasta 25.85.



Peso femeninos y masculinos 0 a 15 años (Percentilas CDC)

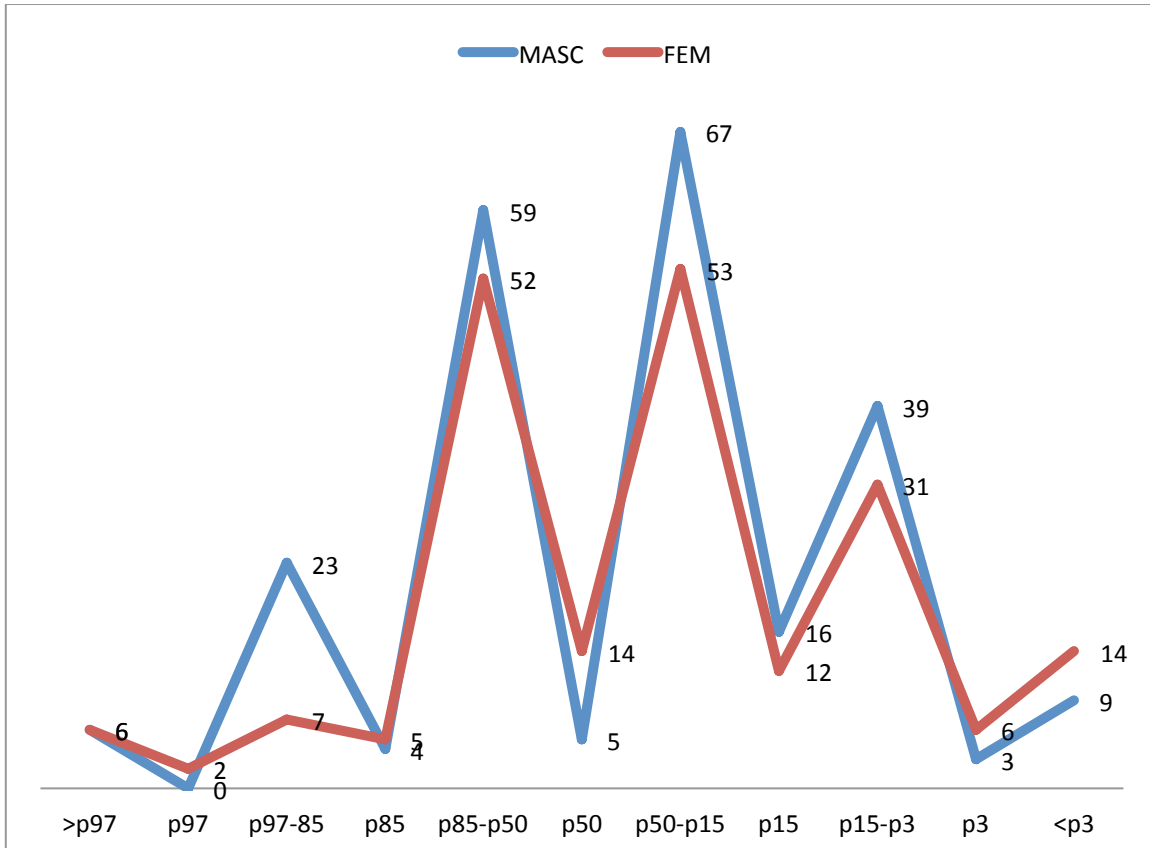
feb 17 - ene 18



De acuerdo a la CDC, de 431 pacientes, 277 (correspondiente al 64%) niños y niñas se encuentran entre las percentilas 90 y 10, por encima de la percentila 90 se encuentran 30 pacientes (7%), entre la percentila 10 y 5 encontramos 22 pequeños (5%) y por debajo de la percentila 5, diagnosticados con muy bajo peso para la edad, hay 102 niños y niñas que representan al 24% de la población estudiada y es más del doble de las cifras reportadas a nivel estatal en el 2006 por la ENSANUT que fue de 10.3%.

Peso femeninos y masculinos 0 a 10 años (Percentilas OMS)

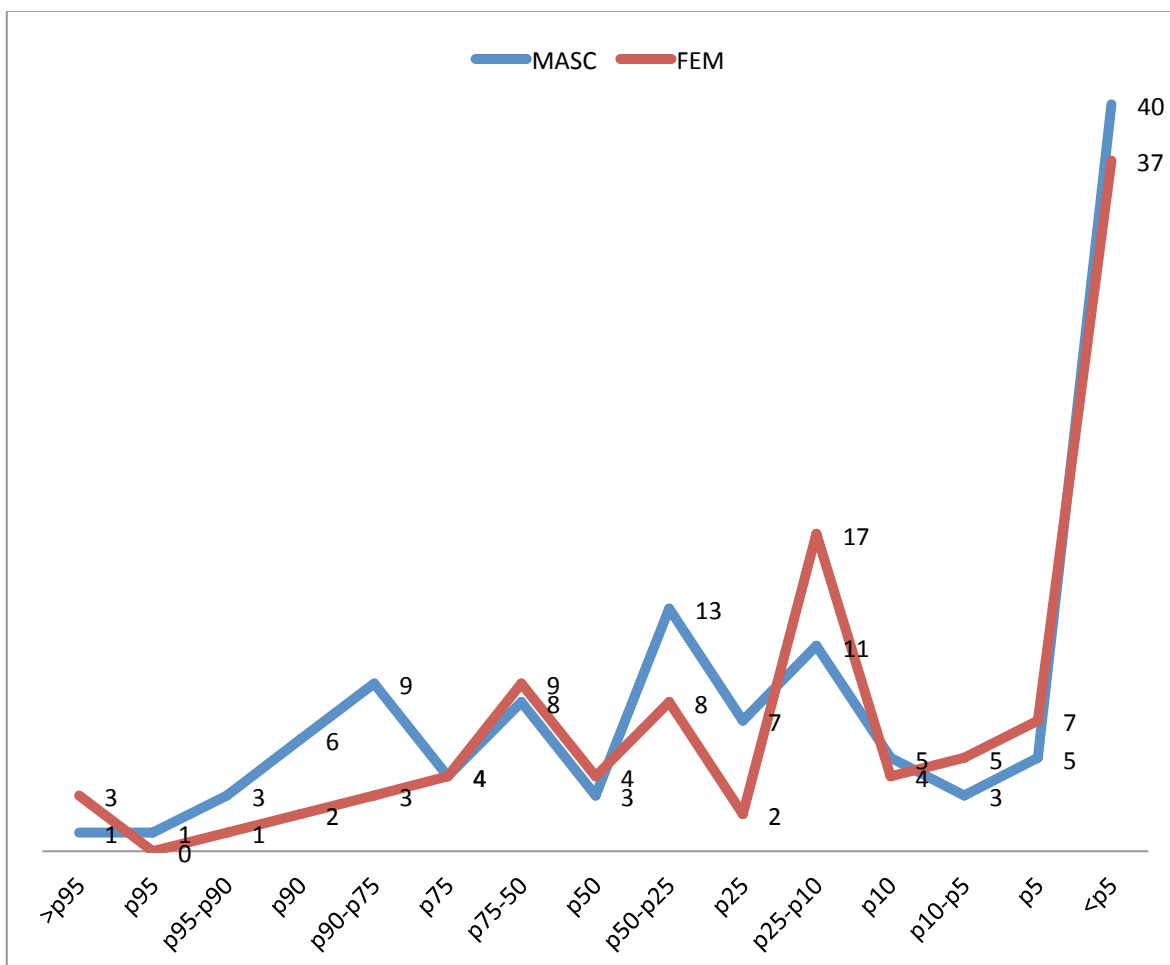
feb 17 - ene 18



De acuerdo a la OMS (quien solo tiene tablas de percentilas de peso para la edad hasta los 10 años de edad) de 427 pacientes, 259 (correspondiente al 61%) niños y niñas se encuentran entre las percentilas 85 y 15, por encima de la percentila 85 se encuentran 38 pacientes (9%), entre la percentila 15 y 3 encontramos 98 pequeños (23%) y por debajo de la percentila 3, diagnosticados con muy bajo peso para la edad, hay 32 niños y niñas que representan al 7% de la población estudiada y es menor a las cifras reportadas a nivel estatal en el 2006 por la ENSANUT (10.3%).

Talla femeninos y masculinos 0 a 15 años (Percentilas CDC)

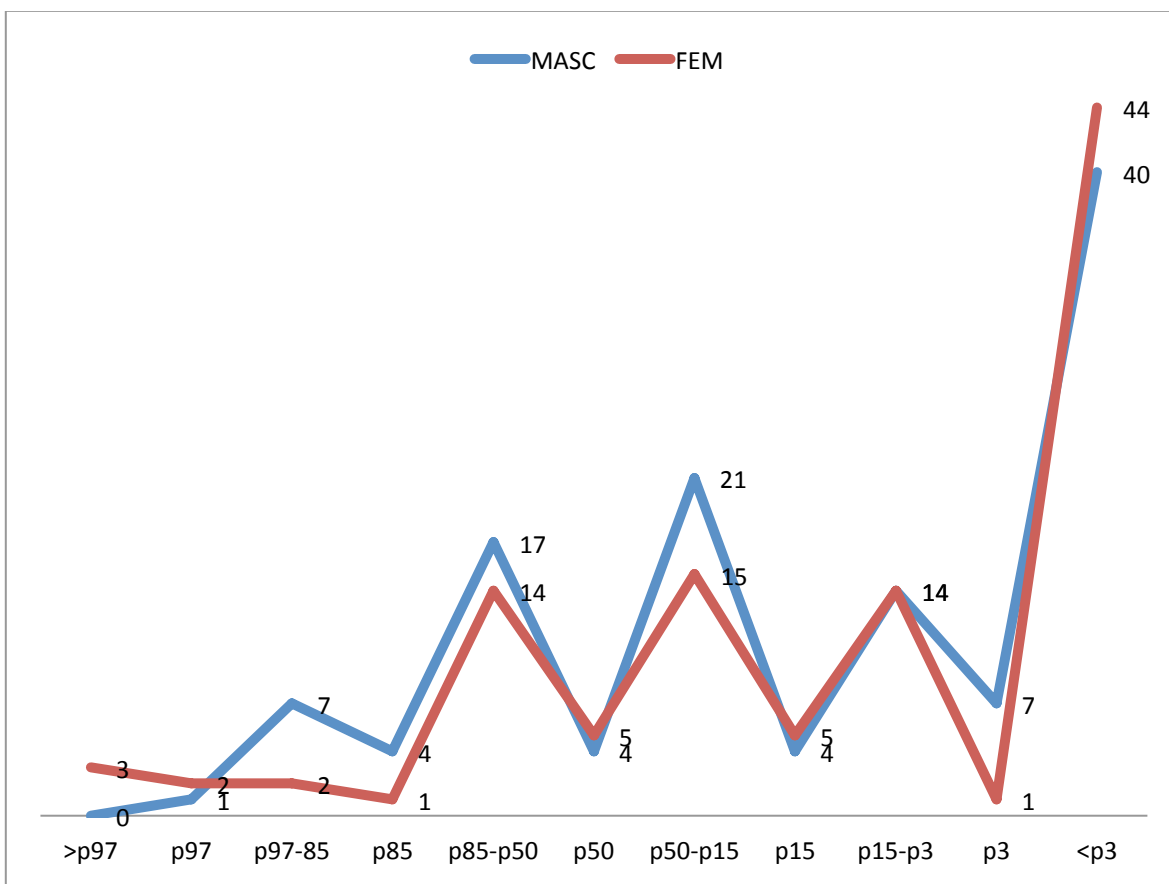
feb 17 - ene 18



De acuerdo a la CDC, de 221 pacientes, 106 (correspondiente al 48%) niños y niñas se encuentran entre las percentilas 90 y 10, por encima de la percentila 90 se encuentran 9 pacientes (4%), entre la percentila 10 y 5 encontramos 17 pequeños (8%) y por debajo de la percentila 5, diagnosticados con talla baja para la edad (también conocido como desnutrición crónica), hay 89 niños y niñas que representan al 40% de la población estudiada y mayor a las cifras reportadas a nivel estatal en el 2006 por la ENSANUT que fue de 27%.

Talla femeninos y masculinos 0 a 15 años (Percentilas OMS)

feb 17 - ene 18



De acuerdo a la OMS de 211 pacientes, 81 (correspondiente al 38%) niños y niñas se encuentran entre las percentilas 85 y 15, por encima de la percentila 85 se encuentran 15 pacientes (7%), entre la percentila 15 y 3 encontramos 23 pequeños (11%) y por debajo de la percentila 3, diagnosticados con talla baja para la edad, hay 92 niños y niñas que representan al 44% de la población estudiada y es mayor a las cifras reportadas a nivel estatal en el 2006 por la ENSANUT (27%).

En resumen, de acuerdo a la CDC 24% la población infantil estudiada durante el año de servicio social está clasificada con muy bajo peso para la edad contrario a los criterios de la OMS que engloba dentro de ese diagnóstico solo al 7%. Sin embargo, en cuanto a la talla baja, con ambos criterios se tienen cifras cercanas a la mitad de la población: CDC (40%) y OMS (44%). En ambos casos por encima de las cifras reportadas a nivel estatal.

Evaluación del funcionamiento del programa

Los objetivos planteados en este programa no se alcanzaron como era lo esperado, las defunciones de dos menores por patologías subdiagnosticadas nos hace énfasis en que fallaron las herramientas diagnósticas, el conocimiento o la experiencia.

Uno de los grandes obstáculos para lograr que la comunidad tenga confianza en el médico pasante es la comunicación, por evitar acudir a una consulta o la imposibilidad de adquirir medicamentos, pueden complicarse patologías tratables en primer nivel.

Es importante la capacitación continua y el compromiso con la comunidad para brindar atención médica eficiente y oportuna, revisar e interrogar detalles y analizar el entorno social y familiares, así como cuestiones ambientales.

3. Seguimiento de pacientes crónicodegenerativos

Objetivos

- Disminuir la morbi-mortalidad de pacientes vulnerables.
- Mantener en control las patologías de los pacientes en programa, promoviendo el apego al tratamiento y la modificación de hábitos.

Metas

- Captación de pacientes en programa a partir de la segunda consulta.
- Seguimiento médico mensual.
- Subclasificación de pacientes dentro de programa de acuerdo a la patología: Diabetes, hipertensión arterial, obesidad y otros.

Estrategias

- Detección y tratamiento oportuna de pacientes con enfermedades crónicodegenerativas.
- Informar y sensibilizar a la población al respecto de este tipo de patologías.

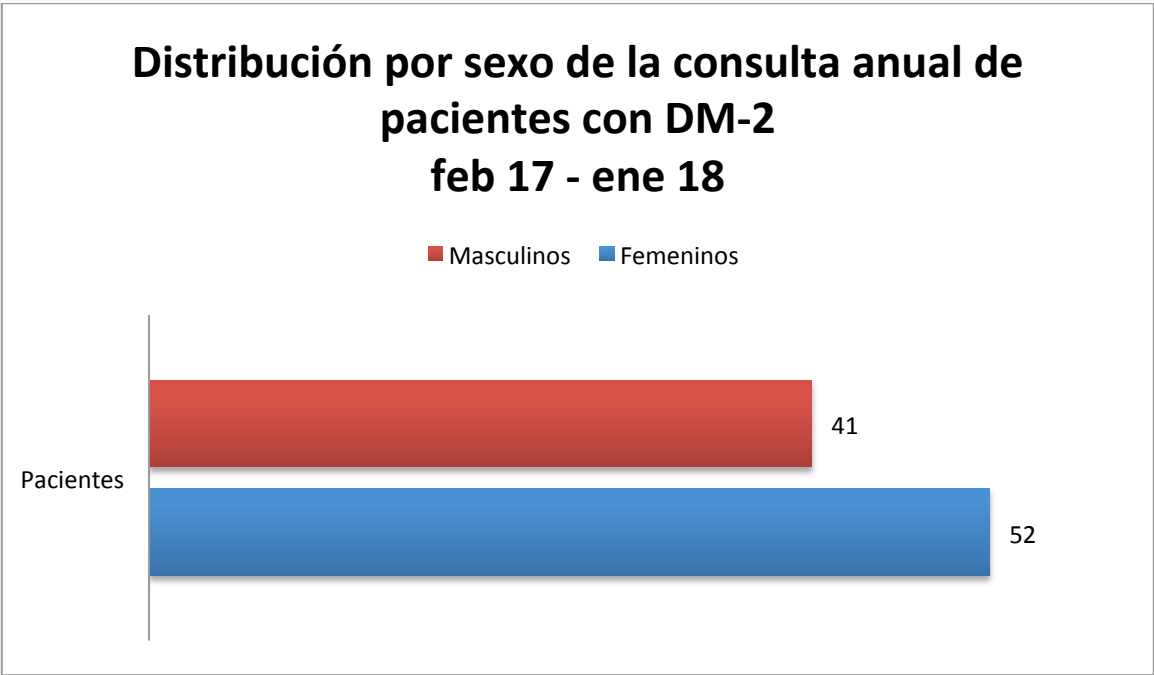
Actividades

- Interrogatorio y exploración física completa
- Toma de signos vitales y glucometría capilar en cada consulta.

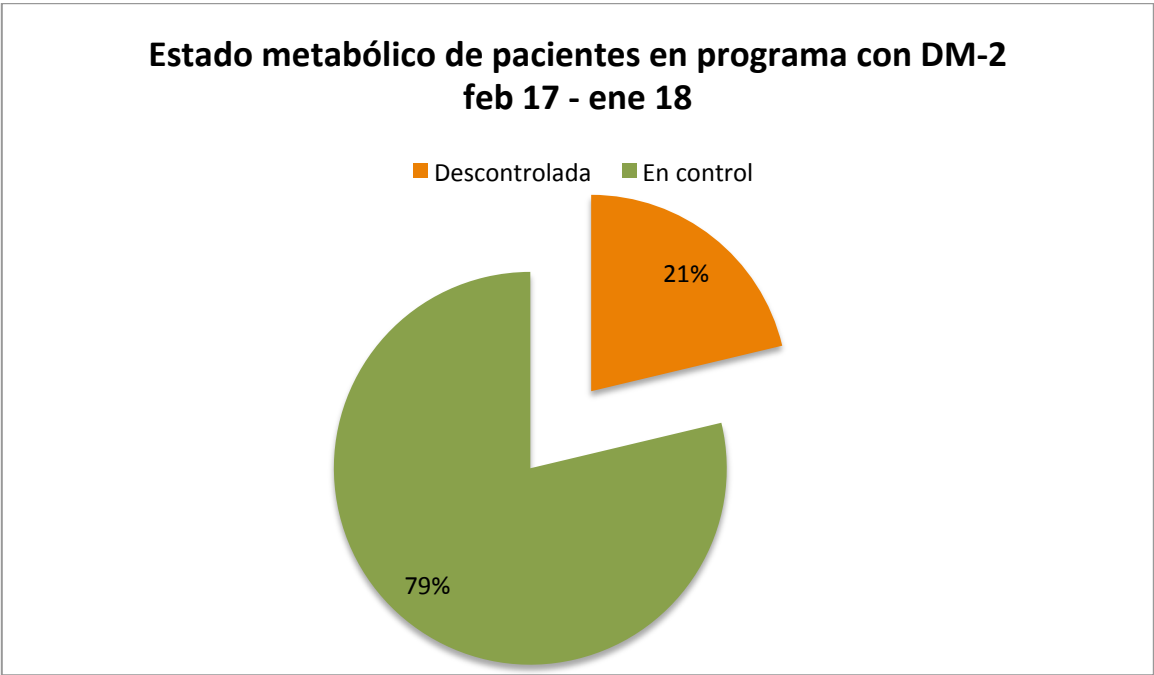
Resultados

Dentro de este programa atendemos a pacientes con diferentes patologías, y los subclasificamos para poder darles un mejor control y seguimiento, durante el año de servicio se atendieron 93 consultas de pacientes diabéticos, 52 de pacientes hipertensos, 8 con sobrepeso y obesidad, y 32 con otras patologías crónicas.

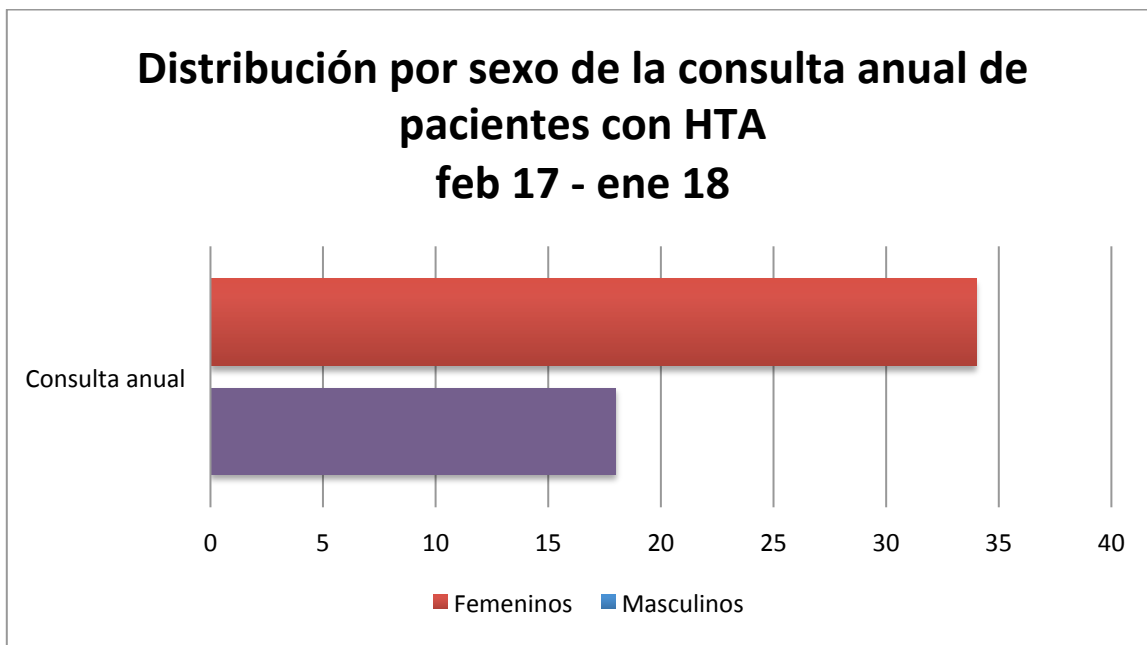
De las 93 consultas a pacientes con diabetes mellitus, 13 fueron nuevos ingresos al programa y 47 fueron consultas subsecuentes de pacientes ya en seguimiento.



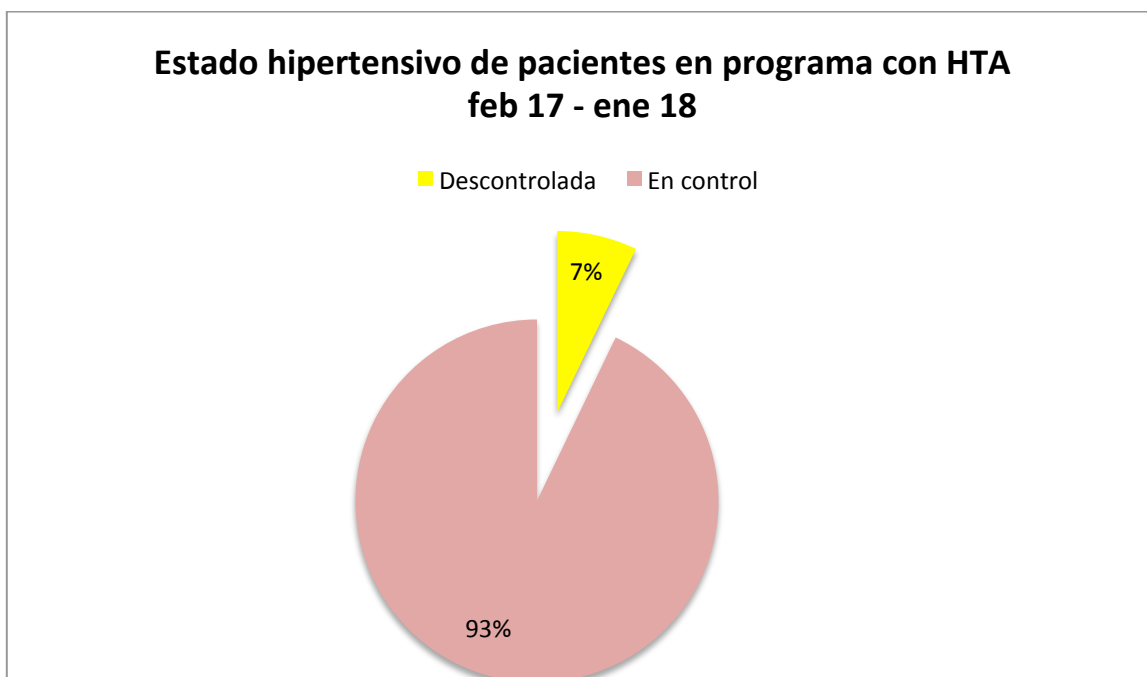
Se registraron 47 pacientes dentro de programa, quienes recibieron al menos dos consultas subsecuentes, de los cuales 10 no lograron alcanzar cifras menores a 126mg/dl en ayuno.



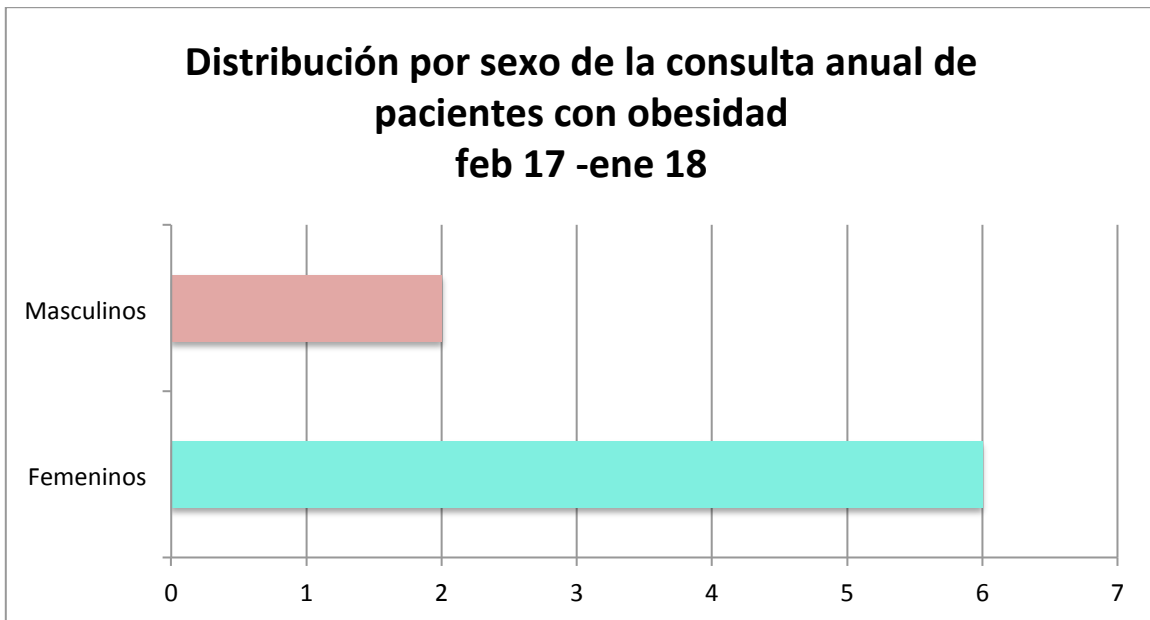
De las 52 consultas a pacientes con hipertensión arterial, 12 fueron nuevos ingresos al programa y 14 fueron consultas subsecuentes de pacientes ya en seguimiento.



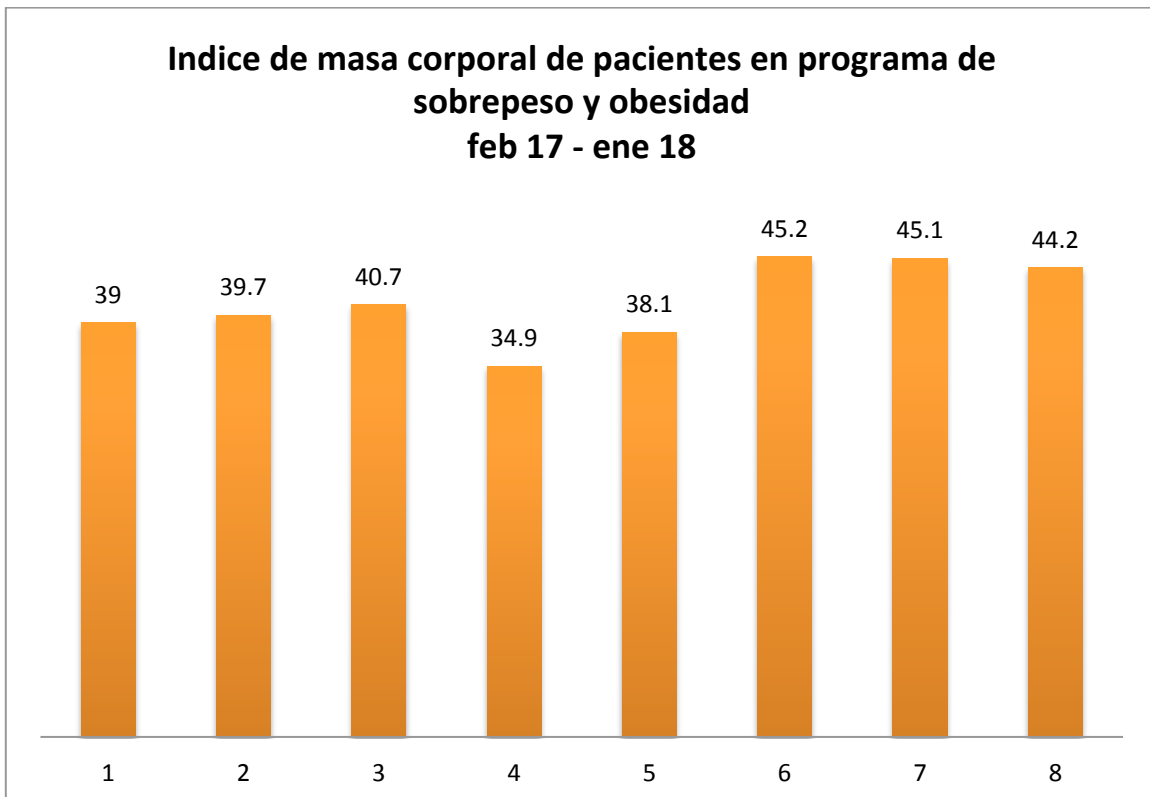
Se registraron 14 a pacientes dentro de programa, quienes recibieron al menos dos consultas subsecuentes, de los cuales 1 no logró alcanzar cifras tensionales menores a 130/80mmHg.



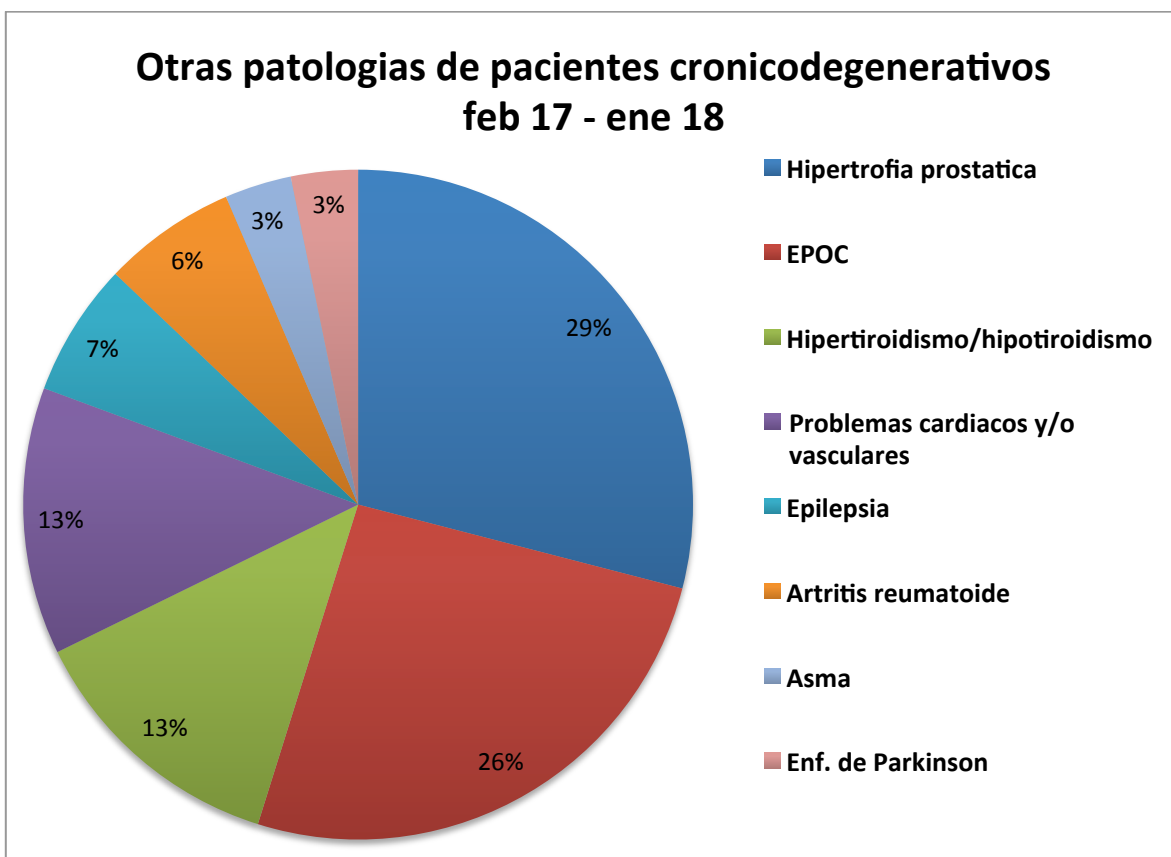
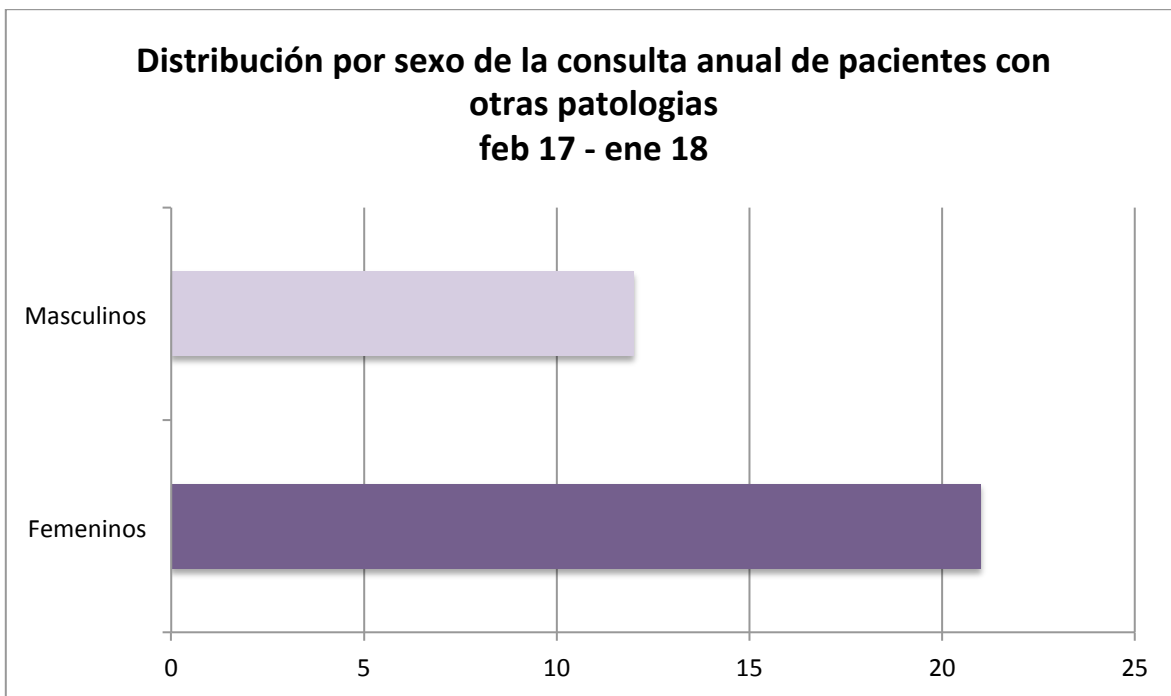
De las 8 consultas a pacientes con sobrepeso y obesidad, 2 fueron nuevos ingresos al programa y 1 fue consulta subsecuente de paciente ya en seguimiento.



De los 8 pacientes en programa, 1 se encuentra diagnosticado con obesidad tipo I, 3 diagnosticados con obesidad tipo II y 4 con obesidad tipo III.



De las 32 consultas a pacientes con otras patologías, 8 fueron nuevos ingresos al programa y 11 fueron consultas subsecuentes de pacientes ya en seguimiento.



Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 muestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.3%. La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%). La hipertensión arterial en México tiene una prevalencia estimada entre 17-29% y la diabetes en el grupo de 50 a 59 años de edad del 19%. Para los grupos de 60a 69 años 26.3 (mujeres) y 24.1% (hombres), y en el grupo de 70 a 79 años (27.4 (mujeres) y 21.5% (hombres). (SSA, 2017)

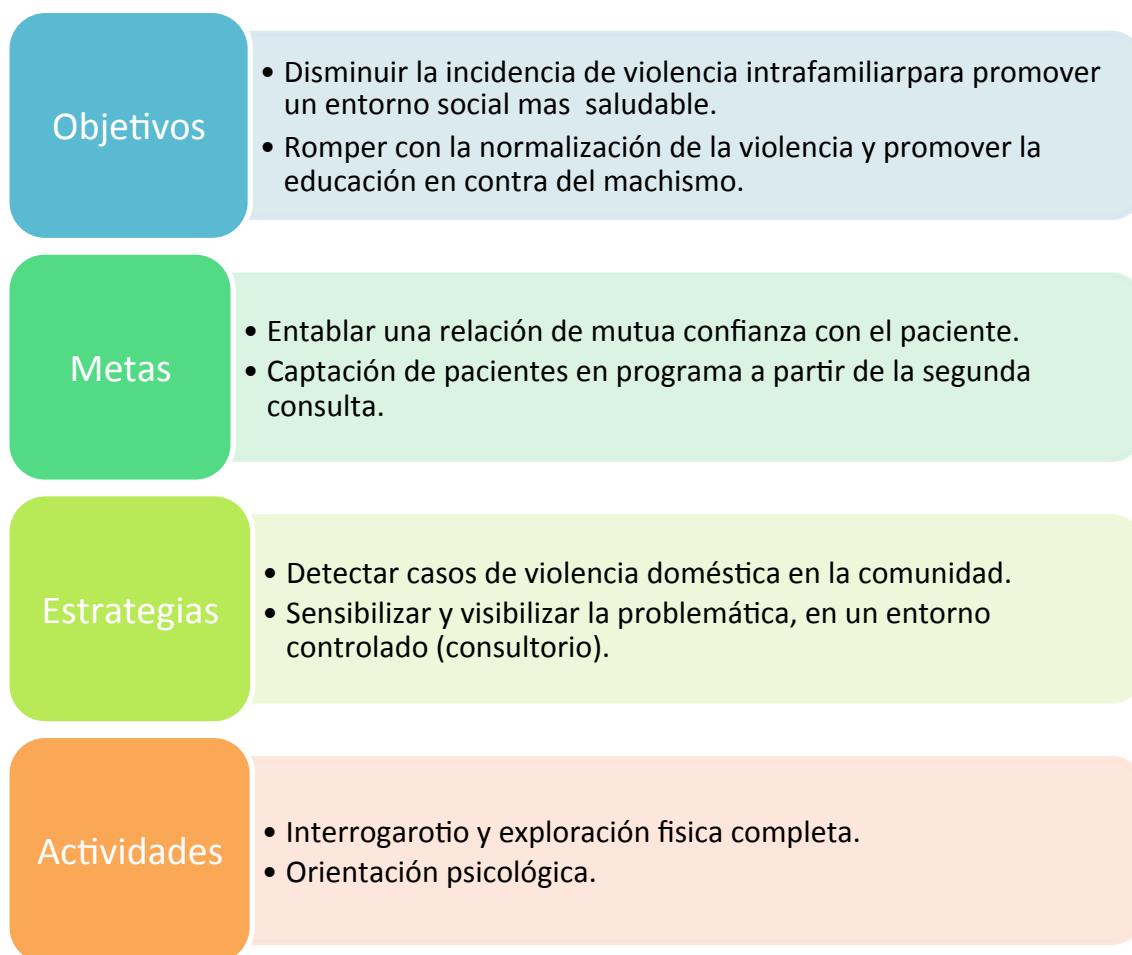
Los resultados obtenidos en la comunidad durante el periodo de febrero 2017 a enero 2018, la prevalencia de obesidad fue de 2.5 por cada 1000 habitantes, más alta también en el sexo femenino (1.8) que en el masculino (0.6). La hipertensión arterial tiene una prevalencia de 4.4 por cada 1000 habitantes y la diabetes en adultos de 14.8 por cada 1000 habitantes.

Evaluación del funcionamiento del programa

Dentro de los objetivos se plantea el control de las patologías crónicas degenerativas para disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes, y se obtuvieron resultados por encima del 70% de los pacientes que acudieron al menos a dos consultas de manera subsecuente, esto se logró gracias al compromiso de cada paciente con su cuerpo y su salud, y a la disposición de la familia para apoyarlos. En los casos en los que los pacientes no respetaban sus restricciones alimentarias o no contaban con familiares que les apoyaran con la compra de los medicamentos, este control no fue alcanzado en ninguna de las consultas.

Es importante educar a la comunidad al respecto de estas patologías y su prevención, para lograr de manera eficaz disminuir la incidencia de las complicaciones atribuidas a las mismas.

4. Detección oportuna de víctimas de violencia

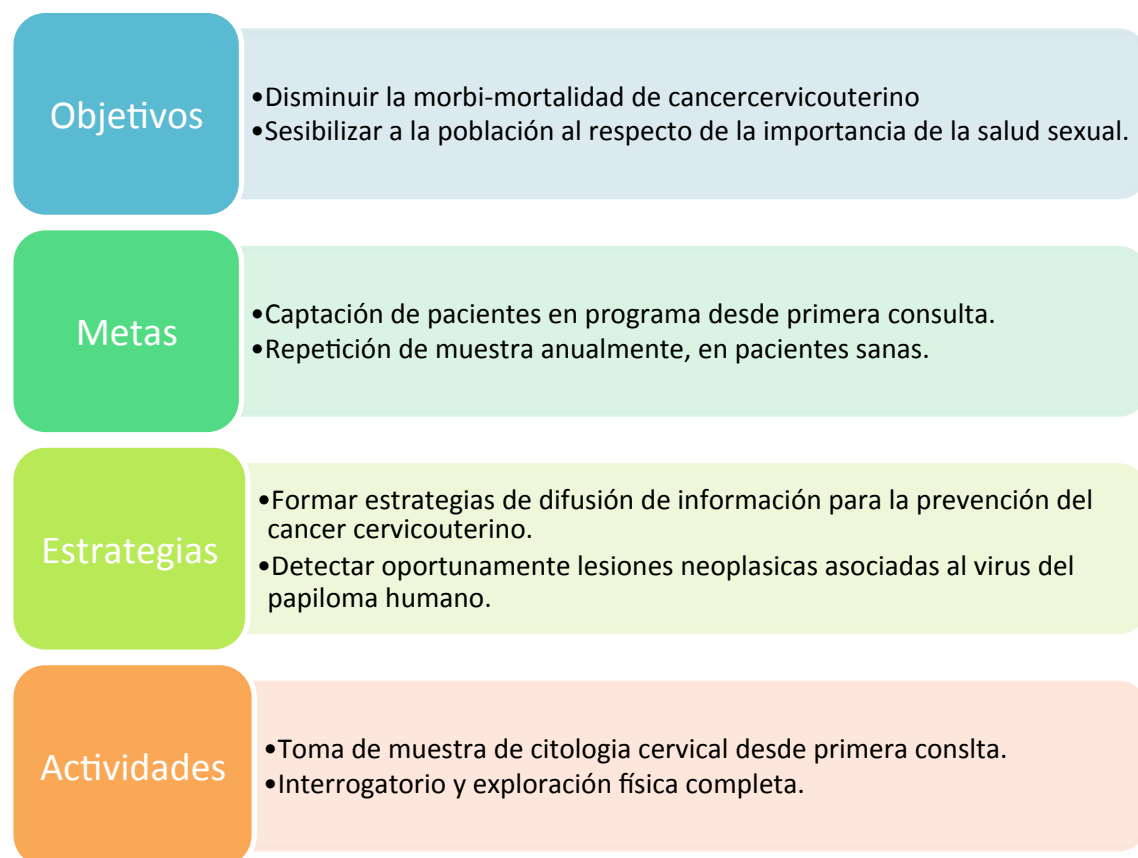


Durante el año de servicio social se atendieron 3 consultas de pacientes víctimas de violencia, 2 fueron consultas a paciente ya ingresada al programa y 1 de paciente sin seguimiento.

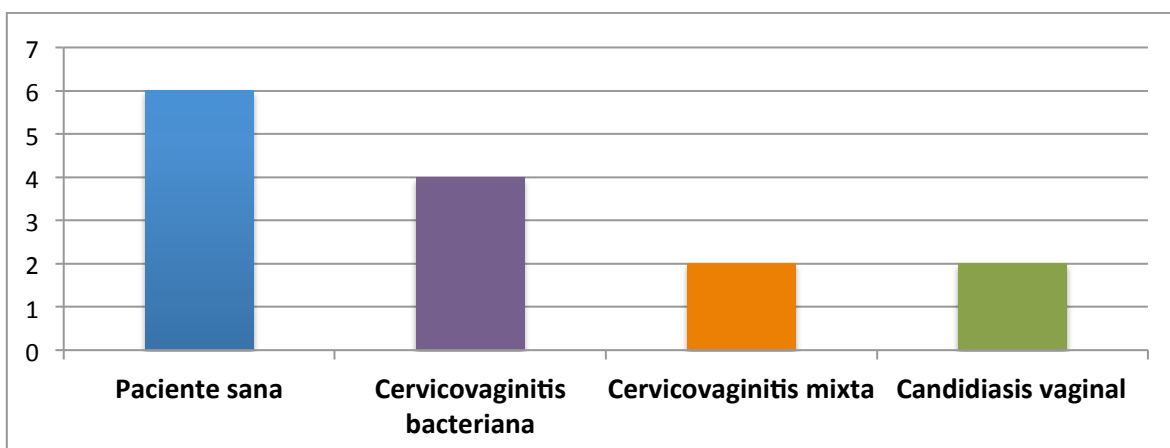
Dos de las consultas fueron a paciente femenino de 18 años y una a paciente masculino de 15 años, en ambos casos existe una condición fisiológica que los vulnera aún más frente a su entorno doméstico violento, en el primer caso es un embarazo y en el segundo caso es un retraso mental (con quien no se volvió a tener contacto en todo el año).

En el caso de la paciente en programa, se logró establecer una vía de comunicación con su esposo y su familia (con quienes vive la paciente), esto permitió compartir información con ellos al respecto de la salud emocional y sus repercusiones sobre la salud física, tanto de la madre como del producto intrauterino.

5. Detección oportuna de cáncer cervicouterino



Durante el año de servicio se atendieron 14 consultas de detección oportuna de cáncer cervicouterino, 3 fueron nuevos ingreso al programa y 11 consultas subsecuentes a pacientes ya en seguimiento. De las 14 consultas, 9 fueron para entrega de resultados y 5 para toma de muestra. El 100% de los resultados entregados durante el año fueron negativos a malignidad. El promedio de edad de las pacientes fue de 36.7 en un rango de 22 hasta 60 años.



Perfil de morbilidad.

Para poder establecer un análisis más profundo de la situación sanitaria de la comunidad se debe analizar el comportamiento de las patologías que presentan las personas y ello podrá dar pautas para establecer relación de estas con el contexto socio-cultural de la comunidad. (ECHEVERRIA, 2016)

Durante el periodo febrero 2017 a enero 2018 se otorgaron 1669 consultas de las cuales se obtuvieron 2053 diagnósticos; se detectaron 1780 diagnósticos de primera vez y 273 subsecuentes.

Diez principales causas de morbilidad por sexo en México, 2014

Posición	Hombres		Mujeres	
	Padecimiento	Casos	Padecimiento	Casos
1	Infecciones respiratorias agudas	12,120,993	Infecciones respiratorias agudas	15,372,246
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	2,272,667	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	3,246,261
3	Infección de vías urinarias	997,792	Infección de vías urinarias	2,668,760
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	529,636	Úlceras, gastritis y duodenitis	968,166
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	415,435	Gingivitis y enfermedad periodontal	703,724
6	Otitis media aguda	272,191	Otitis media aguda	367,434
7	Conjuntivitis mucopurulenta	201,215	Vulvovaginitis aguda	355,600
8	Hipertensión arterial	194,258	Hipertensión arterial	286,074
9	Diabetes mellitus	157,793	Conjuntivitis	255,068
10	Intoxicación por picadura de alacrán	146,330	Candidiasis urogenital	235,372

Ilustración 63 SS-SINAVE 2014

Las diez patologías que reportaron una mayor incidencia en la comunidad de San Jerónimo Tulijá en el periodo de febrero 2017 a enero 2018 fueron:

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

Comportamiento de las diez principales patologías presentadas en San Jerónimo Tulijá en el periodo febrero 2017 a enero 2018 de acuerdo a cada mes del año:

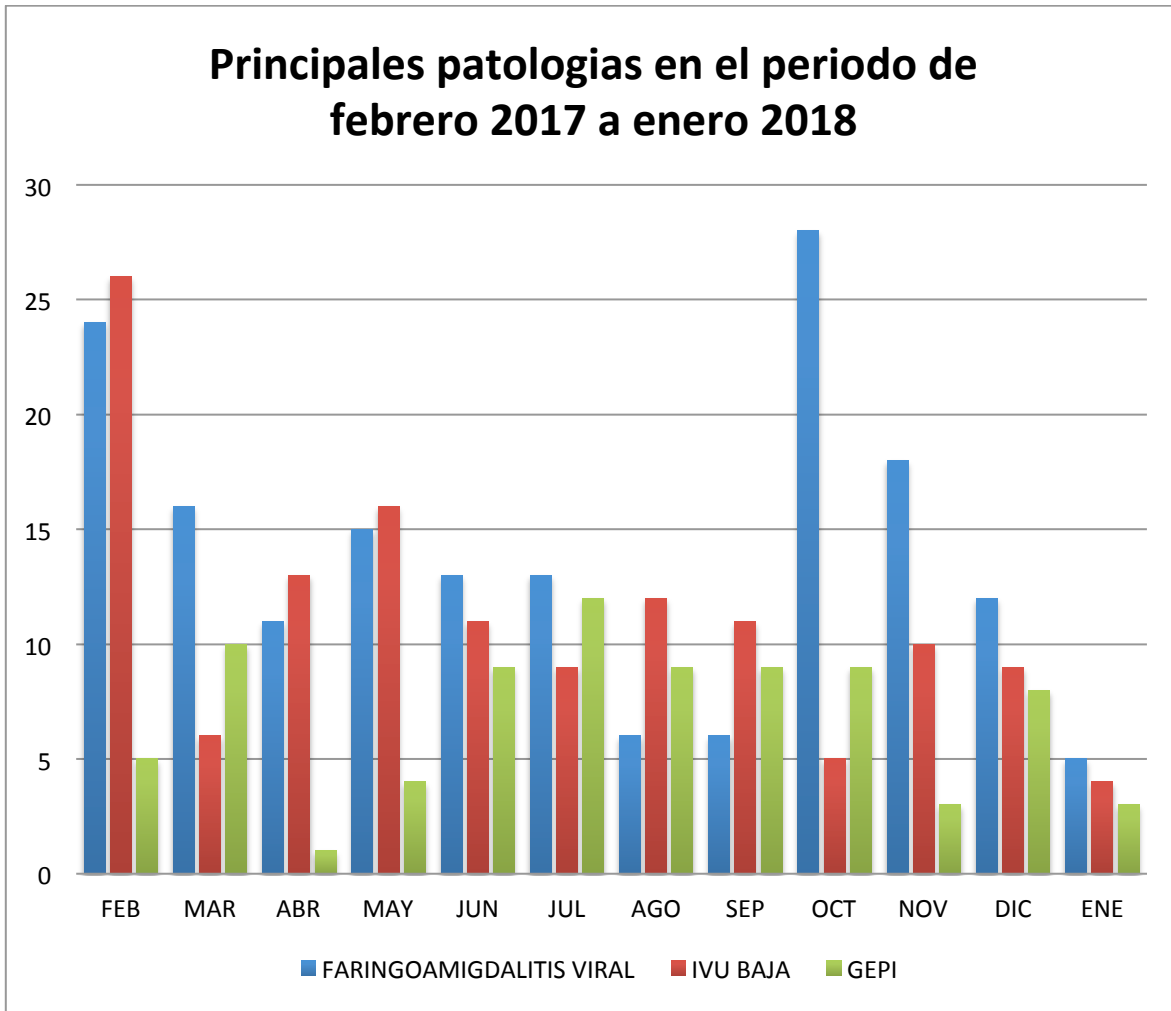
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	TOTAL	TASA ANUAL
1	24	16	11	15	13	13	6	6	28	18	12	5	167	52.5
2	26	6	13	16	11	9	12	11	5	10	9	4	84	26.4
3	5	10	1	4	9	12	9	9	9	3	8	3	82	25.5
4	0	0	10	13	3	9	5	5	9	6	9	2	71	22.3
5	8	7	3	8	6	5	3	5	5	8	7	1	66	20.7
6	10	2	10	7	7	2	0	3	7	4	7	1	60	18.8
7	7	11	3	3	4	6	0	1	4	2	2	2	45	14.1
8	2	1	4	2	1	2	6	5	3	3	9	3	41	12.9
9	2	0	1	1	1	0	1	3	1	3	6	2	38	11.9
10	7	11	0	3	2	3	0	2	3	1	2	1	35	11.0

Población total: 3175. Tasa calculada por cada 1000 habitantes.

No toda la población acude a esta clínica por atención médica, y no toda la consulta otorgada en la clínica es a pacientes del poblado.

Es notable destacar que las primeros motivos de consulta en la comunidad coinciden con las tres primeras causas de morbilidad a nivel nacional, aunque no en el mismo lugar, al mismo tiempo que dentro de los primeros 10 lugares coinciden la otitis media aguda.

El comportamiento de las tres patologías con mayor incidencia en la comunidad según los meses del año fue:



Se observa una mayor incidencia de faringoamigdalitis en el mes de febrero y octubre, correlacionado esto con las condiciones climáticas que se encuentran en la comunidad durante este mes dado que la temperatura baja y aumentan las lluvias. Las infecciones de vías urinarias muestra pequeños picos en febrero y mayo, relacionado probablemente a la escases de agua en la comunidad durante estos meses. Y al respecto de las infecciones gastrointestinales, presentan un comportamiento más o menos constante a lo largo del año, que es directamente proporcional a las condiciones bajas de sanidad en los hogares (hacinamiento, falta de agua entubada, fosas sépticas, etc).

Las diez patologías de etiología transmisible con mayor incidencia fueron:

		CASOS
1	FARINGOAMIGDALITIS VIRAL	167
2	IVU BAJA	84
3	GEPI	82
4	RINOFARINGITIS BACTERIANA	71
5	PARASITOSIS INTESTINAL	60
6	OTITIS MEDIA AGUDA	45
7	PIELONEFRITIS	38
8	FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	35
9	CANDIDIASIS VAGINAL	27
10	CERVICOVAGINITIS	24

El comportamiento de las patologías infecciosas en San Jerónimo Tulijá en el periodo de febrero 2017 a enero 2018 de acuerdo a cada mes del año:

	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	TOTAL	TASA ANUAL
1	24	16	11	15	13	13	6	6	28	18	12	5	167	52.5
2	26	6	13	16	11	9	12	11	5	10	9	4	84	26.4
3	5	10	1	4	9	12	9	9	9	3	8	3	82	25.8
4	0	0	10	13	3	9	5	5	9	6	9	2	71	22.3
5	10	2	10	7	7	2	0	3	7	4	7	1	60	18.8
6	7	11	3	3	4	6	0	1	4	2	2	2	45	14.1
7	2	0	1	1	1	0	1	3	1	3	6	2	38	11.9
8	7	11	0	3	2	3	0	2	3	1	2	1	35	11.0
9	5	1	1	3	3	1	0	5	2	3	2	1	27	8.5
10	2	1	0	0	2	0	8	5	0	2	2	2	24	7.5

Población total: 3175. Tasa calculada por cada 1000 habitantes.

Las diez patologías de etiología no transmisible más comunes en San Jerónimo Tulijá de febrero 2017 a enero 2018 fueron:

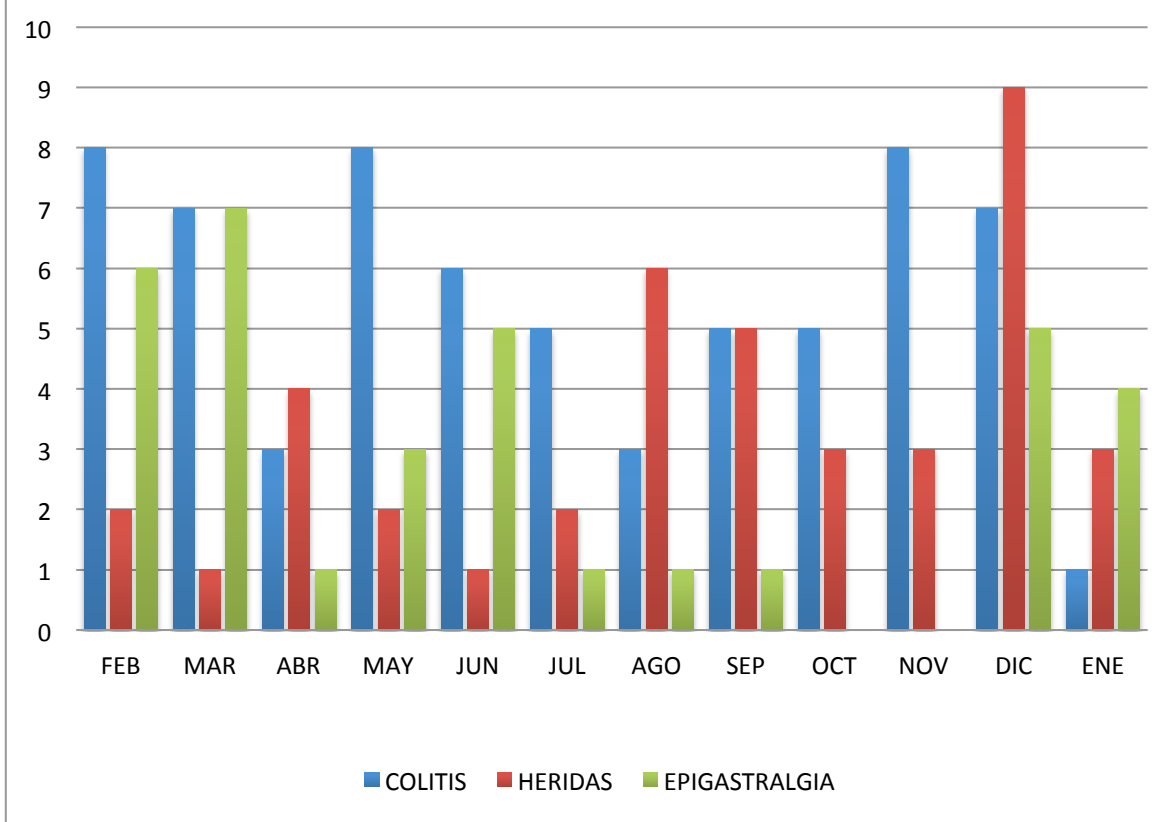
		CASOS
1	COLITIS	66
2	HERIDAS	41
3	EPIGASTRALGIA	34
4	CEFALEA	29
5	CONSTIPACION	18
6	INSUFICIENCIA VENOSA	17
7	LUMBALGIA	17
8	CONTRACTURA MUSCULAR	16
9	DM-2	13
10	HAS	12

El comportamiento de las patologías no transmisibles fue el siguiente en los meses del año:

	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	TOTAL	TASA ANUAL
1	8	7	3	8	6	5	3	5	5	8	7	1	66	20.7
2	2	1	4	2	1	2	6	5	3	3	9	3	41	12.9
3	6	7	1	3	5	1	1	1	0	0	5	4	34	10.7
4	3	8	3	4	2	1	1	0	2	2	2	1	29	9.1
5	8	2	1	1	3	0	1	0	0	1	0	1	18	5.6
6	0	0	1	2	5	2	0	3	1	3	0	0	17	5.3
7	5	0	0	0	4	2	3	2	1	0	0	0	17	5.3
8	0	3	3	0	5	1	1	2	0	1	0	0	16	5.0
9	0	0	2	1	0	3	0	1	1	2	1	2	13	4.0
10	0	1	0	1	1	0	1	2	1	3	1	1	12	3.7

Población total: 3175. Tasa calculada por cada 1000 habitantes.

Principales tres patologías no transmisibles de feb 17 a ene 18



Podemos observar que enfermedades de etiología no infecciosa a lo largo del año tuvieron un comportamiento con tendencia al aumento. Las principales patologías no transmisibles que se presentan en la comunidad tienen como común denominador un factor ligado a la alimentación (en el caso de la colitis y la epigastralgia) y al cuidado personal en el caso de las heridas.

El síndrome de colon irritable o colitis está relacionado directamente con ingesta de irritantes, condimentos y sobre todo con periodos prolongados de ayuno; el hecho de mencionar esto no quiere decir que sea la única etiología. La globalización ha traído hasta la comunidad (a través de tiendas de abarrotes) múltiples productos alimenticios de mala calidad, el acceso que tienen los pobladores a comida chatarra y bebidas con altos contenidos de azúcar ha cambiado la forma de alimentación, dejando a un lado su alimentación sana y tradicional (productos del campo).

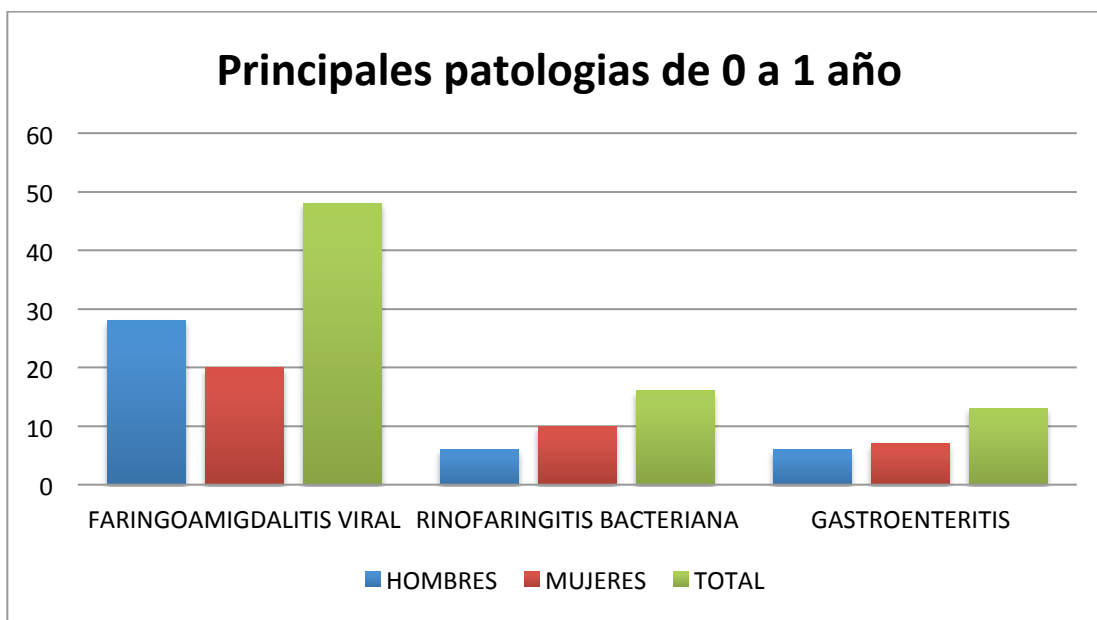
Daño diferencial

En este apartado se presentan las patologías con mayor incidencia de acuerdo a grupos etarios y sexo. Para el análisis se divide a la población en grupos de 0 a 1 año, 2 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 44 años, 45 a 64 años y más de 65 años. Ello se traduce en lactantes, preescolares, escolares, adultos jóvenes, adultos y adultos mayores. Este análisis puede aportar datos que puedan ser base para establecer iniciativas de prevención para las patologías de mayor incidencia y que sean categorizadas de acuerdo a edades de los pacientes. (Ídem)

Grupo de 0 a 1 año

Para este grupo etario las principales tres patologías fueron:

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
FARINGOAMIGDALITIS VIRAL	28	20	48
RINOFARINGITIS BACTERIANA	6	10	16
GASTROENTERITIS	6	7	13

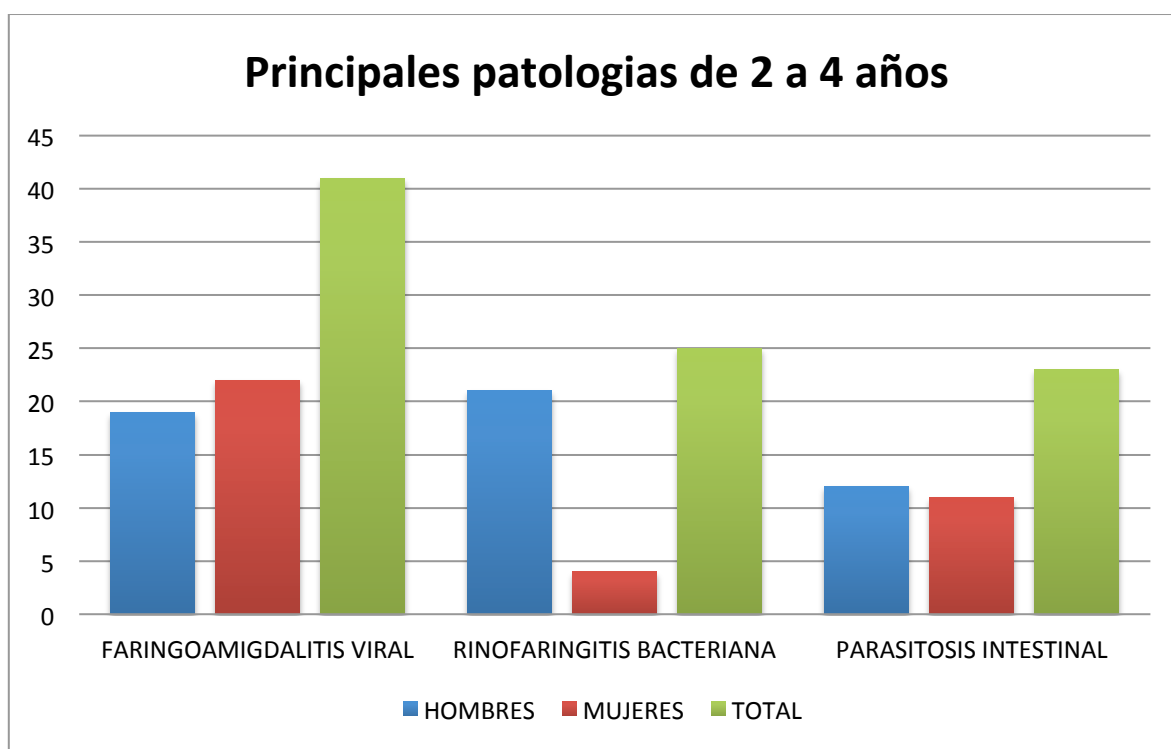


Es destacable que en este grupo, las principales patologías son infecciosas, dentro de las que destacan infecciones del tracto respiratorio superior, con una incidencia de faringoamigdalitis viral ligeramente más elevada en varones, con proporción de 1.4 por cada mujer. El cual se invierte para rinofaringitis bacteriana. En este grupo de edad se registró una defunción de masculino de 7 meses en el mes de abril.

Grupo de 2 a 4 años

Para este grupo etario las principales tres patologías fueron:

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
FARINGOAMIGDALITIS VIRAL	19	22	41
RINOFARINGITIS BACTERIANA	21	4	25
PARASITOSIS INTESTINAL	12	11	23

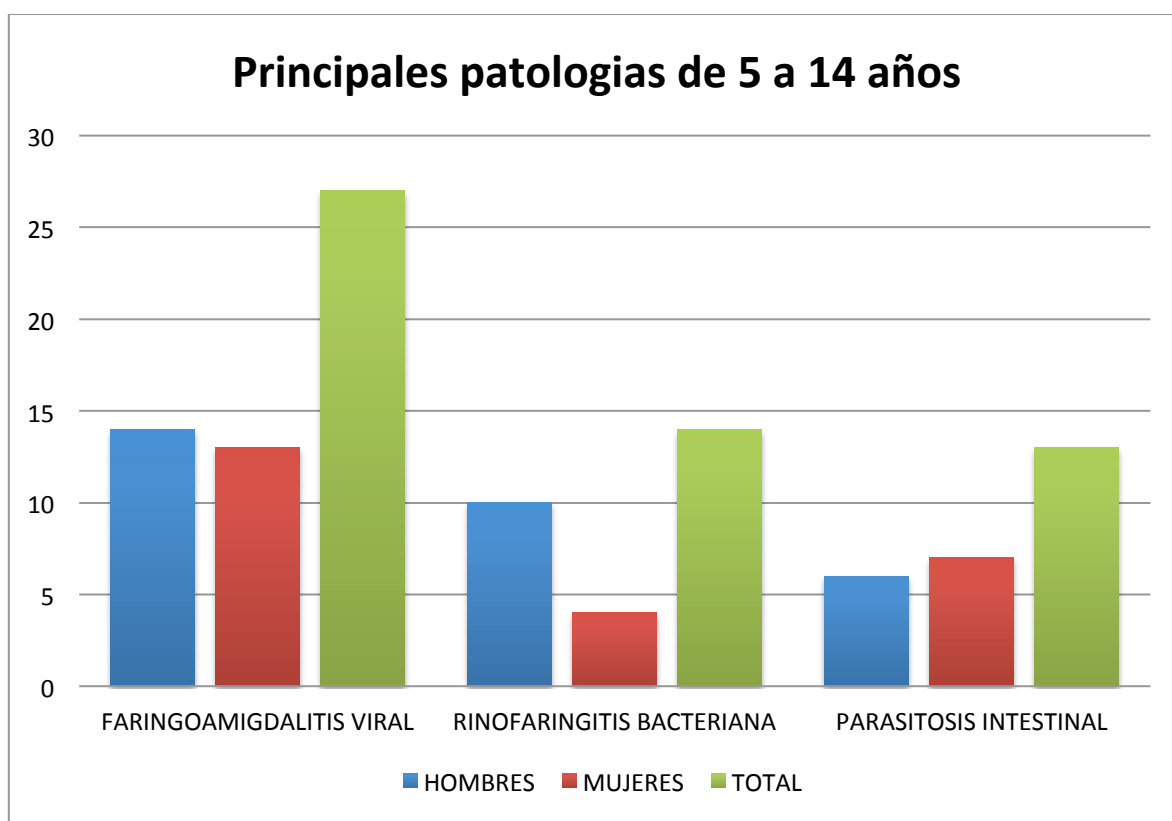


En este grupo también encontramos que las patologías más frecuentes continúan siendo de etiología infecciosa, la incidencia de faringoamigdalitis viral y rinofaringitis bacteriana se mantienen dentro de las primeras dos patologías más comunes, notando que continúan teniendo mayor incidencia de enfermedades respiratorias virales los varones. Aparece, acompañado a las primeras, la parasitosis intestinal, lo que responde a las actividades propias de la edad, en la que se presentan cambios adaptativos, especialmente relacionados con la dieta y el desarrollo psicomotor. En este grupo de edad se registró una defunción de femenino de 1 año 3 meses, en el mes de marzo.

Grupo de 5 a 14 años

Para este grupo etario las principales tres patologías fueron:

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
FARINGOAMIGDALITIS VIRAL	14	13	27
RINOFARINGITIS BACTERIANA	10	4	14
PARASITOSIS INTESTINAL	6	7	13

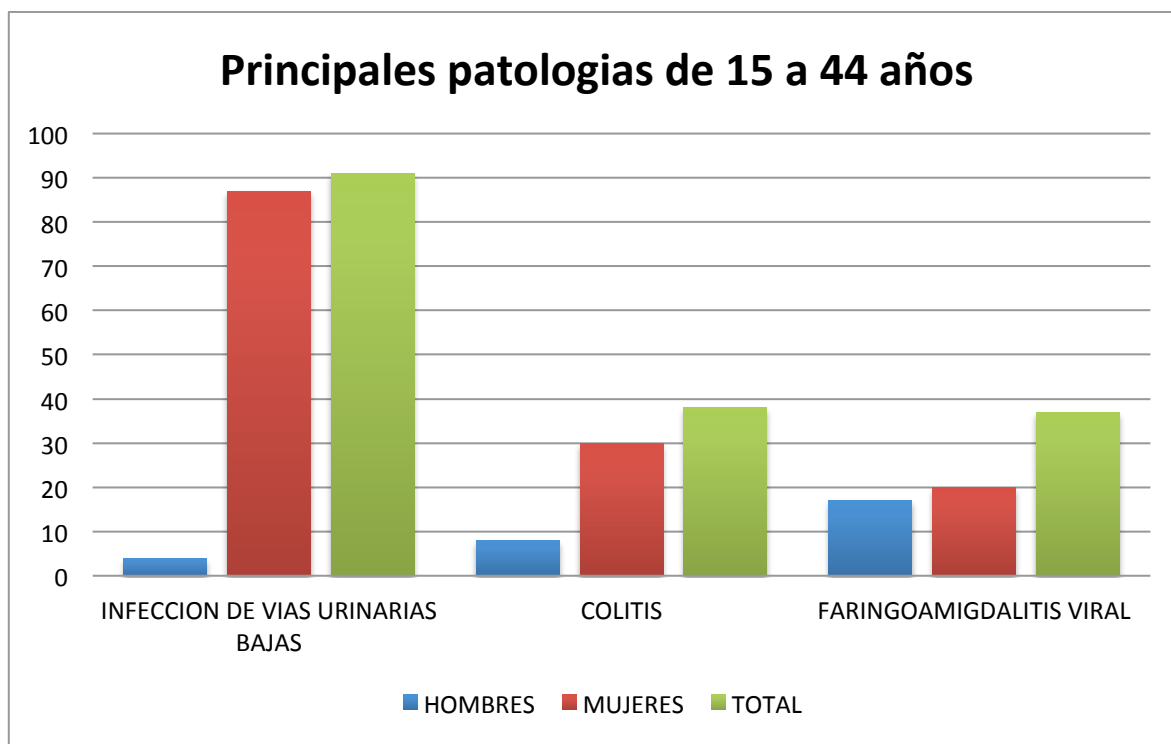


Durante la edad escolar, se mantienen a la cabeza las principales patologías infecciosas que en la edad preescolar, en proporciones muy similares, continuando con mayor incidencia de enfermedades respiratorias en varones. Siendo las mujeres que presentan un ligero aumento en número de casos con parasitosis intestinales. Aunque disminuye la incidencia de esta misma patología para ambos sexos, en comparativa con el grupo en edad preescolar. En este grupo no se reportaron defunciones durante el año de servicio social.

Grupo de 15 a 44 años

Para este grupo etario las principales tres patologías fueron:

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
INFECCION DE VIAS URINARIAS BAJAS	4	87	91
COLITIS	8	30	38
FARINGOAMIGDALITIS VIRAL	17	20	37

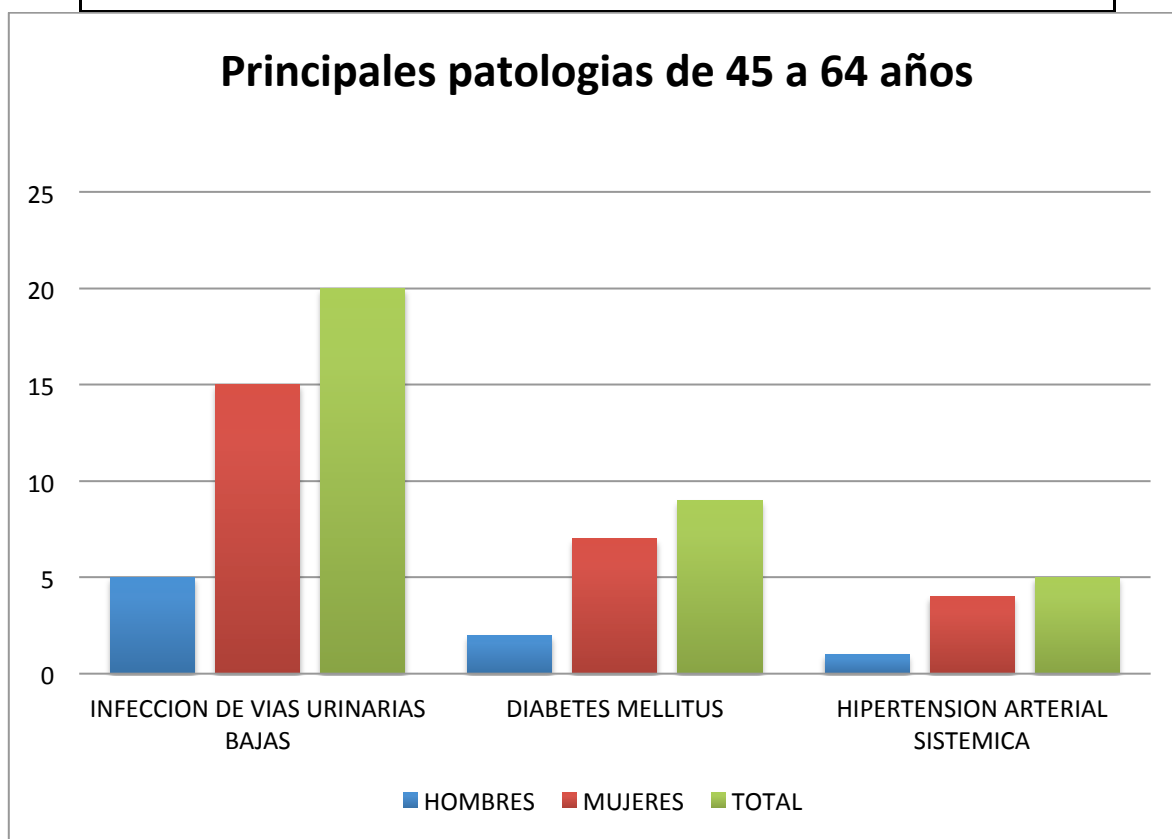


En este grupo se observa que a pesar de que las patologías de etiología infecciosa continúan siendo mayoría, aparece también una enfermedad inflamatoria del tracto digestivo, relacionada directamente a los hábitos alimenticios. Es notable también, que la colitis junto con la infección de vías urinarias altas, las mujeres tienen una incidencia destacablemente mayor, con proporción de 3.75 mujeres por cada varón en el caso de la colitis y 21.75 mujeres por cada varón en el caso de las infecciones de vías urinarias, esto puede estar relacionado a las actividades domésticas que ellas realizan, lo que las expone a un nivel de estrés importante y también a características anatómicas propias, baja ingesta de líquidos y pobre higiene sexual. En este grupo de edad se registraron 3 defunciones en el mes de abril, dos masculinos en la tercera década de la vida y un femenino en la quinta década de la vida.

Grupo de 45 a 64 años

Para este grupo etario las principales tres patologías fueron:

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
INFECCION DE VIAS URINARIAS BAJAS	5	15	20
DIABETES MELLITUS	2	7	9
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	1	4	5

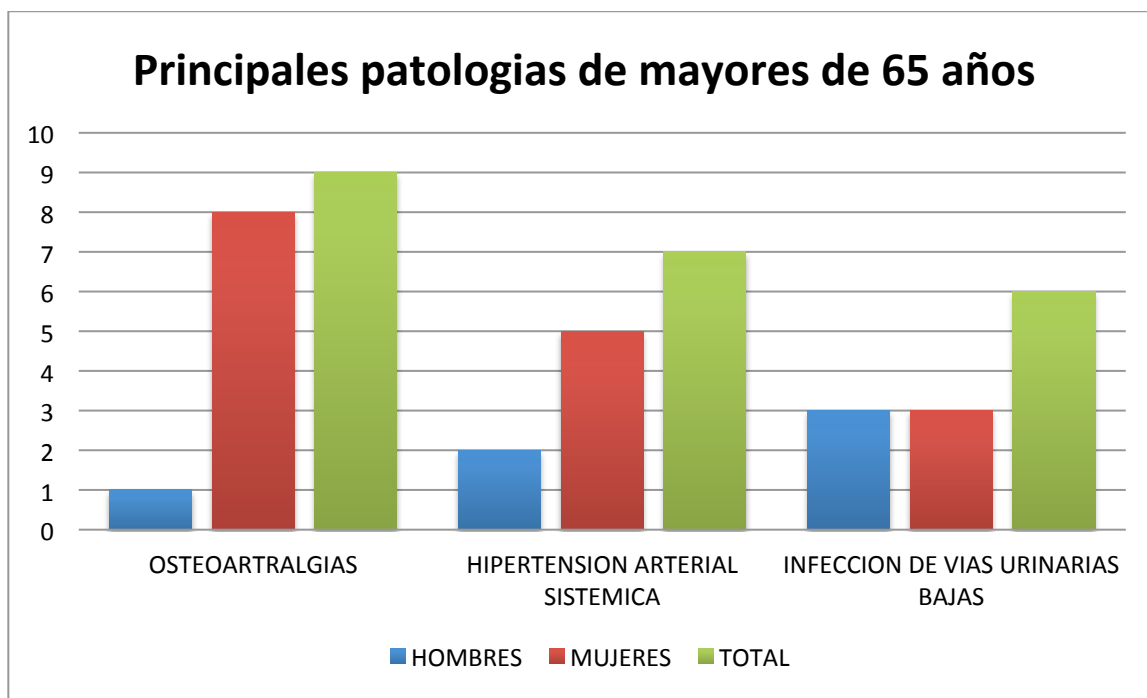


En este grupo se destaca la dominancia de patologías crónicodegenerativas por encima de las infecciosas, siendo las diabetes mellitus y la hipertensión arterial los protagonistas, patologías que como sabemos están relacionadas al síndrome metabólico, siendo asociados nuevamente a malos hábitos de alimentación sumados a un deficiente sistema de preventivo y el corto alcance de las campañas que se llevan a cabo con este fin. Al igual que en grupo de 15 a 44 años, son las mujeres quienes presentan mayor incidencia de infecciones urinarias (proporción de 3 a 1) y diabetes mellitus (proporción de 3.85 a 1). En este grupo de edad se registró 1 defunción, un femenino de 50 años, en el mes de abril.

Grupo de mayores de 65 años

Para este grupo etario las principales tres patologías fueron:

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
OSTEOARTRALGIAS	1	8	9
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	2	5	7
INFECCION DE VIAS URINARIAS BAJAS	3	3	6



En el último grupo etario observamos que continúan siendo mayoritarias las patologías crónicodegenerativas, sin embargo perseveran las infecciones de vías urinarias bajas, con la diferencia de que para este grupo existe una incidencia igual para ambos sexos de esta enfermedad. Para el caso de la hipertensión arterial continúan siendo las mujeres quienes tienen mayor incidencia (proporción 2.5 a 1), y aparecen las enfermedades degenerativas osteoarticulares de nuevo con una mayor incidencia en mujeres (proporción 8 a 1), esto responde al proceso de envejecimiento sumado al mayor desgaste físico y metabólico de las mujeres en comparación con los varones, esto puede explicarse por los cambios fisiológicos durante los múltiples embarazos y los cambios hormonales posteriores a la menopausia. En este grupo de edad se registró la mayor incidencia de defunciones, con un total de 5: un masculino de 72 años en el mes de mayo, un masculino de 107 años en junio, un femenino de 65 años en agosto, en noviembre un femenino de 70 años y un masculino de 74 años.

Conclusión final

“Lo que se aprende no es nunca lo que uno creía. Y así se comienza a tener miedo. El conocimiento no es nunca lo que uno se espera.”
-Carlos Castañeda en “Las enseñanzas de Don Juan”

El nivel de marginación que viven comunidades como San Jerónimo Tulijá no tiene justificación, existen los recursos y los medios para proporcionar esta población drenaje, luz y viviendas seguras, sin embargo, no se observa gran interés por parte del gobierno estatal, por lo que las comunidades suelen decidir y organizarse de manera local para poder resolver sus problemas.

Vivir hacinado, en viviendas con alto grado de exposición al entorno y sin acceso a servicios públicos básicos (electricidad, agua entubada), expone a cualquiera a enfermedades de etiología infecciosa de manera muy importante, sumado a esto tenemos factores como la escasez de alimentos ricos en proteínas y un limitado acceso a la educación y la salud para gran parte de la población.

El trabajo que se realiza en conjunto con la organización zapatista es vital para la población, tanto como agentes activos como observadores dentro de la comunidad. Respetar, aprender y rescatar prácticas milenarias como el uso medicinal de las plantas y la partería son fundamentales para el desarrollo de estos pueblos sin masacrar su cultura.

Haciendo un esfuerzo por recordar, hace un año, me encontraba en un lugar completamente desconocido para mí: el pequeño cuarto de madera, el incansable rugido del río que corre a unos metros de la habitación, el fogón de la cocina, el consultorio médico, los miles de insectos, artrópodos, reptiles, aves, peces, anfibios, y millones de plantas y hongos cohabitando conmigo, y si encontrarse experimentando un entorno completamente ajeno no fuera suficiente, estaba también muy lejos de entender la situación, historia y costumbres de una cultura infinitamente fascinante, así como verdades terribles e inaceptables al respecto de mi propia cultura. Para desgracia mía, un año no es suficiente para alcanzar dicho objetivo, creo incluso, que por el solo hecho de haber nacido y crecido fuera de ella, hay ciertos aspectos formativos que me serán eternamente desconocidos, sin importar el tiempo que dedique a ello. Sin embargo, aunque reconozco que es apenas una sombra lo que percibo, todo lo que descubrí y aprendí en estos 12 meses me ha hecho despertar y crecer más que en cualquier otro periodo de mi vida hasta el momento.

Ahora entiendo que ninguna verdad es absoluta por sí misma, todo depende siempre del contexto, es decir, desde que punto de vista se está analizando algo y hacia donde se está orientando esa búsqueda. Esto significa que cuando nos enfrentamos con algo desconocido (diferente), antes de predisponer prejuicios (que corresponden a enseñanzas formativas dependientes de la estructura cultural bajo la que hayamos crecido), debemos aceptar que desde cualquier perspectiva externa, el “otro” somos nosotros.

Esta etapa de mi vida ha concluido, sin embargo, como el río, sigue su curso impulsado por sí mismo, encontrando siempre nuevos cauces. Agradecer a SADEC esta oportunidad se queda corto, sin importar cuantas palabras pueda plasmar aquí, no existe un medio por el cual pueda transmitirles mi aprecio y la fortuna que he tenido de coincidir en su camino, sinceramente, muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. CORMAN, Louis. "Le test du dessin de famille", 4ª Ed, Presses Universitaires de France, 1982.
2. D.R. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Hecho en México. 2009 Disponible en: [http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=curandero%20\(a\)](http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=curandero%20(a)). [Consultado 28/06/17 15:57hrs].
3. SADEC, 2017 Disponible en: <http://www.sadec.org.mx/>. [Consultado 29/06/17 16:34hrs]
4. HERNÁNDEZ Millán, Abelardo. *EZLN. Revolución para la revolución (1994-2005)*. Editorial Popular, 2007.
5. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Disponible en: <http://www.sct.gob.mx/JURE/doc/cpeum.pdf> [Consultado 28/07/17 16:10hrs]
6. LEY GENERAL DE SALUD. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, Últimas reformas publicadas DOF 01-06-2016, Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf [Consultado 28/07/17 20:07hrs]
7. CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consultado 29/07/17 08:53hrs]
8. PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. Adopción: Nueva York, EUA, 16 de diciembre de 1966. Adhesión de México: 23 de marzo de 1981. Disponible en: https://www.colmex.mx/assets/pdfs/3-PIDESC_50.pdf?1493133895 [Consultado 29/07/17 21:12hrs]
9. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf [Consultado 30/07/17 12:33hrs]

10. CONOCE CHIAPAS, Ubicación, Actualizado al 01 de agosto de 2017. Disponible en: <http://www.chiapas.gob.mx/ubicacion> [Consultado 01/08/17 09:09hrs]
11. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/> [Consultado 01/08/17 09:48hrs]
12. SEDESOL. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social. 2015. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32820/Chiapas_031.pdf [Consultado 02/10/17 19:02hrs]
13. Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas, 2011, "Plan de Desarrollo de la Microregion San Jerónimo Tulijá". Disponible en: <http://www.unich.edu.mx/wp-content/uploads/2013/06/SANTO-DOMINGO-2011.pdf> [Consultado 03/10/17 12:22hrs]
14. INEGI. Encuesta Intercensal, 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/> [Consultado 01/08/17 12:32hrs]
15. NUESTRO MEXICO, San Jerónimo Tulijá 2012, Disponible en: <http://www.nuestro-mexico.com/Chiapas/Chilon/San-Jeronimo-Tulija/> [Consultado 01/08/17 19:26hrs]
16. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2010. Resultados por entidad federativa. Chiapas. Primera Edición.
17. Encuesta Nacional de Salud, 2012, Resultados Nacionales. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> [Consultado 01/08/17 22:13hrs]
18. Instituto Mexicano del Seguro Social. "Diagnóstico situacional, plan y programa de trabajo del área de acción comunitaria." UMR. San Jerónimo Tulijá. Enero 2017.
19. ECHEVERRÍA ALMARAZ, L. M., "Reporte de servicio social". Octubre, 2016.
20. MAYORAL URIBE, J. I., "Diagnóstico de comunidad". Febrero, 2012.
21. Congreso Nacional Indígena. Comunicado 5 octubre 2017. Disponible en: <https://www.congresonacionalindigena.org/> [Consultado 30/10/17 15:57hrs]
22. CASTELLANOS, L. "México armado 1943-1981". México: Era, 2008.
23. MORQUECHO, G. "La Garrapata en el Chuncerro, cuna del EZLN". Agencia Latinoamericana de Información, 2011. Disponible en: <http://alainet.org/active/50889&lang=es> [Consultado 30/06/17 21:30hrs].

24. LE BOT Y. "Subcomandante Marcos. El sueño zapatista. Entrevistas con el Subcomandante Marcos, el mayor Moisés y el comandante Tacho, del Ejercito Zapatista de Liberación Nacional". México: Plaza & Janés, 1997.
25. ZOLLA, C. y ZOLLA MÁRQUEZ, E., "Los pueblos indígenas de México, 100 preguntas". UNAM, México, 2004.
26. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. "Atlás de los pueblos indígenas de México", 2016. Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx/atlas2015/> [Consultado 31/10/17 13:28hrs]
27. NOY, S. "Las políticas de salud del banco mundial", Revista de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. 2003.
28. HOMEDE, S. y UGALDE, A. "Neoliberalismo y salud. El engaño del Banco Mundial y FMI". Viento Sur 109. 2010. Disponible en: http://cdn.vientosur.info/VScompletos/VS109_Neolibysalud_HemedesyUgalde.pdf [Consultado 10/02/18].
29. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. "Los derechos de la infancia y adolescencia en Chiapas" Mexico, 2013. Disponible en: [https://www.unicef.org/mexico/spanish/UN_SITAN_CHIAPAS_BajaRes\(1\).pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/UN_SITAN_CHIAPAS_BajaRes(1).pdf) [Consultado 10/04/18].
30. Secretaria de Salud del Estado de Chiapas. "Programa de la estrategia estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes" Tuxtla Gutierrez, Chiapas 2017. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODChiapas.pdf> [Consultado 12/04/18].