



Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Medicina

## Reporte Final de Servicio Social

San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas  
*Clínica "Murcia Elisa Irina Sáenz Garza"*

1 Febrero 2022 – 31 Enero 2023

**MPSS:** Barzilai Tovar Rodríguez

2163066333

**Asesor:** Mtro. Joel Heredia Cuevas

Fecha entrega de reporte: 11/05/2023

# Contenido

1ª Sección: Proceso de adaptación al Servicio Social .....	3
Personal .....	3
Comunitario .....	7
Institucional.....	11
2ª sección: Diagnóstico de Salud Comunitaria .....	14
Introducción .....	15
Marco Teórico sobre Derecho a la Salud .....	16
Diagnóstico Comunitario .....	25
Datos fisiográficos generales.....	25
Indicadores Sociales .....	28
Indicadores económicos.....	42
Indicadores culturales .....	46
Indicadores políticos .....	50
Conclusiones.....	51
3ª Sección: Seguimiento de Programas y Perfil de Morbilidad.....	53
Introducción .....	53
Marco teórico: Políticas de Salud .....	53
Seguimiento de Programas .....	61
Perfil de Morbilidad.....	80
Daño Diferencial .....	86
Conclusiones finales .....	95
Bibliografía.....	97

# 1ª Sección: Proceso de adaptación al Servicio Social

## Personal

¿Cómo se vive la llegada al servicio social?, a diferencia de la etapa previa que es el internado, los pensamientos son totalmente distintos pues, en este caso no sólo es la condición de ser pasante del servicio social, sino que geográficamente cambia totalmente el panorama o expectativa que en el medio urbanizado se da, junto a ello el prejuicio histórico en cuanto a situaciones políticas y movimientos de lucha por derechos civiles da lugar a un sinnúmero de pensamientos en cuanto a la percepción y necesidad de salud. Por lo que antes de la llegada formal al sitio donde se ha de ejercer la práctica médica estuvieron presentes ideas que posteriormente cambiarían y otras se fortalecerían.

Sin embargo, en el aspecto profesional, lo clásico en cuanto al servicio era pensar que, habría siempre alguien para supervisar el ejercicio médico, contar con herramientas de diagnóstico médico, acceso a un servicio de salud amplio que pudiese cubrir las necesidades básicas, contar con un marco de referencia práctico para una comunidad cuyos usos y costumbres en salud son totalmente distintos (“en teoría”) a lo acostumbrado que es el medio urbanizado.

¿Pero es realmente un problema la carencia de medios tecnológicos para el desempeño de la práctica médica? El Dr. Viniegra comenta que entre algunas desventajas del avance tecnológico se encuentra “una mayor dependencia tecnológica, uso indiscriminado de equipos, y en ocasiones, mayores daños iatrogénicos” (Viniegra Velázquez, El progreso en la medicina, 1994). Dichas desventajas son ideas que, durante el año previo, es decir el internado, se pudieron experimentar, al encontrarse en un hospital y recurrir a los recursos tecnológicos, que en demasía son útiles y necesarios, pero que han generado una dependencia que deja de lado en ocasiones la práctica clínica, la propedéutica que como médicos se nos enseña desde los primeros años de la medicina. Y en cuanto a la iatrogenia, es de referirse que la condición física del médico en formación en el ámbito hospitalario se encuentra mayormente en condición no apta para realizar procedimientos que, en ocasiones terminan en iatrogenia.

Dicho contexto acompaña el pensamiento de llegada a una comunidad que, a pesar de contar con una Unidad Médico Rural (del Instituto Mexicano del Seguro Social), no contaba con servicio médico adscrito; aunado al hecho de que, por un tiempo relativamente corto, el espacio designado para el desempeño del pasante de medicina para la plaza en la clínica zapatista (“Murcia Irina Sáenz Garza) de San Jerónimo Tulijá no había estado ocupado; por lo que llegó el pensamiento sobre una comunidad a la que hacía falta atención médica.. Por lo que, en esta parte,

como nuevo pasante de servicio encontré un miedo intrínseco a la carencia de lo que estaba acostumbrado.

En la cuestión de lo cultural, más que explícito estaba que antes de llegar a la comunidad se comenzaría a notar la abismal diferencia entre lo urbanizado y lo rural, desde la forma de comunicación, es decir el que la comunidad tuviese como forma nativa una lengua originaria, hacía totalmente nuevo el escenario, no iba a ser como hablar el idioma extranjero clásico de la formación básica, es decir el inglés, ningún espacio o momento académico prepara al estudiante de cualquier carrera (en su mayoría) para una comunicación con una lengua (entre muchas) del país, claro, la posibilidad de tener que comunicarse o interactuar con personas que hablen Tzeltal es baja si consideramos un escenario clásico de interacción en la capital del país donde a pesar de haber personas que migran de comunidades indígenas y se encuentran en la ciudad, la interacción es nula o baja, a diferencia de saber que se pasaría 1 año en un espacio donde la comunicación pareciera ser una limitante o barrera para el ejercicio de la medicina. Y si consideramos un estudio en el que se valoró lo que la sociedad espera del médico en la atención, implica “explicar, escuchar, comprensión” (Oseguera Rodríguez & Viniegra Velázquez, 2008); por lo que la comunicación y dichas características se verían con cierta “dificultad”.

Junto a la comunicación, va de la mano la consideración de lo que la población percibe como “salud”, los medios y formas de estar “sanos”, contrastan con el campo hospitalario que implícitamente enseña a la mente médica que, si no está escrito o documentado, no existe o no funciona. Sí, evidentemente la carencia de personal médico para satisfacer necesidades de atención a la salud, no hizo ni dejó a la comunidad en la ignorancia ni carente de recursos para “sanarse”, pues es sabido que mayormente en áreas rurales existen personas con conocimientos prácticos-empíricos (principalmente) para la atención de problemas de salud como “partera”, “huesero”, “hierbero” entre otros, pero que, en el ejercicio médico se encuentra una interacción en ocasiones explícito o implícito.

Y ¿por qué la participación de dichas personalidades en la comunidad podría representar un “problema” para el pasante?, porque entre la multiplicidad de prejuicios traídos como pasante a un espacio rural, con una cultura totalmente distinta a lo cotidiano, se preservaba la idea de “superioridad” en conocimiento médico, y eficacia en “práctica” o procedimientos; sí, dicha mentalidad es la que muchos al llegar al servicio tienen sobre quienes llevan años ejerciendo en atención de la salud, como si el médico pasante o egresado estuviese exento de error. Pues como señala Viniegra, “la forma como cada sociedad regula sus quehaceres depende de su historia, su cultura y sus tradiciones” (Viniegra Velázquez, La nosología del error, 1998), es decir que el pasante comete un error al pensar que

llegaría a una comunidad para únicamente enseñar, es decir una vía de comunicación en salud unidireccional, siendo finalmente lo contrario, es decir bidireccional.

Además de esto, es de sumarse el marco histórico del movimiento Zapatista, pese a tener una idea vaga, abundé en prejuicios negativos por días, antes de la llegada a la comunidad, pues la idea de un grupo violento, armado, en oposición al gobierno, (prejuicios sin un conocimiento histórico básico) generaba miedo e inseguridad, que posterior a un abordaje histórico redujo gradualmente dichos prejuicios a una realidad en la que se exigen derechos civiles, derechos humanos.

En el marco de lo social, como seres humanos, tenemos la necesidad intrínseca de relacionarnos con otros, la comunicación a través de distintos medios es indispensable para mantener una personalidad social (en lo que consideraba antes de llegar), después de cruzar el punto en el que el icono de señal en el celular desaparece, pareciera sentirse que se entra en una burbuja, aislada y alejada de lo que se estaba acostumbrado, mientras se avanza poco a poco entre más y más naturaleza que se vuelve más verde y densa.

Evidentemente en la comunidad existen formas de socializar, pero, siendo alguien distinto a la mayoría no es fácilmente interactuar en un sentido distinto al que las personas ven al pasante, es decir como “el médico”, por lo que la posibilidad de socializar con la población es difícil puesto que también es posible romper lineamientos para la atención; como ejemplo y no sólo en la comunidad rural, es el tener confianza con alguien y que por dicha relación social o de confianza pueda sentirse que, tiene alguna posición especial para atención, en especial para el horario de consulta.

Por lo que, como pasante que procede de un lugar cuyo círculo social no sólo se encuentra a cientos de kilómetros sino que la familia, y la forma de comunicarse con ellos se ve limitada a la adquisición de fichas de internet de cobertura limitada, lo que hace que se sienta tan alejado del mundo (que en su inicio parecía girar adecuadamente) y con limitantes para la interacción social, que son necesarias e indispensables para sentirse parte de algo; ya que en la comunidad es y será visto como “el médico”.

Y finalmente, llega el acercamiento con pacientes, es decir dentro del consultorio; como pasante, en teoría debimos pasar por distintos consultorios de consulta externa durante el internado o en prácticas de estudiante, sin embargo, pocas veces fue estando solos, o en este caso, 100% responsables de la consulta, es decir, realizar el interrogatorio, la exploración física, decidir un diagnóstico y por lo tanto un tratamiento.

Sí las primeras consultas evidenciaban una total inexperiencia en la cuestión clínica limitada a eso, la clínica, la limitante de comunicación cuando la traducción Tzeltal-Español parecía no tener sentido, comenzaba a dar un sentido de estar en otro sitio donde la medicina parecía no haber incursionado o, que en la formación médica recibida no había recuerdos, de cómo atender el “dolor de corazón”, el que “subió calor a su cabeza”, o “que su cuerpo quiere...”; dichas frases parecían no integrarse con un diagnóstico, y quedaba por una parte acercarse al padecimiento por la traducción ofrecida, la clínica sugerente de diagnósticos y padecimientos ya descritos; y pareciera que la población de la comunidad en distintos padecimientos eran ajenos a lo ya establecido o simplemente su presentación de padecimiento (es decir la misma fisiopatología en personas de comunidad urbana y rural, población indígena y aquella que no, quienes hablan alguna lengua y quienes hablan español) era diferente y lo que se requería era entender a qué cosa en realidad se referían al decir dichas frases.

Sí, la relación médico paciente en un inicio se presentó difícil por el paso entre el internado y el servicio en el que ya no hay nadie supervisando la consulta, o nadie a quien responsabilizar por los errores, o nadie a quién poder preguntar qué diagnóstico dar, y peor, usar una herramienta útil en la consulta (para cosas que lo requieren claro) como internet; sí, nos llenamos de conocimiento por años en la formación médica pero el aprender a sistematizar lo importante y lo que no, es algo que de alguna forma se adquiere con la práctica médica.

Desde la exploración física puede comenzar a notarse diferencias culturales, como lo es el uso de fajas (en el caso de las mujeres), trajes típicos para mujeres mayores, entre otras; de igual forma la percepción que tiene la población de la función del médico, para muchos es el que responde a su pregunta de “¿qué es bueno para...?” y de quien finalmente obtienen una receta, para otros es quien responde su pregunta de “quería saber qué tengo”, entre otras.

Como pasante que se enfrenta a un cambio totalmente radical a lo aprendido, enseñado, practicado y en el ambiente en que se desarrolló académicamente por años, llegar a un espacio con dichas características, es un gran salto, que, daba lugar a comenzar a tomar decisiones, dar un seguimiento a ciertos pacientes, a entender que la medicina no se limitaba únicamente a lo escrito en artículos o libros, que existe aún más necesidad de incursionar en la relación de la cultura y la salud, la limitación que representa el lenguaje, lo mucho que se puede hacer cuando se tiene poco o nada, o ver la gran necesidad de participación del sector salud en espacios así.

Como pasante era evidente que llegaría el momento en la consulta en que debía darse paso a algo que pone de prueba y manifiesto la estructura del sistema de salud en atención de problemas de salud que requieren un nivel superior al primero;

por lo que, fue notable la diferencia en la percepción que tiene la población sobre la atención de salud en un Hospital que en teoría cuenta con mayores recursos y personal para atender circunstancias de salud que no son posibles atenderse en la comunidad, pues muchos muestran un rechazo (en su mayoría con razones fundamentadas, y en otras mal comprendidas sobre una condición de salud grave e individualizada) hacia el servicio del Hospital, por lo que, realizar y ofrecer una hoja de referencia no significaba que se resolvió el problema por “pasarle la bolita” al Hospital, sino que implicaba tener un seguimiento de un paciente, tanto en el caso de acudir al Hospital, al servicio particular en Palenque, o quedarse en la comunidad con un manejo “conservador” y “expectante”.

Y esto es en gran medida cierto si nos ponemos a pensar en el contexto que ya conocemos del trato, recursos materiales y de personal en el Hospital, conocer esto nos haría pensar si en verdad preferiríamos la atención en el Hospital General público o en un lugar privado o quedarse en el mismo lugar. El Dr. Correa comentó con certeza que, “cuando el paciente confía en el médico, cuando el médico confía en la institución, el paciente confía en el sistema y se activa el proceso” (Correa Arreola, 2002).

## Comunitario

Fue evidente desde el inicio que, el tema de salud presentado y aprendido por años en el ámbito académico y hospitalario cambió radicalmente al presentarse la consulta general en la comunidad; es decir, que la población percibía de forma distinta la atención de salud. La antropóloga Cecilia Escobar, describe que “la interpretación colectiva de la enfermedad se efectúa en términos de causalidad y casi en todos los casos la sociedad juega un papel importante, sus reglas, su visión del mundo, a través de las concepciones de la enfermedad podemos también descubrir mitos, ritos y nuestra relación con el orden social” (Escobar Vekeman, 2003).

A pesar de tener una definición de parte de la OMS sobre salud, no significa que no pueda implicar algo más, algo que, dentro de una comunidad específica consideren como salud. La población expresa en la consulta su padecimiento como algo “activo” es decir, hacen referencia a su persona como alguien distinto o separado de quien habla; en ejemplo práctico un paciente habla en tercera persona de su propio cuerpo: “quiere que le dé medicamento”, “no muy le gusta a...”, “como que hay algo dentro que se mueve”; la forma en que ellos perciben la salud y la enfermedad es totalmente distinta a la percepción clásica con la que llegamos a dar nuestro

servicio, pues en nuestra mente pasa el resumen del resumen de la fisiopatología de la gastritis, cefalea, diabetes, hipertensión arterial, diarrea, etc.

Es decir que, la población, percibe su salud y enfermedad de forma distinta al conocimiento médico, por lo que, como quien ofrece un servicio de salud, debe considerar siempre dicha premisa, pues, intentar “imponer” una explicación al paciente con el fin no pedagógico sino de “hacer que tome su medicamento” no es la solución a dicha problemática. Sino que, es importante entender la percepción de salud en la población.

Existen frases o palabras que, la población traduce al español (pues es más que evidente que, si su lengua nativa es el Tzeltal piensen y se expresen en Tzeltal) para expresar su padecimiento, sin embargo, dichas frases traducidas o recibidas por nuestra mente que entiende español es en ocasiones divagar en un sinfín de posibilidades para terminar pensando “entonces ¿qué siente?”, aún las palabras o frases que intentamos usar para entender el padecimiento como “en sus palabras ¿cómo siente el dolor?”, “del 1 al 10, ¿cuánto le duele?” y la respuesta es “duele”, dan a entender que debe considerarse y adaptarse (y no significa rebajar) un interrogatorio que toma en cuenta dicho contexto. Es como en inglés, para referir enfermedad se encuentra: *illness*, *disease*, *sickness*; y cada una con un punto de vista distinto hacia la enfermedad, desde el individual, biológico y social.

Aunque como pasante de medicina se tiene una función y lista de habilidades a desempeñar en el área de la salud, no significa que, el conocimiento médico es totalmente absoluto y no exista más allá de ello; así como nosotros aprendimos salud en la carrera de medicina, la población aprendió salud en su entorno cultural; acaso ¿un libro y un salón de clases nos volvió completamente infalibles en explicar o determinar la causa de una patología?, no se trata tampoco de ir al campo epistemológico u ontológico sobre la salud en la población Tzeltal (aunque no significa que no sea importante) pues considero que, al estar en una cultura para la que como pasante de medicina no tuve una consulta médica completa en tzeltal sin necesidad de traducción, no estaría en posición de ahondar en dichas áreas.

Luis Emilio comenta que “la educación en el campo de la salud, en cualquiera de sus áreas: educación en salud, educación sanitaria o educación para la salud, han asumido al *sujeto* como el epicentro de las acciones” (Zea Bustamante, 2019); y dentro de la comunidad en ocasiones se atribuyen causas exógenas al padecimiento o enfermedad, claro, existen ocasiones donde se ve lo innegable que resulta un traumatismo craneoencefálico secundario a accidente en vehículo motorizado en estado etílico, es decir no fue una “fuerza” que intencionadamente decidió elegir a dicha persona para sufrir un TCE.



En cuanto al cómo se diagnostican las enfermedades en la comunidad, debe recordarse que, como se mencionó previamente, el contexto de la comunidad durante la última mitad del año 2021 fue que no contó con médico pasante, aunque se encontraba médico adscrito a la UMR del IMSS la población hacía referencias de ausencias constantes, es decir no contaban con un servicio médico accesible; por lo que, la comunidad continuaba y continúa en lo que ellos han aprendido a hacer cuando llega la enfermedad. Todo pueblo o comunidad rural conoce distintas personas o destacan entre ellos personalidades como: el rico, la partera, el huesero, el médico, el líder religioso (usualmente el “cura” o “padre”), el que conoce de hierbas, entre otros. Por lo que entre dichas personalidades es posible visualizar la trascendencia de personas que han atendido padecimientos, y que, han demostrado para la población ser personas con conocimiento y experiencia en quien pueden confiar y de quien reciben atención y tratamiento, a base en su mayoría, de plantas, y en otros casos, de quienes venden medicamento, que ante la petición o expresión de “¿qué es bueno para la tos?”, tienen una respuesta.

Sí, la población, aparentemente cuenta con personas que, más que sustituir la función médica, son quienes bajo las condiciones geográficas y culturales ofrecen el servicio de atención a la salud que, ni el sistema público ha podido ofrecer o garantizar, y que, el programa y proyecto universitario de la UAM en Chiapas se encuentra en trabajo conjunto con el pasante y las figuras comunitarias en salud (parteras, huesero, hierbero, etc), reconociendo que queda mucho trabajo por hacer; y claro aún en el mundo urbanizado no siempre se tiene el 100% de atención de salud accesible en todo momento, pero sí con mayores facilidades que en la comunidad.

Así que, cuando la población acude a la consulta médica, es común y necesaria la pregunta “¿y qué medicamento ha tomado?”, para de esta forma entender al menos dos situaciones, de las cuales una constituye un problema. Una situación es la de evidenciar la aún necesaria participación del sistema público en atención de salud, es decir que no siempre se cuenta con dicho servicio, al menos no los 7 días de la semana. Y en segundo lugar, un problema no sólo de la comunidad sino global, es decir, el uso indiscriminado de antibióticos, que es conocido, que en el futuro representará una importante causa de mortalidad, la resistencia a los mismos; y en la comunidad es un problema, porque, se hace uso y venta de los mismos sin prescripción ni receta médica; por lo que al ser de venta libre la población se ha acostumbrado a su uso como si fueran chicles que se piden en la tienda.

La población, dependiendo del género, edad, y grado de educación acude ya sea con quien conoce de plantas, con el de la tienda que vende medicamento, con el médico, o simplemente para automedicarse empíricamente; por lo que llegar a un diagnóstico nosológico en la consulta, o llevar un control en quienes tienen

padecimientos crónico degenerativos resulta difícil. Puesto que, la comprensión de la gente en su padecimiento es importante, debe considerarse el antecedente de quienes también participan en el tratamiento, es decir personas no profesionales de la salud (sin minimizar su participación, puesto que en lo personal, en muchas ocasiones es el mejor recurso ante la carencia del profesional de la salud) que bajo el empirismo inician un tratamiento, que en muchas ocasiones conlleva a la resolución del padecimiento, otras en las que ni el medicamento intervino sino la historia natural de la enfermedad que concluye en remisión, u otras a complicaciones.

Por lo que, en la comunidad debe reconocerse el papel de al menos 4 personalidades: el huesero, partera, hierbero, el de la farmacia o tienda que vende medicamento. En el primer lugar (escrito y mencionado aleatoriamente) está el huesero, que para la comunidad es un personaje reconocido y respetado, que bajo su experiencia y técnicas atiende problemas que para el ámbito médico situamos y relegamos a Traumatología y ortopedia.

Sí, en múltiples ocasiones la población prefiere y opta por el manejo conservador de parte del huesero para la atención de su luxación, fractura o trauma; como ejemplo claro está que la comunidad desconoce lo que implica una fractura, que el cuerpo resuelve sin intervención (claro dependiendo de la fractura), y puede restablecer su función o llegar a la recuperación; y ¿quién es el médico pasante para indicar imperiosamente que la única solución es quirúrgica y dentro del hospital?, cuando además la condición socioeconómica no permitirá llevar un manejo quirúrgico con especialista, resaltando la carencia de recursos del segundo nivel al que la comunidad debe acudir.

En cuanto al personaje que posee conocimientos sobre “hierbas” (usado dicho concepto por los mismos pacientes al referir “tomé hierba”) no es únicamente de una persona, sino pareciera conocimiento comunitario (claro, también se presentan usos de plantas o hierbas en padecimientos específicos) pues en múltiples ocasiones el paciente llega después de aplicación de plantas en cabeza, abdomen, extremidades, etc. Aun quienes poseen conocimiento médico en múltiples ocasiones también recibimos manejo de “plantas” como el tomar tés, jarabe para tos en casa, entre otros.

Por lo que, en este ámbito, es común y constante la participación previa de quien usa o conoce de plantas para atender desde el dolor de cabeza, fiebre, dolor abdominal, heridas. Y es de notarse que la comunidad al escuchar la pregunta “¿y qué planta usó?”, refieren en su mayoría desconocer el nombre, por dos posibles razones, sincera ignorancia de lo que usan, o consideran que la pregunta es acusatoria, al pensar que posiblemente dicha intervención complicó la situación o que quien realiza la pregunta considera que no sirvió de nada.

En cuanto a quien posee el título de partera, es fácil declarar y asociar su participación con el conocimiento de ginecología y obstetricia, y ¿qué puede decirse en dicho papel?, dar un diagnóstico en esta área pareciera sin conocer el papel de dichas personas, que no poseen el conocimiento basto y necesario para dar un seguimiento a pacientes en lo que médicamente hemos sectorizado o especializado.

La comunidad ha crecido con la idea en su mayoría, que, es mejor el parto en la comunidad o clínica (donde se realiza el servicio médico) que, en el Hospital, y ¿quién es el pasante para decir lo contrario?, es suficiente recordar lo que conocemos como “violencia obstétrica” que da razones suficientes para que, la comunidad considere “mejor” la atención en su comunidad que, salir y ser atendida en un hospital, por lo que en el diagnóstico las parteras fungen un papel esencial, y en muchas ocasiones dada su experiencia mejor que, el mismo pasante o profesionales (no minimizando la necesidad del conocimiento teórico para la práctica médica o de atención a la salud en esta área).

Y finalmente quien vende el medicamento, de quienes previamente se comentó su papel en la historia de la enfermedad presentada en la consulta, que influye en gran manera en la relación médico paciente, pues en múltiples ocasiones, la población se acostumbra a tener un medicamento que resuelva el problema en el momento, sin entender que debe existir una regulación en el tema farmacológico; por lo que en conclusión a este apartado comunitario, la salud, su diagnóstico y tratamiento son en muchos aspectos diferentes a lo acostumbrado y aprendido en el mundo académico, urbanizado y hospitalario.

## Institucional

En el marco de lo institucional, es necesario referir que, la Clínica Murcia Elisa Irina Sáenz Garza pertenece a la organización Zapatista, y no a una Jurisdicción Sanitaria del sistema de salud público. Y en relación a su mecanismo de trabajo, esta unidad de atención de salud, resalta entre otras clínicas de la organización por sus dimensiones, por la geografía en que se ubica, la participación de sus promotores, como lugar recurrente de reuniones de integrantes del movimiento.

Dentro de la clínica se encuentran Promotores de Salud, que, son pertenecientes al movimiento zapatista, con familia, trabajos, vidas como la mayoría, que realizan prácticas rotatorias de 10 días en parejas, usualmente uno de los promotores tiene más experiencia que su compañero. La función de ellos es administrativa en cuestión de lo relacionado a la clínica, como el mantenimiento y la farmacia; junto a

esta función está la función clínica, sí, participan dentro de la consulta médica al menos con dos actividades importantes: la primera es la traducción, pues son quienes median y a su experiencia dan la traducción del Tzeltal al español, y la segunda es pedagógica, es decir el acercamiento con el paciente junto con el médico pasante.

Al no ser una institución del sistema de salud pública, los recursos no provienen del gobierno ni de los árboles, sino que en cuestión de medicamento o procedimientos (atención de partos, suturas, nebulización, curaciones) se tiene un costo, que es sumamente bajo a comparación del servicio privado clásico, y que dependiendo de la condición económica del paciente pueden hacerse arreglos en los que participan o sancionan los promotores de salud.

Al estar en la comunidad y dentro de la clínica, la función del médico pasante es esencialmente dar consulta médica y cuando se requiera realizar procedimientos o consulta a domicilio, pese a existir un horario, existen ocasiones que la condición clínica del paciente amerita una atención de urgencia, los 365 días del año está abierta la clínica (fines de semana y días feriados) por lo que podría considerarse casi, atención hospitalaria que nunca cierra.

Sin embargo, no siempre se encuentra el pasante de medicina, pues como parte de su función es el reporte mensual junto con capacitación y días libres mensuales, no es posible estar todos los días dando consulta por lo que la estancia en todo el año es de alrededor del 60%, y es en esos días de ausencia que, se nota aún más la participación de los promotores de salud, que en ocasiones dan consulta o realizan procedimientos, lo que demuestra que el médico pasante no es indispensable, sino importante, pues parte de su función en educación de salud es enseñar a los promotores y tener una participación activa clínicamente.

Aunque no es una institución de salud pública que rinde cuentas a la jurisdicción sanitaria, existe una estructura y orden que permite llevar programas, como lo es el de enfermedades crónico degenerativas como Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus tipo 2 para los cuales desde el inicio resultó difícil pues no se contó con pasante de medicina en al menos medio año, por lo que no había registro de control de dichos pacientes.

De igual forma se cuenta con el programa de Atención Prenatal para el cual ha resultado difícil, por un lado llevar o tener pacientes en este programa, puesto que en su mayoría lleva un control con partera, ya sea en la misma comunidad o de la que proceden, en algunos casos acuden a la UMR del IMSS con la enfermera, y finalmente para la resolución del embarazo a la clínica para atención del parto o solicitar hoja de referencia para atención en el hospital.

Existen programas para el Crecimiento y Desarrollo (CyD) desde el nacimiento hasta los 15 años, y claro no sólo en la comunidad rural sino también en el espacio urbanizado, es mínima o nula la participación de los padres en acudir a consulta de control para sus hijos. Sin embargo, quienes ocupan los mayores números de consulta en el mes son los pacientes pediátricos, lo que significa que, hay más posibilidad de encontrarse a un paciente entre 0-15 años en el año, a quien puede incluirse en el programa de CyD.

De igual forma debe referirse que existen programas para víctimas de violencia, enfermedades endémicas como tuberculosis (sí, tuberculosis), prevención de cáncer cervicouterino; dichos programas deben ser llenados mensualmente para llevar un seguimiento del control de los pacientes. Dado que es una comunidad pequeña, llega el momento en que se pueden conocer a pacientes que en un inicio pareciera no identificarse que acudió el mes anterior (lo que dificulta saber si debe o no ingresarse en un programa); pero como se refirió, dentro de la clínica y como función del pasante es la elaboración de expedientes para los pacientes que pertenecen a un programa.

# 2ª sección: Diagnóstico de Salud Comunitaria

## Introducción

A lo largo de esta segunda sección se ha de presentar a mayor detalle la condición de salud dentro de la comunidad, valorando y considerando distintos marcos de referencia, pero teniendo como eje para este apartado, el Derecho a la Salud. ¿Por qué dedicar tiempo y recursos para considerar algo que en teoría ya está declarado como un “derecho”?, porque es importante considerar el contexto y marco histórico que condujo al presente de dicha condición en materia de salud; y para valorar y evaluar si, siendo ya un derecho, es otorgado y dado a cada individuo en el territorio mexicano.

Por ello es menester considerar el concepto de salud como su definición y abordaje, al igual que responder qué variables son necesarias cambiar o añadir para que la salud en verdad pueda ser un derecho real y tangible para la población en general, y no únicamente a un sector privilegiado geográficamente, políticamente, entre otros detalles.

Cuando se aborden las variables que participan en el estado de salud, será necesario también reconocer responsabilidades y funciones en la misma, es decir, identificar ¿qué corresponde al individuo para tener salud? ¿Qué le corresponde al profesional de salud que se relaciona directamente con la población?, ¿qué responsabilidad tiene el gobierno o el Estado para garantizar un derecho, y en este caso, el de Salud?, ¿qué corresponde a la comunidad inmediata como la familia o población?

En efecto, dichas preguntas son de indudable importancia para analizar y poder vislumbrar cuál es el alcance real de lo que asumimos comúnmente como un derecho. Debe considerarse que México es un país que pese a su condición socioeconómica, siendo un país en vías de desarrollo; las actividades en materia de Salud no han parado, es decir, participaciones e intervenciones en favor de la población han marcado espacios y momentos que el día de hoy pueden reconocerse como acciones eficaces que garantizan el derecho a la salud; pero también, en el transcurso de esto, se han encontrado eventos o cambios con efectos colaterales que, se traducen no sólo en números, sino en vidas, familias.

Por esto, es necesario un abordaje crítico sobre el Derecho a la Salud en el marco de lo normativo, legal, es decir, aquello que, ya está escrito; y que en la realidad dista mucho de ser tangible. La labor desempeñada a lo largo de 1 año de servicio social, en una comunidad con distintas características (geográficamente, culturalmente, políticamente) permite y da oportunidad de considerar la realidad del Sistema de Salud Público, por lo que esta sección no pretende ser un minucioso abordaje sino un análisis breve pero necesario sobre la realidad en materia de salud.

## Marco Teórico sobre Derecho a la Salud

En cuanto la definición clásica y aprendida, entendemos en su mayoría que el concepto de Salud dado por la OMS ha permeado en distintas áreas de la salud, siendo así que se le define como:

“La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (La Valle, 2017).

Dicha definición es necesaria analizar y entender, pues a simple lectura es posible que surjan las siguientes preguntas: ¿Quién determina lo que es un estado “completo”? ¿Qué determinantes ubicarán la condición de salud en una que sitúe algo más que la ausencia de enfermedad? ¿Es posible que existan otras esferas a valorar además de lo físico, mental y social?, ¿Siempre se requerirá de un tercero para poder determinar si se tiene Salud? ¿Hay otras definiciones de Salud compatibles con la de la OMS?; éstas, entre otras son preguntas que merecen el espacio para el análisis, tanto que pueda conducir dicha reflexión, desde el individuo hasta a aquel que debe ofrecer y garantizar ciertas variables que influyen significativamente en la Salud, es decir la participación y el papel del Estado.

¿Qué condiciones son necesarias para tener salud? Pretender responder plenamente a esta pregunta indicaría que se cuenta con una definición absoluta y universal sobre el concepto de salud, pero no es así; sin embargo es posible identificar elementos que, pueden influir en el proceso. Como la pregunta lo indica implícitamente, “para tener”, refleja una ausencia o carencia de salud, es decir, se está distante de dicho estado.

Yendo al marco de lo individual, el ser humano es vulnerable de perder el estado de salud por factores exógenos y endógenos; en los exógenos se encuentran no solamente aquellos factores físicos, químicos y biológicos, sino también aquellos que dicten una normativa de salud, y dentro de los factores endógenos, aquellos que no dependen de decisiones, sino más bien de genética, entre otros.

En el marco de lo colectivo, es necesario resaltar que la interacción social amerita intervención en lo legislativo, es decir algo o alguien que pueda marcar una normativa o pauta en materia de salud; por lo que aquello que se imparta, ofrezca, promueva, atienda colectivamente termina en última instancia en una afección individual, ya sea positiva o negativa en cuestión de salud.

¿De quién o qué, depende señalar qué responsabilidad atañe al individuo o comunidad?, por una parte la lógica puede responder dicha pregunta. Es decir, desde reconocer el derecho a la vida, la libertad de elegir el cómo cuidar nuestro



cuerpo, muestra que inevitablemente somos responsables de nuestras decisiones; pero acercándonos al espacio de lo colectivo o comunitario, como se refirió, es necesario una figura que regule y marque la pauta o lineamientos que el individuo perteneciente a un espacio y grupo social, pueda acceder y ejercer su derecho a tener salud; es decir el Estado, como figura de autoridad es quien debe fungir un papel regulatorio, en el que existan actos de promoción, prevención, atención, en relación al cuidado de la salud.

Se ha comentado que “el desarrollo de la salud pública ha tenido múltiples enfoques, a partir de los lineamientos de los sistemas de salud, la comunidad o el individuo” (Hernández, Ocampo, Ríos, & Calderón, 2017); en el trascurso de la historia, se han propuesto distintos caminos y modelos que pretenden explicar tanto el fenómeno salud-enfermedad, como desarrollar sus componentes para así proponer estrategias que pretenden alcanzar y garantizar un estado de Salud como lo dicta la OMS.

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), se declaran principios básicos que permitan a todos los pueblos gozar de salud. Pues declaran entre sus principios:

“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.”

Por lo que, consideran que el alcance llegue a todo ser humano, sin importar el origen, es decir insta a la no discriminación. Lo cual es significativo considerando el año en que se declaró, posterior a la segunda guerra mundial, donde los motivos instados por dicho evento implicaron actos de naturaleza deplorable, que trascendieron en el campo de lo físico, mental y social. La misma Constitución declara y va mucho más allá de un principio de beneficios individuales, al referir que “la Salud de todos los pueblos es fundamental para lograr la paz y la seguridad”; por lo que se deja ver el marco bélico que dejó huella en el mundo entero.

Es claro que desde hace décadas en dicha Constitución de la OMS se dejó confirmada una responsabilidad social, una tarea que atañe al gobierno, pues señalan:

“Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”

Y más claro no pudo quedar, que aquellos Estados que participaron en dicho evento, bajo el cual existe una Constitución en la que se señala su papel en la salud del pueblo al cual gobiernan, no tienen excusa para deslindarse de lo que implica dicho principio. Puede verse que, sí, el ser humano tiene una responsabilidad

intrínseca sobre su salud, pues en el mismo derecho a la vida se encuentra la libertad que posee para consigo mismo, pero declarado y necesario quedó el principio de responsabilidad gubernamental sobre la salud.

“El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud.” (ONU: CESCR, 2000).

En Ginebra, la Observación General número 14, fue de relevancia para el artículo número 12 del PIDESC, puesto que se externa que, la salud es el derecho fundamental y eje para poder gozar y hacer valer el resto de derechos humanos. Por lo que se coloca a la salud en una posición de suma importancia de grado indispensable e insustituible. Y no sólo esto sino que marca un camino bajo el cual es posible que cada ser humano pueda gozar de ello.

Dicha efectividad en este derecho es alcanzable si el Estado garantiza y hace valer normativas y políticas en materia de Salud, la OMS adquiere responsabilidad global en lo que compete al desarrollo e implementación de programas de salud, e insta al marco jurídico concreto y necesario para hacer valer y mantener el derecho fundamental, que es a la salud.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el artículo 25, párrafo 1, se afirma lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (ONU, 1948).

Lo anterior permite ver que se podía percibir el principio de Salud aplicado a cada ser humano, incluyendo aspectos que parecieran irrelevantes para contribuir al estado de salud; sin embargo, debe referirse que, el Comité en la reunión de Ginebra 2000, era consciente de la realidad remota en la que múltiples grupos, comunidades se encontraban de alcanzar el ideal en salud; señalando a la pobreza como una limitante en el camino para lograr el máximo nivel de salud.

Debe resaltarse que no se pretende mostrar el Derecho a la Salud como un derecho a estar sano, sino que debe reconocerse que implica libertades como el controlar la salud y cuerpo de forma individual, con el toque de inclusión en el ámbito sexual y genético, así como no someterse a torturas o tratamientos no aprobados o no consensuados.

“El artículo 12 del Pacto hace uso de las palabras **el más alto nivel posible de salud**, y aquí se tienen en cuenta condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, como los recursos con los que cuenta el Estado.” (ONU: CESCR, 2000).

Es de referirse que, el Comité considera ciertos determinantes en la Salud que en otros contextos históricos parecerían irrelevantes, como el “acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (ONU: CESCR, 2000).

Existen 4 elementos clave que son esenciales e interrelacionados:

**Disponibilidad:** “Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”.

**Accesibilidad:** “Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.”

**Aceptabilidad:** “Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.”

**Calidad:** “Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”

Estos elementos clave, permiten ampliar el panorama en el marco de la salud, en cuanto a lo que corresponde al Estado parte, es decir en este caso haciendo referencia a México, como nación responsable de que su población tenga las condiciones que le permitan alcanzar el nivel más alto en salud.

La realidad en el país mexicano, permite señalar que la disponibilidad no es algo que se pueda ver en el presente, puesto que, continúa siendo insuficiente los establecimientos que brindan atención en salud.

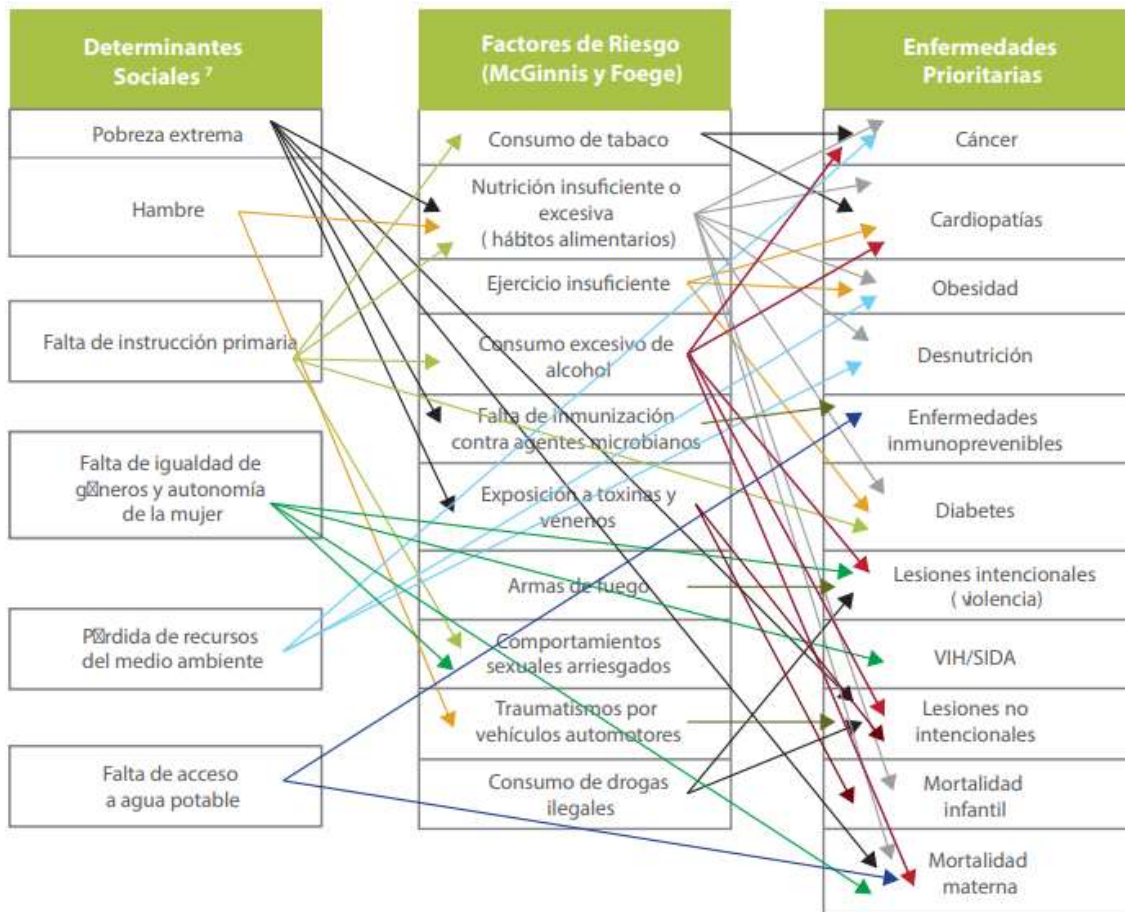
La accesibilidad amerita el uso de un antónimo, puesto que continuamente acciones de discriminación se viven día a día de parte de servidores en el sector salud hacia población vulnerable, la población indígena no goza del conocimiento pleno en su lengua para comprender las condiciones y derechos que le protegen y permiten alcanzar el nivel máximo de salud; dicho sector de la población es constantemente marginado para recibir atención en materia de salud.

Aceptabilidad, esto enmarca una realidad próxima para comunidades o minorías que fácilmente pueden ser víctimas en este escenario, es decir que este elemento permite resaltar a poblaciones vulnerables o con características que, interfieran con el principio a alcanzar. La calidad puede para muchos ser subjetiva y relativa, y sí, siempre debe considerarse el contexto del desarrollo del Estado parte, pero sin olvidar procurar mantener las condiciones que faciliten un servicio y atención de calidad.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido que el estado de salud y bienestar de la población dependen de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que define como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren.” (Urbina Fuentes, 2015)

Si se reflexiona sobre lo que implica la declaración previa, podría entonces pensarse que, no toda la población tiene las mismas condiciones, herramientas o circunstancias que le permitan alcanzar un objetivo común; es decir, existe una meta o un principio a alcanzar, se proponen estrategias para que la población alcance el nivel máximo en salud, pero, ¿son suficientes?, o mejor dicho, son ¿equitativas o justas?; pues ¿de qué sirve adaptar estrategias o programas que “ayuden” en alcanzar un estado máximo de salud, si condiciones externas no cambian?.

El nacimiento, crecimiento, alimentación, educación, trabajo, recreación y muerte, son elementos clave que deben considerarse en cada esfuerzo por intentar alcanzar a la población en metas de salud. “Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.” (Alfaro Alfaro, 2014).



**Cuadro Determinantes sociales.** (Alfaro Alfaro, 2014).

¿Por qué para la Organización Mundial de la Salud son relevantes los determinantes sociales para la salud?, porque implícitamente se encuentran relacionados con la mortalidad/morbilidad, sí, dichos determinantes influyen en corto, mediano y largo plazo en la salud de la población a la que en la teoría se pretende alcance el nivel máximo de salud. Desde pobreza, educación, inequidad, recursos ambientales, y hasta el acceso a agua potable (recurso natural que, no está siendo mundialmente administrado como debiese); por lo que el informe de la OMS en cuanto a estos determinantes permite visualizar hacia dónde dirigir los planes y programas para reducir los números en mortalidad/morbilidad.

La salud de la población está bajo la responsabilidad del Estado, el cual debiese mantener en constante garantía las condiciones que favorezcan al individuo. Es importante tener también definido las funciones de la salud pública pues de dicha forma es posible exigir el cumplimiento de leyes o normas en protección de y para la salud. Es evidente una necesidad urgente de luchar contra la inequidad,

Hasta hace un siglo, en el territorio mexicano existía una percepción en cuanto a la salud, pues acompañaba el concepto de “protección a la salud”, y se entendía que

esto implicaba condiciones en el marco de seguridad social de quienes pertenecían al sector laboral, por lo que en este contexto de “protección a la salud” no se consideraba a la población “no trabajadora”. Pese a ser promulgada la Constitución de 1917, se delimitaba el marco jurídico por los derechos sociales; sin embargo hasta 1983 se incluyó el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señalando que:

“Toda persona tiene derecho a la protección a la salud” (Artículo 4° Constitucional)

Por lo que el derecho a la protección de la salud pasó a un nivel constitucional, pasando a ser una garantía de igualdad que la Constitución daba. Y debe entenderse que, lo que pasó a nivel constitucional fue la “protección de la salud” y no el “derecho a la salud”, pues documentos internacionales parecieran señalar esta situación, lo que significaba que el Estado tenía la obligación de proteger la posibilidad de acceder, en situaciones de igualdad, a los servicios de salud. (CONAMED, 2021).

Hasta el mes de febrero de 1984 se decretó la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud en el territorio mexicano. Aunque el 4° artículo constitucional no tuvo alguna reforma en el año 2011 con la reforma constitucional en la que se armonizaron distintos artículos con los derechos humanos establecidos en instrumentos internacionales; lo relacionado al derecho a la protección de la salud, no sería más una garantía de igualdad respaldada por la Constitución, sino un Derecho humano que la misma, reconoció en su artículo 1° donde se declaró lo siguiente:

Artículo 1. “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.”

Por lo que se deja ver, que la influencia de los Organismos Internacionales con acciones encaminadas a la protección y derecho a la salud alcanzó al territorio mexicano, el cual comenzó gradualmente a progresar en el reconocimiento del invaluable derecho humano.

El Estado o Gobierno tiene presente y definidas las finalidades de ofrecer al pretender alcanzar el derecho a la Salud, pues las fracciones del artículo 2 de la Ley General de Salud dictan y delimitan lo siguiente:

- I. *“El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades”*
- II. *“La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;”*
- III. *“La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;”*
- IV. *“La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud”*
- V. *“El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.”*
- VI. *“Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;”*
- VII. *“El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;”*

Es importante señalar que, en la fracción I, el Estado espera que la población alcance una plenitud en sus capacidades en la esfera física, mental y social, lo cual pareciera algo pretensioso sin embargo, la historia ha marcado las pautas para llegar a dicha conclusión sobre lo que implica en verdad gozar de salud; pues basta tomar breves momentos para considerar las etapas de la historia sin ir tan lejos en territorio, donde la cuestión mental y social no eran consideradas importantes para el goce de salud, sino cuestiones ajenas a la definición actual.

Pareciera ser que el Gobierno, ha alcanzado cumplir en parte la fracción II, pues comparar la esperanza de vida en México antes del 2000, y al presente, podrían mostrar que, la prolongación de la vida humana se ha logrado, pero, ¿la calidad?; a la par de la fracción III puede y debe considerarse que, la realidad de protección de aquello que conserve la salud es subjetivo, dependiendo del lugar y situación que se hable, es decir que, no es una finalidad 100% alcanzada en la población o el territorio mexicano.

En la teoría esta Ley de Salud pretende alcanzar un estado en el que los servicios de salud y asistencia social satisfagan las necesidades de la población. Eso es una utopía si se considera la realidad inmediata (en referencia al estado de Chiapas), claro no es imposible, pero a pesar de que los Censos muestran consecutivamente un problema real y tangible en las tasas de mortalidad por circunstancias que, podrían evitarse, prevenirse y atenderse, continúa existiendo una brecha entre el objetivo del artículo 2 de la Ley General de Salud y la realidad; por lo que es importante no perder de vista aquellas acciones por mínimas que parezcan que vayan encaminadas al objetivo.

Las estadísticas reflejan un significativo porcentaje de la población, que, carece de seguridad social, y dicha población debiese contar con el apoyo en servicios gratuitos en atención de salud, y los recursos necesarios para ello, como los medicamentos o algún insumo, debiesen ser dados sin obstáculos para quienes son destinados; al menos eso pretende la fracción VI.

Sí, es de vital importancia que la población tenga el acceso a información que le permita entender no sólo la estructura del sistema de salud público, sino del cómo puede hacer uso de su Derecho a la Salud.

Lo anterior puede hacernos pensar en la condición actual de México en cuestión de Salud, la percepción mundial en el mundo sobre Salud y cuán relevante es en el presente. Y es basto el escenario de la condición nacional y estatal en materia de salubridad, sin embargo es posible a este punto reconocer que existe un problema que en las últimas décadas ha intentado ser solucionado por organismos internacionales hasta la participación del Estado.

En conclusión de esta sección, se logra apreciar una situación o problema social con trasfondo histórico en pretender solucionar el problema de Salud en la población, abarcando desde el marco jurídico en reconocer el invaluable derecho a la vida, y yendo aún más allá, el derecho a la salud y su protección; en este contexto se vislumbra la necesidad de intervención oportuna desde Organismos Internacionales hasta el papel del Estado como responsable en cierta y significativa parte para alcanzar el “nivel máximo posible en salud”.



## Diagnóstico Comunitario

Los Estados Unidos Mexicanos tienen un total de 126 014 024 habitantes acorde al último censo de población y vivienda llevado a cabo del 2 al 27 de marzo de 2020. De toda la población mexicana el 51.2% corresponden a mujeres (64 540 634) y 48.8% a hombres (61 473 390); lo que puede traducirse estadísticamente en que sí, hay más mujeres que hombres, pero no es abrumadora la cifra de diferencia. La edad mediana en el 2000 era de 22 años, para 2012 de 26 años y 2020 de 29 años. México ocupa el lugar número 11 de población a nivel mundial quedando debajo de Japón y arriba de Etiopía.

Ese lugar lo ha mantenido desde el 2010. (INEGI, 2020), por lo que pareciera no presentarse un crecimiento exponencial en la última década. La población creció en 13.7 millones respecto al 2012 con lo que la tasa de crecimiento promedio anual en la última década es de 1.2%.

### Datos fisiográficos generales

#### *Chiapas*

El estado de Chiapas está situado en la parte sureste de la República Mexicana, colindando al oeste con Oaxaca, al noroeste con Veracruz, al norte con Tabasco, al sur con el Océano Pacífico y al sudeste con la República de Guatemala; por lo que podría esperarse que este estado sea un sitio de migración para centroamericanos. Su superficie es de 73,681 kilómetros cuadrados, la cual representa 3.8% del territorio total nacional y está dividida en 124 municipios, siendo su capital Tuxtla Gutiérrez. (México W. , 2014); y esto coloca al estado en un territorio extenso en comparación con distintos estados del país.

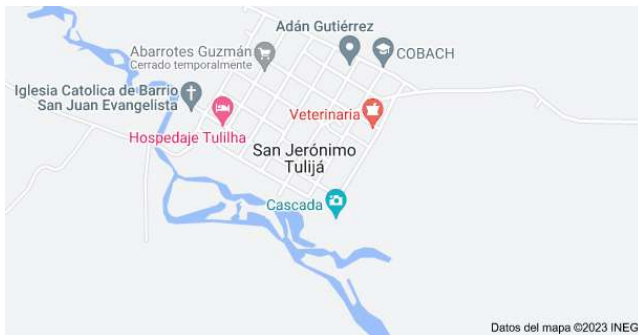


De acuerdo con el Anuario estadístico estatal 2011 de INEGI, está dividido además en tres provincias fisiográficas: Llanura Costera del Golfo Sur (5.87%), Sierra de Chiapas y Guatemala (63.02%) y Cordillera Centroamericana (31.11%). Las dos últimas son formadas a su vez por las subprovincias Sierras del Norte, Sierra Lacandona, Sierras Bajas del Petén, los Altos, la Depresión Central, Sierras del Sur, Llanuras del Istmo, Llanura Costera y Volcanes de Centroamérica.

Así que Chiapas puede posicionarse como un sitio importante para la migración, turismo y comunicación con dos estados importantes en turismo y en aporte económico como Tabasco (en relación a su papel con el petróleo).

## Chilón

El municipio de Chilón se encuentra ubicado entre los límites de las Montañas de Oriente del estado de Chiapas. Cuenta con una extensión territorial de 2,490.00 kilómetros cuadrados. Se sitúa a una altitud promedio de 880 metros sobre el nivel del mar. El municipio de Chilón tiene límites al norte con los municipios de Tumbalá, Yajalón, Tila, Salto de Agua y Palenque, al este y al sur con el municipio de Ocosingo, al oeste con Sitalá, San Juan Cancuc, Pantelhó y Simojovel de Allende. Chilón es un municipio con alcance y relación con al menos dos municipios importantes en el Estado de Chiapas, es decir con Ocosingo y Palenque.



## San Jerónimo Tullijá



La comunidad de San Jerónimo Tullijá, es una comunidad que se fundó en 1953 por campesinos de etnia tzeltal, migrantes, se ubica al noroeste del estado de Chiapas, en la región socioeconómica denominada Selva, colinda con los municipios de Ocosingo, Salto de Agua y Palenque, se encuentra a 6 u 8 horas de la capital Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Por lo que, como

comunidad para no se encuentra completamente aislada de espacios importantes como Palenque u Ocosingo. Se le adjudica un título como microrregión que está integrada con varias rancherías como es: El Diamante, Ampliación, Joltulijá; El Piedrón con las localidades Amaytic, Estrella de Belén, Chajtetic, Santa Cruz Tullijá, San Miguel Tullijá. Todas las rancherías se conectan con la comunidad de San Jerónimo Tullijá, porque es el centro de llegada y salida de muchas rancherías. (PueblosAmerica.com, 2023); de estas comunidades es de mencionarse que, han

acudido a consulta a la clínica Murcia, donde el MPSS de la UAM realiza su servicio social, y a lo largo del año, fue posible identificar que, no sólo de dichas rancherías sino de otras más, y aún mucho más alejadas.

No existe algún medio de transporte que lleve directo a San Jerónimo Tulijá a menos que sea en auto particular, si ese no es el caso la forma de llegada es en combis/urban, y taxis o motos. La siguiente es la ruta para llegar a esta comunidad desde Palenque, Chiapas.

En Palenque se debe buscar las combis que pasen por el crucero “El Piñal” dicho transporte tiene un costo de \$70, con un horario límite de salida a las 4:00 pm aproximadamente; posterior a este horario hay que buscar otra forma de acceso a la comunidad; el tiempo de traslado es desde 1 hora hasta 1 hora y media, pasando por múltiples comunidades, además de acercarse a rutas turísticas. Una vez en el crucero “El Piñal” se debe buscar algún auto particular que se dirija a San Jerónimo Tulijá, generalmente los habitantes de ahí usan sus autos particulares para llevar viajes funcionando como “taxis”.

El costo de este transporte es de \$30 en caso de ir acompañado o que el taxi lleve más personas, de lo contrario el viaje individual puede llegar a \$100, si no se llega a encontrar algún “taxi” entonces se debe optar por la opción de motos que también realizan estos traslados. Si por alguna razón no se alcanza la combi hacia “El Piñal”, la alternativa es la siguiente: Buscar la terminal de combis denominada “Chancalera” dónde salen combis hacia el crucero Chancalá, una vez ahí se debe buscar algún “taxi” pase por el crucero “El piñal” y posteriormente tomas taxi o moto como ya se comentó previamente. Una vez comentado los medios de transporte para el acceso a dicha comunidad se denota la complejidad de la ruta y acceso a la misma.

Desde el Crucero El Piñal hasta San Jerónimo Tulijá son aproximadamente 9k, de los cuales 2/3 partes aproximadamente son carretera y el resto terracería, a lo largo de la ruta se encuentran pocas casas, pues en su mayoría son hectáreas de la población para cultivo.

En esta comunidad hasta el mes de Noviembre del 2022, la comunicación por telefonía era limitada y dependiente únicamente de fichas de internet, las cuales se adquieren desde 3 horas, 24horas, 7 días, o 1 mes. No funcionaba o no existía red telefónica (ni Telcel, Movistar, AT&T, etc), por lo que esto representaba un problema puesto que una significativa parte de la población es estudiante, además de presentar el problema para la población en general que necesitaba comunicarse con el exterior. En el mes de Junio 2022 se compartió la noticia de que la antena de señal estaba lista para trabajar, sin embargo eso tardó 5 meses más.

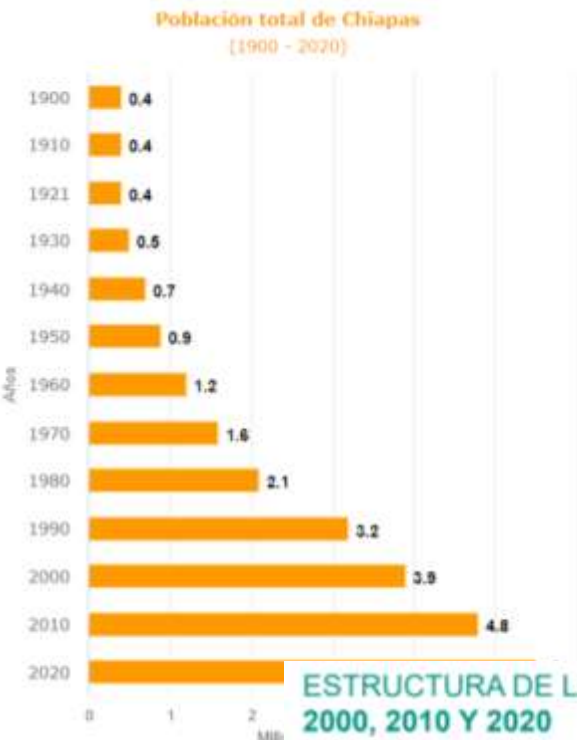
Desde la posición de pasante del servicio social, tener limitación en comunicación ya sea para llamadas o mensajes (a través de un plan telefónico), o acceso a

internet es una condición sí desafiante y no imposible de sobrellevar, sin embargo para situaciones de urgencia o duda en cuestión médica durante la consulta, representa un gran problema, no únicamente en el aspecto social.

Sin embargo, desde Noviembre 2022 que, la antena de señal permite tener “señal”, es posible adquirir un plan de datos, que permite el acceso a internet y la posibilidad de recibir o realizar llamadas sin necesidad el wifi por ficha, lo que en un trasfondo representó una baja en las ganancias de quienes tenían el negocio de internet por fichas (el cual sigue siendo necesario); pero esto representa un gran avance en la cuestión de comunicación y urbanización.

### Indicadores Sociales

#### Demografía en Chiapas



La población total en Chiapas es de 5 543 828 habitantes. De ellos, 2 837 881 son mujeres (51.2%) y 2 705 947 son hombres (48.8%) ocupando el lugar 8 a nivel nacional por número de habitantes. Por municipios, Tuxtla Gutiérrez es el más poblado con 604 147 habitantes, mientras que Sunuapa es el menos poblado, con 2 308. La edad mediana en el 2000 era de 19 años; para 2010, de 22 años, y en 2020 es de 24 años. En la siguiente gráfica se observa que de 1930 a 2015, la tendencia de crecimiento en Chiapas ha sido constante.

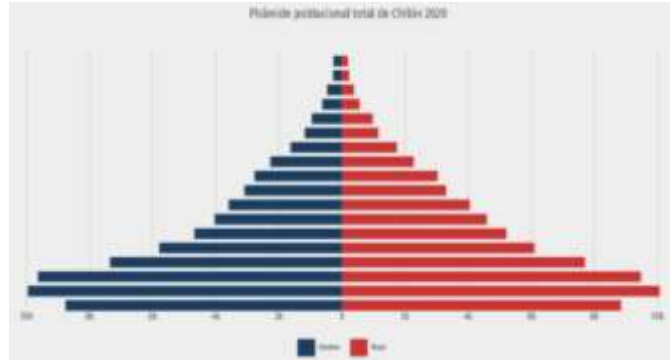
A 2020, la esperanza de vida en Chiapas es de 74.3, en México es de 75.2 años. Al igual



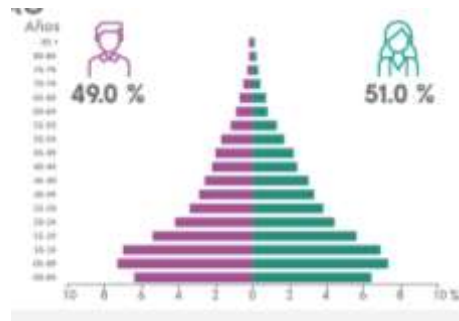
que sucede en otras entidades de México y en otros países del mundo, las mujeres en Chiapas viven, en promedio, más que los hombres.

### Demografía en Chilón

En 2020, la población en Chilón fue de 137,262 habitantes (49% hombres y 51% mujeres). En comparación a 2010, la población en Chilón creció un 23%. Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron 5 a 9 años (20,029 habitantes), 10 a 14 años (19,109 habitantes) y 0 a 4 años (17,607 habitantes). Entre ellos concentraron el 41.3% de la población total.



121 000 habitantes, hablan alguna lengua indígena, pues se encontró que la población de 3 años y más, habla al menos una lengua indígena, lo que corresponde a 88.4% del total de la población de Chilón. Las lenguas indígenas más habladas fueron Tzeltal (121,172 habitantes), Ch'ol (58 habitantes) y No especificado (15 habitantes).



### San Jerónimo Tulijá

La población total de San Jerónimo Tulijá es de 1763 habitantes, dentro de todos los pueblos del municipio, ocupa el número 5 en cuanto a número de habitantes. San Jerónimo Tulijá está a 342 metros de altitud.

Datos de población en San Jerónimo Tulijá (Chiapas)

Año	Habitantes Mujeres	Habitantes hombres	Total habitantes
2020	860	903	1763
2010	911	948	1859
2005	858	902	1760



## Natalidad



En 2019, en Chiapas se registraron: 49,766 nacimientos y 28,317 defunciones (muertes). En el 2000, el promedio de hijas e hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más era de 2.7; en 2010 fue de 2.5 y en 2020 es de 2.3 hijas e hijos nacidos vivos por mujer. Los 1 912 178 nacimientos registrados durante 2021

representan un aumento de 17.4 % respecto a los registrados durante 2020.

De las personas registradas, 83.2 % obtuvo su acta de nacimiento antes de cumplir un año, mientras que 16.8 % tenía un año o más al momento del registro. 51.4 % de los nacimientos registrados correspondió a madres quienes al momento del nacimiento tenían entre 20 y 29 años.

En 2021, la tasa de nacimientos registrados por cada mil mujeres en edad reproductiva fue de 55.6. Las entidades federativas con las mayores tasas fueron: Chiapas, con 99.8; Guerrero, con 72.5 y Zacatecas, con 67.9 (INEGI, 2022)

### EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DE NACIMIENTOS A PARTIR DEL AÑO EN QUE OCURRIERON

Año de ocurrencia	Año de registro										Total de nacimientos ocurridos
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
2012	1 662 644	528 946	76 556	37 801	25 745	14 995	8 833	5 047	1 561	2 553	2 364 481
2013		1 650 912	519 804	61 367	35 684	23 585	14 346	8 557	2 249	3 108	2 319 402
2014			1 645 974	485 353	61 236	34 239	23 215	15 253	4 346	4 641	2 274 257
2015				1 616 998	480 824	60 264	34 404	24 680	7 824	8 789	2 233 983
2016					1 575 611	454 245	57 864	35 243	13 168	14 761	2 150 892
2017						1 562 008	450 259	61 969	21 877	24 308	2 110 421
2018							1 489 660	434 007	37 988	38 702	2 000 357
2019								1 432 072	335 378	77 463	1 844 913
2020									1 169 571	504 677	1 674 248
2021										1 171 953	1 171 953
<b>Total de nacimientos registrados</b>	<b>2 488 880</b>	<b>2 478 889</b>	<b>2 463 420</b>	<b>2 353 596</b>	<b>2 293 708</b>	<b>2 234 039</b>	<b>2 162 535</b>	<b>2 092 214</b>	<b>1 629 211</b>	<b>1 912 178</b>	

Fuente: Estadística de Nacimientos Registrados, 2012-2021

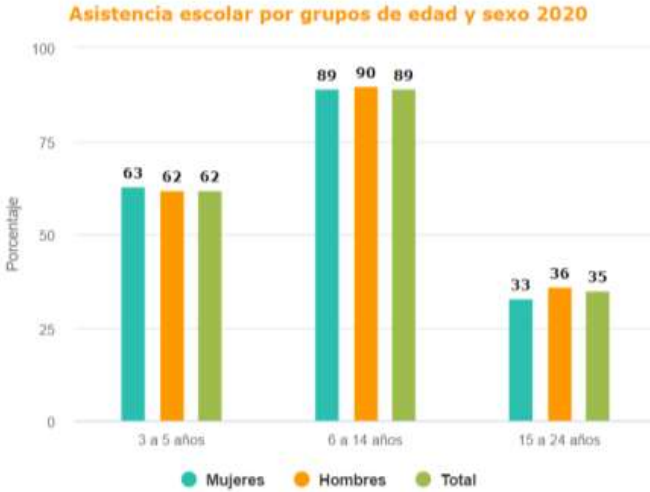
En Chiapas, las principales causas de muerte son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores maligno.

En San Jerónimo Tulijá, conocer la tasa de natalidad exacta, es variable, puesto que, al haber dos servicios o espacios de atención primaria, el seguimiento de control prenatal es dividido no sólo con el adscrito de la UMR IMSS sino con el

MPSS en la clínica Murcia, y además por parteras de la comunidad, que, no sólo llevan el seguimiento para muchas pacientes embarazadas, sino también la atención del parto en casa. Y, al término del embarazo, muchas no continúan con seguimiento médico y por lo tanto la labor de estadística tiene sesgos por dicha variable. Durante la pasantía del 2022 al 2023 se obtuvo un registro de 25 partos atendidos, considerando las cifras del programa de Atención Prenatal de la clínica zapatista, en conjunto con el trabajo externo llevado a cabo por la partera (es decir partos atendidos en casa por la partera), y las cifras compartidas por el personal de la UMR IMSS, teniendo en cuenta que hay un aproximado de 457 mujeres en edad fértil (con un rango de 14-44 años) la tasa de natalidad es de 5 partos por cada 100 mujeres en edad fértil.

*Migración*

Entre 2015 y 2020, salieron de Chiapas 160,125 personas para radicar en otra entidad. De cada 100 personas: 18 se fueron a vivir a Quintana Roo, 16 a Baja California, 8 a Nuevo León, 5 a Jalisco y 5 a Tabasco

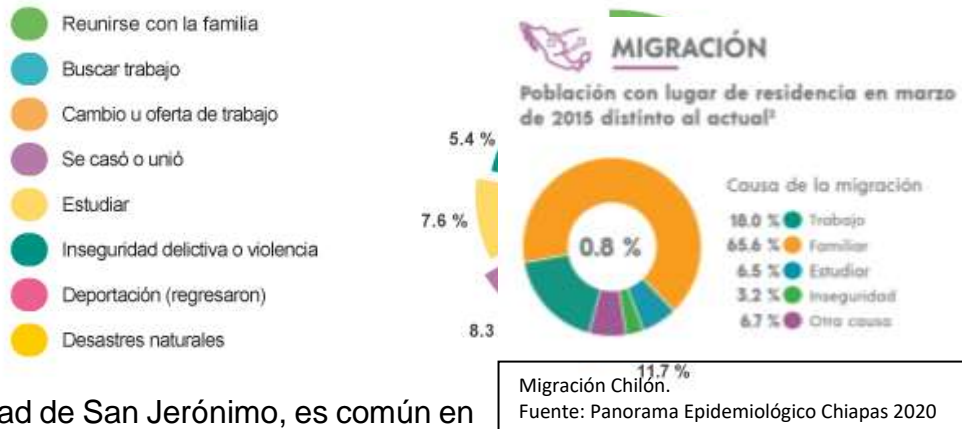


Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

Entre 2015 y 2020, llegaron a vivir 56,588 personas a Chiapas, procedentes del resto de las entidades del país. De cada 100 personas: 12 provienen de Tabasco, 10 de Quintana Roo, 9 del estado de México, 9 de Ciudad de México y 9 de Veracruz de Ignacio de la Llave.

En 2020, de Chiapas salieron 17,014 personas para vivir en otro país, 83 de cada 100 se fueron a Estados Unidos de América. A nivel nacional se registraron 802,807, de ellos 77 de cada 100 se fueron a Estados Unidos de América.

Las principales causas por las que migran las personas en Chiapas son:



En la comunidad de San Jerónimo, es común en la consulta diaria encontrar pacientes cuyos familiares directos (papá, mamá, hijos, hermanos) se encuentran principalmente en Playa del Carmen o Yucatán (como referencias constantes), son pocos pero los hay, quienes tienen familiares que se encuentran en los Estados Unidos; y aún una mínima cantidad que, pretende cruzar la frontera norte de forma ilegal; la razón principal es económica y familiar.

### Educación

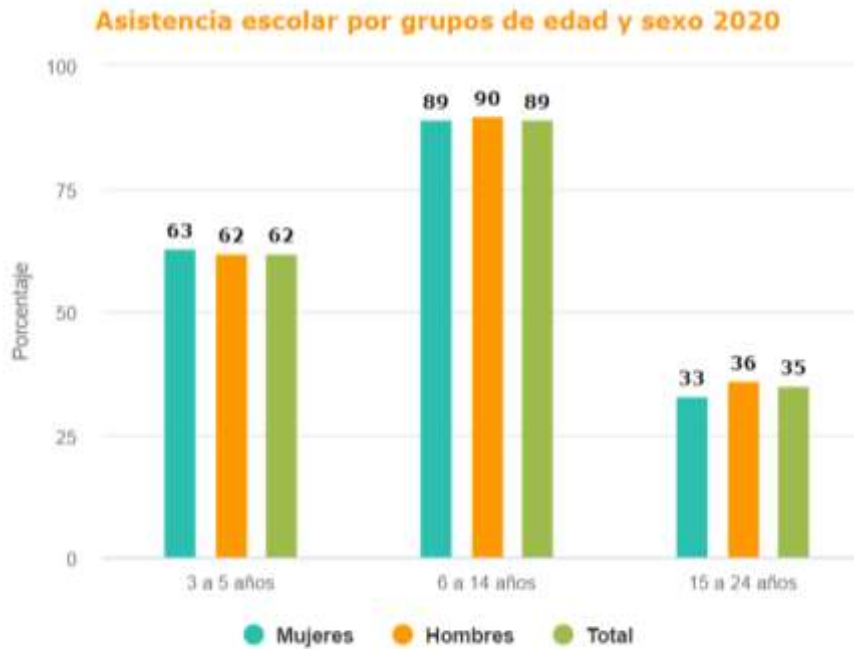
En 2020, en Chiapas el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más de edad es de 7.8, lo que equivale a casi segundo año de secundaria. A nivel nacional, la población de 15 años y más tiene 9.7 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más de la secundaria concluida.

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

En Chiapas, 14 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir.

En 2020, en Chiapas el 89 % de los niños de 6 a 14 años asisten a la escuela, a nivel nacional la asistencia es de 94 %.

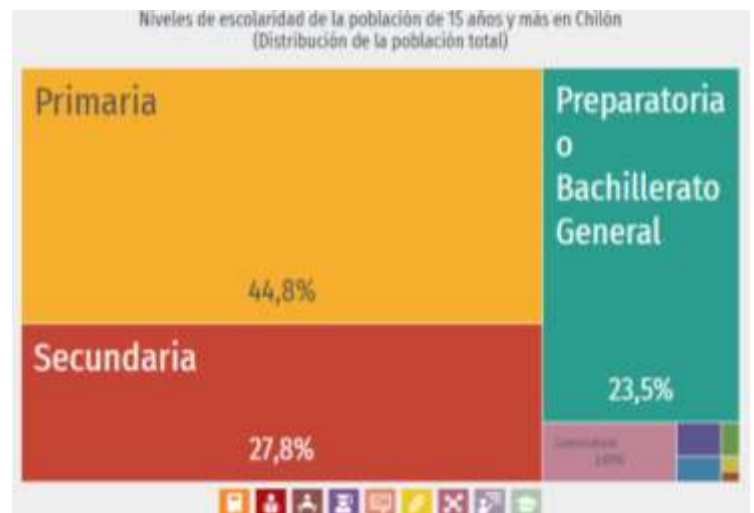




Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

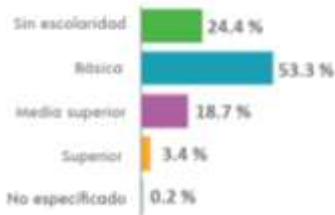
### Educación en Chilón

En 2020, los principales grados académicos de la población de Chilón fueron Primaria (25.8k personas o 44.8% del total), Secundaria (16.1k personas o 27.8% del total) y Preparatoria o Bachillerato General (13.6k personas o 23.5% del total). la tasa de analfabetismo de Chilón en 2020 fue 26.6%. Del total de población analfabeta, 31.1% correspondió a hombres y 68.9% a mujeres. La gráfica muestra la distribución porcentual de la población de 15 años y más en Chilón según el grado académico aprobado.



## CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

Población según nivel de escolaridad<sup>1</sup>



<sup>1</sup> De 15 años y más.

Migración Chilón.  
Fuente: Panorama Epidemiológico Chiapas 2020

### Educación en San Jerónimo Tulijá

La comunidad cuenta con servicios para la educación básica, media y media superior, cuenta con 5 edificios para educación desde preescolar hasta preparatoria, funcionando con ciclos regulares al menos hasta Enero 2023.

El Jardín de niños (preescolar) que lleva por nombre “Carmen Serdán”, albergan niños de 3 a 6 años de edad, cuentan con docentes bilingües que hablan alguna lengua indígena y el español.

Por otra parte, hay dos escuelas primarias básicas: La escuela Primaria Bilingüe

Otros datos demográficos en San Jerónimo Tulijá.

	2020	2010
Índice de fecundidad (hijos por mujer):	3	6.65
Población que proviene fuera el Estado de Chiapas:	0.28%	0.54%
Población analfabeta:	13.78%	12.10%
Población analfabeta (hombres):	6.47%	6.65%
Población analfabeta (mujeres):	7.32%	17.78%
Grado de escolaridad:	7.41	6.66
Grado de escolaridad (hombres):	7.91	7.63
Grado de escolaridad (mujeres):	6.87	5.62

“Adolfo López Mateos” donde laboran maestros bilingües que hablan dos lenguas: el español y una lengua indígena, es una institución que ya cuenta con todos sus servicios básicos. Está también la 16 escuela Primaria Federal que lleva por nombre “Cuauhtémoc” que es conocida como monolingüe porque es atendido por maestros que hablan una sola lengua el español e igual también cuenta con todos sus servicios básicos.

Cuentan con una telesecundaria que ofrece educación desde 1º a 3º grado de este nivel, de igual forma se encuentra el Colegio de Bachilleres que

La educación en cada nivel tiene una característica en común, los alumnos tienen un horario para descanso y desayuno, en el que pueden salir de la escuela para ir

a sus casas y desayunar en cada hogar respectivo para volver posteriormente a clases. Durante el año de servicio se tuvo la oportunidad de conocer y participar en 2 pláticas para los alumnos del Colegio de Bachilleres, pudiendo observar que, la población estudiantil durante las clases se habla en tzeltal, pero con sus docentes hablan en español.



Escuela Primaria Federal



Escuela Telesecundaria



Colegio de Bachilleres

## Vivienda

En 2020, en Chiapas hay 1, 351, 023 viviendas particulares habitadas, a nivel nacional son 35, 219, 141. Esta entidad ocupa el lugar ocho a nivel nacional por su número de viviendas particulares habitadas. En Chiapas, 41.8 % de las viviendas particulares habitadas cuentan con un dormitorio.



Los materiales utilizados para construir las viviendas son tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto (78.3%), Cemento o firme (73.8%), concreto o viguetas con bovedilla (58.5%) De todas las viviendas el 52.4 % disponen de agua entubada dentro de la vivienda, 97.7 % cuentan con energía eléctrica y 57.3 % tienen drenaje conectado a la red pública.

De las viviendas particulares habitadas que cuentan con energía eléctrica. De todas las viviendas 65.9 % tienen de uno a cinco focos.

En las múltiples y extensas consultas a domicilio, es posible apreciar las características comunes de la vivienda, en su mayoría el interior de las casas es de piso de concreto, el interior tiene pocos cuartos, tienen principalmente divisiones, puesto que lo que sería de forma común la sala es el espacio para colocar las camas o bases de madera sobre la que algunos tienen colchón y otros colchonetas, y hamacas; usualmente la cocina está en el exterior o una distancia significativa puesto que la mayoría cocina con leña; para el baño cuentan con un espacio destinado al baño, donde pocos cuentan con regadera, y para el uso de taza/inodoro, algunos cuentan con ello y otros usan el campo o ras de suelo.

En su mayoría la vivienda es ocupada por abuelos, hijos, nietos, donde la zoonosis principalmente es perro, gallina, cerdo, guajolote, ganso, pato, principalmente; la población cuenta con un espacio de terreno significativamente extenso (sin contar las hectáreas que poseen los ejidatarios) para la vivienda, pero el “patio” es lo que tiene mayor área de ocupación.

Se llevó a cabo un proyecto de construcción de “vivienda digna”, en el que el gobierno llevó a cabo la construcción de “cuartos” de no más de 50 m<sup>2</sup>, en los que muchos habitan o usan de bodega o almacén, es decir, cuentan en primer lugar con espacio o terreno amplio y el único espacio donde duerme la familia es en el cuarto, con una puerta y una ventana.

## Salud en Chiapas

La atención de los servicios de salud en Chiapas está bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud por medio del programa INSABI, que tiene como objetivo asegurar a la población que se encuentra desprotegida con respecto a otra afiliación gubernamental. Se reportan resultados correspondientes en la ENSANUT que dicen que al igual que a nivel nacional se registró un aumento considerable en los afiliados al Seguro Popular ahora INSABI y se reporta que para este año la mayor proporción de protección en salud fue brindada por el mismo. Y se reporta que la población sin cobertura de servicio médico es menor a la nacional. Recordemos que en Chiapas pese al creciente avance en la medicina a nivel mundial existe muy arraigada la medicina tradicional la cual la integran las parteras, hueseros y hierberos en las diferentes comunidades a lo largo del territorio de Chiapas.

El Movimiento de Parteras de Chiapas Nich Ixim, que está conformado por más de 800 parteras, representantes y voceras de 30 Municipios del Estado, donde se ha seguido atendiendo a mujeres embarazadas, partos y postparto, se ha dado testimonios de la gran desinformación que existe en las comunidades, la cual no permite que se desarrollen planes comunitarios de cara al Covid -19. Las cuales atienden una de las deficiencias del estado con respecto a los derechos reproductivos, sin embargo a pesar de ellos existen casos de persecución por su actuar en la partería (Ixim, 2020).

Lo que hace reflexionar sobre cuán importante es el papel del prestador de servicios de salud para la población, y en esto se incluye no sólo al área médica, enfermería sino parteras, hueseros, hierberos, y que no debe pretenderse eliminar éstos últimos tres sino el buscar una estrategia que permita un mejor desempeño de lo que ya es para muchos parte de su cultura.





En Chilón, las opciones de atención de salud más utilizadas en 2020 fueron Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro popular) (100 000), otro lugar (12200) y consultorio de farmacia (9,890). En el mismo año los seguros sociales que agruparon mayor número de personas fueron Pemex, Defensa o Marina (100k) y No Especificado (33.4k).



San Jerónimo Tulijá, tiene al menos dos opciones de acceso al servicio de primer nivel de atención en salud; a saber, la Unidad Médica Rural (UMR) IMSS y la Clínica perteneciente a la organización Zapatista (“Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”), las cuales se ubican en un extremo desde la entrada, cerca del río, y son espacios físicos vecinos, separados por una malla.



UMR IMSS San Jerónimo Tulijá

La clínica Murcia, cuenta con dos consultorios, uno para consulta médica en el que se cuenta con equipo duppler fetal, equipo para curaciones, estuche de disección, estuche de exploración (otoscopio, rinoscopio, oftalmoscopio), glucómetro, baumanómetro, nebulizador, tanque de oxígeno, un espacio para realizar ultrasonido, y otro para atención dental, un área para atención de partos, y 4 camas de hospitalización (divididas en dos cuartos), y una farmacia; al ser una clínica

atendida por pasantes del servicio social y promotores de salud, cuenta con área de descanso que se encuentra posterior al espacio de consultorios, cuartos, etc.; tiene un espacio para reuniones, cocina, cuartos de descanso y área de lavado.



Clínica Zapatista "Murcia Elisa Irina Sáenz Garza"

La UMR cuenta con los espacios básicos para atención primaria, es decir un área para consulta médica, un espacio para equipo (como refrigerador para vacunas), un espacio de recepción, una sección de bodega y farmacia, además de un amplio espacio sin construcción, cuenta con una antena de señal CFE, que proporciona internet gratuito (pero limitado a ciertos sitios); por lo que cuando está encendida dicha antena hay gente fuera de la unidad para uso del internet.



Los horarios de atención en la clínica Murcia son de 8am a 8pm, los 7 días de la semana, con un descanso de 13:00 a 16:00 que se usa para comida, descanso, aunque si vienen de lejos para consulta, se da el servicio o si es urgencia; pues la clínica tiene y brinda atención los 365 días del año, incluyendo días feriados y períodos vacacionales clásicos.

El servicio de salud que brinda la clínica Murcia está dado por promotores rotantes de la organización, y por un (a) médico pasante de Medicina, y un (a) pasante de Estomatología, procedentes de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, que está bajo la coordinación de un equipo médico y representante de una asociación civil bajo el nombre de SADEC.

La UMR del IMSS tiene un horario fijo de 8am a 4pm los 7 días de la semana, con excepción de días feriados y días en que el personal debe acudir a sus reuniones, o entregas mensuales de reporte. En fin de semana únicamente se encuentra otra enfermera con el mismo horario. Cuenta con un médico general de base y dos enfermeras; una que está de lunes a viernes y otra para fines de semana; hasta la mitad del mes de Octubre 2022 la UMR del IMSS no contaba con servicio médico por al menos 8 meses, por lo que el servicio ofrecido principalmente en esta unidad era de promoción y prevención dado por el personal de enfermería.

Actualmente al mes de Enero 2023, la UMR está siendo remodelada, y continúa en obras de construcción, sin embargo continúa ofreciendo servicio en un espacio adjunto que previamente era el almacén de la unidad. La presencia de un médico en esta unidad impacta en la consulta dada por el médico pasante en la clínica zapatista, pues la población ahora tiene dos opciones para acudir a consulta.

Dicha situación se traduce en una consulta “equilibrada” en cantidad, además de contar con apoyo en cuanto al sistema de referencia, en el contexto de que, hay pacientes que después de recibir una hoja de referencia o indicación de acudir al



Hospital en Palenque, buscan una segunda opinión, teniendo dónde acudir en la comunidad.

La aparente y posible desventaja de esta situación, es para quienes buscan ir al IMSS, es que deben respetar un horario de atención, y saben que sólo hay consulta de lunes a viernes, por lo que para algunos la segunda opción por cuestión de insumos faltantes en IMSS (como se describió previamente el equipo con el que se cuenta en la clínica Murcia) es la clínica Murcia; sin embargo en otros casos suele ser al revés.

Se ha permitido una comunicación de respeto con el personal de la UMR del IMSS, además de interacción de apoyo en material en ambas direcciones. Puesto que, literalmente ambos espacios de atención primaria de la salud se dividen únicamente por una malla, es decir son edificios vecinos.

Además, debe mencionarse que, en la comunidad hay al menos 3 lugares donde las personas pueden adquirir medicamento (sin contar la UMR IMSS ni la farmacia de la clínica Murcia), por lo que es común que, al ser atendidos en uno u otro servicio médico, tengan el antecedente de haberse auto-medicado, y pudiese verse como un apoyo en cuestión de atención de salud; y no es algo nuevo ni en la comunidad rural ni en la urbanizada, sin embargo existe un problema real en cuanto regulación sanitaria, específicamente en cuanto al uso de antibióticos.

La población tiene acceso a medicamentos como los antibióticos únicamente pidiendo y pagando, sin prescripción médica ni alguna receta, basta indicar o señalar un padecimiento infeccioso en alguno de los lugares de venta de medicamento y posiblemente recibirán antibiótico.

¿Por qué esto representa un problema?, al acudir a consulta, muchos pacientes sienten o se ven en la capacidad de indicar cuál medicamento les funciona, esperando en múltiples ocasiones medicamento “inyectado” porque en los “otros lados” sí les inyectan, pobre ha sido el resultado obtenido en la consulta en las explicaciones dadas para indicar “cuándo sí y cuándo no” usar antibiótico; pero que para quienes sí toman en cuenta dichas palabras es información valiosa que poco o mucho muestran el interés de una parte del sistema de salud que pretende cuidar la salud del paciente y no verles como un número en el aspecto económico.

En múltiples ocasiones, en este mismo espacio de atención de la salud, el antibiótico se pide sin receta, por lo que, desde la posición de espectador, los antibióticos más pedidos son: Amoxicilina, Ampicilina, Clindamicina, Cefalexina, Ceftriaxona, principalmente.

Y, ¿qué se puede hacer ante esta situación?, la gente que vende medicamento, ha aprendido por experiencia quizás en la prescripción de medicamento, sin embargo

puede existir una mejor regulación, aunque el Estado no es capaz de garantizar en su totalidad el acceso al servicio de salud como un Derecho, no es justificable ni la mejor opción dejar sin regulación la cuestión farmacológica. Por lo que, la educación en cuestión de los pacientes como de los que participan directa o indirectamente en cuestión de salud debe continuar, así como una regulación de la prescripción, que, en trasfondo es por “el bien de la población” (evitando problemas futuros como resistencia antimicrobiana).

Existe también el aspecto tradicional de la atención de salud, es decir, el conocimiento que algunas personas tienen sobre “hierbas”, por lo que es evidente en muchas formas cuando acuden a consulta y tienen ya el antecedente de haber usado “plantas” ya sea para padecimientos crónicos o agudos, y en el caso de los agudos, como fiebre, dolor abdominal, cefalea, heridas, al acudir a consulta (y después de muchas veces negar que no han dado nada como tratamiento previo) se encuentran los restos de hojas/plantas.

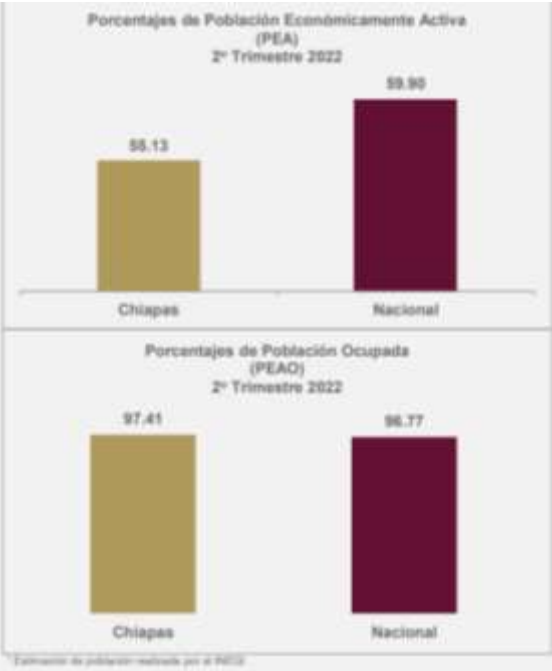
En cuanto al área de lo traumatológico, existe de igual forma quienes “adquieren” el título de “huesero”, y en múltiples ocasiones los problemas de salud relacionados a ello, la población puede opinar y expresar que, “sirven”. En el tema de fracturas, como ejemplo, por experiencia en el transcurso de este año, la posición hermética sobre la conducta de un huesero era firme, sin embargo, al considerar la realidad del sistema de salud, en cuanto a todo lo que implica acudir al Hospital General de Palenque, el costo que, para la población, en tema de lo traumatológico es elevado, por lo que en ciertas ocasiones puede decirse que el manejo de dicha área por parte del “huesero” a veces es la mejor opción.

### Indicadores económicos

De acuerdo con los resultados del Censo 2020, 61 de cada 100 personas de 12 años y más son económicamente activas. La tasa de participación económica es de 78.8 en hombres y 44.8 en mujeres.

En la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) correspondiente al 2 o trimestre de 2022, en Chiapas:

La población total fue de 5,693,024 personas, de las cuales 2'689,508 son hombres (47.3%) y 2'992,558 son mujeres (52.7%). La población en edad de trabajar (15 años y más) fue de 3,914,131 personas. La Población Económicamente Activa (PEA), es decir aquellas personas en edad de trabajar que desempeñan una ocupación o, que si no la tienen, la buscan activamente, fue de 2'199,559 personas, es decir 55.13% en relación a la población en edad de trabajar. La Población Económicamente Activa Ocupada (PEAO), es decir aquella que tiene un empleo, ya sea remunerado o no, fue de 2'142,611 personas, que equivale a 97.41% de la PEA, de las cuales 1'455,679 son hombres y 686,932 son mujeres, que representan respectivamente 67.94% y 32.06% del total de la población ocupada. (ENEQ, 2022)



En Chiapas hay: 186 996 establecimientos lo que representa el 3.9 % del total a nivel nacional. Del total de las personas que laboran en la entidad: 238 175 Mujeres Y 316 414 Hombres siendo un total de 554 589 trabajadoras(es) o que equivale a 2.0 % del total en México.



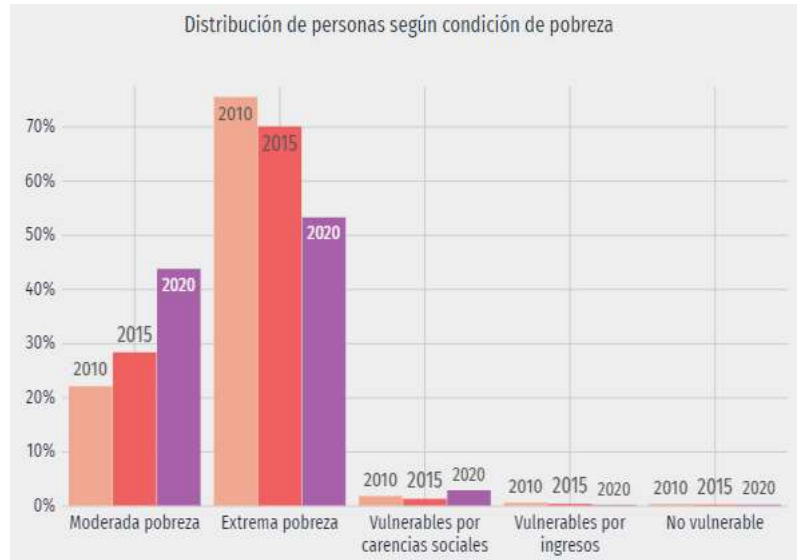
En Chiapas la mayoría de la población ocupada se encuentra en las empresas y negocios con 1'086,387 personas, es decir 50.70%; le sigue el sector de los hogares

con 833,249 personas que equivalen a 38.89% y las instituciones públicas con 220,677 personas es decir 10.30% de los ocupados.

### *Indicadores de pobreza y carencias sociales*

En 2020, 43.7% de la población se encontraba en situación de pobreza moderada y 53.2% en situación de pobreza extrema. La población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 2.83%, mientras que la población vulnerable por ingresos fue de 0.12%.

Las principales carencias sociales de Chilón en 2020 fueron carencia por acceso a la seguridad social, carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda y rezago educativo.



### *Indicadores económicos en Chilón*

En Chilón, la Población Económicamente Activa (PEA) es de 56.9%, y la tasa de desocupación es de 2.31%. En el tercer trimestre de 2022, la tasa de participación laboral en Chiapas fue 56.9%, lo que implicó un aumento de 1.8 puntos porcentuales respecto al trimestre anterior (55.1%). La tasa de desocupación fue de 2.31% (51k personas), lo que implicó una disminución de 0.28 puntos porcentuales respecto al trimestre anterior (2.59%).

La población ocupada en Chiapas en el tercer trimestre de 2022 fue 2.16M personas (22.4% formales-77.6% informales), siendo superior en 0.62% al trimestre anterior (2.14M ocupados). El salario promedio mensual en el tercer trimestre de 2022 fue de \$3990 MX siendo inferior en \$175 MX respecto al trimestre anterior (\$4170 MX).

En tercer trimestre de 2022, Chiapas tuvo 2,155,871 ocupados. Las ocupaciones con más trabajadores durante el tercer trimestre de 2022 fueron Trabajadores en el Cultivo de Maíz Y/O Frijol (379k), Trabajadores de Apoyo en Actividades Agrícolas (287k) y Comerciantes en Establecimientos (129k). En 2020, la mayoría de las viviendas particulares habitadas contaba con 2 y 3 cuartos, 38% y 28.5%, respectivamente. En el mismo periodo, destacan de las viviendas particulares habitadas con 1 y 2 dormitorios, 47.9% y 31.7%, respectivamente.

De toda la población el 2.96% tiene acceso a internet y 2.41% disponen de una computadora y el 34.6% disponen de celular.

En Chilón, el tiempo promedio de traslado del hogar al trabajo fue 28.5 minutos, 82.6% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 8.04% tarda más de 1 hora en llegar a su trabajo. Por otro lado, el tiempo promedio de traslado del hogar al lugar de estudios fue 19.6 minutos, 90.7% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 4.96% tarda más de 1 hora.

### *Indicadores económicos en San Jerónimo Tulijá*

Aproximadamente hay 236 viviendas, de estas  $\frac{3}{4}$  partes está hecha de pared de madera y techo de lámina, el resto está hecho de materiales como concreto, block, tabique, etc. En general cada familia tiene de 6-10 integrantes y la fuente de trabajo que tiene la gente o las familias son la crianza de ganados, la producción de café, maíz, frijol y chile. Hasta no hace mucho tuvieron la oportunidad de sembrar la palma de aceite para después vender lo que son las frutas de este sembradío. La gente trabaja en el campo para obtener el alimento y su recurso económico, la mayoría se encuentra en una situación económica vulnerable, solo les alcanza para satisfacer sus necesidades básicas, por ejemplo, la comida ropa y entre otras cosas. La mayoría de la gente trabaja en el campo sembrando los productos antes mencionados para que después de la cosecha se obtengan los alimentos y vender la mitad del producto para complementar los gastos a la familia.

La plantación de café tiene baja producción por motivo de que son cafetales viejos, sin mantenimiento adecuado por los altos costos de insumos y herramientas, presencia de plagas y enfermedades y poca asesoría técnica que afecta a 347 productores en 3 localidades de la comunidad. Existen en la microrregión compradores del grano que pagan precios bajos por kilogramo, por lo que en la cosecha no se tienen muchas ganancias.

Hay pocos ingresos de la cosecha de maíz y de frijol de vara que por la baja producción del cultivo a causa de que los suelos están cansados y desgastados porque no diversificamos los cultivos. Hay bajo rendimiento en el cultivo de chile tabaquero debido a la falta de insumos para la producción

Otra fuente de trabajo de esta comunidad es el comercio, en la actualidad hay negocios propios como lo son: las tiendas, los puestos de negocio de ropas donde se generan ligeras ganancias, es así como se ha ido buscando mejorar la economía familiar. El ingreso económico es escaso, la necesidad y la desesperación de muchos adolescentes y jóvenes de esta comunidad son obligados a salir de la comunidad e ir a buscar trabajo, con la finalidad de tener una mejor calidad de vida.

La situación social en la que se encuentra la comunidad indígena tzeltal. Es que la mayoría de sus habitantes viven en un nivel económico bajo, hay pocas oportunidades de progreso en el ingreso económico, lo cual también no facilita que los hijos en edad escolar puedan progresar en el ámbito académico.



#### *Casa Ejidal*

Es de referirse que, una gran parte de la población (quienes no pertenecen al movimiento/organización zapatista) cuentan con distintos apoyos del gobierno: como es el programa “Sembrando Vida” en el que reciben mensualmente la cantidad de \$4,500.00 MXN, por sembrar, cultivar, cuidar árboles maderables; también se cuenta con apoyo para los jóvenes de “Jóvenes construyendo el futuro”, becas “Benito Juárez”, apoyo a los “Adultos mayores”; puede decirse que, la población, además de su trabajo remunerado o no en campo o comunidad, cuentan en su mayoría con apoyo económico gubernamental; lo cual significa un aporte importante en la economía familiar.

### Indicadores culturales

#### *Lengua en Chiapas*

Chiapas es una de las entidades de mayor diversidad cultural del país, debido en gran parte a la presencia de diferentes grupos indígenas, los cuales representan el 26.4% de la población de 5 años y más del estado. Así mismo corresponden al 13.6% del total de hablantes de lengua indígena del país. En Chiapas hay 1,459,648 personas mayores de 3 años que hablan alguna lengua indígena. Las lenguas indígenas más habladas en esta entidad son:

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

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

De cada 100 personas que hablan alguna lengua indígena, 12 no hablan español.

*Religión en Chiapas*

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

Porcentaje de población total por religión 2010 y 2020



<sup>1</sup> Incluye los grupos religiosos: Judaicos, Islámico, Raíces étnicas, Raíces afro, Espiritualista y Otras religiones.



## Indicadores culturales en San Jerónimo Tulijá

### Etnia

La comunidad tzeltal, es un pueblo que se ha resistido a los cambios constantes que se han presentado en la sociedad actual, porque aún conservan su cultura, sus costumbres y sus tradiciones, principalmente la lengua tzeltal que se sigue practicando y sigue siendo la lengua materna para muchos de los hijos tzeltales. Esta comunidad pertenece a la familia maya porque sus orígenes derivan desde los antiguos mayas.

Los tzeltales son conocidos como: “los de la palabra originaria”, (bats’il k’op)”. “los pueblos tzeltales y tsotsiles pertenecen a la gran familia Maya de cuyo tronco se desprende una rama que emigra de los altos cuchumatanes, Guatemala, a los altos de Chiapas. Su origen en Chiapas es remoto. Comienzan a asentarse en los altos de Chiapas entre 500 y 750 a.C. Y a partir del año 1200 d. C se da la diferenciación de lengua y región como parte del patrón del asentamiento variado en tzotziles y tzeltales” (México G. d., 2018). La comunidad de Tulija sigue manteniendo la lengua y la cultura de sus antepasados como se ha mencionado anteriormente.

### Lengua

En México existen 68 lenguas indígenas nacionales y 364 variantes lingüísticas, conocido como un país multicultural por sus culturas, tradiciones y lenguas nacionales. En Chiapas las lenguas indígenas más habladas en el estado son: tzeltal (tseltal), tzotzil (tsotsil), ch’ol, tojolabal en orden decreciente.

La infografía muestra los datos de etnicidad en Chiapas. Incluye un icono de un ojo verde y el título 'ETNICIDAD'. Los datos se presentan en una tabla con líneas divisorias verdes.

ETNICIDAD	
Población que habla lengua indígena <sup>1</sup>	93.44 %
Población que no habla español de los hablantes de lengua indígena <sup>1</sup>	34.97 %
Lenguas indígenas más frecuentes	
Tzeltal	99.8 %
Ch'ol	0.1 %
Población que se considera afromexicana negra o afrodescendiente	1.46 %

<sup>1</sup>De 3 años y más.

Las lenguas tzotzil (tsotsil) y tzeltal (tseltal), estrechamente emparentadas, pertenecen a la familia lingüística maya y forman un subgrupo dentro de esta familia. Las comunidades hablantes de tzotzil y de tzeltal se pueden clasificar en las de tierras bajas y de las tierras altas. La lengua que se habla en esta comunidad de San Jerónimo Tulijá es la lengua

Tzeltal, ya que el español viene siendo la segunda lengua para los niños, niñas, adolescentes y los jóvenes quienes lo practican cuando van a la escuela.

En san Jerónimo Tulijá, la población nativa continúa comunicándose en Tzeltal, aunque hay ciertas diferencias por zonas, o familias, o grupos de edad; pues el



Tzeltal más conservador o tradicional es hablado por los adultos mayores, los adultos y jóvenes comúnmente hablan tzeltal y español, sin embargo logra apreciarse una diferencia por sexo, las mujeres adultas o de comunidades más alejadas que transitan por San Jerónimo Tulijá, únicamente hablan Tzeltal, esto debido a que, son los hombres quienes suelen realizar las actividades de comercio o que requieren salir del pueblo y comunicarse en español.

### *Religión y tradiciones*

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 en 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 evangélicos (pentecostés y presbiterianos), al cual asisten intermitentemente aproximadamente 200 personas todos los domingos.

Entre uno de los templos evangélicos realizan actividades para niños hasta adolescentes, donde reciben apoyos en especie (despensa), dinero mensualmente, por distintos Patrocinadores, principalmente de Estados Unidos o Canadá a través de una Asociación Civil o posiblemente ONG, por lo que la concurrencia entre semana y fines de semana al templo por parte de la población pediátrica y juvenil es importante (con aproximadamente 150-200 participantes).

Las fiestas religiosas católicas más importantes son: el santo patrono, San Jerónimo, los días 27, 28, 29 y 30 de septiembre; día de muertos, la madrugada del 2 de noviembre; navidad, año nuevo, semana santa y el día de la Santa Cruz que se celebra el 3 de mayo. Todas estas fechas son de intensa participación de feligreses del barrio católico y de rancherías aledañas y se acompaña por la llegada de comerciantes de otros ejidos, que utilizan el “centro” o espacio central de la comunidad para comercio.

Al menos en el transcurso del año 2022 fue posible presenciar dichas fiestas, la forma en que, la población participa, así como gente de otras comunidades acuden a este poblado. Lo que de cierta forma, sirve como momento de recreación, reafirmación de cultura, así como economía (para unos más que a otros, como es en la realidad de los negocios).

Existe una relación directa e implícita de las festividades, no sólo con el área religiosa (católico) sino en relación con el calendario agrícola de siembra y cosecha de la milpa. Por ejemplo, la fiesta de San Jerónimo se celebra el 30 de septiembre pues es esta fecha la que “marca el nacimiento del maíz nuevo” y además, a este santo se le invoca para pedirle buena salud de plantas, animales y hombres, así como una buena distribución de las lluvias (Informaremos, 2008).

## Indicadores políticos

### *Organizaciones sociales*

La región tzeltal o la comunidad, tiene una organización de acuerdo con las órdenes políticas y de los servidores públicos. El llamado “COMISARIADO” es elegido por la comunidad o la región San Jerónimo Tulijá junto con sus rancherías, porque representa y asume el cargo de movilizar o gestionar cualquier actividad a realizar dentro de la región. Los agentes municipales y sus colaboradores son los que resguardan el cuidado de la comunidad, colabora junto con el Comisariado para cuando se requiere una reunión de Ejidatarios de la comunidad y de la región. (Smith, 2008). Estas reuniones son frecuentes y pueden visualizarse en la concurrencia de vehículos fuera del espacio designado para asambleas o reuniones importantes, que está conjunto a la “cárcel”.



*Agencia Municipal*

Por otra parte, también se encuentra la organización del EZLN, conocidos como Ejército Zapatista Liberación Nacional, quienes se consideran autónomos sin vínculo alguno con los servidores del gobierno y de los partidos políticos, con una marcada diferencia en sus actividades y reglamentos que rigen su organización.

Es una organización independiente. Tienen una ideología que tiene el propósito de mantener las costumbres, creencias y de la historia local del pueblo; que los niños, adolescentes y jóvenes se deben de enseñar y aprender desde su contexto, que no tengan contacto con otra cultura que no sea la propia. Es así como enseñan a sus hijos en esta organización. Ellos se autodenominan Semilla de Sol, porque los hijos aprenden desde su propio contexto y alrededor.

Para muchos adolescentes y jóvenes que no pertenecen a esta organización es una pérdida de tiempo, no hay un interés propio. Varios jóvenes ya imitan o les gusta estar en la cultura moderna. Son adolescentes y jóvenes que ya desconocen el origen tzeltal, la lengua y su cultura, porque los adolescentes y jóvenes poco les interesan sobre la cultura local.

Ignorando el contexto histórico del movimiento zapatista, es fácil emitir juicios o dejarse llevar por prejuicios hacia la organización, sin embargo, es de respetarse la decisión de una lucha constante por lo que todos debiésemos de tener, derechos para la vida, para la tierra; no hay delito en ello. Claro está que, sin justificación está la privación de la vida por ninguna autoridad; sin embargo las cuestiones políticas no sólo en el estado de Chiapas son notorias sino en todo el país, y el trasfondo histórico es importante conocer antes de emitir un juicio.

## Conclusiones

El Derecho a la Salud, debe ser algo que, constantemente se garantice. ¿Cómo?, dejando de ver únicamente números y estadísticas que, reflejan de forma explícita la marginación y limitación de este Derecho, no sólo a comunidades rurales en Chiapas, sino en todo México. Sí, existe una responsabilidad de parte del Estado para garantizar un Derecho al que todo ser humano, y no sólo mexicano pueda tener acceso.

Claro, dicho lo anterior no se minimiza la acción y efectividad de Censos que muestran la realidad de la población, sino que censo tras censo muestran acciones de cambio mínimas, lentas y distantes a garantizar la Salud como un Derecho, por quienes tienen la responsabilidad de brindar las condiciones para avanzar.

San Jerónimo Tulijá, es una comunidad que, por su localización tiene en alguna forma ventajas en relación a comunicación y economía; pues al ser un lugar clave de paso para distintas rancherías, permite el comercio, acceso a un sistema de salud primario, un espacio de recreación y turismo para muchos (en semana santa principalmente), no es un pueblo alejado de condiciones que permitan o faciliten su crecimiento como comunidad.

Sin embargo, en materia de salud, la realidad que se ve reflejada en el sistema de Salud público primario y en la clínica “Murcia”, señala hacia la necesidad de una pronta intervención en acciones que favorezcan el Derecho a la Salud. La disponibilidad pareciera ser cumplida por el sistema de Salud, pero la realidad muestra que, no se ha llevado a cabo plenamente al menos para el 2022 en San Jerónimo Tulijá, pues la prestación de servicios oportunos en materia de salud se vio limitado por la falta de personal médico durante meses, así como la constante queja de la población al externar que la UMR no contaba con medicamentos.

En relación a la accesibilidad, pese a existir un sistema de referencia para la atención en el segundo nivel de atención en salud, basta señalar el inmediato “temor” de la población al rechazo en dicho nivel (Hospital General en Palenque), señalando que, tampoco es garantizada la accesibilidad a la salud. Tener acceso a la información no es algo de lo que la población pueda ostentar, pues para muchos tan sólo el comunicarse únicamente en tzeltal supone una barrera con el exterior y aún más en un espacio que, debiese interesarse por ofrecer atención que garantice un servicio de calidad y óptimo.

La aceptabilidad y calidad, de igual forma son apartados que, pareciera el Sistema de Salud cubre, sin embargo no están plenamente en las condiciones de brindar una atención digna y apropiada para la población.

Existe aún, una extensa labor en materia de salud, que el Estado debiese garantizar como Derecho tangible para la población; debe continuarse en la implementación de planes y estrategias que permitan que la población goce de un derecho humano; un uso adecuado de los recursos ya existentes para ofrecer a la población el Derecho a la Salud que no se limite a un marco jurídico plasmado en hojas o documentos sino al marco individual donde la población pueda percibir la realidad de la realidad que por años ha sido limitada.

## 3ª Sección: Seguimiento de Programas y Perfil de Morbilidad

### Introducción

#### Marco teórico: Políticas de Salud

Se comprende como una estrategia enfocada a prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar de las familias mexicanas. Está diseñada en torno a tres prioridades:

- Acceso efectivo.

El Estado debe asegurar los servicios de salud a toda la población. La Visión a largo plazo es igualar la calidad de los servicios y hacer posible que los mexicanos puedan ser atendidos en cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud Pública.

- Calidad en el servicio.

Que todos los mexicanos, por igual, cuenten con médicos profesionales, calificados e instalaciones para recibir un servicio de salud de calidad.

- Prevención.

La mejor forma de cuidar la salud es anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan. Una de las acciones más importantes de prevención, estará dirigida a reducir la obesidad y sobrepeso.

En México estas políticas y programas se han planteado por parte del Estado para asegurar el derecho a la salud, buscando proteger a grupos vulnerables como mujeres, población indígena y habitantes de áreas rurales; sin embargo, no se ha logrado superar la desigualdad presente entre los miembros de la sociedad, por lo que el impacto de estas medidas no se despliega de manera equitativa.

El Banco Mundial es un actor importante en el campo de la salud a nivel global, debido a que es el agente de financiamiento externo más grande de este sector, gastando más de un billón de dólares cada año en proyectos de salud, nutrición y población en países en desarrollo (Ruger, 2005 y Fair, 2008).

Desde finales de los años 70, el Banco Mundial ha invertido en proyectos de reforma en el sector de la salud; no obstante, varias personas han argumentado que su involucramiento ha dañado al sistema público de salud en muchos países en vías de desarrollo, debido al impulso de sus políticas neoliberales. En línea con su

estrategia global de salud, nutrición y población, el Grupo Banco Mundial apoya los esfuerzos de los países por lograr la cobertura sanitaria universal a través de sistemas de atención primaria más sólidos y por proveer servicios médicos de calidad y asequibles para todos.

Actualmente, existen diversas publicaciones del efecto del Banco Mundial sobre las reformas de los sectores de la salud en países latinoamericanos. La mayoría ofrecen investigaciones cualitativas del cambio (por ejemplo, De Vos et ál., 2005; Homedes y Ugalde, 2005; Barrientos y Lloyd-Sherlock, 2000; De Beyer et ál., 2000; Buse y Gwin, 1998) y critican severamente los cambios neoliberales que han promovido las instituciones financieras internacionales.

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 y se inicia el proceso de descentralización de los servicios de salud. El gobierno federal otorga autonomía de gestión a los servicios de Salud Pública de las entidades federativas. (SSA)” (World Bank, 1986).

En el Informe de 1980, el Banco Mundial propuso una serie de medidas, la mayoría de las cuales se encuadraba dentro de las estrategias de Atención Primaria, y que buscaba según el BM mejorar las condiciones de vida y salud de la población de los países subdesarrollados. Las principales recomendaciones fueron incrementar la producción de alimentos básicos que asegure un mínimo de alimentación adecuada, expandir la escolaridad de la población, especialmente de la educación primaria, y extender la cobertura de atención de la enfermedad solamente en el primer nivel de atención. Propone además desarrollar programas de educación para la salud, eliminar las enfermedades transmisibles y disminuir la fecundidad.

En 1993, y en el principal documento del Banco Mundial dedicado a salud publicado durante esta década (Berkley, y otros, 1993), esta institución insiste en las propuestas señaladas, recomendando a los países en desarrollo mejorar los resultados de las acciones de salud, nutrición y planificación familiar dirigidas a los pobres, fortaleciendo el desempeño de los sistemas de atención médica justamente para posibilitar el acceso equitativo a servicios preventivos y curativos de salud, nutrición y planificación familiar, que deberían caracterizarse por su eficacia, buena calidad, sensibilidad ante las necesidades de los usuarios y por ser financieramente sustentables (Beyer, 2000). El documento resalta el objetivo primario respecto a la protección de los pobres, y especialmente de mujeres y niños, de las consecuencias de la crisis económica, lo que es igual a los efectos de las políticas de ajuste (Menéndez, 2005).

En México, las desigualdades regionales, sobre todo establecidas en términos de mayor ruralidad o urbanización, establecen que un niño nacido en Chiapas tiene un 50% de posibilidades de cumplir un año, comparado con un niño nacido en el DF o en Nuevo León. El riesgo de muerte materna es un 40% más alto en las zonas rurales que en las urbanas, y la desnutrición es dos veces y media mayor en el medio rural. Y según la SSA (SEGOB, Diario Oficial de la Federación, 2001), en los últimos años las diferencias a favor del sector urbano se han acentuado, ya que mientras en 1992 el riesgo de muerte en menores de cinco años era un 20% mayor en las zonas rurales, en 1999 es del 55%. Entre 1992 y 1998 la mortalidad en adultos varones permaneció igual en el medio rural sin embargo disminuyó un 17% en las áreas urbanas, mientras que la mortalidad en mujeres se incrementó en un 5% en las áreas rurales y bajó un 12% en los medios urbanos. Por lo que la esperanza de vida aumentó durante el lapso señalado en 2,7 años en las áreas urbanas y sólo 0,2 años en las rurales. (Leal, 2002).

Pero además sabemos que la población indígena, que en su mayoría reside en áreas rurales, tiene los peores indicadores y condiciones de salud comparada con cualquier otro grupo. Es importante subrayar que los mayores subregistros en términos de mortalidad y morbilidad se dan en las áreas rurales y en la población indígena, por lo cual las diferencias negativas son aún mayores que las consignadas.

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: 86). En los años siguientes, la descentralización avanzó aún más, empezando con el gobierno que tomó poder en 2000-2006 y el cual nombró 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. El **gobierno federal** 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 (Homedes y Ugalde, 2010). 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” (Noy, 2013).

El análisis de la participación y los efectos del BM sobre las reformas de los sectores de salud en estos tres países, son informativos, pero analiza los casos más

extremos y por lo tanto, pueden exagerar la capacidad del BM de influir en los sectores de la salud en países en vías de desarrollo. Aunque Colombia y Chile son los casos más estudiados y tal vez los países con las reformas más profundas, las recientes investigaciones han dirigido su atención a otros países donde los efectos han sido menos profundos, pero donde el BM ha desempeñado un gran papel en las reformas de los sectores de salud.

Estos estudios, aunque en su mayoría no se centran en el papel del BM, sí han documentado los cambios y mecanismos de influencia de este, entre ellos se encuentran: Ewig (2006) sobre la reforma del sector de la salud y género en Perú; Lloyd-Sherlock (2005) sobre la reforma del sector de la salud en Argentina y, Homedes y Ugalde (2005), quienes han analizado la participación del BM en la reforma del sector de la salud en El Salvador. Empíricamente, los estudios existentes no proporcionan evidencia directa acerca de si efectivamente los préstamos del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial resultan en menor gasto público en el área de la salud, como fue discutido anteriormente; no obstante, se ha logrado documentar su efecto perjudicial sobre otros indicadores sociales: educación (Bonal, 2002; Ilon, 1996; Hunter y Brown, 2000), la pobreza (Easterly, 2000) y las pensiones (Mesa-Lago, 2006 y 2008; Mesa-Lago y Müller, 2002). Los estudios sobre la reforma del sector salud en América Latina han señalado que existe una mayor privatización y que los IFIS promueven el interés de las empresas extranjeras y agencias de seguros (Armada et ál., 2001; Barrientos y Lloyd-Sherlock, 2000; De Vos et ál., 2006; Homedes y Ugalde, 2005).

El BM continúa teniendo un papel importante en los sectores de la salud de muchos países en vías de desarrollo. Por lo que ha cambiado su modelo, pasando cinco grandes fases desde 1975, cuando formalmente empezó a involucrarse en los sistemas de salud con proyectos independientes (antes había componentes de salud, los cuales formaron parte de otros proyectos). Como un actor importante en el campo de salud global es relevante que investigadores, especialmente de sistemas de salud en países en desarrollo, consideren el impacto de la globalización y los actores internacionales en estas reformas (Noy, 2013).

El BM ha sido acusado de promover una agenda de privatización, favoreciendo los intereses de corporaciones transnacionales —principalmente de seguros de salud y de empresas farmacéuticas— pero los estudios cuantitativos han sido pocos y los estudios cualitativos se enfocan en los casos más extremos en Latinoamérica.

Sus métodos y la filosofía del neoliberalismo han sido controversiales en este caso, asimismo, en muchas maneras, el BM ha cambiado su método y ha reconocido la importancia de las instituciones y condiciones locales en la implementación y planificación de sus proyectos. Es importante que quienes estudian la salud pública y sus reformas, consideren el impacto de las instituciones financieras



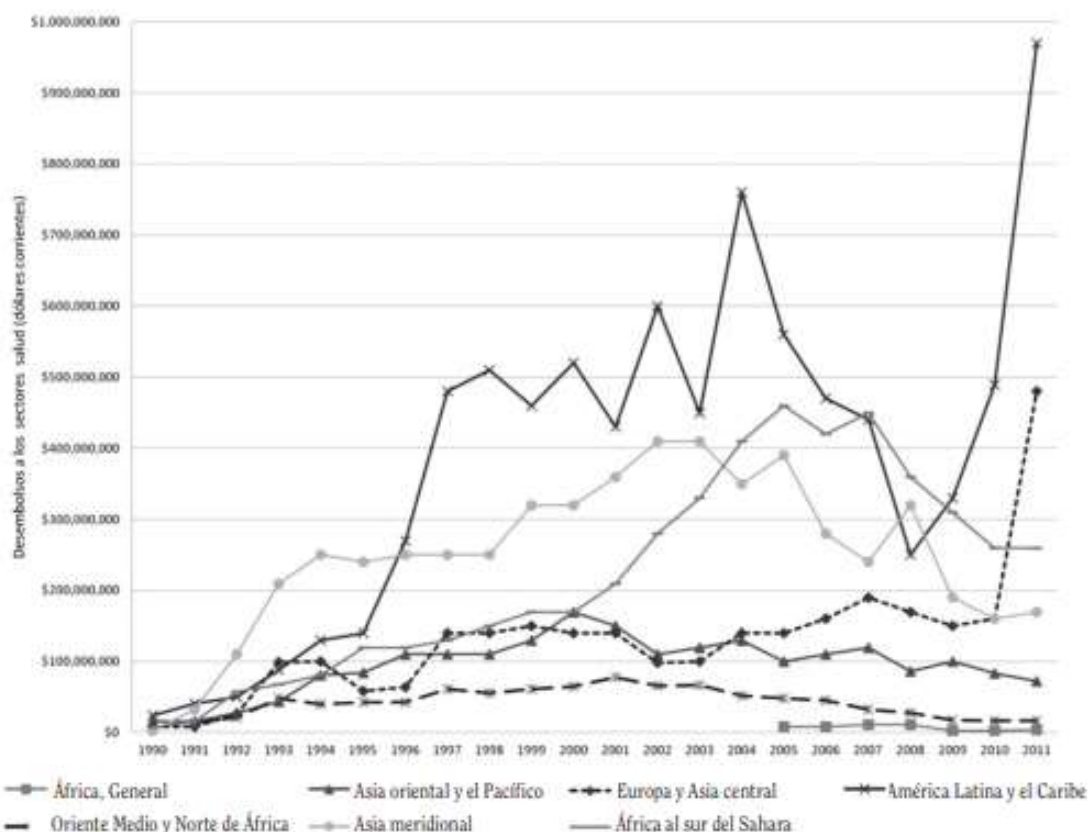
internacionales, entre ellas, el Banco Mundial, el cual ha tenido una gran influencia en los sistemas de salud de muchos países, especialmente en Latinoamérica (Noy, 2013). Con el fin de considerar este impacto, especialmente con una visión histórica, se debe entender las políticas cambiantes del BM en este sector, asimismo, es relevante analizar su efectividad y cómo se han reflejado en las políticas nacionales de países en desarrollo (Armada, Mountaner, & Navarro, 2001).

#### LAS POLÍTICAS DE SALUD DEL BANCO MUNDIAL

El Banco Mundial tiene una larga historia de inversión en el área de salud y sigue siendo

un agente financiero externo importante en muchas regiones del mundo, como se demuestra en el gráfico 1.

GRÁFICO 1  
DESEMBOLSOS 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.

El logro de la cobertura sanitaria universal (CSU) es un elemento central de esta labor. El Grupo Banco Mundial (GBM) apoya las medidas de los países dirigidas a lograr este objetivo y proveer servicios médicos de calidad y asequibles para todos, independientemente de la capacidad de pago de las personas, fortaleciendo los sistemas de atención primaria y reduciendo los riesgos financieros asociados con la mala salud y la creciente desigualdad. Las investigaciones (i) más recientes del

Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que, aun antes de la pandemia, más de 500 millones de personas vieron agravada su situación de pobreza extrema o cayeron en esa condición porque tuvieron que pagar los servicios de salud de sus propios bolsillos. Es probable que la pandemia de COVID-19 empeore la situación y detenga los avances logrados durante dos décadas hacia la cobertura sanitaria universal.

### **Programas del sexenio actual**

El Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024 (PSS) es un programa derivado del PND que establece entonces los objetivos, estrategias y acciones, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud.

La protección de la salud con acceso y cobertura universal ha sido una aspiración por mucho tiempo en México, aun cuando la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º, párrafo cuarto establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad."

En México, la política predominante de los gobiernos neoliberales, iniciada después del ajuste económico de 1984, las reformas de los institutos de seguridad social en 1997 y 2007 y la reforma financiera del 2003, orientaron la descentralización del sistema y establecieron mecanismos como el aseguramiento para el financiamiento y acceso de administradores de fondos, compradores de servicios y prestadores de servicios privados al sistema de salud. El modelo subyacente a las reformas se basó en la separación entre las funciones de administración de fondos, compra de servicios y de prestación de servicios con competencia entre los actores públicos y privados que supuestamente mejorarían la calidad de los servicios y bajarían los costos. (SEGOB, Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, 2020)

La descentralización de los servicios de salud a los estados, culminada en 1997, carente, en algunos casos, de la debida planeación y sin garantizar la capacidad técnica a nivel estatal, consistió en la creación de organismos públicos descentralizados sin poder consolidar su integración con los servicios estatales existentes. Actualmente el Sistema Nacional de Salud está constituido por las

dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y Local, asimismo, las personas físicas o morales del sector social y privado, que presten servicios de salud. Uno de los papeles principales de la Secretaría de Salud es el de ejercer la rectoría de todo el Sistema Nacional de Salud, lo que implica la evaluación y corrección de acciones realizadas, entre otros, por los Sistemas Estatales de Salud (SES), aunque también presta servicios de alta especialidad en los institutos nacionales de salud, los hospitales regionales de alta especialidad y los hospitales federales. (Secretaría de Salud, 2000)

El objetivo es: Hacer efectivo el artículo 4o. constitucional a toda la población, lo cual asume como principal eje para construir una noción clara de lo que se quiere conservar, lo que se debe desterrar y lo que es necesario construir en materia sanitaria.

Transformar el sistema que lucraba con la enfermedad para construir un sistema universal e integral donde los enfermos reciban tratamiento y las personas sanas no mueran por causas evitables.

Trabajar día a día por un sistema de bienestar social enfocado en las personas, las familias, las comunidades, y también, en el ambiente. Los pilares son el acceso universal de los servicios de salud y medicamentos gratuitos a toda la población, el modelo APS-I, la reorganización y regulación sanitaria, el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional e impulso a la investigación (Lavielle, 2004).

Reconocer que el sistema de salud tiene contextos epidemiológicos, sociales e institucionales de creciente complejidad, y dentro de este marco plantearemos eliminar las barreras de acceso a la salud, entre ellas las financieras, geográficas, culturales y de género, así como eliminar o reducir la segmentación y fragmentación en la provisión de los servicios de salud y atención en pueblos.

Las comunidades son parte fundamental del núcleo del sistema de salud del país y forman parte integral del desarrollo socioeconómico. Por esta razón el trato incluyente de parte del personal sanitario escuchando las opiniones de la gente en torno al cuidado de la salud y al mismo tiempo capacitando a las y los derechohabientes para fomentar hábitos saludables, en pro de mejoras en la salud comunitaria, estrategia clave y poco utilizada en el pasado, en pocas palabras: medicina con enfoque preventivo.

Se fortalecerán los mecanismos que eviten la corrupción y procuren el gasto responsable, fomentando esfuerzos articulados como son la compra consolidada de medicamentos y material de curación y la inversión en investigación que signifique tratamientos efectivos y la producción nacional de medicamentos.

Trabajar en el rescate de la salud de carácter público principalmente para los niños, que son las semillas del futuro de México a través de la mejora y ampliación de las Semanas Nacionales de Salud, campañas de vacunación y detección temprana de enfermedades no transmisibles.

Se proporcionará orientación a las personas de todos los grupos de edad en escuelas, trabajos y comunidades para beneficiarlas en intervenciones que incluyan eventos y acciones educativas para propiciar estilos de vida saludable.

Un componente, hasta ahora, olvidado de la atención médica es la salud mental, y sabemos que la patología mental genera heridas profundas que afectan a las personas y la comunidad en su conjunto. Trabajar de manera permanente para atender necesidades de la comunidad médica y científica, siempre basados en los principios de libertad de expresión y diálogo directo, con el fin de encontrar soluciones a los problemas que surgen por del desempeño de las funciones sanitarias.

## Seguimiento de Programas

En este apartado se presentará los Programas de trabajo que se llevan a cabo durante el año de servicio, pretendiendo hacer un análisis de su función y mecanismo, siendo nueve el total de los mismos que se describen a continuación, por orden alfabético:

### **Atención prenatal**

#### **- Objetivos**

- Disminuir la mortalidad materna infantil
- Detección temprana de factores de riesgo en embarazo
- Evaluación de factores de riesgo, detección y referencia oportuna de complicaciones obstétricas
- Elaboración de un plan de acción previo al parto

#### **- Metas**

- Captar pacientes embarazadas e ingresar a programa
- Ofrecer un mínimo de 5 consultas durante el embarazo
- Dar tratamiento oportuno a factores de riesgo modificables
- Trabajo conjunto del seguimiento de embarazo con partera o enfermera, para comunidades sin médico

#### **- Estrategias**

- Ofrecer carnet de control de embarazo a partir de la segunda consulta
- Elaboración y entrega oportuna de referencia cuando se identifique factores de riesgo que ameriten atención en segundo nivel
- Capacitación a promotores de salud para la identificación de patología frecuente en embarazo
- Ofrecer valoración paraclínica con ultrasonido de la unidad de salud
- Dar cita y seguimiento en fechas que concuerden con calendario del médico pasante

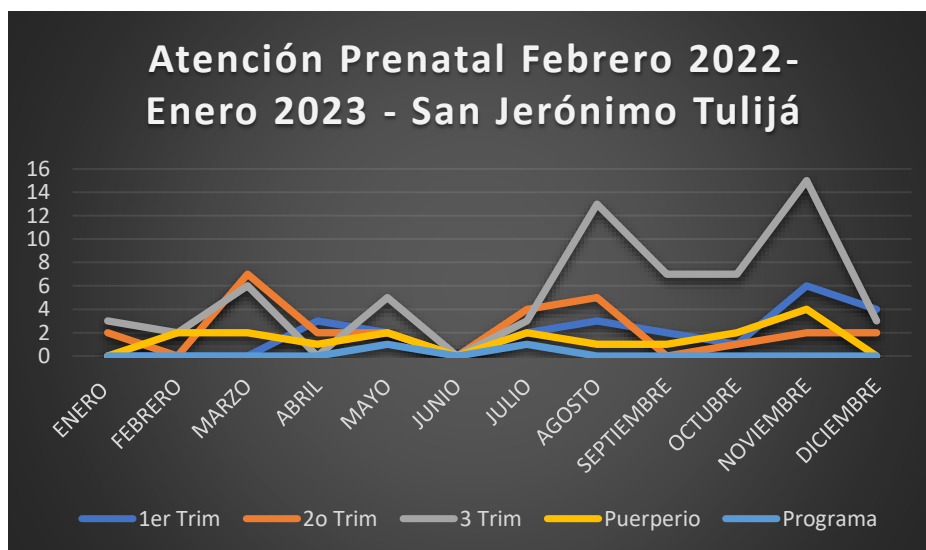
#### **- Actividades**

- Toma de signos vitales a toda embarazada en cada consulta
- Detección de frecuencia cardíaca fetal (en semanas detectables)
- Realizar Ultrasonido Obstétrico dentro de la clínica o solicitud
- Solicitud de estudios de laboratorio indicados por la NOM 007 (Biometría Hemática, Química Sanguínea, Examen General de Orina, VDRL, VIH)
- Uso de tiras reactivas (Urolabstick) para orina
- Toma de Glucosa periférica
- Valoración de peso y ganancia ponderal

- Actualización de carnet de control de embarazo (para quienes están en programa)
  - Explicación de datos de alarma en cada consulta
  - Consulta médica dirigida a detección de factores de riesgo
  - Prescripción oportuna de ácido fólico y hierro.
- **Resultados y análisis**

Atención Prenatal Febrero 2022- Enero 2023 – San Jerónimo Tulijá						
Mes/Trim	1er Trim	2o Trim	3 Trim	Puerperio	Programa	Total Embarazo
ENERO	0	2	3	0	0	5
FEBRERO	0	0	2	2	0	2
MARZO	0	7	6	2	0	13
ABRIL	3	2	0	1	0	5
MAYO	2	2	5	2	1	9
JUNIO	0	0	0	0	0	0
JULIO	2	4	3	2	1	9
AGOSTO	3	5	13	1	0	21
SEPTIEMBRE	2	0	7	1	0	9
OCTUBRE	1	1	7	2	0	9
NOVIEMBRE	6	2	15	4	0	23
DICIEMBRE	4	2	3	0	0	9
<b>ANUAL</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>64</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>114</b>

Fuente: Registro Diario de Consulta MPSS



Fuente: Registro Diario de Consulta MPSS

Durante el año de servicio social se registraron un total de 114 consultas, de control prenatal, de las cuales 23 fueron de primer trimestre, 24 del segundo trimestre y 64

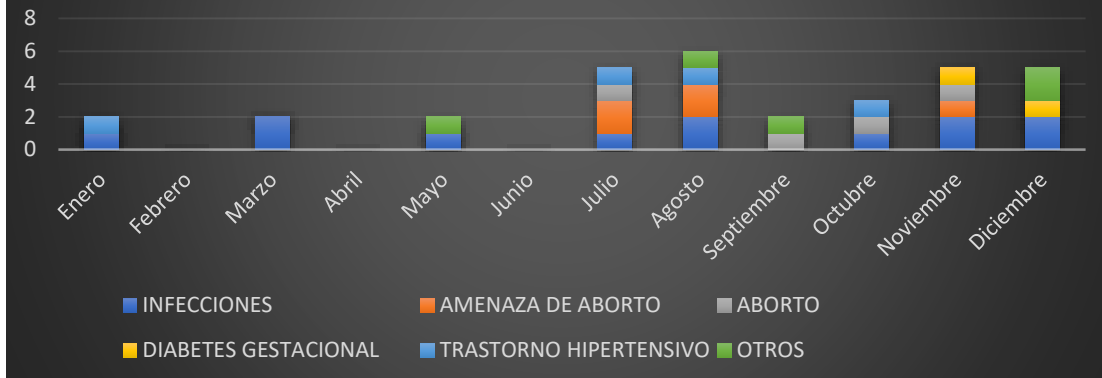
del tercer trimestre; además se registraron 17 pacientes en puerperio; teniendo únicamente 2 pacientes ingresadas en programa.

En relación a esta sección, se debe referir que las pacientes embarazadas acudían a la clínica por razones como: realizar ultrasonido, diagnóstico de embarazo, complicación del embarazo, trabajo de parto; no existió un seguimiento con la mayoría de las embarazadas por distintas razones: a) dentro de la comunidad existe la UMR del IMSS como ya se refirió en la segunda sección, la cual cuenta desde el mes de noviembre con personal médico femenino, quien tiene una mayor preferencia por las mujeres embarazadas para tener un seguimiento/control; b) en mi caso, acuden de otras comunidades únicamente para realizar ultrasonido; c) hay parteras en sus comunidades o familia que lleva el seguimiento del embarazo; d) acuden de comunidades donde cuentan con valoración médica; e) que el MPSS en este año (quien realiza este reporte) es hombre, lo cual dificulta de alguna forma el seguimiento por cuestión cultural; por las razones previamente mencionadas no se tuvo un programa de atención prenatal con al menos la mitad de las embarazadas, lo que no implica que dichas pacientes no tuviesen un seguimiento de su embarazo.

<b>Complicaciones durante el embarazo – Febrero 2022 – Enero 2023 – San Jerónimo Tulijá</b>							
<b>MES</b>	Infecciones	Amenaza de aborto	Aborto	Diabetes gestacional	Trastorno hipertensivo	Otros	<b>TOTAL</b>
<b>Enero</b>	1	0	0	0	1	0	2
<b>Febrero</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Marzo</b>	2	0	0	0	0	0	2
<b>Abril</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mayo</b>	1	0	0	0	0	1	2
<b>Junio</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>1r Sem</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>Julio</b>	1	2	1	0	1	0	5
<b>Agosto</b>	2	2	0	0	1	1	6
<b>Septiembre</b>	0	0	1	0	0	1	2
<b>Octubre</b>	1	0	1	0	1	0	3
<b>Noviembre</b>	2	1	1	1	0	0	5
<b>Diciembre</b>	2	0	0	1	0	2	5
<b>2º Sem</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>26</b>
<b>Anual</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>32</b>

Fuente: Registro Diario de Consulta MPSS

## Complicaciones durante el embarazo: Febrero 2022 – Enero 2023 – San Jerónimo Tulijá



Fuente: Registro Diario de Consulta MPSS

Respecto a las complicaciones durante el embarazo se reportaron un total de 32 complicaciones, que representa un 28.07% del total de consultas de atención prenatal; siendo entre éstas, las infecciones las que se presentaron con mayor incidencia. A cada embarazada que presentó alguna complicación se le dio tratamiento oportuno en caso de ameritarlo o la referencia correspondiente para el segundo nivel.

En cuanto al análisis de este apartado, las complicaciones como aborto, diabetes gestacional, trastorno hipertensivo y otros, fueron situaciones que se individualizaron y ameritaron el manejo por el segundo nivel de atención; las infecciones (que incluyen cervico-vaginitis e infección de vías urinarias) su manejo fue en el primer nivel, sin presentarse alguna complicación relevante en el embarazo secundario a infecciones. Y respecto a las complicaciones durante el parto y puerperio no se presentaron durante el año de servicio.

ATENCIÓN DE PARTO – San Jerónimo Tulijá – Febrero 2022 – Enero 2023						
Mes	Partera	Promotxr	MPSS	Coordinado	Hospital	Total
Enero	0	0	0	0	1	1
Febrero	0	0	0	2	0	2
Marzo	0	0	0	1	1	2
Abril	0	0	0	1	0	1
Mayo	1	0	0	1	1	3
Junio	0	0	0	0	0	0
1r Sem	1	0	0	5	3	9
Julio	0	0	0	1	1	2



Agosto	0	0	1	1	0	2
Septiembre	0	0	0	1	1	2
Octubre	0	0	1	1	0	2
Noviembre	0	0	0	3	4	7
Diciembre	0	0	0	0	1	1
2º Sem	0	0	2	7	7	16
Anual	1	0	2	12	10	25

Fuente: Registro Diario de Consulta MPSS

Respecto a la atención de parto, durante el año de servicio se atendieron 12 partos coordinados (pasante con partera), 2 por el MPSS, 1 por partera (distinta a la partera que colabora con la clínica), y 10 en Hospital que fueron referidos desde la clínica.

En relación a esta sección, los partos que se atendieron fueron por pasante y partera, manteniéndose comunicación efectiva y de respeto en cuanto a lo que respecta a costumbres y la cuestión médica. Dentro de la clínica se ofrecía la estancia y vigilancia en el puerperio inmediato, dándose una constancia de nacimiento y egresando al binomio en condiciones estables.

#### - Coherencia interna

*¿Los objetivos, metas y acciones que se proponen son acordes a la realidad?*

En relación a la realidad que se vive en la comunidad los objetivos son alcanzables; sin embargo las metas en cuanto a ingreso al programa pueden cambiarse y adaptarse al hecho y realidad de la existencia de alternativas de atención prenatal (UMR IMSS, parteras, procedencia otras comunidades).

*¿Se cuenta con los recursos materiales y tiempo necesario para realizar las actividades mencionadas?*

El contar con equipo doptone para la frecuencia cardíaca fetal, estetoscopio de Pinard, equipo de ultrasonido, urolabstick, hemoglobimetría por tira reactiva, sala de parto permite realizar las actividades previamente enunciada; además de contar con el tiempo en la mayoría de ocasiones para ofrecer una consulta, valoración y atención integral de primer nivel de atención.

*¿El programa es aceptado por la población?*

Sí, está adaptado para las condiciones de la comunidad como una microrregión, como un referente de atención en salud para comunidades más pequeñas; de alguna forma existe la limitante de tener el seguimiento y control por el hecho de ser hombre, como una situación que da lugar a que el seguimiento sea preferentemente

por una partera o atención médica de parte de alguien de sexo femenino. Las características del programa facilitan lo necesario para llevar a cabo un control

*¿El programa cumple con los parámetros del Derecho a la Salud. (Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad)?*

En relación a las condiciones que acompañan a la comunidad en San Jerónimo Tulijá y el programa de atención prenatal, es accesible para todos, sin discriminación alguna; la disponibilidad es variable en relación a las circunstancias que acompañan el servicio social (calendario); su aceptabilidad en la atención prenatal se cumple; y la calidad no se cumple totalmente por las condiciones de la población.

• *Propuestas para mejorar.*

- Evaluación periódica del prestador de servicio social en área médica en relación a su atención
- Capacitación periódica a personal de partería que apoya en clínica, y apoyo en material de registro y seguimiento para este programa

## **Crecimiento y Desarrollo**

- **Objetivos**

- Valoración del estado nutricional y desarrollo psicomotor
- Vigilar crecimiento y desarrollo de población de 0-15 años
- Detección oportuna de enfermedades o condiciones que afecten el crecimiento o desarrollo
- Promoción de alimentación exclusiva de seno materno en caso de lactantes

- **Metas**

- Ingreso de pacientes pediátricos en programa
- Valoración médica integral acorde al grupo etario
- Llevar control nutricional individualizado de cada paciente pediátrico
- Disminuir la morbi-mortalidad en población pediátrica menor de 5 años
- Referencia oportuna al segundo nivel de atención cuando se requiera

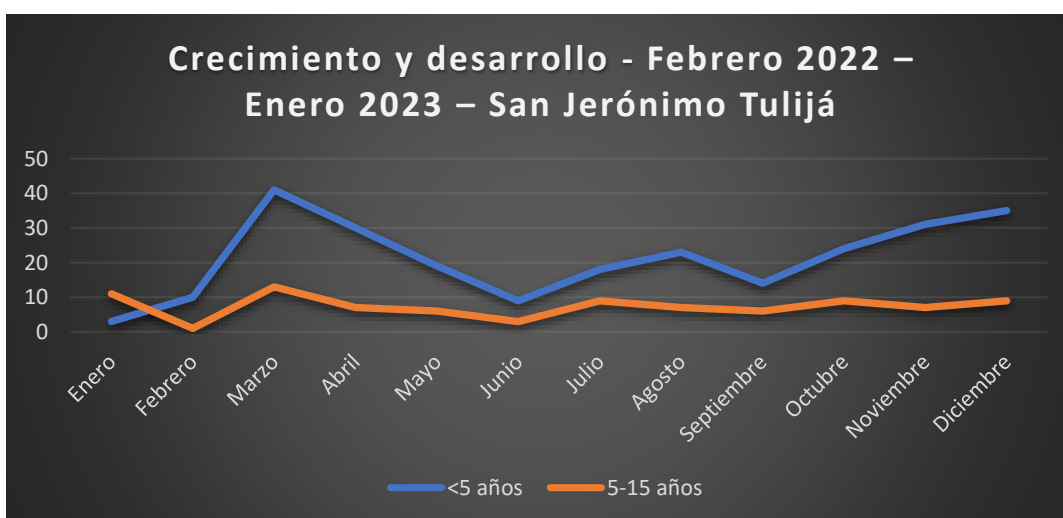
- **Estrategias**

- Explicación a los padres de la importancia del programa y el seguimiento a los pacientes
- Orientación sobre la vigilancia o datos relevantes que los padres deben identificar para llevar a valoración médica a su hijo/hija
- Explicar los resultados de percentilar a cada paciente
- Promoción sobre vacunación
- Realizar campañas de desparasitación, peso y talla
- Verificar seguimiento de esquema de vacunación

- **Actividades**
  - Peso y talla de cada paciente
  - Percentilar cada paciente
  - Educación sobre planes de hidratación
  - Orientación sobre datos de alarma para deshidratación
  - Orientación sobre datos de alarma para dificultad respiratoria
- **Resultados y análisis**

Crecimiento y desarrollo - Febrero 2022 – Enero 2023 – San Jerónimo Tulijá		
MES	<5 años	5-15 años
Enero	3	11
Febrero	10	1
Marzo	41	13
Abril	30	7
Mayo	19	6
Junio	9	3
Julio	18	9
Agosto	23	7
Septiembre	14	6
Octubre	24	9
Noviembre	31	7
Diciembre	35	9
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>88</b>

Fuente: Registro Diario de Consulta MPSS



Fuente: Registro Diario de Consulta MPSS

Durante el año de servicio se dieron un total de 257 consultas de primera vez a pacientes menores de 5 años y 88 consultas a pacientes entre 5-15 años, dando un total de 342 consultas para el programa de crecimiento y desarrollo, lo que representa un 25.2% del total de consulta en el año; del total de pacientes mencionados se ingresaron 10 pacientes, habiendo únicamente 1 paciente en programa al inicio del año de servicio; se concluyó con 11 pacientes dentro del programa de Crecimiento y Desarrollo.

El número de ingresos al programa, no logra alcanzar ni el 10% de pacientes atendidos, pues el seguimiento del padecimiento por el que inicialmente llevaban los padres a sus hijos, no siempre se realizaba una segunda o tercera consulta era poco común. Esto nos lleva a ubicar este problema como un reto en promoción de la salud, en el cual se debe continuar trabajando.

Por lo que la adherencia al programa era limitada, aún para aquellos que fueron ingresados al programa, sin embargo al ser un porcentaje significativo de la consulta anual, es importante continuar con las estrategias para alcanzar las metas en este programa.

### **Coherencia interna**

*¿Los objetivos, metas y acciones que se proponen son acordes a la realidad?*

Sí, los objetivos son alcanzables, aunque deben referirse limitantes principalmente en educación, aunque tampoco es tan diferente la situación de la comunidad que en este caso es rural, a un espacio urbano, donde el motivo de consulta no es llevar un control sino atención de una patología definida. Las metas pretenden en primer lugar ofrecer una consulta médica integral dadas las circunstancias de la comunidad, por lo que se proyecta un enfoque cualitativo, y no por ello deben cambiar o quitarse, como lo es el ingreso al programa de Crecimiento y Desarrollo, ya que como se refirió, representa una cuarta parte de la consulta anual, por lo que debe continuarse con las acciones llevadas a cabo y más.

*¿Se cuenta con los recursos materiales y tiempo necesario para realizar las actividades mencionadas?*

Respecto a los recursos, sí báscula con estadímetro son útiles y se cuenta con ellos, hace falta material gráfico para la explicación de percentiles (lo cual es relevante para valorar el crecimiento y desarrollo), en cuanto al tiempo, sí, es posible ofrecer el tiempo necesario a cada paciente para una valoración integral (mientras no se presente una urgencia).

*¿El programa es aceptado por la población?*

La población no presentó alguna situación de oposición a lo que implicaba una extensión de tiempo y acciones en la consulta, distintas a lo relacionado con el

“padecimiento actual”, sin embargo ni un solo paciente volvió a una segunda cita o valoración únicamente por “ver cómo va el crecimiento y desarrollo de su hijo”; los que fueron ingresados al programa fue por recurrencia o un problema de salud distinto al primero.

*¿El programa cumple con los parámetros del Derecho a la Salud (Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad)?*

En cuanto a la accesibilidad el programa permite que toda la población tenga acceso sin discriminación ni limitación alguna; respecto a la disponibilidad, el total de población así como las comunidades que recurren a San Jerónimo Tulijá para la atención médica, no, no es suficiente el establecimiento para la atención del resto de comunidades en la teoría; sin embargo en la práctica la UMR-IMSS como la clínica donde se realizó el servicio atendieron las necesidades de este grupo etario de forma oportuna en cuanto a lo que respecta de “acudir” a valoración. En cuanto a la calidad, desde la perspectiva científica y médica, son aceptables acorde a la condición del contexto de la clínica; es decir un espacio no dependiente de recursos gubernamentales.

*Propuestas para mejorar.*

- Campañas bimestrales de peso, talla y desparasitación, a las comunidades o rancherías con afluencia de población pediátrica para el programa
- Campañas de salud para los espacios educativos de la comunidad
- Material gráfico para educación en consulta sobre: percentiles, alimentación, etc.

## **Crónico degenerativos**

- **Objetivos**
  - Disminución de morbimortalidad en pacientes con Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2
  - Llevar un control y seguimiento con los pacientes
  - Prevención de complicaciones aguda y crónicas de las personas con padecimientos crónicos
- **Metas**
  - Ingresar a programa a pacientes con una enfermedad crónico degenerativa a partir de su segunda consulta
  - Tener valoración mensual de pacientes en descontrol de enfermedad
  - Tener valoración bimestral de pacientes en control de su enfermedad, cuando sean de comunidades distantes
  - Manejo y referencia oportuna cuando se presenten complicaciones

- Alcanzar las metas de control en glucosa y presión arterial

**- Estrategias**

- Tamizaje a través de toma de presión arterial en pacientes con factores de riesgo
- Tamizaje a través de toma de glucosa en pacientes con factores de riesgo
- Promoción de estilo de vida saludable a través de información relacionada con nutrición y actividad física
- Recomendar terapias conductuales acompañadas de técnicas de relajación para el manejo del estrés así como un plan de alimentación con consumo alto de frutas y vegetales e ingesta baja de grasas saturadas

○

**- Actividades**

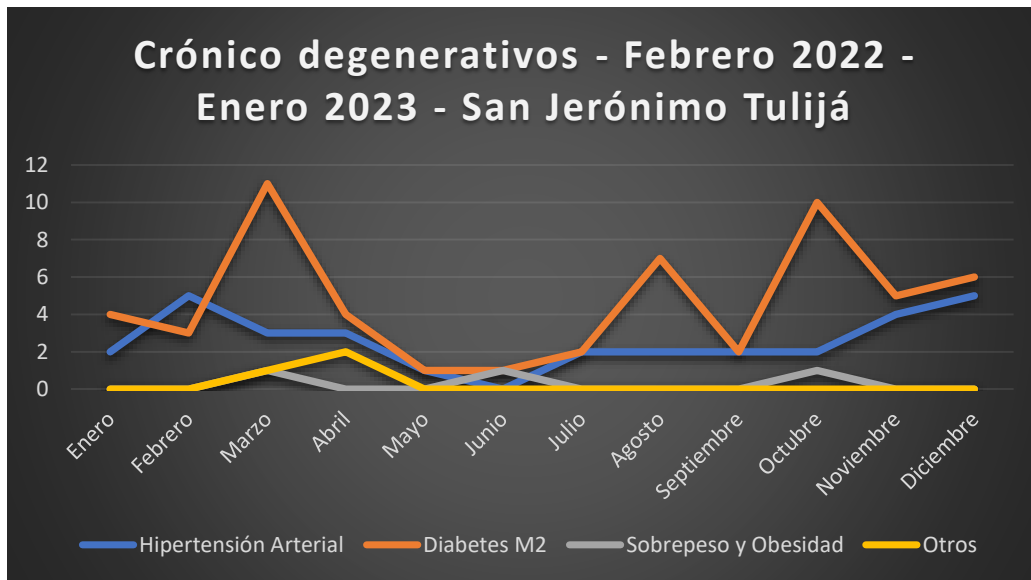
- Toma de presión arterial en cada consulta a adultos
- Promoción a toma de glucosa en ayuno y al azar
- Uso de gráficos para explicar la fisiopatología (adaptada al paciente) de la hipertensión arterial
- Ofertar seguimiento desde la primera consulta
- Estimar Riesgo Cardiovascular en los pacientes adultos
- Realizar examen de agudeza visual (cuadro de Snellen), así como exploración de fondo de ojo para identificar retinopatía
- Realizar exploración neurológica para identificar probable daño a órgano blanco (cerebro)
- Solicitud de estudios de control para identificación precoz de complicaciones

**- Resultados y análisis**

<b>Crónico degenerativos - Febrero 2022 - Enero 2023 - San Jerónimo Tulijá</b>				
<b>MES</b>	Hipertensión Arterial	Diabetes M2	Sobrepeso y Obesidad	Otros
<b>Enero</b>	2	4	0	0
<b>Febrero</b>	5	3	0	0
<b>Marzo</b>	3	11	1	1
<b>Abril</b>	3	4	0	2
<b>Mayo</b>	1	1	0	0
<b>Junio</b>	0	1	1	0
<b>Julio</b>	2	2	0	0
<b>Agosto</b>	2	7	0	0

<b>Septiembre</b>	2	2	0	0
<b>Octubre</b>	2	10	1	0
<b>Noviembre</b>	4	5	0	0
<b>Diciembre</b>	5	6	0	0
<b>Total</b>	31 / 2.28%	56 / 4.13%	3 / 0.22%	3 / 0.22%

Fuente: Registro Diario de Consulta MPSS



Fuente: Registro Diario de Consulta MPSS

Durante el año de servicio se dieron 93 consultas de primera vez para padecimientos crónico degenerativos, que representan el 6.86% del total de consultas anuales; de estas, se dieron 31 consultas para personas con Hipertensión arterial (HAS) que representa el 2.28%, teniendo 23 consultas subsecuentes de HAS; 56 consultas a personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que representa el 4.13% de consultas, con 48 consultas subsecuentes; y 3 consultas de primera vez para Sobrepeso y Obesidad representando un 0.22% al igual que Otros padecimientos crónicos, sin tenerse consulta subsecuente en estos últimos dos programas.

Respecto a la consulta de Hipertensión Arterial, de los 31 pacientes atendidos únicamente se ingresaron 7 pacientes, siendo un total de 10 pacientes en programa (3 existentes desde el inicio del servicio) representando un 22.1% de ingresos al programa (HAS) del total de consulta de Hipertensión; el seguimiento para dichos pacientes presenta dificultades quizás en educación sobre su padecimiento, al paciente y familiares, la lengua, la percepción de salud que tiene la población; por lo que ninguno de los pacientes que fueron ingresados a programa acudió a consulta para seguimiento formalmente, sino para atención de otros padecimientos o complicación aguda de hipertensión (síntomas de vasoespasmo).

En relación a la consulta de Diabetes Mellitus tipo 2, de las 56 consultas en este rubro del programa, se ingresaron 14 pacientes, representando un 25% de ingresos al programa (DM) del total de consulta de Diabetes, sin embargo el apego a este programa fue similar al de Hipertensión Arterial, dado que los pacientes ingresados no acudían a consulta para seguimiento sino por otra patología o complicación del mismo padecimiento; en este caso era más frecuente encontrar que los pacientes abandonaban el tratamiento farmacológico por “sentirse bien”, por tomar “hierba/planta” como alternativa (sin poder tener forma de seguimiento aún para dicha alternativa), por efectos secundarios (en lo referido) principalmente; por lo que dicho programa pese a tener intenciones de control y alcanzar metas, fue difícil mantenerlo durante el año de servicio, sin embargo continúa siendo un programa vital en la consulta médica no sólo en la comunidad de San Jerónimo o en las rancherías sino por ser una enfermedad de índole mundial.

En cuanto al programa de Sobrepeso y Obesidad (SyO), se tuvo consulta a 3 pacientes representando únicamente un 0.22% del total, sin realizarse ingresos al programa, pese a reconocer que el SyO son un problema de salud y un factor de riesgo significativo para el desarrollo de otros padecimientos crónico degenerativos como HAS o DM2, la población ve el SyO como algo sin suma importancia o poca relación para su cefalea o mareo secundario a hipertensión descontrolada, como ejemplo. Por lo que fue completamente difícil tener el seguimiento de un paciente en este programa que estuviera dispuesto a implementar en su vida un estilo saludable en relación a su peso.

Y finalmente en el rubro de Otros padecimientos crónico degenerativos, el porcentaje representado por un 0.22% muestra que, en este rubro no se presentaron pacientes para su ingreso a este programa y por lo tanto no hubo consulta subsecuente.

### **Coherencia interna**

*¿Los objetivos, metas y acciones que se proponen son acordes a la realidad?*

Los objetivos propuestos sí, son acorde a las necesidades y características reales de la comunidad; las metas propuestas parecieran distantes a lo que se evidenció en relación a control del padecimiento, seguimiento formal y continuo, sin embargo aunque no se hayan alcanzado las metas implica únicamente la necesidad de mayor énfasis y esfuerzo en la situación; y las acciones realizadas demuestran su eficacia en los resultados obtenidos para diagnóstico, sin embargo requieren de mejores estrategias para alcanzar las metas a través de las acciones.



*¿Se cuenta con los recursos materiales y tiempo necesario para realizar las actividades mencionadas?*

Respecto a los recursos materiales, se cuenta con lo básico que en todo primer nivel debe tenerse, sin embargo no significa que no pueda mejorarse y proyectarse un servicio de atención en este programa con más recursos; en cuanto al tiempo, sí existe la condición para realizar las actividades.

*¿El programa es aceptado por la población?*

Aceptar este programa implica algo más que aceptar que se le tome la presión arterial o glucosa; pues en general no existe una indiferencia significativa o explícita hacia el programa o sus actividades; sin embargo el compromiso de parte de la población o pacientes pertenecientes a este programa o como candidatos al mismo, no, no existe dicho compromiso para que el programa pueda funcionar adecuadamente.

*El programa cumple con los parámetros del Derecho a la Salud. (Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad)?*

Respecto de la accesibilidad, sí, el programa no presenta limitación, o criterio de exclusión para ningún paciente, no conlleva discriminación en ningún sentido; de su disponibilidad, dado el porcentaje de consulta en éste programa, y considerando la población atendida, sí, es suficiente el servicio ofrecido a la población, considerando que en este rubro se comparte el manejo con la UMR-IMSS, a la que la población recurre y acude por estar en dicho programa, cuando no se encuentra el servicio médico en la clínica Murcia, entre otras razones; en su aceptabilidad sí el espacio brinda el respeto desde la posición médica y la ética así como internalizado en el contexto cultural étnico, buscando sin reservas el bienestar de la población.

*Propuestas para mejorar.*

- Material gráfico para mejorar la explicación del padecimiento/diagnóstico al paciente/familiares
- Proyecto de adquisición de equipo para hemoglobina glicosilada (para mejorar en el seguimiento, diagnóstico y control de Diabetes)

## **Detección Oportuna de Cáncer Cervico uterino**

### **Objetivos**

- Disminuir la morbi-mortalidad del cáncer cervico uterino

- Sensibilizar a la población sobre la relevancia de este problema de salud sexual
- Mantener actualizado el programa DOC

### **Metas**

- Ingreso a pacientes desde primera consulta con factores de riesgo
- Realizar/indicar papanicolau en cada paciente que se incluye en programa
- Detección oportuna de lesiones malignas
- 

### **Estrategias**

- Campañas semestrales para toma de papanicolau
- Localización de pacientes en programa sin seguimiento
- Campañas de salud sexual y reproductiva

### **Actividades**

- Toma de muestra de citología cervical para pacientes candidatas a ingreso de programa
- Valoración médica integral: interrogatorio y exploración física completa

### **Resultados y análisis**

Durante el año de servicio se dio 0 consultas para detección de cáncer cervicouterino, por lo tanto no se realizaron ingresos al programa, y actualmente en programa se encuentran 47 pacientes, siendo el último registro del programa en el año 2018.

Es de referirse que, la inactividad desde el 2018 en este programa es debida a distintos factores: participación del MPSS en el programa, la pandemia, ausencia de MPSS por un período mínimo de 6 meses, la cuestión cultural que limita la participación de un MPSS como hombre para tan sólo una revisión o exploración física en genitales femeninos, o la reacción al interrogatorio dirigido en este tema. Por lo que, es en dichos factores que, deben continuar trabajándose para reactivar el programa de forma que, se dé la importancia

### **Coherencia interna**

*¿Los objetivos, metas y acciones que se proponen son acordes a la realidad?*

Los objetivos corresponden a una realidad no sólo de impacto comunitario sino nacional en ámbito de salud, por lo que sus metas son basadas en dicha realidad y alcanzables, con dificultad por los factores ya referidos; las acciones son limitadas

e implican todo un proceso que es posible perder el seguimiento a lo largo del tiempo.

*¿Se cuenta con los recursos materiales y tiempo necesario para realizar las actividades mencionadas?*

Sí, se cuenta con equipo básico y necesario para realizar las actividades que permitirán alcanzar las metas; en relación con el tiempo, sí, existe la posibilidad de realizar las actividades o en su caso programación de citas específicas de dichas acciones.

*¿El programa es aceptado por la población?*

Cuando el programa o las acciones ofrecidas son por parte del personal de salud masculino existe una limitación de permitir dar un seguimiento o llevar a cabo dichas acciones, sin embargo cuando son ofrecidas por personal femenino existe una mayor aceptación para llevar a cabo dichas acciones; por lo que sí, el programa es aceptado sin embargo depende en sí de quién lo ofrece.

*¿El programa cumple con los parámetros del Derecho a la Salud. (Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad)?*

Respecto de la accesibilidad, sí el programa se presenta sin restricción alguna ni con indicios de discriminación; en cuanto a la disponibilidad, presenta su limitación a la estancia del MPSS; en su aceptabilidad, sí el programa mantiene la ética médica y respeta la cultura en la cual se encuentra, respeta en todo momento la confidencialidad del paciente y procura mejorar el estado de salud del mismo; y respecto de la calidad el programa se presenta aceptable en lo necesario desde el aspecto científico y médico para llevarse a cabo.

*Propuestas para mejorar.*

- Pláticas bimestrales sobre cáncer cervico uterino
- Campañas semestrales para citología cervical

## **Víctimas de violencia**

### **Objetivos**

- Disminuir la incidencia de violencia intrafamiliar
- Promoción del Violentómetro
- Evitar casos de mortalidad secundarios a violencia

### **Metas**

- Ingresar a pacientes al programa en la segunda consulta donde se identifique exposición a violencia
- Lograr un seguimiento de confianza con el paciente

## **Estrategias**

- Buscar o identificar familiar de apoyo para el paciente (distinto a quien ejerce violencia)
- Ofrecer orientación profesional o grupos de apoyo para la situación
- En consultas subsecuentes, dirigir interrogatorio y exploración a identificación de hallazgos de violencia
- Referencia oportuna con las autoridades competentes cuando sea meritorio

## **Actividades**

- Interrogatorio explícito e implícito para datos de violencia
- Exploración física dirigida y completa
- Promoción del tema de violencia como problema social y familiar

## **Resultados y análisis**

Durante el año de servicio se identificaron 2 pacientes víctimas de violencia, las cuales no se ingresaron a programa por acudir a consulta una sola ocasión; se trató de un probable abuso sexual de una menor de 5 años, caso para el cual se realizó la valoración médica necesaria y se dio orientación como referencia médica para dar el seguimiento correspondiente en dicho caso; el siguiente caso se trató de una paciente embarazada, que sufrió de violencia por su esposo en estado de ebriedad, en dicha ocasión se dio valoración, referencia, sin embargo la familia y paciente no mostraron intención de dar seguimiento.

En ambos casos, el 100% se trató de víctimas de sexo femenino, lo cual contextualizado a la comunidad, existe un ambiente de machismo tolerado y aceptado por la población, por lo que es difícil tener un reconocimiento de un problema social y familiar que amerite un seguimiento y apoyo.

## **Coherencia interna**

*¿Los objetivos, metas y acciones que se proponen son acordes a la realidad?*

La condición cultural de la comunidad en cuanto a la violencia en general o violencia de género, da lugar a tener objetivos que, bajo trabajo dirigido puedan alcanzarse; las metas en relación al programa, sí son difícil de conseguir o alcanzar sin embargo es un programa que debe continuar procurando alcanzar las metas; las acciones, son en su medida y dado el contexto limitadas, pues como en distintos padecimientos o situaciones médicas o de salud, dependen en gran parte de la participación del paciente, puesto que la realidad muestra que, nadie acude a consulta para referir actos de violencia intrafamiliar.

*¿Se cuenta con los recursos materiales y tiempo necesario para realizar las actividades mencionadas?*

En cuanto a recursos gráficos para promover el instrumento de medición del problema no se cuenta, en cuanto a una metodología diagnóstica específica para identificar violencia intrafamiliar no se cuenta; respecto del tiempo, sí es posible realizar las actividades, con la limitación de parte del paciente y su disposición para continuar con un abordaje más dirigido hacia el problema por el cual seguramente no acudió a consulta.

*¿El programa es aceptado por la población?*

Declarar específicamente con un sí a esta pregunta, nos obliga a considerar que el 50% de los casos presentados en el año decidió no dar el seguimiento correspondiente, sin embargo la muestra o el número de pacientes en este rubro no es significativo, pero sí importante; sin embargo a pesar de existir un contexto cultural machista/patriarcal en la comunidad, existe una brecha entre tolerar y estar de acuerdo, lo cual, la población en su caso no está a favor, y que, seguramente de tener las circunstancias, conocimiento, herramientas y oportunidades de cambiar dicha situación, lo haría.

*El programa cumple con los parámetros del Derecho a la Salud. (Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad)*

Respecto de la accesibilidad, sí, el programa, pese a dar una atención individualizada, no discrimina ni minimiza la situación de violencia en ninguna persona; dado el porcentaje de incidencia de violencia al menos registrado en el año, puede pensarse que, sí, sin embargo dicha situación amerita el manejo multidisciplinario y de las autoridades competentes, y las políticas correspondientes para el manejo competente y oportuno de este problema; la aceptabilidad, en cuanto al respeto de la cultura, sí, respeta lo que compete a aquello que no afecte el derecho a la salud, sin embargo la cultura de la comunidad que favorece o minimiza un problema que, afecta directamente a la salud, dificulta que el programa cumpla con la aceptabilidad; y de la calidad, como se refirió la atención de este problema amerita la intervención y manejo multidisciplinario, por lo que sí en lo que el programa médico permite.

*Propuestas para mejorar.*

- Violentómetro o material gráfico para que implícitamente o explícitamente se señale y sensibilice a la población respecto a la realidad de un problema
- Contar con una red de apoyo adaptada a la comunidad (comunicación)

## **Tuberculosis**

### **Objetivos**

- Disminución de la incidencia de tuberculosis
- Detección oportuna en pacientes de riesgo
- Referencia a segundo nivel de atención a pacientes con diagnóstico de tuberculosis y casos sospechosos
- Reactivación del programa en caso de pacientes sin seguimiento

### **Metas**

- Que cada paciente con diagnóstico de tuberculosis cuente con un tratamiento completo, con el seguimiento correspondiente
- Que cada paciente termine su tratamiento

### **Estrategias**

- Pláticas trimestrales sobre Tuberculosis
- Identificación poblaciones: alta prevalencia (inmigrantes, contactos cercanos a pacientes con Tb activa) y de alto riesgo (VIH+, inmunosupresión, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, drogas intravenosas, alcohólicos, desnutrición, malignidad, gastrectomía y uso de biológicos)

### **Actividades**

- Toma de muestra de esputo y envío a segundo nivel de atención
- Ingreso a programa a pacientes que: se tomó y envió muestra, diagnóstico confirmado de Tb, tienen tratamiento para Tb
- Consulta médica integral, con un interrogatorio dirigido que permita realizar y descartar diagnósticos diferenciales distintos a Tb.

### **Resultados y análisis**

Durante el año de servicio no se dio ninguna consulta para el programa de Tuberculosis, la última consulta registrada por MPSS fue en Julio 2016, por lo que no existe paciente en programa actualmente, lo cual significaría dos cosas de forma general: la incidencia y prevalencia de tuberculosis ha disminuido o no se han realizado las actividades correspondientes en relación al diagnóstico. Y la realidad en datos estadísticos de la consulta mostrarían que la incidencia y prevalencia bajó o al menos la clínica Murcia no fue el primer centro de atención para el paciente (pero sí hubo pacientes con antecedentes de Tuberculosis); sin embargo en la práctica diaria, las actividades de parte del MPSS en turno no fueron llevadas a cabo en su plenitud, como la promoción a través de campañas o pláticas.

Es posible analizar, en las consultas dadas en 2022, el cuadro clínico sugerente del diagnóstico de Tuberculosis siempre se realizaba con diagnóstico diferencial y un seguimiento al padecimiento hasta considerar la confirmación del diagnóstico para su tratamiento oportuno; es decir no a todos los pacientes con tos crónica (signo en forma general) se sospechaba o daba seguimiento para Tuberculosis, sino que bajo datos epidemiológicos y clínicos se daba el seguimiento correspondiente acorde al diagnóstico más probable.

### **Coherencia interna**

*¿Los objetivos, metas y acciones que se proponen son acordes a la realidad?*

La realidad en aspectos epidemiológicos mostraría que en Chiapas, debe continuarse el trabajo en promoción, detección, tratamiento oportuna, por lo que, los objetivos pueden no estar acorde a la realidad por deficiencia en la confirmación del diagnóstico, por lo que sus metas se verán afectas, y las acciones son limitadas.

*¿Se cuenta con los recursos materiales y tiempo necesario para realizar las actividades mencionadas?*

Los recursos dentro de la clínica permiten una sospecha clínica, una limitación/carencia en la muestra del esputo (equipo para toma) que se enviaría al segundo nivel, pero se puede ofrecer la referencia correspondiente al segundo nivel; en relación al tiempo, al ser un padecimiento crónico permite realizarse la toma con el tiempo necesario y la adquisición del material/equipo para toma de muestra.

*¿El programa es aceptado por la población?*

Es difícil responder dicha pregunta dado que existió nula actividad en este programa, sin embargo en la consulta y valoración clínica donde se tenía Tuberculosis (Tb) como diagnóstico diferencial la población en dicha situación mostró disposición para el seguimiento correspondiente en caso de que el diagnóstico principal cambiase a Tb.

*El programa cumple con los parámetros del Derecho a la Salud. (Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad)*

Respecto de la accesibilidad el programa no muestra ni limita su alcance a ninguna persona por ninguna razón; en su disponibilidad dada la incidencia y prevalencia, sí es un programa suficiente para la población que atiende; en la aceptabilidad sí, cumple con los parámetros que corresponden a la ética médica, el respeto por la cultura y la confidencialidad del paciente y su salud; en cuanto a la calidad del programa, desde el punto de vista médico y científico no, ya que en el camino hacia el diagnóstico y manejo de este padecimiento y programa existen limitaciones económicas e intervenciones adicionales externas al programa en la clínica.

*Propuestas para mejorar*

- Evaluación semestral al pasante, sobre la correcta toma y manejo de la muestra de esputo

## Perfil de Morbilidad

En esta sección será posible observar el comportamiento de las patologías presentadas en la población de San Jerónimo Tulijá, en qué meses se tuvo una mayor incidencia, cuáles grupos de edad y sexo fueron los más afectados; lo anterior puede llevarse a cabo haciendo uso de la metodología de trabajo en el servicio social durante la consulta diaria, como lo fue la hoja de consulta diaria, los informes mensuales.

En México, para el año 2021 la población total aproximada era de 128, 972, 439 habitantes, en Chiapas 5, 812, 375 habitantes, siendo la 6ª entidad federativa con más habitantes, en el municipio de Chilón 137, 262 habitantes, y en la comunidad de San Jerónimo Tulijá 1763 habitantes. En la siguiente tabla se presentan las 20 principales causas de enfermedad Nacional, por mes de notificación, siendo el 2021 el último año actualizado por el servicio de Epidemiología Nacional, por lo que es con esta referencia anual con la que se han de realizar comparaciones y análisis de morbilidad.

Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por mes de notificación  
Estados Unidos Mexicanos 2021  
Población General

Orden	Padecimiento	Código de la lista detallada CIE10. Revisión	Mes de notificación											
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1	Infecciones respiratorias agudas	J02-J06, J20, J21 excepto J22.0 y J22.8	844 390	650 368	724 925	677 027	618 201	871 285	964 808	834 848	954 519	827 337	1 077 838	1 268 169
2	Infección de vías respiratorias	J30, J34, J39.0	176 677	188 032	213 837	234 489	240 328	313 230	247 918	231 426	280 278	240 944	221 016	248 458
3	Infecciones intestinales por otras esquistosomas y larvas del deficiente	A04, A09-A09 excepto A09.0	132 888	167 690	308 114	261 591	274 948	377 477	273 228	220 782	237 228	187 283	177 406	225 438
4	COVID-19	U07.1, U07.2	418 980	182 121	138 661	81 885	67 282	516 886	421 487	504 333	259 514	118 841	80 979	142 436
5	Gripe, gastro y diarreicas	K23-K29	18 977	62 894	81 838	78 721	71 348	94 135	72 887	88 874	81 485	88 803	87 106	73 731
6	Coquecitis y colitis crónicas	K59	21 505	25 389	37 863	38 333	53 388	73 903	54 884	43 838	37 869	18 981	17 714	38 866
7	Diarrea aguda	D02-D13	24 173	36 861	48 418	18 700	36 849	48 277	39 328	16 322	47 221	42 308	42 207	40 120
8	Obesidad	E66	23 478	28 170	43 868	39 406	41 384	36 283	43 089	48 652	47 481	43 722	39 713	41 680
9	Ydrosquecitis	M76	38 080	33 487	44 489	38 312	38 428	36 707	39 679	38 108	42 294	42 901	37 828	38 710
10	Coquecitis	H18	27 152	30 919	41 788	37 288	37 423	47 436	37 571	36 280	44 679	39 226	35 453	38 672
11	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	E11-E14	24 782	27 805	36 014	32 351	32 658	44 214	34 788	32 377	38 849	33 890	32 281	34 228
12	Otros rinitis aguda	B05.0-B05.1	29 011	28 358	33 212	27 901	29 333	38 833	34 754	34 755	41 679	34 796	35 036	36 458
13	Intoxicación por picadura de abejas	T63.2, X22	12 718	13 470	14 774	21 819	28 652	33 888	32 528	18 813	24 747	22 418	38 178	18 129
14	Influenza	J09-J11	17 189	11 729	14 938	19 742	13 649	18 811	23 485	33 914	28 893	33 880	30 090	14 871
15	Intoxicación toxinas específicas	T07.2	7 049	7 833	32 522	32 346	14 326	18 528	13 489	12 388	14 681	33 248	31 745	12 738
16	Intoxicación por picadura de arañas	T63.0, X20.0	11 514	8 434	10 481	8 488	8 475	11 514	11 514	11 514	11 514	11 514	11 514	11 514

Fuente: Anuario de Morbilidad 2021



Durante el período Febrero 2022 a Enero 2023, se tuvo registro total de 1355 consultas, de las cuales 1197 fueron de primera vez, y 253 pacientes subsecuentes

Las 10 principales patologías durante el período Febrero 2022 – Enero 2023 fueron:

### Morbilidad General

San Jerónimo Tulijá			
#	CIE10	Patología	Casos
1	J028	Faringitis aguda viral	143
2	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	96
3	K589	Síndrome de colon irritable sin diarrea	54
4	N300	Cistitis aguda	52
5	I10	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	32
6	J209	Bronquitis aguda no especificada	28
7	K297	Gastritis, no especificada	19
8	G442	Cefalea, debida a tensión	18
9	E119	Diabetes Mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	17
10	I10	Hipertensión esencial (Primaria)	16

Fuente: Hoja diaria de consulta SADEC – UAM – MPSS

Comportamiento mensual de las 10 principales patologías en San Jerónimo Tulijá:

### Morbilidad general

	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Total	Tasa anual
1	11	15	14	17	7	17	15	9	7	12	12	7	143	81.11
2	5	16	15	6	2	13	3	9	8	9	7	3	96	54.4
3	1	3	5	4	3	5	3	2	4	7	10	7	54	30.62
4	7	8	6	3	2	4	6	5	3	3	5	0	52	29.49
5	1	5	0	0	1	3	0	2	0	9	9	2	32	18.1
6	0	0	0	0	0	1	0	0	3	15	9	0	28	15.88
7	4	0	1	3	2	0	2	0	1	2	2	2	19	10.77
8	0	0	0	0	0	2	3	2	4	3	1	3	18	10.2
9	1	1	2	1	0	1	2	2	2	1	2	2	17	9.64
10	1	2	2	1	0	3	1	2	0	1	2	1	16	9.07

Población total: 1,763 habitantes || Tasa por mil habitantes

### Morbilidad transmisible

	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Total	Tasa anual
1	11	15	14	17	7	17	15	9	7	12	12	7	143	81.11
2	5	16	15	6	2	13	3	9	8	9	7	3	96	54.4
3	7	8	6	3	2	4	6	5	3	3	5	0	52	29.49
4	1	5	0	0	1	3	0	2	0	9	9	2	32	18.1
5	0	0	0	0	0	1	0	0	3	15	9	0	28	15.88

6	0	7	3	1	0	0	2	0	3	0	0	0	16	9.07
7	0	4	1	0	0	0	0	0	3	3	2	0	13	7.37
8	1	2	0	2	0	0	1	0	1	1	2	1	11	6.23
9	0	2	2	0	0	1	1	0	0	4	0	0	10	5.67
10	0	2	0	1	1	1	0	0	0	2	2	0	9	5.1

Población total: 1,763 habitantes || Tasa por mil habitantes

### 10 principales patologías Transmisibles

#	CIE10	Patología	Casos
1	J028	Faringitis aguda viral	143
2	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	96
3	N300	Cistitis aguda	52
4	J00	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	32
5	J209	Bronquitis aguda no especificada	28
6	B829	Parasitosis intestinal	16
7	B373	Candidiasis de la vulva y de la vagina	13
8	K052	Periodontitis aguda	11
9	H102	Otras conjuntivitis agudas	10
10	H650	Otitis media aguda	9

Fuente: Hoja diaria de consulta SADEC – UAM – MPSS

### Morbilidad No Transmisible

	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Total	Tasa anual
1	1	3	5	4	3	5	3	2	4	7	10	7	54	30.62
2	4	0	1	3	2	0	2	0	1	2	2	2	19	10.77
3	0	0	0	0	0	2	3	2	4	3	1	3	18	10.2
4	1	1	2	1	0	1	2	2	2	1	2	2	17	9.64
5	1	2	2	1	0	3	1	2	0	1	2	1	16	9.07
6	0	1	0	0	4	0	7	1	0	2	0	1	16	9.07
7	0	6	1	2	0	0	2	2	0	1	1	0	15	8.5
8	0	1	2	0	0	2	5	2	0	1	1	1	15	8.5
9	0	0	0	3	1	2	0	0	2	0	5	1	14	7.94
10	2	2	0	2	0	1	1	2	2	1	1	0	14	7.94

Población total: 1,763 habitantes || Tasa por mil habitantes

### 10 principales patologías No Transmisibles

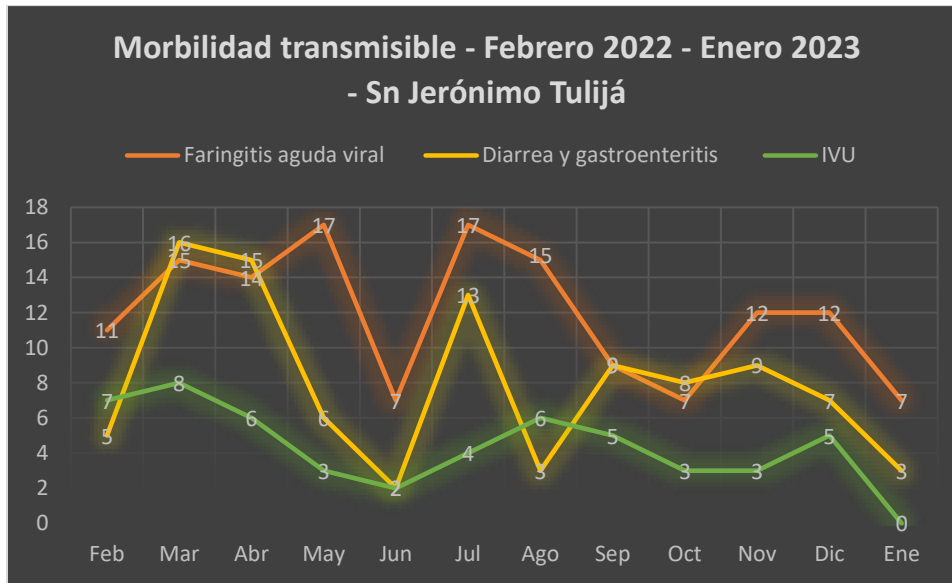
#	CIE10	Patología	Casos
1	K589	Síndrome de colon irritable sin diarrea	54
2	K297	Gastritis, no especificada	19
3	G442	Cefalea, debida a tensión	18
4	E119	Diabetes Mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	17
5	I10	Hipertensión esencial (Primaria)	16
6	L501	Urticaria idiopática	16
7	M791	Mialgia	15
8	S913	Heridas de otras partes del pie	15

9	H612	Cerumen impactado	14
10	M255	Dolor en articulación	14

Fuente: Hoja diaria de consulta SADEC – UAM – MPSS

## Análisis de Morbilidad

### 3 principales enfermedades transmisibles



Fuente: Hoja diaria de consulta SADEC – UAM – MPSS

Es posible observar una mayor incidencia de faringitis en los primeros 4 meses del año, y aún hasta julio-agosto, sin embargo, dada la clasificación específica del CIE10 en cuanto a diagnósticos, es posible considerar y comentar que en general las infecciones respiratorias (si se sumase faringoamigdalitis bacteriana, rinofaringitis, sinusitis, otitis, amigdalitis, etc) tuvieron una incidencia alta en meses de invierno (teniendo presente que, no es el clima el agente etiológico directo de las infecciones, sino que favorece la condición inmunológica para la infección); lo cual es de esperarse considerando que, la población en general difícilmente recurre al uso de cubrebocas como medida de prevención en contagio, además de la conducta presentada en consulta, que la población infantil en general no recibe instrucción sobre el cómo “toser” / “estornudar”, como medida de prevención.

En relación a la diarrea y gastroenteritis, se muestra la mayor incidencia en los meses de marzo, abril, y julio; lo cual al considerar factores como educación en medidas higiénico dietéticas, la fuente del agua (la mayoría se abastece de la red pública del agua que procede de manantial), y en comparación con la morbilidad nacional las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, comparten espacio entre las primeras 3 causas en morbilidad.

Y la patología con menor incidencia de estas 3, son las infecciones de vías urinarias, las cuales muestran un comportamiento semejante durante todo el año, la incidencia baja en junio y enero se relacionan con lo referido previamente en dichos meses; y de igual forma comparte el espacio con la morbilidad nacional entre las 3 principales enfermedades; aunque las infecciones de vías urinarias tienen principalmente un microorganismo como agente etiológico de dicha patología, la población en general, y siendo más susceptible el sexo femenino (por anatomía) no ingieren suficientes líquidos, la ingesta de agua es tan baja en la población que, en la consulta se sorprenden al referir la cantidad total recomendada.

### 3 principales enfermedades No Transmisibles



Fuente: Hoja diaria de consulta SADEC – UAM – MPSS

Respecto de las 3 principales patologías no transmisibles, se encuentra en primer lugar el síndrome de Colon Irritable, el cual, en los últimos 3 meses del año aumentó en incidencia, posiblemente debido a las fiestas de fin de año, donde existe mayor descontrol en la alimentación, dando lugar a sintomatología intestinal; no se encuentra dicho diagnóstico en las principales enfermedades nacionales de forma específica sino lo más cercano en cuestión gastrointestinal son infecciones y gastritis, úlceras y duodenitis; en la población y dada la fisiopatología del diagnóstico, existen factores que dieron lugar a estos resultados, es decir, la casi nula ingesta de agua natural; para la mayor parte de la población la ingesta de agua natural, es algo raro, usualmente el agua potable es para chocomilk, café, pozol; sin embargo el estrés es también una causa del diagnóstico, pese a creer que en una comunidad la vida es más “tranquila” también tienen sus propios problemas que generan estrés y de dicha forma influyen en la función digestiva.

En segundo lugar se tiene el diagnóstico de Gastritis el cual por factores similares a los señalados previamente repercuten en la salud de la población, como la alimentación, el estrés, y en este caso la infección por H. Pylori, o el uso de AINEs. La incidencia a lo largo del año, se mantuvo sin amplias variaciones; y es posible comentar que en la población la alimentación que puede influir en el padecimiento es real, pues los irritantes, consumo de alcohol, es frecuente, hay más de un 50% de seroprevalencia para H. Pylori en México, por lo que San Jerónimo Tulijá no estaría exento de ello, aunque sí limitado para la prueba de aliento, sin embargo se encuentran otras razones como el uso constante de antiinflamatorios no esteroideos que al ser de venta libre, pueden llegar a tener un uso indiscriminado, y el estrés que es común para muchos.

Y finalmente el diagnóstico de cefalea tensional, es el subtipo de cefalea primaria más común, con características típicamente: bilateral, opresivo y de intensidad moderada, sin estar acompañado de náuseas, sin empeorar con la actividad física; su incidencia de igual forma se mantuvo sin alteraciones en la última mitad del año; y múltiples ocasiones el síntoma estaba asociado con cifras de tensión arterial elevadas.

Debe comentarse que aunque en quinto lugar de incidencia no transmisible en San Jerónimo Tulijá, la hipertensión arterial, quitando la morbilidad transmisible nacional, ocuparía de los primeros lugares; y en este caso, los resultados de dicho diagnóstico pudieron ser mayores, pero la experiencia con los pacientes en esta área fue similar a una condición general en la población “sentirse bien” equivale a no necesitar medicamento o atención, es decir, en múltiples ocasiones diagnósticos como Cefalea debida a tensión, eran por cifras tensionales altas que requerían de un seguimiento para confirmar el diagnóstico de Hipertensión Arterial, pero en su mayoría, la población no acudía al seguimiento.

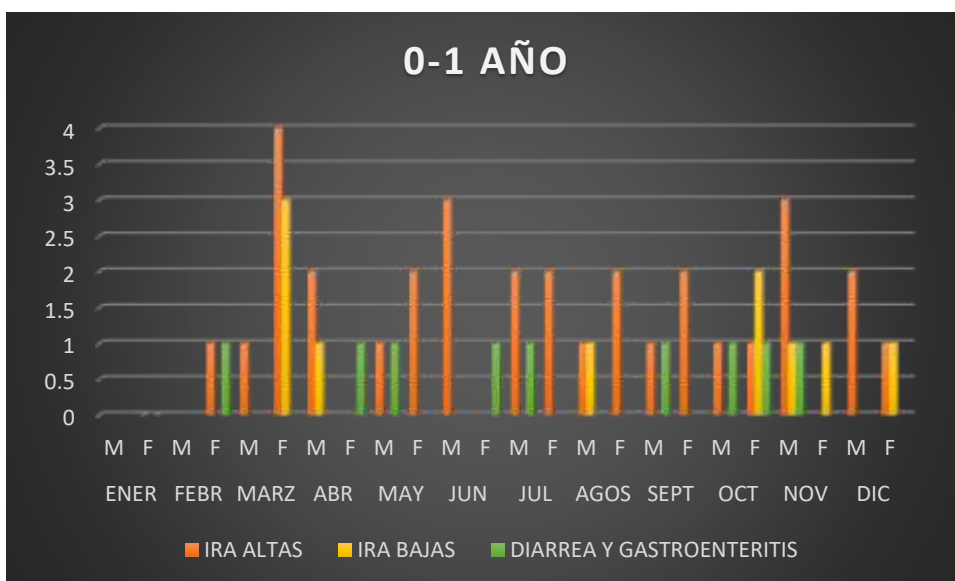
## Daño Diferencial

En esta última sección se presentará la morbilidad desde la perspectiva etaria y por sexo, para que de esta forma sea posible distinguir alguna patología que por su número de casos no fue posible observar o destacar en las 10 principales patologías, pero que por separado representa una tasa alta de acuerdo al grupo etario; por lo que se presentarán los siguientes grupos de edad: <1 año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 44 años, 45 a 64 años, y mayores de 65 años.

### 0 A 1 AÑO

#	Daño diferencial: GRUPO DE EDAD 0-1																														
	ENE		FEB		MAR		AB		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL						
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T				
1		0		1	1	4	2		1	2	3		2	2	1	2	1	2	1	1	3		2	1	1	1	3	7	3	5	2
2						3	1									1					2	1	1		1	3	7	1	0		
3		0		1				1	1			1	1					1	1	1	1					5	4	9			

#	NOMBRE	CIE10	M	F	TT
1	Faringitis aguda viral, Rinofaringitis, Otitis media aguda	J00, J028, H650	16	14	30
2	Bronquitis aguda, Bronquiolitis	J209, J219	2	8	10
3	Diarrea y Gastroenteritis de pb origen infeccioso	A09	5	4	9



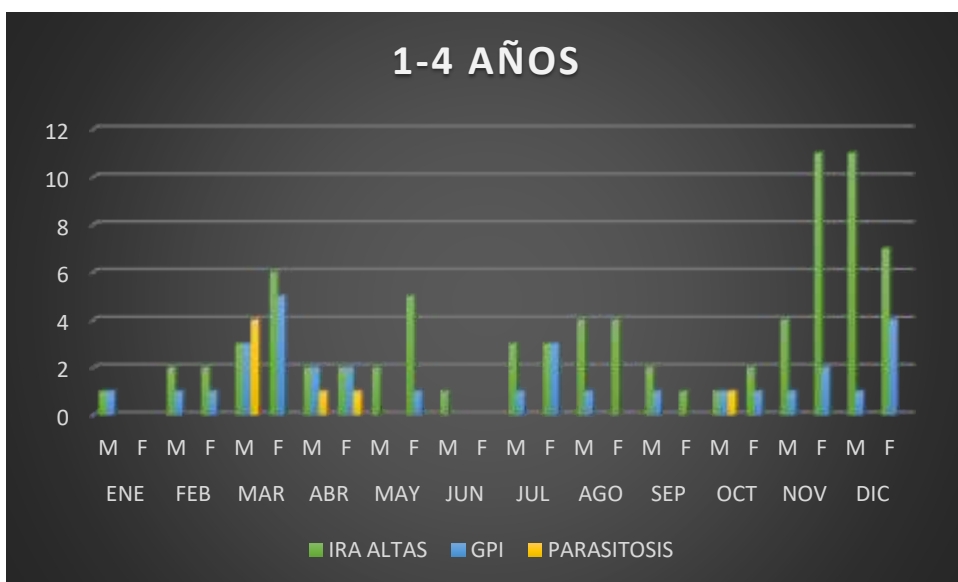
En esta población de lactantes, puede observarse que, la morbilidad es transmisible, las infecciones de vías respiratorias altas fueron las que ocuparon el primer lugar lo cual es entendible por las condiciones o medidas de prevención que poco se promueve y practican en la comunidad, aunque fue el sexo masculino quien predomina en este diagnóstico, no existe una diferencia abismal con el sexo femenino; respecto a las infecciones de vías respiratorias bajas, sí, fue el sexo femenino quien predomina 4 veces más que el sexo masculino, siendo los meses de marzo y noviembre los que presentaron mayor número de casos, lo cual se puede relacionar con la temporada invernal, y tiempo de estancia en comunidad (Marzo como mes de mayor estancia; más días = más diagnósticos = más probabilidad de casos con este diagnóstico).

Y en tercer lugar, se encuentran las infecciones gastrointestinales, donde no parece haber diferencia significativa por sexo, y sin presentarse picos de incidencia en algún mes del año, manteniéndose constante en la mayor parte del año; sin embargo siendo que ocupa el tercer lugar en este grupo de edad, hace pensar que, en la teoría esta población de edad debería mantenerse en lactancia exclusiva hasta los 6 meses de acuerdo a la OMS, sin embargo en la comunidad es común distintas prácticas culturales como “dar té” al recién nacido, y comenzar a incluirlo en la dieta familiar en los primeros meses, por lo que, el motivo de consulta en su mayoría de veces al no ser “tos”, “fiebre”, era “diarrea” y con antecedentes de haber proporcionado alimentos sin medidas higiénico dietéticas, por lo que dicho comportamiento podría explicar por qué este grupo etario destacó con este diagnóstico.

## 1 a 4 AÑOS

#	NOMBRE	CIE10	M	F	TT
1	Faringitis aguda viral, Rinofaringitis, Otitis media aguda	J00, J028, H650	36	43	79
2	Diarrea y Gastroenteritis de pb origen infeccioso	A09	13	19	32
3	Parasitosis	B829	6	1	7

#	Daño diferencial: GRUPO DE EDAD 1-4 años																										
	ENE		FEB		MAR		AB		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
1	1		2	2	3	6	2	2	2	5	1		3	3	4	4	2	1	1	2	4	1	1	7	3	4	7
																					1	1		6	3	9	
2	1		1	1	3	5	2	2		1			1	3	1		1		1	1	1	2	1	4	1	1	3
																									3	9	2
3					4		1	1											1						6	1	7



En este grupo de edad, continúan predominando las infecciones de vías respiratorias, pero de forma específica del tracto superior, siendo en este caso evidente el pico de incidencia en Noviembre y Diciembre, y aunque Enero es mes de época invernal, la comunidad asumió que no habría servicio médico por lo que el número de consulta disminuyó por lo que Enero fue un mes de baja incidencia; en este caso el sexo femenino predominó en número de casos.

Respecto de la patología en segundo, pareció comportarse de forma similar en cada mes del año, como motivo de consulta de los padres “tiene diarrea”, y que como se

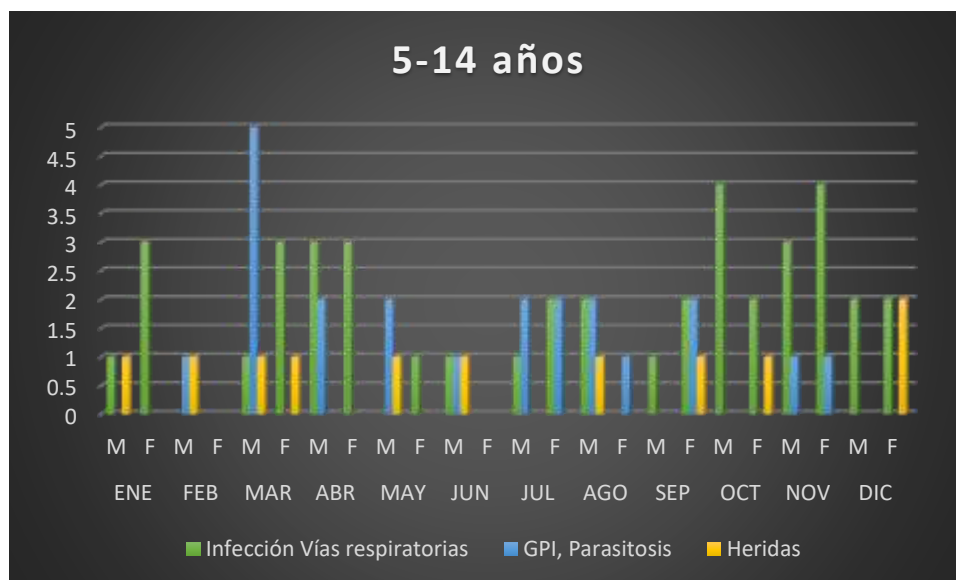


comentó previamente, las medidas higiénico dietéticas son poco promovidas y por lo tanto poco practicadas lo que se ve reflejado en dichos casos en este grupo etario, donde el sexo femenino volvió a predominar; y considerando la naturaleza clínica del diagnóstico, es posible comentar sobre el tercer diagnóstico, que presentó baja incidencia en comparación con los diagnósticos previos y el sexo masculino tuvo mayor incidencia; y la probable causa de dicho padecimiento las medidas higiénico dietéticas no promovidas y no aplicadas.

### 5 a 14 años

#	NOMBRE	CIE10	M	F	TT
1	Infección Vías respiratorias	J028, J00, J209, J459,	16	14	30
2	GPI, Parasitosis	A09, B829	2	8	10
3	HERIDAS	S012, S015, S312, S610, S618, S625, S810, S913, W542	5	4	9

#	Daño diferencial: GRUPO DE EDAD 5-14 años																										
	ENE		FEB		MAR		AB		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
1	1	3			1	3	3	3		1	1		1	2	2		1	2	4	2	3	4	2	2	1	2	4
																									9	2	1
2			1		5		2		2		1		2	2	2	1		2			1	1			1	6	2
																									6		2
3	1		1		1	1			1		1			1			1		1					2	6	5	1
																											1

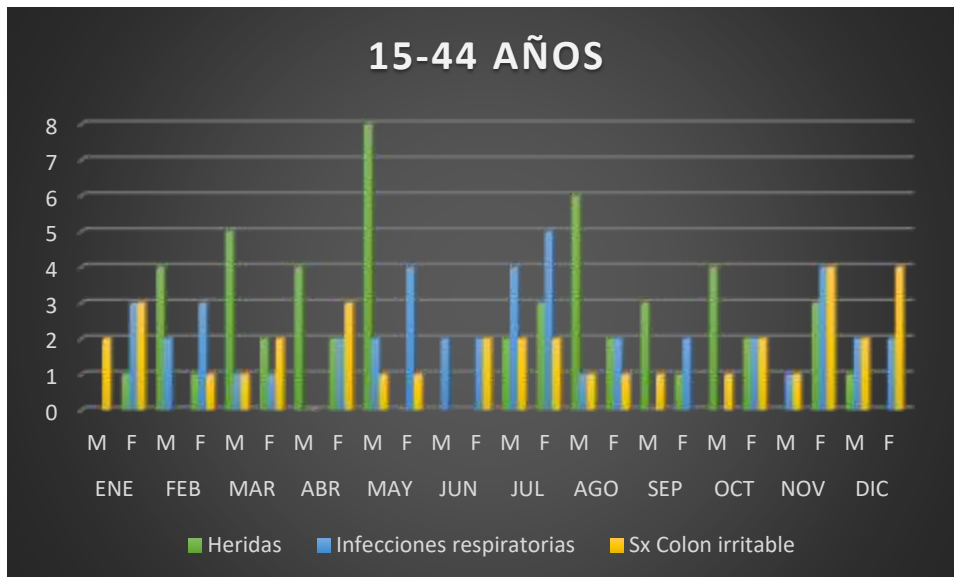


En este grupo etario, continuó predominando las infecciones de vías respiratorias con poca diferencia significativa entre ambos sexos, con mayor incidencia en últimos meses del año, esto debido posiblemente a la temporada invernal; respecto de la segunda patología, es la tercera parte del primer diagnóstico, sin embargo fue el sexo femenino quien presentó más casos por infecciones del tracto gastrointestinal con un pico significativo en el mes de Marzo, asociado posiblemente al número de días en comunidad; y finalmente en tercer lugar comienza un diagnóstico que es significativo por distintas razones que se referirán en el siguiente grupo etario, y es el de heridas (en distintas partes del cuerpo), donde pareció mantenerse constante el número de casos en el año, así como poca diferencia significativa en el sexo.

### 15-44 años

#	NOMBRE	CIE10	M	F	TT
1	Heridas	S007, S012, S014, S017, S051, S134, S136, S199, S212, S300, S311, S411, S517, S521, S601, S609, S610, S618, S810, S817, S819, S823, S824, S913	37	17	54
2	Infecciones de vías respiratorias	J00, J028, J040, J209	14	32	46
3	Síndrome de Colon Irritable	K589	12	25	37

#	Daño diferencial: GRUPO DE EDAD 15-44 años																										
	ENE		FEB		MAR		AB		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
1		1	4	1	5	2	4	2	8	0			2	3	6	2	3	1	4	2		3	1		3	1	5
2		3	2	3	1	1	0	2	2	4	2	2	4	5	1	2	0	2		2	1	4	2	2	1	3	4
3	2	3		1	1	2	0	3	1	1		2	2	2	1	1	1		1	2	1	4	2	4	1	2	3
																									2	5	7



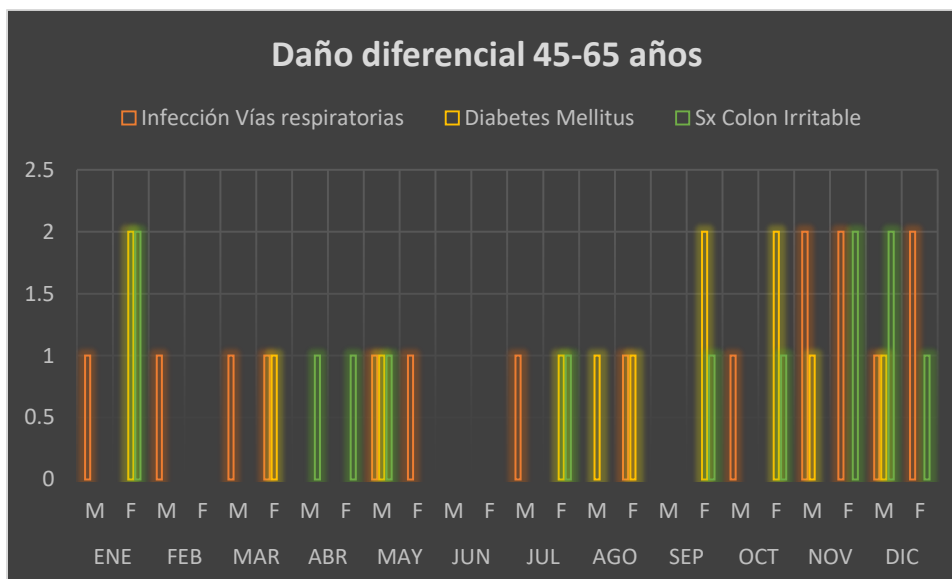
Este grupo etario es significativo pues fue quien mayor número de consultas recibió, y en este caso el panorama cambia, pues el diagnóstico que ocupa el primer lugar es el de heridas (distintas partes del cuerpo, señaladas en la tabla superior), donde sí es posible diferenciar que el sexo masculino predominó en número de casos, con mayor número de casos en mayo y agosto, lo cual puede deberse al período vacacional de los estudiantes, al igual que en este contexto en la comunidad es común el uso de motocicleta como medio de transporte, así como actos de violencia o accidentes en el campo, por lo que son los hombres quienes protagonizan dichas actividades y por lo tanto destacan en este primer diagnóstico.

Y en segundo lugar continúan las infecciones de vías respiratorias, donde el sexo femenino fue quien presentó más del doble de casos que los hombres con aparente incidencia constante a lo largo del año; y finalmente en tercer lugar, el síndrome de colon irritable que, como se comentó al inicio de la sección está entre las 3 principales enfermedades no transmisibles explicándose el contexto de dicho padecimiento, y de forma específica el sexo femenino presentó el doble de casos que los hombres sin significativos cambios a lo largo del año.

### 45 a 64 años

#	NOMBRE	CIE10	M	F	TT
1	Infecciones respiratorias	J00	9	7	16
2	Diabetes Mellitus	E119	4	9	13
3	Síndrome de Colon Irritable	K589	4	9	13

# Daño diferencial: GRUPO DE EDAD 45-64 años																											
	ENE		FEB		MAR		AB		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	2	1	2			1
																									9	7	6
2	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	2	1	0	1	0			1
																									4	9	3
3	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	2	1			1
																									4	9	3



En este grupo de edad puede apreciarse que la patología transmisible ocupa el primer lugar, y en este caso son las infecciones respiratorias, las cuales los hombres presentaron una mayor incidencia que las mujeres pero con poca diferencia significativa, y con poca variación en comportamiento a lo largo del año, en época invernal fue mayor la incidencia pero como se comentó, fue poca respecto del resto del año

Respecto de la Diabetes parece encontrarse mayor incidencia en enero, septiembre y octubre, posiblemente por meses de mayor estancia, sin embargo es mínima la diferencia respecto al resto de meses; el sexo femenino fue quien predominó

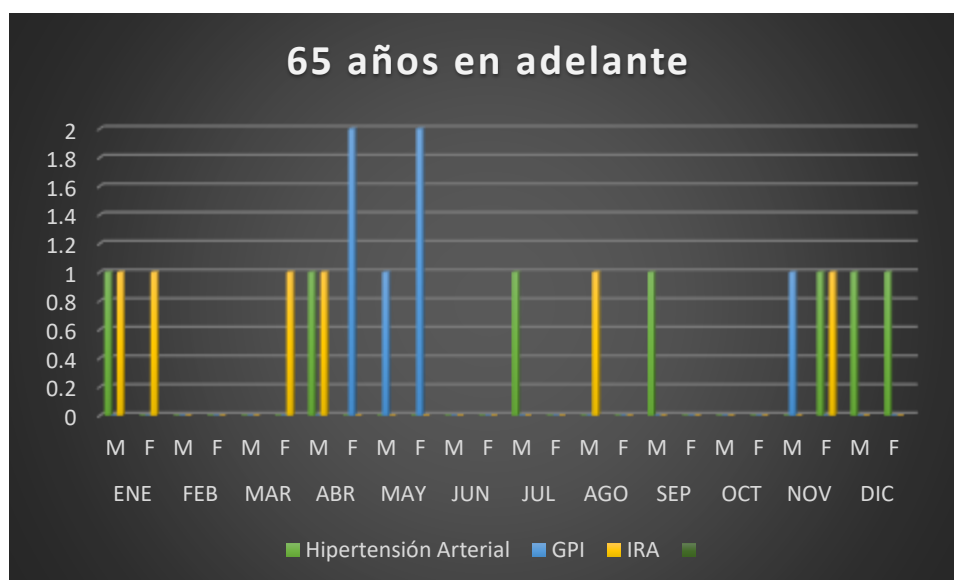
significativamente respecto de los hombres, esto probablemente a la cuestión cultural donde, los hombres difícilmente acudían a consulta, hasta que su estado de salud afectaba su desempeño en el trabajo principalmente, y las mujeres en su mayoría eran llevadas por el esposo o hijos para atención, debiendo referirse que, los hombres aunque acudían a consulta por alteraciones clínicas relacionadas con cifras de glucosa, ya tenían el diagnóstico.

Respecto del síndrome de colon irritable, la incidencia fue igual que Diabetes, al igual que en cifras por sexo, en esta patología como se comentó en la morbilidad general, influyen distintos factores que en sí el sexo femenino parecía tener más y la variación en meses como octubre y noviembre no es significativa del resto del año.

### 65 años y más

#	NOMBRE	CIE10	M	F	TT
1	Hipertensión arterial	I10	5	2	7
2	Diarrea y gastroenteritis de probable origen infeccioso	A09	2	4	6
3	Infecciones respiratorias	J00, J028, J189, J209, J410	3	3	6

#	Daño diferencial: GRUPO DE EDAD >65 años																										
	ENE		FEB		MAR		AB		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	5	2	7
2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4	6
3	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	6



Y finalmente en este grupo de edad se percibe en el primer lugar una patología no infecciosa, la hipertensión arterial con incidencia similar a las siguientes dos patologías, en este caso el sexo masculino fue quien predominó, no hubo variación significativa en el año para este grupo de edad, se esperaría que, pacientes mayores de 65 años tengan ya un diagnóstico precoz o tratamiento oportuno, sin embargo aunque hubo consulta de este grupo etario por hipertensión, fueron pocos los que nunca tuvieron un seguimiento en relación a su presión hasta dar el diagnóstico e instaurar un tratamiento.

En este grupo etario se presentaron dos patologías con el mismo número de casos, las infecciones gastrointestinales predominaron en el sexo femenino, con baja incidencia en el año, únicamente en abril, mayo y noviembre se presentaron dichos casos; respecto de las infecciones de vías respiratorias fue la misma incidencia por sexo, sin predominio de algún mes del año; lo anterior es posible verse en causas semejantes que en grupos etarios anteriores, es decir medidas higiénico dietéticas poco promovidas y practicadas; debe referirse que en la comunidad la aplicación de vacunas es limitada por creencias erróneas, y en grupos vulnerables como mayores de 65 años, al menos los resultados no reflejan que predominen las infecciones respiratorias.

## Conclusiones finales

Llevar a cabo 1 año de servicio social, bajo todo el contexto que fue presentado a lo largo de este reporte, implica tanto que, no sería posible describir la realidad que se vive como pasante del servicio social. La adaptación al medio desde el inicio fue difícil y en su término lo fue bajo circunstancias distintas, sin embargo fue posible en los 12 meses encontrar propósitos y objetivos con los cuales colaborar, entender que, sí es un Servicio Social distinto a la mayoría de programas o proyectos de servicio social para Medicina en México, pero que en la trascendencia del año de servicio, algo y mucho queda en el pasante como en la comunidad.

La perspectiva personal sobre este año abarcó tantas áreas en lo profesional, personal, cultural, sentimental, que este tiempo fue más que dar consulta o atender pacientes; fue ampliar un horizonte en el campo de la salud que conocía únicamente en lo escondido de la teoría, en lo remoto de los porcentajes que cifraban enfermedades que estaban en los libros o que se presentaban en clases. La interacción con la comunidad con todas las características descritas en el diagnóstico comunitario, fue una experiencia culturalmente y médicamente enriquecedora, difícil en muchos sentidos. La perspectiva desde lo institucional, brindó en múltiples formas y herramientas para declarar con certeza que, la medicina está más allá de la puerta del hospital o de un consultorio, la constante dependencia de un protocolo (que son indispensables para sostener un sistema) para hacer más por el paciente, limita el alcance de aquello que todos como seres humanos tenemos, derecho a la salud.

El diagnóstico comunitario presentado en este reporte, refleja la realidad no de una, sino de múltiples comunidades y no solamente indígenas, a quienes el derecho a la salud parece una utopía, sí, el sistema de Salud en México, requiere más que sólo intenciones y programas que se aplauden al publicarse, necesita de una determinación real que busque estratégicamente poner al alcance de la población un derecho humano, la salud.

Sí, siempre habrá algo que mejorar, desde lo individual, comunitario, e institucional, la necesidad es reconocer dónde mejorar, cómo hacerlo y cómo asegurarnos que en verdad estamos mejorando.

El perfil de morbilidad de San Jerónimo Tulijá, dista en significativa parte de la morbilidad nacional principalmente en la no transmisible, sin embargo las condiciones de la comunidad en comparación con otras comunidades, reflejan la carencia de un sistema de salud en cuanto a los parámetros del Derecho a la Salud. (Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad), por lo que la labor del MPSS es de impacto en distintas áreas, y en otras se muestran espacios de oportunidad.

Y finalmente, las últimas palabras de este reporte, no serán más que un breve y fugaz intento de lo que representó el último año, pues no bastaría describir la primera noche en la comunidad (“la selva” como solía referir), el sonido del río que se podía confundir con la lluvia, el sonido por la noche de los monos aulladores que podrían pasar por jaguares, el miedo e incertidumbre que podía generar el sonido de alguien al “tocar la puerta” por la madrugada pensando en alguna urgencia, el primer parto atendido en la madrugada, o muchos de ellos que fueron sin luz, las múltiples urgencias de politraumatizados, la emoción de suturar sin luz o intentando solucionar un problema antes de hacer una referencia y hacer gastar al paciente.

Sí, detrás de estas palabras, también se encuentran los días en los que la falta de luz o señal dificultaban encontrar algo más en la atención médica, las noches de verano en las que las tormentas eléctricas iluminaban el cielo nocturno como si fuese de día, o los días en los que tener un día distinto daría más energía para terminar el mes; pero, la vida no siempre es como la idealizamos, existen circunstancias y sucesos que nos impiden ver más allá de la tormenta, más allá del año de servicio, no, no es posible tener todas las variables de la ecuación en nuestro favor o de un solo lado, pero es en dichas circunstancias donde como médico, como persona se tienen dos opciones: quedarse en el mismo lugar o avanzar y crecer; y sin duda la experiencia de este año habrá marcado una etapa en todo sentido.

Sí, quizás no es posible cuantificar lo aprendido, lo perdido, lo ganado, pero la vida, el tiempo, el conocimiento, la experiencia en “la selva”, las personas en la comunidad, los amigos en SADEC, es algo que no tiene precio, algo que no se puede cambiar o regresar.





## Bibliografía

- Alfaro Alfaro, N. (Enero - Abril de 2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *SALUD JALISCO*, 1(1), 36-47.
- Armada, F., Mountaner, C., & Navarro, V. (2001). Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank and transnational corporations. *International Journal of Health Services*, 729-768.
- Berkley, S., Bobadilla, J. L., Hecht, R. M., Hill, K., Jamison, D. T., Murray, C. J., & Musgrove, P. A. (1993). *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud*. Washington DC: Oxford University Press.
- Beyer, J. (2000). El rol del Banco Mundial en salud internacional: compromiso y asociación renovados. *Cuadernos Médico Sociales*, 78, 89-113.
- CONAMED. (28 de Enero de 2021). *Derecho a la protección de la salud, de garantía de libertad otorgada a derecho humano reconocido*. Obtenido de [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin4/derecho\\_protecci%C3%B3n\\_salud.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin4/derecho_protecci%C3%B3n_salud.pdf)
- Correa Arreola, J. A. (Julio - Septiembre de 2002). La comunicación Humano-Organizacional y la atención médica. *CONAMED*, 7(3), 39-53.
- ENEO, E. N. (2022). *Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo al Segundo Trimestre de 2022*. Chiapas: Dirección de Información Geográfica y Estadística.
- Escobar Vekeman, C. L. (2003). Antropología Médica: una visión cultural de la salud. *SOJS*.
- Hernández, J. L., Ocampo, J., Ríos, S. D., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 393-395.
- INEGI. (2020). *Censo general de población y vivienda 2020*. Obtenido de <http://inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/ccpv2020/default.aspx.org>
- INEGI. (2022). *Estadística de nacimientos registrados en 2021*. INEGI.
- Informaremos, R. (10 de Octubre de 2008). San Jerónimo Tulijá. Un acercamiento. *Información de México y América Latina para el mundo*. Obtenido de <https://radioinformaremosmexico.wordpress.com/2008/10/10/san-jeronimo-tulija-un-acercamiento/>
- Ixim, N. (20 de Mayo de 2020). *Nich Ixim*. Obtenido de Movimiento de Parteras de Chiapas: [https://www.nichixim.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/2020-Mayo\\_-Comunicado-por-el-D%C3%ADa-de-la-Partera.pdf](https://www.nichixim.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/2020-Mayo_-Comunicado-por-el-D%C3%ADa-de-la-Partera.pdf)
- La Valle, R. (2017). Sobre la definición de salud. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 14(2), 27-31.

- Lavielle, B. (2004). Gasto en Salud: México. *FUNDAR*.
- Leal, G. F. (Julio Agosto de 2002). El programa nacional de salud 2001-2006. Imponiendo una agenda. *El Cotidiano*, 19(114), 100-111.
- Menéndez, E. L. (2005). Políticas del sector salud mexicano (1980-2004): Ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva*, 195-223.
- México, G. d. (2018). *Etnografía de los pueblos tzotzil (Batsil Winik' Otik) y tzeltal (Winik Atel)*. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. Obtenido de [https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-de-los-pueblos-tzotzil-batsil-winik-otik-y-tzeltal-winik-atel?idiom=es#:~:text=Los%20tzotziles%20\(tsotsiles\)%20y%20los,algunos%20municipios%20del%20C3%A1rea%20colindante](https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-de-los-pueblos-tzotzil-batsil-winik-otik-y-tzeltal-winik-atel?idiom=es#:~:text=Los%20tzotziles%20(tsotsiles)%20y%20los,algunos%20municipios%20del%20C3%A1rea%20colindante).
- México, W. (2014). *Situación geográfica del estado de Chiapas*. Fundación Carlos Slim. Obtenido de <http://www.wikimexico.com/articulo/situacion-geografica-del-estado-de-chiapas>
- Noy, S. (2013). Las políticas de salud del Banco Mundial. *Revista de Ciencias Sociales*, 142, 75. Obtenido de <https://link.gale.com/apps/doc/A414574807/IFME?u=googlescholar&sid=googleScholar&xid=d79943cb>
- OMS. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York.
- ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. París.
- ONU: CESCR. (2000). Observación general Nº 14 (2000) : El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra. Recuperado el 19 de 01 de 2023, de <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>
- Oseguera Rodríguez, J., & Viniegra Velázquez, L. (2008). Características humanistas del médico deseadas por la sociedad. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(2), 171-178.
- PueblosAmerica.com. (2023). *San Jerónimo Tulijá (Chiapas)*. Obtenido de <https://mexico.pueblosamerica.com/i/san-jeronimo-tulija/#:~:text=La%20localidad%20de%20San%20Jer%C3%B3nimo,a%20342%20metros%20de%20altitud>.
- Secretaría de Salud. (2000). Programa Institucional del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán 2020-2024. *Programa sectorial derivado del Plan Nacional de desarrollo 2019-2024*. México. Obtenido de <http://sidofqa.segob.gob.mx/notas/5606250>
- SEGOB. (21 de Septiembre de 2001). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001#gsc.tab=0)
- SEGOB. (30 de Noviembre de 2020). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5598474](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5598474)

- Smith, A. N. (2008). "¡Qué esperanza que alguien dijera: yo soy príista!" Estado, liderazgos indígenas y faccionalismo político en San Jerónimo Tulijá, Chiapas. *SCIELO*, 93-118.
- Urbina Fuentes, M. (Marzo de 2015). Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud en México. *Gaceta CONBIOÉTICA*(15).
- Viniegra Velázquez, L. (Marzo-Abril de 1994). El progreso en la medicina. *La Revista de Investigación Clínica*, 46(2), 149-156.
- Viniegra Velázquez, L. (1998). La nosología del error. *Revista de Investigación Clínica*, 50(6), 505-516.
- Zea Bustamante, L. E. (Mayo - Agosto de 2019). La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(2), 61-66.