

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

REPORTE FINAL DE SERVICIO SOCIAL, PLAZA EN SANANDO
HERIDAS A.C. PERIODO FEBRERO 2020-ENERO 2021

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO:
REGIÓN DE LOS ALTOS DE CHIAPAS: NARANJATIC, POCONICHIM,
CANALUMTIC, SANTA ANA, LOS LLANOS, CHICHIHUISTAN.


ASESOR INTERNO: JOEL HEREDIA CUEVAS

MÉDICO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL:
JESSICA LOURDES HERNÁNDEZ SAENZ

MATRÍCULA: 2143059092

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS, A 09 DE MAYO
DE 2023

Contenido

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 7 |
| Servicio social en la licenciatura de medicina. | 8 |
| Prima sección: Proceso de adaptación al servicio social | 9 |
| Personal..... | 9 |
| Relación médico-paciente..... | 12 |
| Comunitario..... | 14 |
| Institucional | 16 |
| Papel del médico pasante del Servicio Social..... | 20 |
| Segunda sección: Diagnóstico de Salud | 23 |
| Derecho a la Salud..... | 23 |
| Derecho a la Salud según la OMS..... | 24 |
| Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales | 25 |
| Derecho a la Salud según la Constitución Mexicana | 26 |
| Ley General de Salud en México | 27 |
| Interculturalidad | 28 |
| Determinantes sociales..... | 28 |
| Diagnóstico comunitario..... | 30 |
| México | 30 |
| Demografía..... | 30 |
| Natalidad | 30 |
| Mortalidad..... | 31 |
| Morbilidad | 31 |
| Migración..... | 32 |
| Educación..... | 33 |
| Vivienda..... | 36 |
| Alimentación | 39 |
| Religión..... | 40 |
| Servicios de Salud..... | 40 |
| Población económicamente activa (PEA)..... | 41 |
| Población económicamente activa ocupada (PEAO) | 42 |
| Población No Económicamente Activa (PNEA)..... | 43 |
| Salario mínimo..... | 43 |

| | |
|--|----|
| Doble jornada en mujeres..... | 43 |
| Etnia y lengua..... | 45 |
| Chiapas..... | 46 |
| Población..... | 47 |
| Natalidad | 48 |
| Mortalidad..... | 49 |
| Morbilidad..... | 50 |
| Migración..... | 51 |
| Educación..... | 52 |
| Vivienda..... | 54 |
| Alimentación..... | 57 |
| Religión..... | 58 |
| Salud | 59 |
| Población económicamente activa (PEA)..... | 59 |
| Población económicamente activa ocupada (PEAO) | 59 |
| Población no económicamente activa (PNEA) | 60 |
| Salario mínimo..... | 60 |
| Doble jornada en mujeres..... | 60 |
| Etnia y lengua..... | 61 |
| Región de los Altos de Chiapas..... | 63 |
| Migración..... | 64 |
| Educación..... | 64 |
| Vivienda..... | 65 |
| Alimentación..... | 66 |
| Religión..... | 66 |
| Servicios de Salud..... | 66 |
| Indicadores económicos..... | 67 |
| Población económicamente activa (PEA)..... | 68 |
| Población económicamente activa ocupada (PEAO) | 69 |
| Población no económicamente activa (PNEA) | 69 |
| Indicadores políticos..... | 69 |
| Partidos políticos | 70 |

| | |
|--|-----|
| Etnia y lengua..... | 70 |
| Costumbres y tradiciones de los Tsotsiles..... | 71 |
| Municipios..... | 73 |
| San Cristóbal de las Casas | 74 |
| Los Llanos..... | 76 |
| Teopisca | 77 |
| San Isidro Chichihuitán | 80 |
| San Juan Chamula | 80 |
| Santa Ana | 83 |
| Chenalhó | 83 |
| Naranjatic Alto..... | 86 |
| Poconichim | 87 |
| Chalchihuitán..... | 87 |
| Canalumtic | 90 |
| Principales indicadores municipales..... | 91 |
| Demografía | 91 |
| Natalidad..... | 91 |
| Mortalidad | 92 |
| Educación | 92 |
| Población económicamente activa (PEA) | 93 |
| Vivienda | 93 |
| Servicios de Salud | 95 |
| Análisis de la sección dos | 97 |
| TERCERA PARTE | 99 |
| Organización Mundial de la Salud y objetivos de desarrollo del milenio. | 99 |
| ¿Cómo le fue a México con los objetivos de desarrollo del milenio? | 100 |
| Desarrollo sostenible..... | 101 |
| Banco Mundial | 102 |
| Banco Mundial y Salud | 104 |
| Programas de Salud en el periodo de 2019-2024..... | 105 |
| Acceso efectivo, universal y gratuito..... | 106 |
| Mejora continua del Sistema Nacional de Salud..... | 107 |

| | |
|---|-----|
| Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud..... | 108 |
| Vigilancia epidemiológica..... | 108 |
| Salud y bienestar | 109 |
| Sanando Heridas A.C | 110 |
| Programas de Sanando Heridas..... | 110 |
| Educando | 111 |
| Objetivo..... | 111 |
| Metas | 111 |
| Estrategias | 111 |
| Actividades..... | 112 |
| Resultados | 112 |
| Coherencia..... | 114 |
| Gestión para la atención médica | 115 |
| Objetivos | 115 |
| Metas | 115 |
| Estrategias | 116 |
| Actividades..... | 116 |
| Resultados | 116 |
| Coherencia..... | 119 |
| Consulta médica en la clínica de San Cristóbal de las Casas | 120 |
| Objetivos | 120 |
| Metas | 120 |
| Estrategias | 120 |
| Actividades..... | 121 |
| Resultados | 121 |
| Coherencia..... | 122 |
| Consulta médica en la Comunidad | 123 |
| Objetivos | 123 |
| Metas | 123 |
| Estrategias | 123 |
| Actividades..... | 124 |
| Resultados | 124 |

| | |
|---|-----|
| Coherencia..... | 126 |
| Grupos de vigilancia | 127 |
| Crecimiento y Desarrollo (CyD) | 127 |
| Objetivo | 127 |
| Metas..... | 127 |
| Estrategias | 127 |
| Actividades | 127 |
| Resultados | 128 |
| Coherencia | 132 |
| Vigilancia del Embarazo, Parto y puerperio (VEPP) | 133 |
| Objetivo | 133 |
| Metas..... | 133 |
| Estrategias | 133 |
| Actividades | 134 |
| Resultados | 134 |
| Coherencia | 136 |
| Planificación Familiar (PF) | 136 |
| Objetivos | 137 |
| Metas..... | 137 |
| Estrategias | 137 |
| Actividades | 137 |
| Resultados | 138 |
| Coherencia | 140 |
| Perfil de morbilidad..... | 141 |
| Principales patologías por género y grupo etario | 147 |
| Análisis de la sección tres..... | 150 |
| Covid-19 y Servicio Social..... | 151 |
| Acciones de Sanando Heridas ante el Covid-19..... | 155 |
| Conclusiones..... | 156 |
| Anexo | 157 |
| Referencias | 161 |

Introducción

El presente trabajo es un reporte realizado con la finalidad de dar conocer las actividades realizadas en la institución Sanando Heridas A.C. ubicada en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, donde realicé mi servicio social de la licenciatura de medicina con un periodo comprendido de 12 meses que inició el 01 de febrero de 2020 y concluyó el 31 de enero de 2021.

Este reporte se divide en tres secciones. En la primera sección se describe el proceso de adaptación desde el aspecto personal, profesional, comunitario e institucional, así como el papel que le corresponde al médico pasante.

En la segunda sección se presenta el diagnóstico de Salud y comunitario donde se abordan datos sociodemográficos de lo general a lo particular, es decir, a nivel nacional, estatal, regional y municipal.

En la tercera parte de este trabajo se describen los objetivos del desarrollo del milenio, la importancia del banco mundial, y los programas de Salud en el gobierno de México actual, así como los datos específicos recabados de las localidades atendidas, perfil de morbilidad y mortalidad de las comunidades que atiende Sanando Heridas.

Después de la tercera parte, se relata el impacto del Covid-19 en la institución, comunidad y en el médico pasante, de qué forma afectó y cómo se abordaron nuevos retos.

Servicio social en la licenciatura de medicina.

El servicio social de estudiantes de medicina en México es obligatorio y se integra por dos componentes fundamentales, uno académico y el otro asistencial. En los planes de estudio de la licenciatura de medicina del país, corresponde al último año escolar y es indispensable para obtener el título. (LOPEZ BARCELONA, 2004).

La práctica de médicos en servicio social en nuestro país, se inicia a partir del año de 1936, el cual fue un hecho histórico trascendental, creado con el propósito fundamental de apoyar el trabajo que sustentaba el estado, marcando uno de los logros más significativos, entre las instituciones educativas y de salud, todo con el propósito de encontrar caminos que permitieran establecer paralelismo en la atención a la salud que demanda la población en forma prioritaria, con la enseñanza-aprendizaje ejecutadas en la formación académica. (UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO, 2010).

El servicio social en medicina es más que un acuerdo creado entre las instituciones educativas y de Salud, es participar activamente en los municipios y comunidades más alejados y necesitados de México, es educar, prevenir y promocionar la Salud. Sobre todo, es contribuir al derecho a la Salud que todo ser humano tiene.

Prima sección: Proceso de adaptación al servicio social

Personal

Desde el momento en que decidí iniciar la carrera de medicina, tenía el anhelo de ayudar a la población de mi estado (Chiapas); siempre he conocido la marginación de una gran parte de la población, la pobreza y el sufrimiento por falta del acceso a los servicios de salud en todos los aspectos (económico, social y cultural). En los primeros años de la carrera me enteré que la universidad ofrece plazas para realizar el servicio social en Chiapas, sin embargo, fue hasta el internado donde me pregunté ¿Cuál será el proceso de selección? ¿Podré realizar el servicio social en mi Estado? ¿Cuáles serán las comunidades donde hay plazas para el servicio social? Y un sinnúmero de preguntas más.

El proceso para elegir una plaza es competitivo y depende en gran proporción del promedio general a lo largo de la carrera, hay plazas en distintas modalidades (investigación, proyectos, secretaria de salud). En cuanto fue la presentación de las plazas en el Estado de Chiapas, la que más captó mi atención fue la que había en la fundación Sanando Heridas, sabía que la región de los Altos de Chiapas es de las más marginadas en el Estado, quería aportar mi granito de arena con lo que ya había aprendido en la Universidad y en el Internado. Así que decidido esto, inicié mi travesía en este año de aprendizaje, crecimiento profesional, académico y personal.

Desde mi hogar ubicado en el municipio de Solosuchiapa me trasladé a Palenque, se nos había citado en las instalaciones en SADEC (Salud y Desarrollo Comunitario) para darnos la bienvenida y a la vez, despedir a los pasantes que ya habían terminado su servicio social. Iba con la emoción de iniciar una etapa totalmente distinta al internado sabiendo que sería una aventura muy enriquecedora.

La estancia en Palenque fue agradable, los pasantes que habían terminado expusieron el trabajo que habían realizado a lo largo del año, contaron sus experiencias, lo que habían aprendido, lo que se llevaban, y cómo había cambiado su perspectiva profesional e incluso su perspectiva de vida en el último año de la carrera.

Posterior a esto, viajé 6 horas para llegar a donde realizaría mi servicio social, aunque siempre había ido a San Cristóbal de las Casas, no sabía dónde se ubicaban las instalaciones de Sanando Heridas, así que al llegar tomé un taxi y le pedí que me llevara a dicho lugar.

Aún no sabía dónde viviría, por lo que empecé a buscar viviendas donde rentar que no estuvieran tan lejos de donde se ubicaba Sanando Heridas.

El lunes 05 de febrero me presenté a mi sede, sentía nervios pensando cuál serían mis actividades, cómo serían las personas con las que conviviría un año. Me citaron a las 9 de la mañana, al llegar fui recibida por una de las enfermeras, ella estaba

recibiendo a los pacientes que pasarían a consulta a lo largo del día. Me dio la bienvenida amablemente, se presentó conmigo y me dijo que pasara, que ya me estaban esperando; conocí al resto del equipo, a las otras dos enfermeras, al pasante que había ingresado en el periodo de agosto, y a la Dra. Sandra Lee Bedolla Mancilla, todos fueron muy amables conmigo.

La Dra. Sandra Lee me comentó que ese día estaría con ella en la consulta para que observara como era la dinámica en la clínica. El día transcurrió muy ameno, yo tenía muchas preguntas porque todo era nuevo para mí, pero sabía que poco a poco iría aprendiendo. Terminando la consulta me presentaron con el resto del equipo, con el área de Educación y el área administrativa, también conocí a la Dra. Beatriz de Angoitia, directora operativa de la Fundación.

Los siguientes días fueron transcurriendo amablemente, observé cómo era la convivencia del equipo, me di cuenta que todos se llevaban muy bien, respetándose mutuamente, algo que me agradó fue que no existía ningún tipo de jerarquía entre médicos y enfermeras, todo el equipo se apoyaba, y en lo que a mí respecta, me sentía en confianza, todo el personal se ofreció a apoyarme en lo que necesitara y resolver las dudas que surgieran a lo largo de los días y semanas siguientes.

A pesar de lo bien que me había recibido el equipo, fue difícil adaptarme, desde el primer día que presencié la consulta con la Dra. Sandra Lee, me di cuenta que todo tenía un plan bien estructurado, a los pacientes que llegan por primera vez se les realiza una historia clínica completa con un formato creado por Sanando Heridas y se crea un expediente con datos completos y un folio único para diferenciarlos de los pacientes subsecuentes, En cada expediente se lleva un registro detallado de cuantas consultas han tenido los pacientes y de qué enfermedades han sido tratadas desde la primera consulta en la fundación. El horario de atención en la clínica es de 9 a 4 de la tarde, lunes y miércoles, donde se atienden aproximadamente a 15 personas.

Todas las consultas que se atienden a lo largo del día deben llevar el nombre completo del paciente, edad, fecha de la consulta, MG (medicina general), sexo, el número de consultas contando desde la primera consulta que tuvieron con Sanando Heridas y un apartado para los signos vitales.

En ocasiones se me olvidaban anotar algunos datos de los antes descritos, pero hubo otras cuestiones que me llevaron un poco más de tiempo aprender. En los expedientes existen diferentes grupos, en total son 5, estos se diferencian por carpetas de diferentes colores; rosa para las mujeres embarazadas, verde limón para los niños menores de 5 años, amarillo para las mujeres en planificación familiar, azul para enfermedades crónico degenerativas y verde para casos especiales. De estos grupos, tres corresponden a grupos de control o grupos de vigilancia (vigilancia de embarazo, parto y puerperio; crecimiento y desarrollo; planificación familiar). Estos grupos de control corresponden a la consulta de la clínica y de todas las comunidades donde Sanando Heridas tiene cobertura.

Después de los primeros días del Servicio Social, estaba confundida y sentía que sería un proceso largo aprender cómo se estructuraba y funcionaba la fundación. Muchos de los pacientes que llegaban a consulta hablaban en tzotzil, fue una experiencia distinta a lo que estaba acostumbrada en mi formación académica. Las enfermeras de sanando heridas a parte de toda su labor, tienen la función de traductoras, la comunicación médico-paciente en realidad es una comunicación médico-enferma-paciente, y viceversa. Al principio era extraña esta manera de dar la consulta por la incapacidad que sentía de no saber lo que el paciente estaba expresando con sus palabras, y al mismo tiempo, no poder hablarle directamente al paciente y explicarle con mis propias palabras.

Mi primera impresión fue todo lo que se realizaba en la clínica durante los días de consulta, pero Sanando Heridas también tiene salidas a comunidad 3 días de la semana (martes, miércoles y jueves). Fue una experiencia totalmente distinta, el horario de salida depende de la distancia a donde corresponda dar la consulta, varía entre 7 y 8 de la mañana. A las comunidades más lejanas (2 horas aproximadamente) asisten 2 médicos y 2 enfermeras para dar la consulta simultáneamente donde se atienden aproximadamente a 30 personas; y a las comunidades más cercanas (1 hora aproximadamente) asiste 1 enfermera y 1 médico donde se ven 25 consultas al día. Por la cantidad de pacientes que se atienden, la consulta es más rápida que en la clínica, el interrogatorio es breve y como médico se debe integrar una impresión diagnóstica lo más rápido posible, de igual manera la explicación del tratamiento prescrito; pero eso no implica hacer las cosas mal, todo tiene que estar bien organizado en la consulta y en los expedientes. El regreso de la comunidad a San Cristóbal de las Casas tiene que ser antes del anochecer. La primera comunidad que visité fue Canaluntic (**figura 1**) ubicada en el municipio de Chalchihuitán.

Figura 1. Primera salida a comunidad en Canaluntic, Chalchihuitán



Fuente: Fotografía tomada por Jessica Hernández.

En las comunidades se realizan 2 tipos de consulta, una es la consulta general donde se atienden a todo tipo de pacientes; y la otra es la de grupos de vigilancia donde se atienden los grupos de control mencionados anteriormente.

Fue un proceso lento adaptarme a las actividades de Sanando Heridas, estaba contenta de estar realizando mi servicio social y de saber que viviría durante un año en San Cristóbal de las Casas, que además de ser un pueblo mágico del Estado de Chiapas tiene un clima muy agradable para vivir.

Sin embargo, mi proceso de adaptación no se completó, yo inicié mi servicio social en febrero, pero a finales de este mes se dio la noticia por todos los medios de comunicación que un virus llamado SARS-COV-2 originado en Wuhan, China había llegado a México, posteriormente se notificó el 1 de marzo el primer caso de este virus en Chiapas.

En Sanando Heridas, las actividades siguieron con normalidad hasta mediados de marzo, ante el aumento de casos y la declaración de fase 2 de la pandemia el 24 de marzo de 2020, se toma la decisión de suspender las actividades de consulta en la clínica y en las comunidades; paralelamente la Universidad Autónoma Metropolitana mediante un comunicado oficial da la indicación de retirar a médicos internos de pregrado y médicos pasantes de servicio social de las instituciones de Salud y clínicas de primer nivel en la fase 3 de la pandemia en México.

Esta situación me hizo sentir incertidumbre, era algo que no había vivido como profesional de la Salud, temí por mí, mi familia, mis compañeros y los habitantes de las comunidades a donde íbamos. Todas las actividades no esenciales se suspendieron, las tiendas comerciales, restaurantes y bares cerraron, los viajes estaban limitados. Solo continuaron las actividades esenciales, esto principalmente en San Cristóbal de las Casas y en todas las ciudades. Sentí inquietud al no saber lo que seguía, qué sería de mi servicio Social que había iniciado con mucha ilusión, hasta donde llegarían las consecuencias de un virus que en poco tiempo había invadido la mayoría de los países.

El 02 de abril se decide suspender actividades presenciales en Sanando Heridas, por lo que mi compañero César y yo regresamos a nuestras casas continuando con diversas actividades en línea. El 04 mayo nos reintegramos presencialmente a la clínica y se reanuda la consulta con una nueva normalidad y nuevas estrategias de la que se hablará en el anexo de COVID-19.

Relación médico-paciente

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que

descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. Esta relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales. (Rodríguez Silva, 2006).

Desde que inicié mi formación profesional en la Universidad, en todos los hospitales y clínicas la relación entre médico y paciente siempre ha sido en sentido bilateral, una comunicación directa donde el paciente expone sus síntomas o molestias y el médico interroga y explora para llegar a una impresión diagnóstica y poder iniciar un tratamiento. Sin embargo, desde el primer día que llegué a la clínica y aún más en las comunidades la relación no era bilateral, sino un trinomio, siendo este fundamental para poder dar la consulta, puesto que existe una tercera persona que además de su papel fundamental como enfermera funge como traductora de la lengua tzotzil. Patricia Bolom, Verónica Ruíz y Silvia Culej eran las enfermeras y traductoras de Sanando Heridas.

A pesar de que soy del estado de Chiapas, no entendía ninguna palabra del tzotzil, siendo esta la principal lengua que hablan las comunidades donde otorgamos la consulta. Estaba atenta a lo que decían nuestros pacientes, tratando de comprender cuál era el motivo de la consulta, qué les dolía o cuáles eran sus síntomas mientras ellos hablaban con las enfermeras. Durante las primeras semanas me di cuenta cuáles eran las palabras que con más frecuencia se pronunciaban a lo largo de la consulta “cux hol” “mevinik” “simal” “oval”, refiriéndose a dolor de cabeza, dolor de estómago, tos y gripa.

La relación médico-paciente es una realidad muy distinta en muchas regiones de Chiapas en comparación con las ciudades, hablando de un nivel cultural, educativo y socio-económico diferentes, por no decir, abismales. Construir esta relación al principio fue difícil por todos los factores ya expuestos, sin embargo, no fue imposible, las comunidades siempre te acogen, te brindan la confianza, y tienen esperanza de recibir la medicina “poshil” que les ayude a quitar, disminuir o sobrellevar sus males.

Estas condiciones quedan bien reflejadas en los tres parámetros establecidos en la relación médico-paciente, saber ponerse en el lugar del otro, sentir como él o ella, disponerse a ayudarlo cuando enfrenta dificultades. (Rodríguez Silva, 2006)

Como médicos, debemos ser humanos, entender y ver los problemas desde la perspectiva de nuestros pacientes, escucharlos, y tratar de comprenderlos, en muchas ocasiones los malestares tienen un origen, no solo físico, sino también emocional.

La relación debe ir más allá de un sentido tecnológico o técnico, más que una autoridad, más que una enfermedad o un medicamento, es tratar como nos gustaría que nos tratarán a nosotros, a nuestros familiares, a nuestros seres queridos, en

cualquier lugar, en las mismas condiciones, en otra cultura, en otro país, en otra historia.

Comunitario

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (OMS, WHO, 1943).

La OMS define salud como un equilibrio, que no solo involucra ausencia de síntomas, malestares o afecciones, sino un equilibrio entre un estado mental favorable, y una percepción adecuada dentro del ámbito social, es decir, la forma en cómo te ves en tu comunidad o en tu población y la forma en como percibes a los demás. Sin embargo, en cada población, en cada cultura, este concepto tiene fluctuaciones; en este caso, las poblaciones de los altos de Chiapas, perciben la Salud como la ausencia de malestares físicos, porque les impiden realizar sus actividades con normalidad, sin involucrar una causa emocional ni social al momento de referir sus síntomas.

Cuando se habla de medicina tradicional indígena, nos referimos a las prácticas médicas que tuvieron su origen, dentro de las culturas prehispánicas, lo cual no significa que estas prácticas no se hayan modificado desde entonces. Si bien han incorporado elementos conceptuales, médicos, simbólicos y terapéuticos de las medicinas en las diferentes culturas que los han dominado; su medicina conserva muchas de las características de origen, tiene su base en una particular concepción del mundo, la naturaleza, el cuerpo humano de la persona, la salud, enfermedad, la curación o la muerte. Pero a la vez, también se encuentran unidos a dicha concepción, nuevos elementos de otras medicinas o técnicas que gradualmente son incorporadas, reinterpretándose y ajustándose a su propia forma de comprender el mundo. (Lopez-Hernandez & Teodoro Mendez, 2006).

Cada cultura tiene su propia percepción de Salud y también la forma en cómo se relacionan con el entorno donde viven, de manera puntual me refiero a las comunidades tsotsiles; al presentar algún malestar físico su primera opción es acudir con un médico tradicional, curandero o naturista, quiénes en muchas ocasiones les dicen que sus padecimientos están relacionados con brujería o con algún origen mágico, dándoles tratamientos con hierbas o realizando rituales que “quitarán” la brujería hecha en ellos.

Cuando los pacientes sienten que no resolvieron nada o sus síntomas no mejoraron, deciden acudir con un médico como su última opción para que les ayude con sus malestares, pero creyendo fervientemente que el origen es por hechicería en muchas ocasiones.

Un ejemplo claro es una paciente de 28 años que llegó a la consulta en Pococnichim, municipio de Chenalhó, refiriendo que desde hace un tiempo había

empezado con un dolor que le “jalaba” en la región inguinal, este dolor le había comenzado después de que un brujo le había realizado una operación secreta en sus sueños, refiriendo que tal vez un palo le quedó dentro, durante el procedimiento que le habían hecho.

La medicina tradicional aún se conserva, la región de los Altos de Chiapas ha ido cambiando al introducir la medicina alópata desde su propio contexto, siendo esta de causa y efecto, es decir, en muchas ocasiones cuando acuden los pacientes a la consulta con una molestia esperan que una pastilla lo solucione, creyendo fielmente que para cada molestia existe un medicamento que la quite por completo. En muchas ocasiones cuando damos la consulta refieren que van a su farmacia más cercana para que les quiten la fiebre, el dolor de cabeza, abdominal, o incluso la diarrea, originándose de esta forma en las comunidades y en la población general un uso indiscriminado de antibióticos, incluyendo medicamentos inyectados a bebés menores de un año, así como el uso de esteroides, ya sea para control de dolores o para enfermedades de la piel.

A lo largo de los meses me di cuenta que la mayoría de los padecimientos que referían nuestros pacientes, eran a causa de las actividades que realizaban. Al preguntarles qué hacían cuando aparecían esas molestias, las respuestas eran pensar en los problemas familiares que tenían y en la falta de dinero, así como exponerse prolongadamente al sol, esto era el causante principal del dolor de cabeza; el ardor en epigastrio principalmente era por ayuno prolongado, la mayoría de los pacientes realizaban su último alimento a las 4 de la tarde y comían al siguiente día a las 10 de la mañana; el dolor de huesos se presentaba por el tejido en telar o bordado a mano; el dolor de brazos o de espalda causado por la recolección de café, carga de leña y de los bebés pequeños que estaban todo el día en el rebozo de sus madres.

Así mismo, se ha incorporado en las comunidades el uso de estudios de imagen, principalmente ultrasonidos y tomografías, los pacientes creen que realizándose estos, se van a resolver por completo las molestias que tengan. En algún momento me solicitaron que los enviara a realizarse una tomografía por un dolor de cabeza para saber que había en ella y por qué estaba doliendo.

Como menciona López Hernandez en el caso de la medicina tradicional, aún se conservan sus características prehispánicas en lo que se refiere a las causas de las enfermedades y en los procesos o rituales curativos, pero también no hay que dejar de lado que esta medicina tradicional se ha nutrido de los conocimientos traídos por los conquistadores y de la cultura africana, es decir, la práctica de la medicina tradicional entre los indígenas tiene un marcado sincretismo entre la medicina colonial, la negra, la prehispánica y la contemporánea. Su uso y práctica entre esta población no excluye la asistencia, cuando los hay, a los centros de salud donde se utiliza la medicina moderna, e incluso se asiste sólo para curar cierto tipo de enfermedades, principalmente las enfermedades que ellos creen que son de un

origen natural y que no tiene una relación directa con la pérdida del alma. (Lopez-Hernandez & Teodoro Mendez, 2006)

Las prácticas y conocimientos tradicionales sobre medicina, son los recursos con los que cuentan la mayoría de indígenas Tsotsiles, los cuales son utilizados como la primera y en muchas ocasiones como la única opción para atender los problemas de enfermedad y poder restablecer la salud.

Institucional

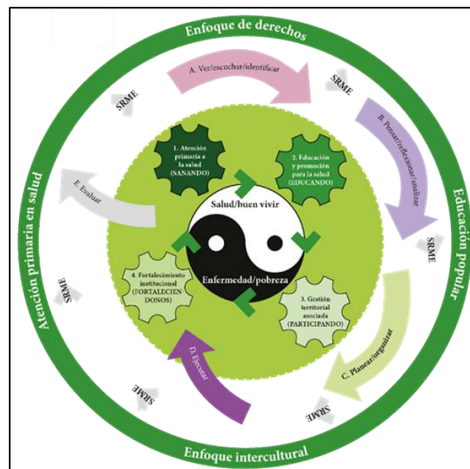
Sanando Heridas es una asociación civil sin fines de lucro, inicia sus actividades no formales en 2007 y se funda legalmente y como donataria autorizada desde 2008, con la finalidad de mejorar la Salud en comunidades de los Altos de Chiapas. (Sanando Heridas, 2020).

Sanando Heridas está dividida en dos grandes áreas para su funcionalidad. La primera es la parte administrativa con sede en la Ciudad de México donde se lleva a cabo la administración y distribución de recursos recaudados mediante el apoyo de distintos donadores y patrocinadores, así como la organización de programas y proyectos para la mejora continua de la Fundación.

La otra área, es la parte operativa, ubicada en San Cristóbal de las Casas, que a su vez se subdivide en Salud y Educación, quienes llevan a cabo todas las acciones planeadas. El equipo operativo cuenta con personal profesional y capacitado para las acciones que se desempeñan, quienes se dedican principalmente a brindar atención médica de primer nivel, así como la elaboración de programas de educación en Salud en diferentes comunidades de los Altos de Chiapas.

Sanando Heridas siempre trabaja bajo un sentido de responsabilidad y respeto hacia las comunidades a las que brinda atención, sin permitir ningún tipo de discriminación, promoviendo y fortaleciendo el trato digno y la interculturalidad, como está representado en la **figura 2**.

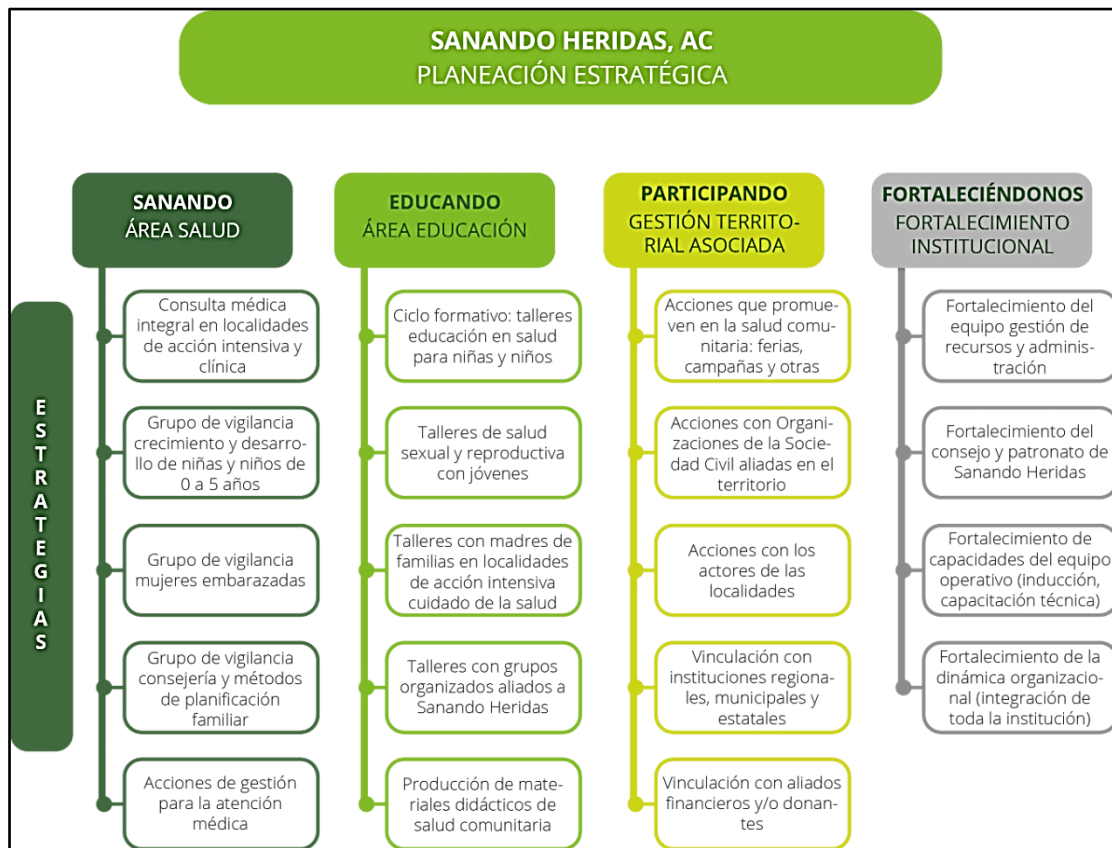
Figura 2 Modelo de atención sanando heridas



Fuente: www.sanandoheridas.org.mx

Sanando Heridas trabaja bajo un eje de estrategias, que se dividen en Sanando, Educando, Participando y Fortaleciéndonos representado en la **figura 3**.

Figura 3 Planeación estratégica sanando heridas



Fuente: www.sanandoheridas.org.mx

Como ya habíamos mencionado, el equipo operativo se divide en Salud y Educación que trabajan entorno a objetivos de desarrollo sostenible, siendo estos:

- Fin de la pobreza
- Hambre cero
- Salud y Bienestar
- Educación de Calidad
- Igualdad de género.

El área de Salud tiene como objetivo principal brindar atención médica de primer nivel sin costo alguno y en lengua materna para las comunidades de la región de los Altos de Chiapas, previniendo y diagnosticando distintas enfermedades con un enfoque continuo de respeto. Las actividades realizadas en el área de salud se dividen de la siguiente forma:

- a. Consultas en comunidad: El objetivo es proporcionar atención médica a la población de una comunidad cada 15 días que no tenga accesos a servicios de Salud, la consulta se brinda en lengua materna, se adapta un consultorio portátil con lo necesario para la atención de los pacientes. Se trabaja principalmente en prevención y diagnóstico de enfermedades frecuentes, así como en la detección de enfermedades que requieran de un segundo nivel de atención.
- b. Consultas en la clínica de San Cristóbal: La consulta en la clínica son los días lunes y miércoles, con una infraestructura más adecuada para brindar una atención de calidad y más confortable. Actualmente se atiende a población de las comunidades, así como de San Cristóbal mediante citas telefónicas, la cuota de recuperación que se solicita en la consulta de la clínica es mínima, que incluye medicamentos del cuadro básico.
- c. Programa de gestión médica: Consiste en dar apoyo a pacientes que necesiten ser atendidos en instituciones públicas (clínicas, hospitales) así como de ayuda social, para mejoría del padecimiento actual. Esto implica acompañamiento a diferentes servicios de salud, así como apoyo económico en la mayoría de las veces por los bajos recursos del paciente. El acompañamiento mencionado implica realizar trámites administrativos, fungir de traductores, así como apoyo de contención en diversas ocasiones.
- d. Grupos de vigilancia: Consiste en la creación de grupos con una condición específica, entre estos se encuentran:
 - ❖ Vigilancia en menores de 5 años; Consiste en un control de todos los niños menores a esta edad, evaluando peso y talla, estado nutricional, proporcionando desparasitantes y vitaminas (vitamina A) en tiempos específicos, así como asesoramiento sobre la alimentación a las madres de los niños.
 - ❖ Vigilancia del embarazo, parto y puerperio: Este grupo inicia desde que se detecta a una mujer embarazada, brindando consulta prenatal mensualmente, proporcionando ácido fólico y evaluando factores de riesgo en caso de haberlos, así como la vigilancia postparto de la madre.
 - ❖ Vigilancia de planificación familiar: Grupo de control enfocando a mujeres que planifican o desean planificar, ofreciendo los métodos disponibles por la fundación (inyecciones hormonales mensuales y bimensuales, anticonceptivos orales, implante subdérmico). El control se realiza con periodicidad para brindar los métodos en fechas indicadas.

- e. Programa de gestión territorial asociada: Consiste principalmente en acciones que promueven la salud comunitaria como ferias de Salud, campañas, entre otras, así como acciones con otras OSC (Organizaciones de la Sociedad Civil) aliadas en el territorio.

También se involucran a los actores de las localidades y se promueve la vinculación con instituciones regionales, municipales y estatales, así como con aliados financieros y donantes individuales. (Sanando Heridas, 2020).

El área de educación consiste en realizar diferentes tipos de talleres en Salud con diferentes grupos de la población en lengua materna.

- Niños y niñas en escuelas preescolares y primarias.
- Talleres de educación sexual y reproductiva con jóvenes (secundarias y telesecundarias).
- Talleres con madres de familias en las localidades de acción intensiva, cuidando de la Salud.
- Talleres con grupos organizados aliados a Sanando Heridas.
- Producción de materiales didácticos de Salud comunitaria. (Sanando Heridas, 2020)

Cada cierto tiempo se realizan en las diferentes localidades ferias de la Salud (**figura 4**) que consiste en impartir diferentes temas relacionados con la prevención de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, principalmente. Se proporciona a la población desparasitantes, vitaminas, artículos de aseo personal, etc.

Figura 4 Feria de la Salud. Poconichim, Chenalhó.



Fuente: Fotografía tomada por Jessica Hernández.

Durante este año se implementó la realización de talleres para la formación de promotores de Salud (**ver figura 5**), donde se integraron agentes de Salud de las diferentes localidades y personas interesadas en esta formación. La realización de estos talleres está a cargo del personal del área de Salud y Educación, donde se realizan actividades sobre diferentes temas enfocados en Salud cada 6 semanas.

Figura 5 Taller para promotores de salud. Sanando Heridas.



Fuente: Fotografía tomada por área de educación, Sanando Heridas.

Papel del médico pasante del Servicio Social.

Las actividades que realicé como médico pasante corresponden principalmente al área de Salud. Los días lunes y miércoles en un horario de 9 de la mañana a 4 de la tarde se da la consulta médica a todos los pacientes que llegan, atendiendo primero a los citados y posteriormente a los pacientes que acudieron sin cita, a excepción de que requieran atención inmediata. Los martes, miércoles y jueves se da la consulta en las comunidades, hay un horario estipulado para salir de la clínica, normalmente a las 7 de la mañana. Sanando Heridas tiene una camioneta que tiene la función de unidad móvil, por lo que nos corresponde cargar la camioneta con todo

lo necesario para dar la consulta (cajas de medicamentos, material de curación, cama portátil, colchón portátil, mesa portátil, sillas, básculas, estadímetros, entre otras cosas necesarias para la atención médica). Los viernes son dedicados a llenar las cajas con la lista de medicamentos necesarios para las salidas que estén programadas en la siguiente semana, así como a capturar los datos relevantes de los grupos de vigilancia de la última consulta a la que hayan asistido los pacientes. Este censo se realiza en el programa Excel y les corresponde a los pasantes realizarlo.

Mensualmente se realiza el inventario de medicamentos para realizar nuevos pedidos que cubran la consulta de un mes tanto en clínica como en las comunidades; al llegar los medicamentos se tiene que verificar que el pedido esté completo y posteriormente acomodarlos todos en los estantes de farmacia. De igual forma, mensualmente se revisa la caja de curaciones que se traslada a las localidades.

El papel como médico pasante no está limitado a lo antes mencionado, tienes muchas funciones dentro del equipo para que todo funcione y el trabajo realizado de mejores resultados. Eres médico, psicólogo para tus pacientes, cargador, organizador, capturista, limpiador de materiales, y en muchas ocasiones auxiliar de enfermería; más bien, somos un equipo que trabaja en donde se necesite para que el trabajo siempre esté puntual y en forma (**ver figura 6 y 7**).

Figura 6 Equipo operativo Sanando Heridas. Febrero 2020.



Fuente: Fotografía tomada por equipo operativo, Sanando Heridas.

Figura 7 Equipo operativo Sanando Heridas. Enero 2021.



Fuente: Fotografía tomada por equipo operativo, Sanando Heridas.

Segunda sección: Diagnóstico de Salud

En esta sección se presenta un análisis acerca del Derecho a la Salud según el concepto que manejan las leyes y organizaciones en México, así como lo que nos dice la Organización Mundial de la Salud basándonos en la revisión bibliográfica.

Se realizará un análisis respecto al tema para visualizar cuál es la realidad en las comunidades y región de los Altos de Chiapas comparando hasta qué punto y de qué forma está presente el Derecho a la Salud. De igual forma, se abordará el enfoque de interculturalidad que es clave para entender a todas las poblaciones, y evaluar si este enfoque es considerado dentro de las leyes y normas.

Finalmente, en esta sección se realizará una descripción de datos relevantes fisiográficos y demográficos, así como de los aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales de los cinco municipios a los que pertenecen las localidades donde Sanando Heridas AC proporciona atención médica.

Este diagnóstico comunitario es de gran importancia para proporcionar una visión general de las condiciones en las que viven las comunidades a las que se atienden y la calidad de vida que tienen, que nos ayudan a identificar los factores involucrados en el proceso de Salud-Enfermedad y cuáles son las condiciones y recursos para solventar diversos padecimientos.

Derecho a la Salud

Para entender el concepto de derecho a la Salud, debes entender en primera instancia qué definimos como derecho y Salud. Según la RAE derecho se define como un conjunto de principios y normas, expresivos de una idea de justicia y de orden, que regulan las relaciones humanas en toda sociedad y cuya observancia puede ser impuesta de manera coactiva. (RAE, 2020). Esta definición nos habla sobre el derecho como forma legal de idea o justicia y orden que puede ser variable dependiendo desde dónde la veamos y a la sociedad a donde pertenezca con la posibilidad de ser modificada.

Es importante dejar en claro que es un derecho humano para abordar la definición de Salud, para entender de una forma más clara los derechos como individuos dentro de la Salud. La Comisión Nacional de Derechos humanos la define como un conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona, son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. (CNDH, 2018).

Derecho a la Salud según la OMS

Dicho lo anterior debemos definir el concepto de Salud. La Organización Mundial de Salud la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, WHO, 1943)

Este concepto establecido hace más de 50 años nos define la Salud como un equilibrio bio-psico-social. Dentro de la región donde realicé mi Servicio Social se agrega un componente místico, mágico y espiritual, es decir, un equilibrio desde esta perspectiva que es importante para ausencia o presencia de la Salud.

Aclarado esto, la OMS define derecho a la Salud como el “grado máximo de salud que se pueda lograr” este exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. (OMS, 2017).

El derecho a la salud abarca libertades y derechos:

- ✓ Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias.
- ✓ Los derechos incluyen acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar el grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Las comunidades indígenas están expuestas a mayores tasas de enfermedad y afrontan dificultades importantes para acceder a una atención sanitaria de calidad y asequible. (OMS, 2017).

Esto es una realidad, las comunidades indígenas tienen una mayor tasa de enfermedad, lo que aumenta también la tasa de morbilidad y mortalidad al tener mayor dificultad para ingresar a los servicios de Salud públicos, causado por muchos factores, desde largas distancias, culturales, económicos, entre muchas otros.

La OMS ha formulado estrategias para mejorar progresivamente el derecho a la Salud, que son los siguientes:

- ✓ **No discriminación:** Por ningún motivo.
- ✓ **Disponibilidad:** Establecimientos públicos de Salud suficientes.
- ✓ **Accesibilidad:** Accesibilidad para todos que presenta cuatro dimensiones (económicos, socio demográficos, geográficos y seguridad)

- ✓ **Aceptabilidad:** Ética médica con sensibilidad a las necesidades y respeto hacia todas las culturas.
- ✓ **Calidad:** Buena atención médica y científica.
- ✓ **Rendición de cuentas:** Los Estados deben garantizar y vigilar los derechos Humanos
- ✓ **Universalidad:** Los derechos humanos son universales e inalienables. (OMS, 2017)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Acuerdo que entró en vigor el 3 de enero de 1976, decretado conforme a los principios en las Naciones Unidas, que hablan sobre la libertad, la justicia y la paz, reconociendo la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana, donde además se reconoce que no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. (Naciones Unidas, 1976).

En este apartado, hablaremos sobre los artículos relacionados con el derecho a la Salud vigentes en este acuerdo:

- Parte I
 - Artículo 1: Todos los pueblos tienen derecho a libre determinación.
- Parte II
 - Artículo 2: Garantizar el ejercicio de los derechos, sin discriminación alguna.
 - Artículo 3: Goce de todos los derechos económicos, sociales y culturales.
 - Artículo 5: No podrá admitirse restricción de los derechos humanos vigentes en un país en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, a pretexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado.
- Parte III
 - Artículo 6: Se reconoce el derecho a trabajar en un trabajo libremente escogido o aceptado.
 - Artículo 7: Se reconoce el derecho al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, que aseguren salario equitativo, condiciones dignas para los trabajadores y sus familias, seguridad e higiene, así como descanso y goce de tiempo libre.
 - Artículo 9: Se reconoce el derecho de toda persona a la Seguridad Social.

- Artículo 10: Se debe conceder a la familia máxima protección y asistencia posible, con especial protección a las madres antes y después del parto con licencia para las madres trabajadoras y remuneración durante este periodo. Así mismo, se debe prestar atención a niños y adolescentes para proporcionarles un adecuado desarrollo biopsicosocial, sin discriminación ni explotación.
- Artículo 11: Se reconoce el derecho a un nivel adecuado de vida, incluyendo alimentación, vivienda y vestido, asegurando una distribución mundial equitativa de alimentos.
- Artículo 12: Se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, adoptando medidas que incluyen la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, asegurando el desarrollo sano de los niños; mejoramiento en higiene del trabajo y medio ambiente; prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole; creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
- Artículo 13: Se reconoce el derecho de toda persona a la educación, para asegurar esto, la enseñanza primaria debe ser obligatoria y asequible a todos gratuitamente; la enseñanza secundaria debe ser generalizada y accesible para todos; la enseñanza superior debe hacerse accesible para todos sobre la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean apropiados.
- Artículo 15: Se reconoce el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y cultural. (UNESCO, 2006).

Derecho a la Salud según la Constitución Mexicana

En México la Salud es un derecho al cual tiene acceso todo ser humano. En 1983 se hicieron cambios a la Constitución de 1917 donde se estableció en el Artículo 4°, el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. Este derecho, que se había establecido como un derecho ocupacional en la Constitución de 1917 y como un derecho laboral en la Ley del Seguro Social de 1943, se convirtió así en un derecho ciudadano. [Párrafo reformado DOF 03-02-1983] (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917)

De modo que, a partir de 1983, en nuestro país el derecho a la protección de Salud Pública es para todos los ciudadanos, sin importar ninguna condición, es gratuita, para ayudar a satisfacer las necesidades de la población.

El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia

de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, haciendo referencia a los siguientes derechos:

- ✓ Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
- ✓ Derecho a un ambiente sano para el bienestar de la población
- ✓ Derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico.
- ✓ Los niños tienen derecho a las necesidades alimenticias, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.
- ✓ Igualdad ante la ley entre hombre y mujer.
- ✓ Toda persona tiene derecho de elegir libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos. Derecho a identidad al ser registrado al nacimiento, así como a una vivienda digna y decorosa. [Párrafo reformado DOF 06-06-2019] (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917)

Ley General de Salud en México

La ley general de Salud se ha modificado, la última modificación fue hecha en 2019, en el gobierno actual de Andrés Manuel López Obrador; esta modificación fue sobre la prestación de servicios de salud, la protección social en salud y el control sanitario de medicamentos.

Realizaremos un análisis de los artículos que a mi parecer son de mayor relevancia:

- ✓ Artículo 3º: Segunda parte. Este artículo se enfoca en la atención médica a personas de grupos vulnerables, sin seguridad social, y también habla sobre la atención materno-infantil. Programa de nutrición materno infantil en los pueblos y comunidades indígenas.
- ✓ Artículo 25: Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población vulnerable.
- ✓ Artículo 26: Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de regionalización y de escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la universalización del acceso a servicios de salud desde un enfoque integral.
- ✓ Artículo 27: Sobre la atención médica desde un enfoque preventivo, la atención materno infantil, la enseñanza sobre planificación familiar, la salud mental, la correcta nutrición y la asistencia social.

- ✓ Artículo 35: Atención a todas las personas que se encuentren en el país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad, igualdad e inclusión y de gratuidad al momento de requerir los servicios de salud. (Salud, 2019)

Interculturalidad

Al hablar de la interculturalidad nos referimos a la diversidad cultural que existe en nuestro país y en el mundo entero, concepto que se creó con la finalidad de promover el respeto mutuo entre las diversas culturas.

La interculturalidad es un concepto dinámico que se refiere a las relaciones evolutivas entre grupos culturales. Es definida como la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo. (UNESCO, 2006)

Partiendo de este concepto podemos entender que el principal objetivo de la interculturalidad es la comunicación respetuosa y equilibrada, sin que ningún grupo cultural esté por encima de otro, logrando la interacción y la convivencia entre los diferentes grupos; esto no implica que no haya conflictos, sin embargo, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo y la escucha mutua.

Ahora, hablaremos de la interculturalidad en el área de la Salud, donde hay diversos conflictos al relacionar diferentes culturas en un área o región.

En el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. En otras palabras, la interculturalidad no sólo atañe la relación médico-paciente, sino que está presente en la relación total que establece el enfermo con el servicio de salud. La interculturalidad en salud es definida como: la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. (Campos Navarro, 2006).

Determinantes sociales

La Organización Mundial de la Salud define las determinantes sociales de la salud (DSS) como las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, como los sistemas económicos, programas de desarrollo, normas, y sistemas políticos. (OPS, 2009).

Las determinantes están relacionadas con aspectos tan variados como biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios,

económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos, como se muestra en la siguiente **figura 9**.

Figura 8 Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades de Salud.



Fuente: www.researchgate.net

Por otra parte, es importante hablar de uno de los determinantes individuales más importantes que repercuten en la Salud para poder comprender de una forma más completa el problema que existe en la región de los Altos de Chiapas. La pobreza se define como una persona que tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.

Asimismo, es importante definir pobreza extrema, que se entiende como una persona que tiene tres o más carencias, de seis posibles, dentro del Índice de Privación Social y que, además, se encuentra por debajo de la línea de bienestar mínimo. Las personas en esta situación disponen de un ingreso tan bajo que, aun si lo dedicase por completo a la adquisición de alimentos, no podría adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana. (CONEVAL, 2008)

La pobreza tiene implicaciones graves para la región, repercute directamente sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación, el transporte y otros factores vitales para la salud y el bienestar general de la población.

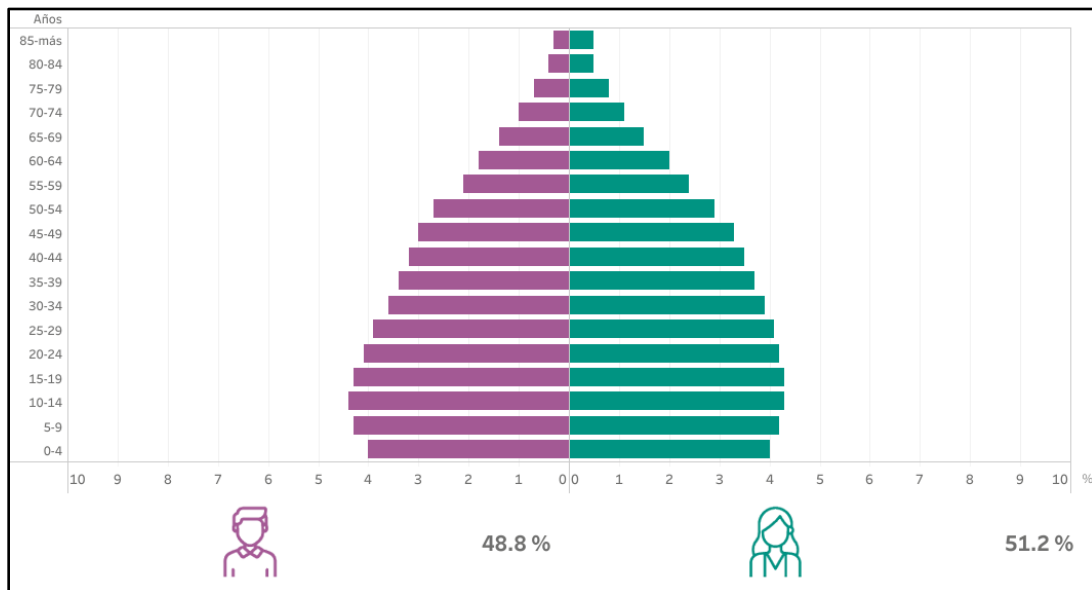
Diagnóstico comunitario

México

Demografía

Según la encuesta del INEGI realizada en el 2020, la población total es de 126,014,024 habitantes; 65,519,180 son mujeres que representa el 51.2% y 61,494,843 son hombres que representa el 48.8% como se muestra en la **gráfica 1**. La relación es de 95 hombres por cada 100 mujeres. La edad media de la población oscila en los 29 años. (INEGI, 2020)

Gráfica 1 Pirámide poblacional de México 2020

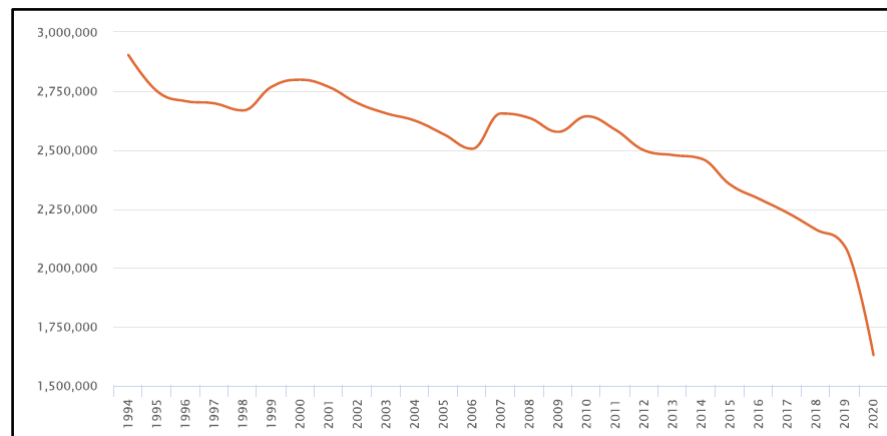


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Natalidad

Como se puede observar en la **gráfica 2**, la tasa de natalidad ha ido disminuyendo año con año, entre el año 2019 y 2020 hubo una disminución del 22% de nacimientos registrados. (INEGI, 2020)

Gráfica 2 Gráfica de natalidad, México 2020.



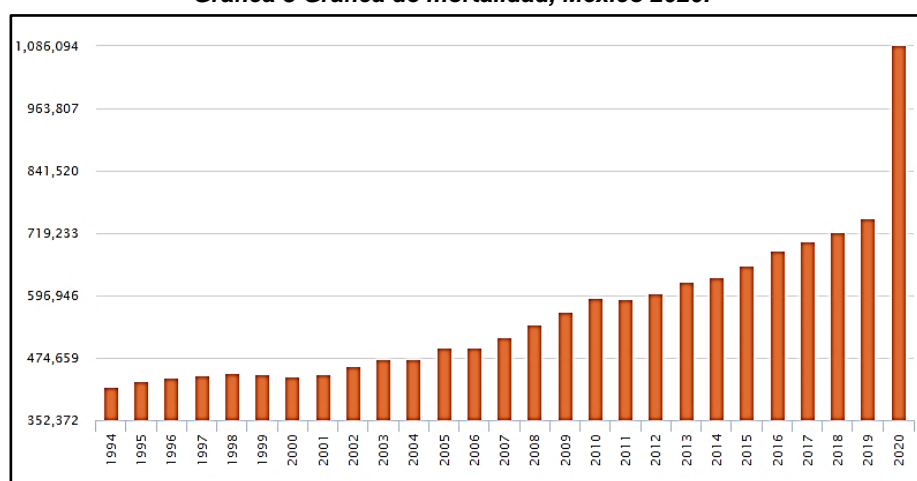
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Mortalidad

En México se registraron 1,086,094 muertes durante el año 2020, en la **gráfica 3** se observa un crecimiento exponencial en el número de muertes entre el año 2019 y 2020. De las defunciones registradas durante 2020, 58.8% fueron hombres, 41.1% mujeres y en 756 casos el sexo no fue especificado.

La tasa de defunciones registradas por cada 10 000 habitantes fue de 86, superior en 27 unidades respecto a la información definitiva del año anterior. Las tres principales causas de muerte a nivel nacional fueron por enfermedades del corazón (20.2%), COVID-19 (18.5%) y por diabetes mellitus (13.9%). (INEGI, 2021).

Gráfica 3 Gráfica de mortalidad, México 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Morbilidad

De acuerdo a lo que presentó la Dirección General de Epidemiología durante el año 2019 (**tabla 1**), la principal causa de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas, seguido de infecciones intestinales; en tercer lugar, se encuentran las infecciones urinarias, posteriormente son las úlceras gastrointestinales. En 5° lugar prevalecen las enfermedades periodontales y la gingivitis. La hipertensión arterial sistémica y la diabetes continúan en el 10° y 11° lugar, respectivamente. (Secretaría de Salud, 2019).

Tabla 1 Principales causas de morbilidad 2019.

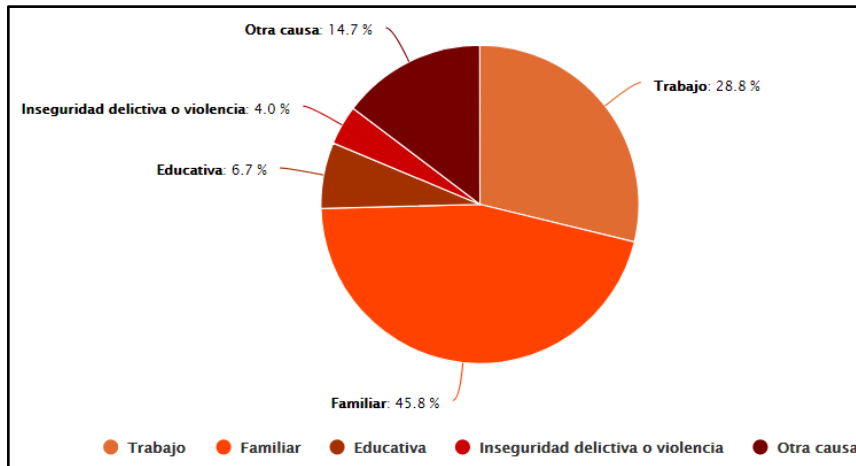
| Número | Padecimiento | Código de la lista detallada CIE 10a. Revisión | Grupos de edad | | | | | | | | | | |
|--------|---|--|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|
| | | | <1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-44 | 45-49 | 50-59 | 60-64 | 65 y + |
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0 | 1,608,448 | 4,139,498 | 3,138,728 | 2,021,769 | 1,411,415 | 1,496,202 | 4,238,421 | 1,372,460 | 1,929,409 | 935,772 | 1,473,997 |
| 2 | Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | A04, A08-A09 excepto A08.0 | 226,248 | 769,569 | 564,886 | 417,777 | 365,018 | 452,809 | 1,115,499 | 362,312 | 459,866 | 220,767 | 362,510 |
| 3 | Infección de vías urinarias | N30, N34, N39.0 | 16,000 | 120,901 | 179,187 | 151,488 | 311,506 | 452,464 | 1,295,046 | 398,300 | 586,486 | 278,460 | 555,368 |
| 4 | Úlceras, gastritis y duodenitis | K25-K29 | 1,538 | 6,486 | 29,388 | 76,070 | 113,105 | 150,693 | 422,973 | 161,731 | 201,274 | 99,424 | 154,315 |
| 5 | Gingivitis y enfermedad periodontal | K05 | 1,066 | 12,176 | 44,674 | 59,176 | 94,689 | 130,694 | 346,459 | 106,374 | 152,610 | 74,651 | 108,202 |

Fuente: Secretaría de salud 2019.

Migración

Podemos observar en la **gráfica 4** que la principal causa de migración a otras entidades o al extranjero es familiar (45.8%); es decir, los integrantes de una familia migran para reunirse con el padre o madre de familia que decidió irse en búsqueda de un trabajo mejor remunerado (28.8%) para mejorar la calidad de vida.

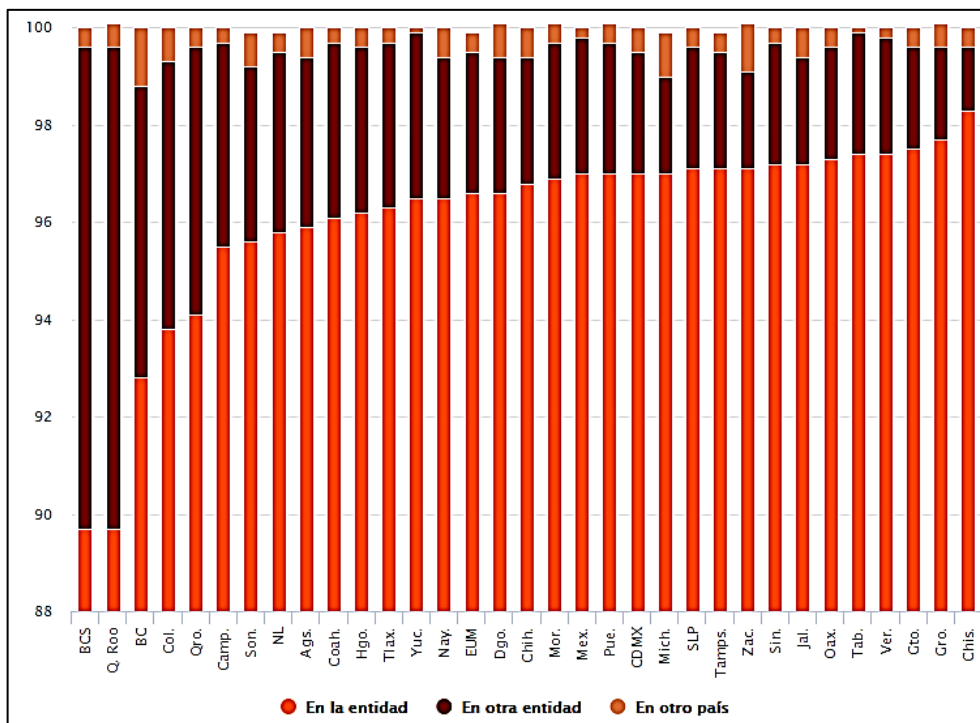
Gráfica 4 Porcentaje de causas de migración, México 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

En la gráfica 5 se representa la distribución de las personas que residen en su entidad, en otra entidad y en otro país en un periodo de 5 años. (INEGI, 2020).

Gráfica 5 Lugar de residencia entre 2013-2018

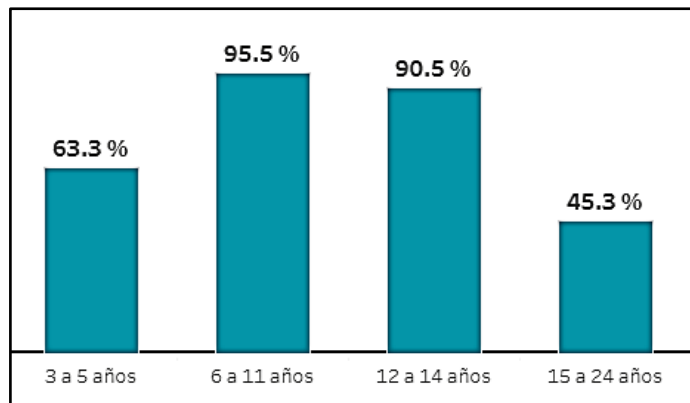


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Educación

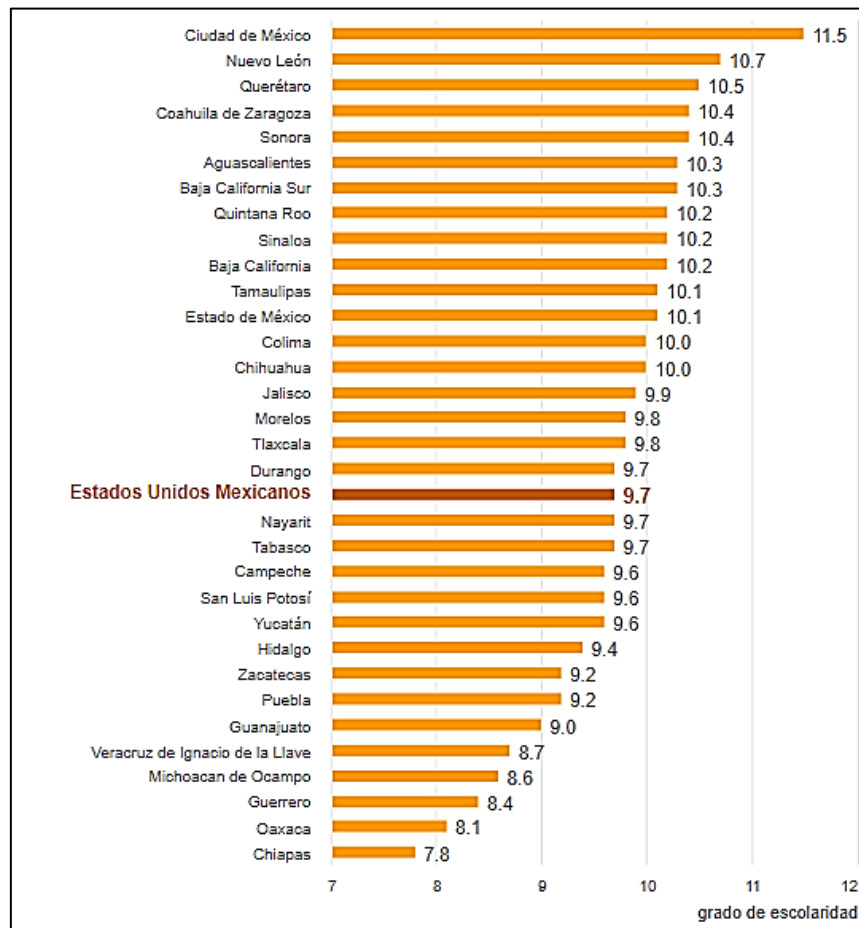
En el 2020, México presentó una tasa de alfabetización de 98.7% en el rango de edad de 15 a 24 años; y de 94% en la población mayor de 25 años (**gráfica 6**). Los años de estudio en promedio oscilan en 9.7 años, esto se traduce a que el nivel de educación promedio del país es la secundaria (**gráfica 7**).

Gráfica 6 Tasa de alfabetización, México 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

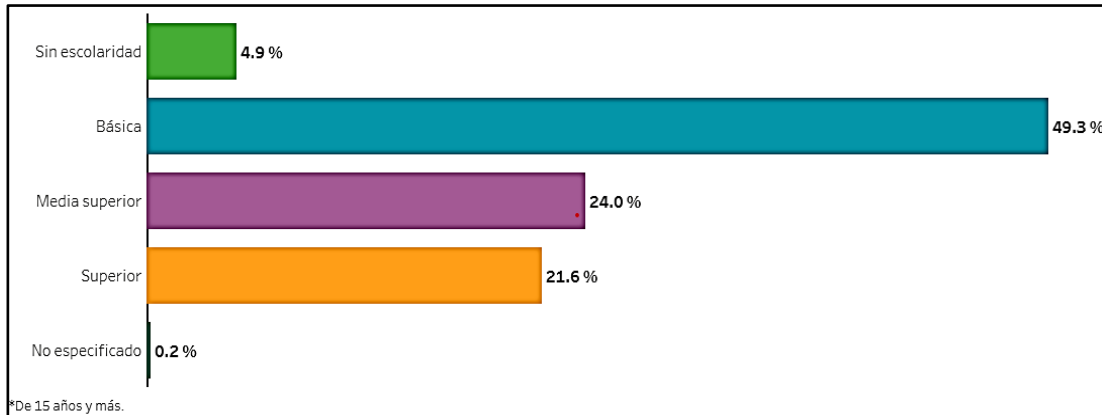
Gráfica 7 Promedio de años de estudio, México 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

En la **gráfica 8** se representa que el 49.3% de la población general tiene apenas la educación básica, el 24% cuenta con una educación media superior, el 21.6% tiene la educación superior; de igual importancia, se debe resaltar que en el país el 4.9% de la población no cuentan con ningún nivel educativo.

Gráfica 8 Población según nivel de escolaridad, México 2020.

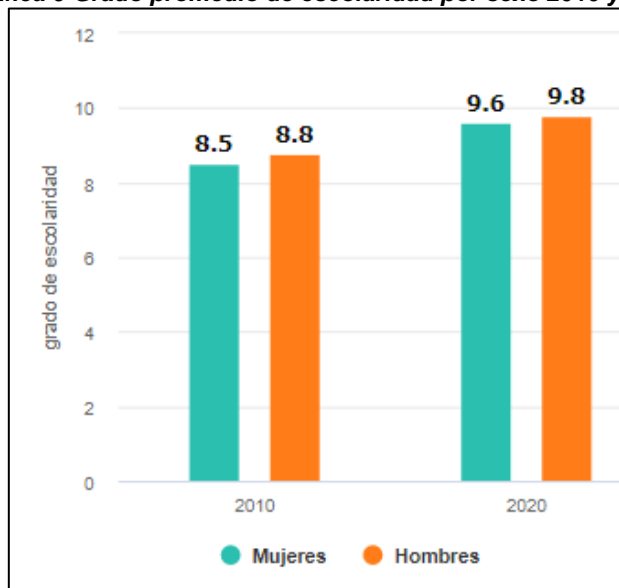


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

También podemos resaltar que la asistencia a las escuelas en el país es del 95.5% para la educación primaria, y 90.5% para la educación secundaria, lo que nos lleva de nueva cuenta a la conclusión que gran parte de la población tiene por los menos la educación básica. (INEGI, 2020).

Otro punto importante a destacar, es la diferencia de la escolaridad entre hombres y mujeres, aunque esta ya es mínima, los hombres presentan un mayor grado de escolaridad (**gráfica 9**). Del 2010 al 2020, hubo un incremento de un año de educación escolar tanto para hombres (8.8) como para mujeres (9.8), respectivamente.

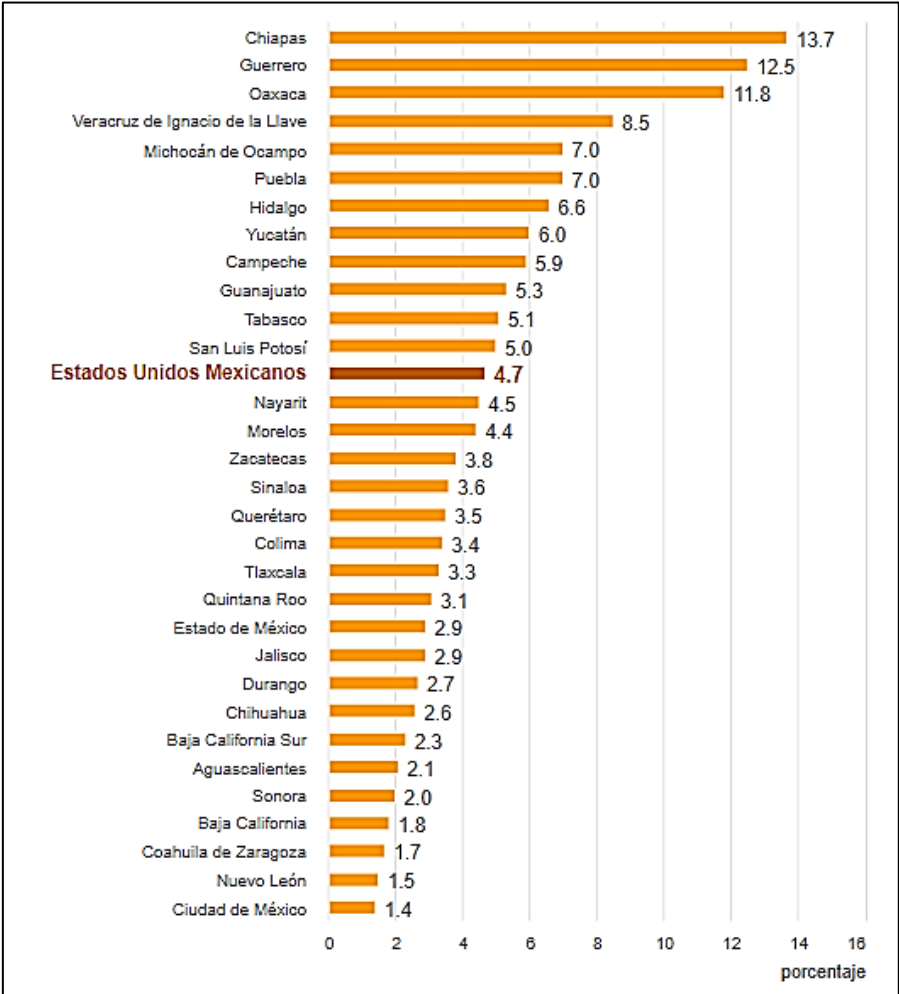
Gráfica 9 Grado promedio de escolaridad por sexo 2010 y 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2010 y 2020.

Por último, vamos a analizar el rezago educativo que existe en el país en la actualidad (**gráfica 10**). Este rezago ha ido en descenso, pero la brecha ha sido desigual entre las distintas entidades, el país que presenta mayor analfabetismo es el estado de Chiapas; por el contrario, el estado con menor alfabetismo es la Ciudad de México. El promedio nacional de analfabetismo es 4.7 por cada 100 habitantes. (INEGI, 2020).

Gráfica 10 Porcentaje de población analfabeta de 15 años y más por entidad 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Vivienda

Antes de ahondar en este punto, es importante definir cuál es el significado de vivienda digna, porque esta forma parte de los indicadores que conforman el concepto de Salud. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa, además refiere, que la Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo. (CONAVI, 2020)

El artículo 2 de la Ley de la Vivienda nos menciona que se considera vivienda digna y decorosa si cumple con las disposiciones jurídicas aplicables en materia de asentamientos humanos y construcción, habitabilidad, salubridad, cuente con los servicios básicos y brinde a sus ocupantes seguridad jurídica en cuanto a su propiedad o legítima posesión, y contemple criterios para la prevención de desastres y la protección física de sus ocupantes ante los elementos naturales potencialmente agresivos. (Congreso de la Unión, 2006)

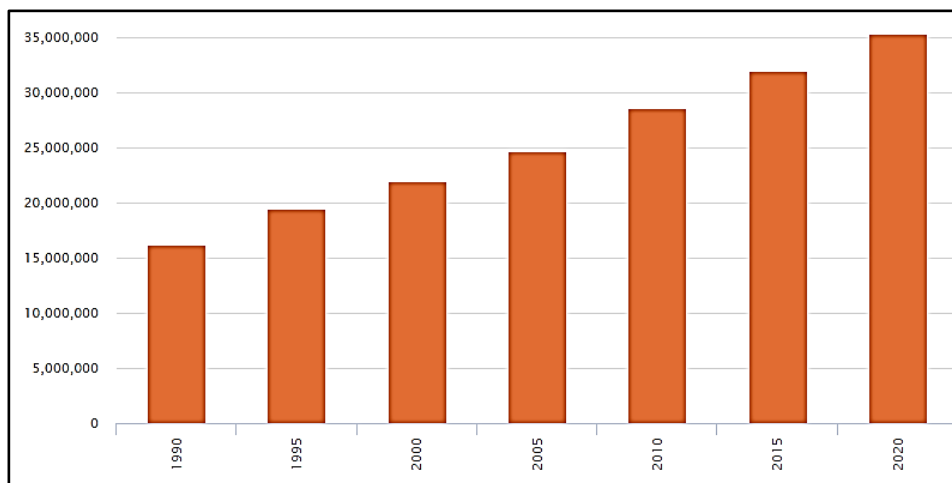
Definiendo esto, la CONAVI menciona que podemos considerar vivienda en situación de carencia a las personas que residan en viviendas que presenten al menos una de las siguientes características: El material de los pisos de la vivienda es de tierra, el material de techo es de lámina de cartón o desechos, el material de los muros de la vivienda es de barro o bajareque; de carrizo, bambú o palma; de lámina de cartón metálica o de asbesto, o material de desecho. Y por último el hacinamiento (mayor a 2.5 personas por cuarto). (CONEVAL, 1990).

Dentro de la vivienda se consideran servicios básicos necesarios e indispensables, estos son principalmente agua entubada ya sea dentro o fuera de la vivienda, que esté dentro de la propiedad; drenaje conectado a la red pública o a una fosa séptica; electricidad proveniente del servicio público, paneles solares, planta particular u otra fuente y uso de combustible como gas LP o natural, electricidad para cocinar, en caso de tener una estufa de leña o carbón, este deberá contar con chimenea.

Podemos considerar carencia por acceso servicios básicos de la vivienda si presenta al menos una de estas características: Si el agua se obtiene de un pozo, río, lago, arroyo, pipa; o bien, el agua entubada la adquieren por acarreo de otra vivienda, o de la llave pública o hidrante; no cuentan con servicio de drenaje o el desagüe tiene conexión a una tubería que va a dar a un río, lago, mar, barranca o grieta; no disponen de energía eléctrica. Por último, si el combustible que se usa para cocinar o calentar los alimentos es leña o carbón sin chimenea. (CONEVAL, 2020).

En México hasta 2020, hay contabilizadas 35,219,141 viviendas, en la **gráfica 11** se observa que hay un incremento aproximadamente de 5,000,000 de viviendas del 2015 al 2020, lo que da como resultado una tasa de promedio anual de 2.2%.

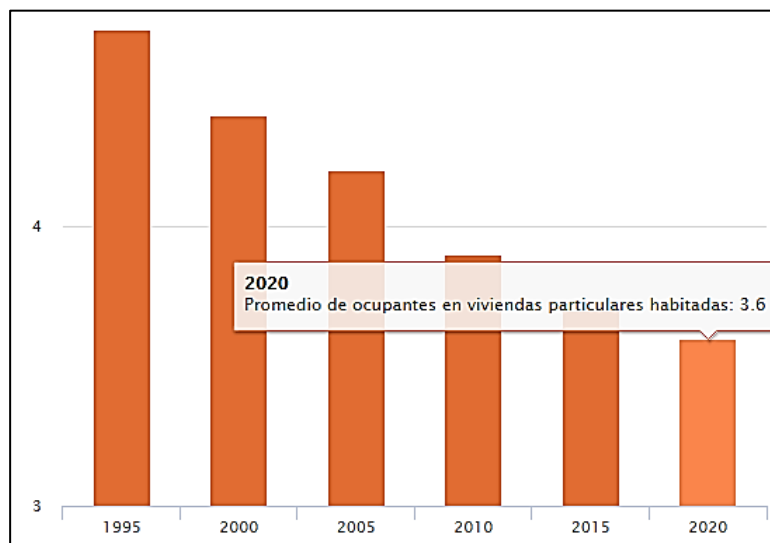
Gráfica 11 Número de viviendas, México 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Como se observa en la **gráfica 12** el promedio de habitantes por vivienda también ha disminuido, en 2015 el número de habitantes oscilaba en 3.7 personas por vivienda, mientras tanto, en el 2020 ronda en 3.6 personas por vivienda. El promedio de personas por dormitorios es de 1.8 a nivel nacional.

Gráfica 12 Número de personas por vivienda, México 2020.

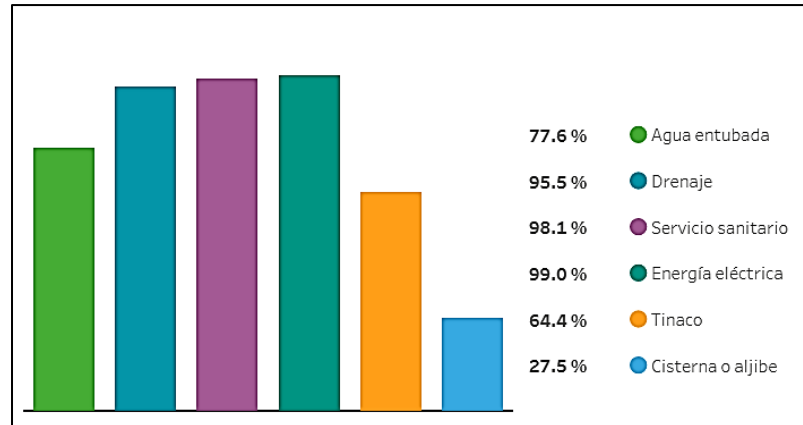


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

De cada 100 viviendas particulares habitadas, 96.2 tienen piso de cemento o algún otro recubrimiento y únicamente 1.9 tienen piso de tierra.

En el 2020, 77.6% de las viviendas cuentan con agua entubada, 95.5% tienen drenaje, 98.1% tienen servicio sanitario, y 99% de las viviendas tienen energía eléctrica como se muestra en la **gráfica 13**. (INEGI, 2020).

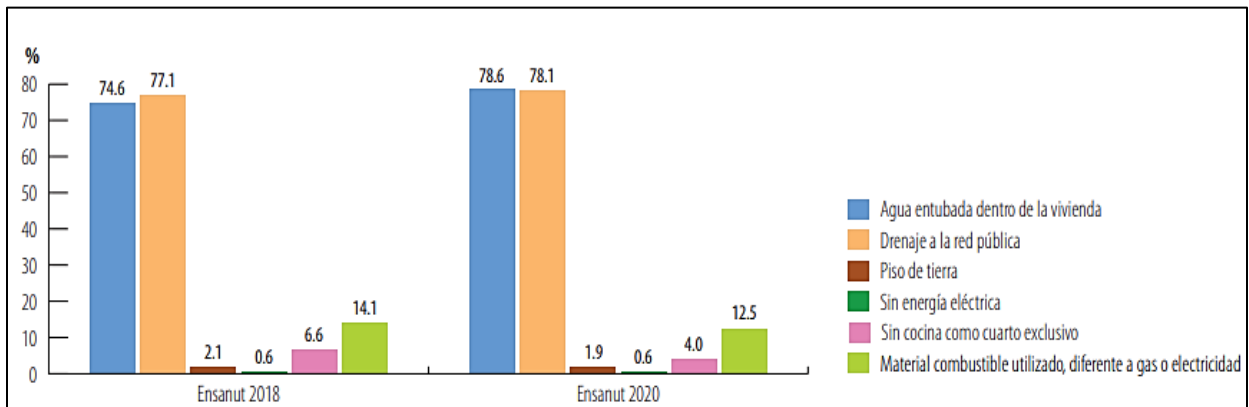
Gráfica 13 Servicios básicos por vivienda, México 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Por otra parte, ENSANUT 2020 reporta que ha habido un incremento en los servicios básicos dentro de las viviendas respecto al año 2018 como se observa en la **gráfica 14**. Las viviendas que no tienen un cuarto exclusivo para cocinar corresponden al 4% y 12.5% usa leña o carbón como combustible para cocinar.

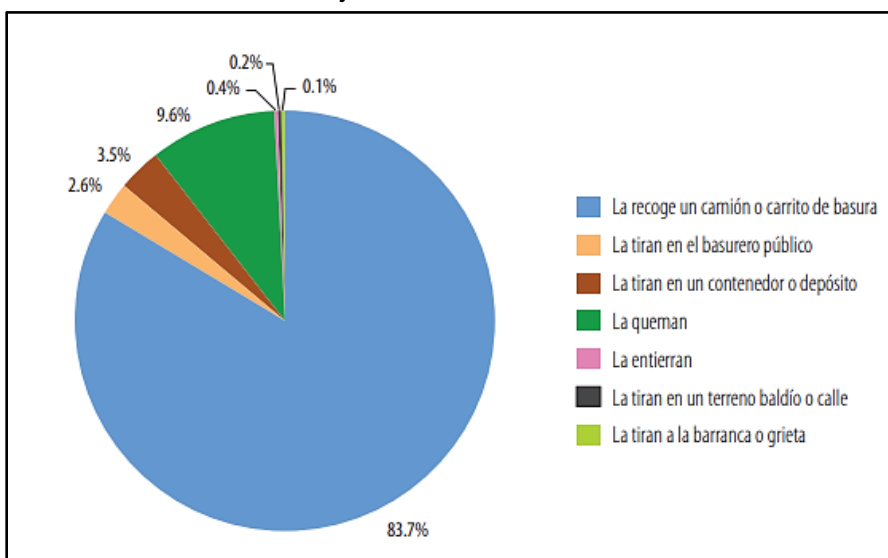
Gráfica 14 Servicios básicos por vivienda. ENSANUT 2020.



Fuente: ENSANUT 2020.

En cuanto a la recolección de basura como se ve en la **gráfica 15**, en el 83.7% de las viviendas hay un camión o carrito que la recoge, 9.6% de las viviendas la queman y 3.5% la tiran en un contenedor o depósito. (ENSANUT, 2020)

Gráfica 15 Manejo de la basura. ENSANUT 2020.



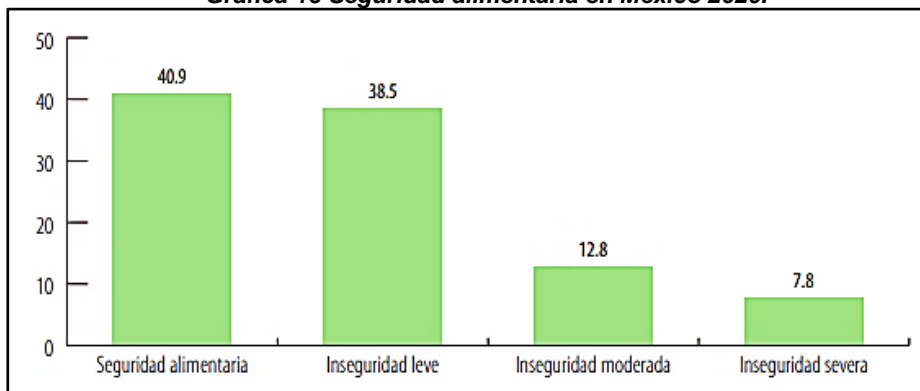
Fuente: ENSANUT 2020.

Alimentación

La categoría de seguridad alimentaria indica que ninguno de los integrantes del hogar tiene preocupación porque los alimentos se acaben. Los hogares clasificados en inseguridad alimentaria leve experimentan primero preocupación por el acceso a los alimentos y, si la falta de acceso a los alimentos se prolonga, sacrifican la calidad de la dieta. Cuando los hogares se encuentran en inseguridad alimentaria moderada, reportan restricciones en la cantidad de los alimentos consumidos. Por su parte, los hogares en inseguridad alimentaria severa presentan situaciones en las que alguno de los integrantes omite tiempos de comida o deja de comer un día debido a la falta de dinero o recursos para adquirir alimentos. (ENSANUT, 2020)

La encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 muestra que 40.9% de los hogares en el país se identificaron con seguridad alimentaria, 38.5% mostró inseguridad leve, 12.8% refirió una inseguridad moderada y por último 7.8% de la población mostró inseguridad severa. Estos resultados se pueden ver en la **gráfica 16**.

Gráfica 16 Seguridad alimentaria en México 2020.

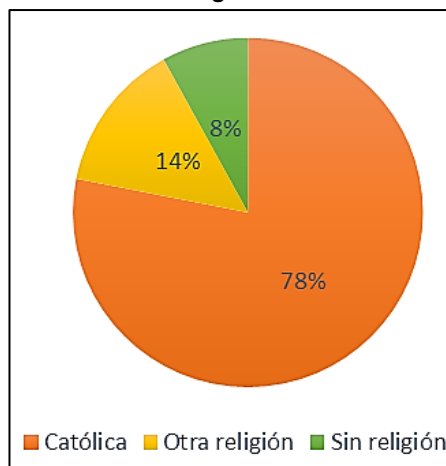


Fuente: ENSANUT 2020.

Religión

De acuerdo al INEGI 2020, en México, 78% de la población profesa la religión católica que corresponde a 90,156,555 habitantes. Las personas que se identifican con otra religión pertenecen al 14% que son 16,118,762 habitantes, y el 8% de la población total no se identifica con ninguna religión que representan 9,156,555 habitantes (ver gráfica 17).

Gráfica 17 Religión en México 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

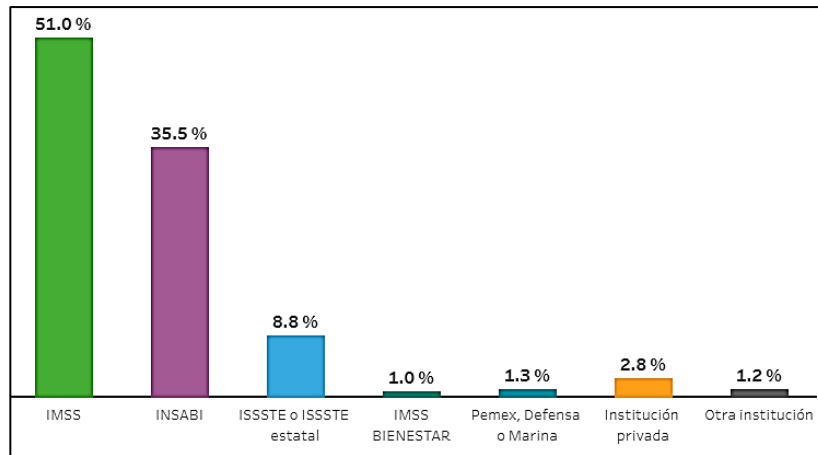
En comparación con los datos presentados en el 2010, hubo una disminución en los feligreses católicos, aumentaron los creyentes de otras religiones; y también hubo un incremento en las personas que no siguen ninguna religión.

Servicios de Salud

Hasta el 2020, hay 92,620,307 personas afiliadas a algún servicio de Salud, que equivale al 73.5% de la población total. El 26.5% de la población no cuenta con ninguna afiliación a los servicios de Salud. Entre 2010 y 2020, el porcentaje de población que declaró estar afiliada a los servicios de salud aumentó de 64.6% a 73.5%.

Como se ve en la **gráfica 18**, de la población que cuenta con seguro, 51.0% están afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social, 35.5% al Instituto de Salud para el Bienestar, 8.8% al ISSSTE, y el resto a PEMEX, Defensa o Marina, IMSS Bienestar, Instituciones privadas y otras instituciones. (INEGI, 2020)

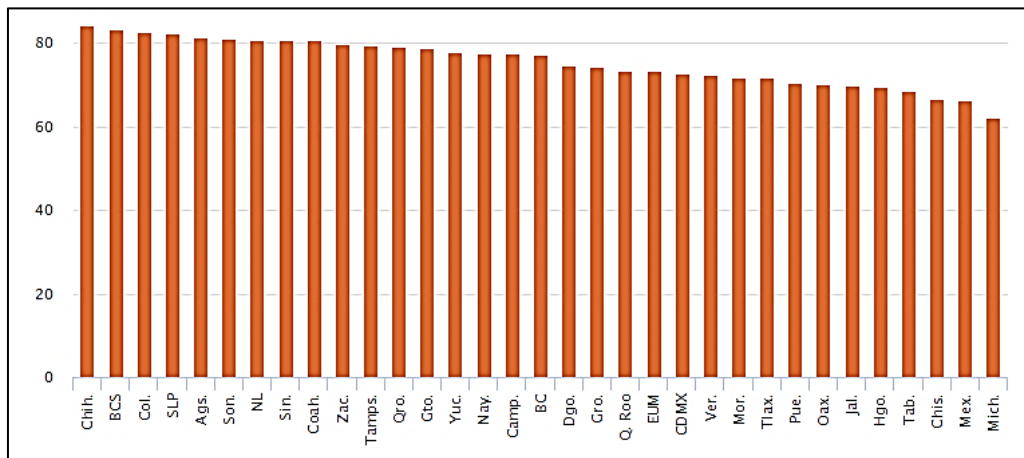
Gráfica 18 Afiliación a Servicios de Salud en México.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

El estado con mayor población afiliada a los sistemas de Salud es Chihuahua seguido de Baja California Sur. Por el contrario, el que tiene menor afiliación es el estado de Michoacán. Estos datos se observan en la **gráfica 19**.

Gráfica 19 Afiliación a los servicios de Salud por Estado.



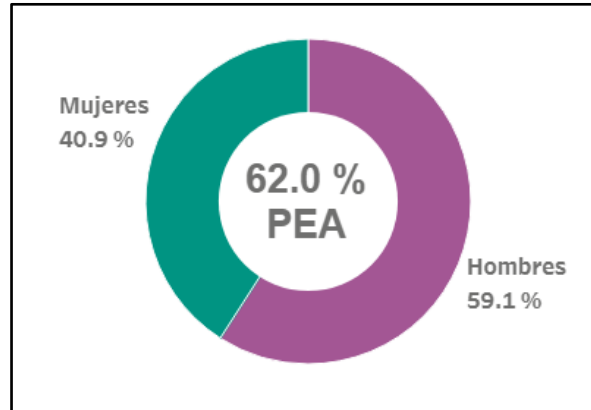
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Población económicamente activa (PEA)

Este sector lo componen las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada.

A nivel nacional hasta 2020, el 62% representa la población económicamente activa, de los cuáles 59.1% son hombres y 40.9% son mujeres como se muestra en la **gráfica 20**. Hay un aumento considerable del 2015 al 2020 en la población femenina económicamente activa de 34.6% a 40.9%. (INEGI, 2020)

Gráfica 20 Población económicamente activa, México 2020.



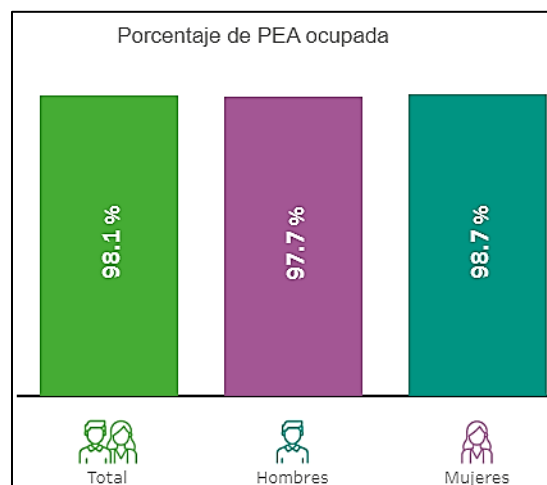
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Población económicamente activa ocupada (PEAO)

Comprende las personas de 12 y más años de ambos sexos que durante la semana de referencia presentaron una de las siguientes situaciones: trabajaron al menos una hora o un día para producir bienes y servicios a cambio de una remuneración monetaria o en especie; tenían empleo pero no trabajaron por alguna causa sin dejar de percibir su ingreso; tenían empleo pero no trabajaron por alguna causa, dejando de percibir su ingreso pero con retorno asegurado a su trabajo en menos de 4 semanas; no tenían empleo, pero iniciarán con seguridad uno en 4 semanas o menos; trabajaron al menos una hora o un día en la semana de referencia, sin recibir pago alguno (ni monetario ni en especie) en un negocio propiedad de un familiar o no familiar. (INEGI, 2020).

Como se observa en la **gráfica 21**, la población económicamente activa ocupada total corresponde al 98.1%.

Gráfica 21 Población económicamente activa ocupada.



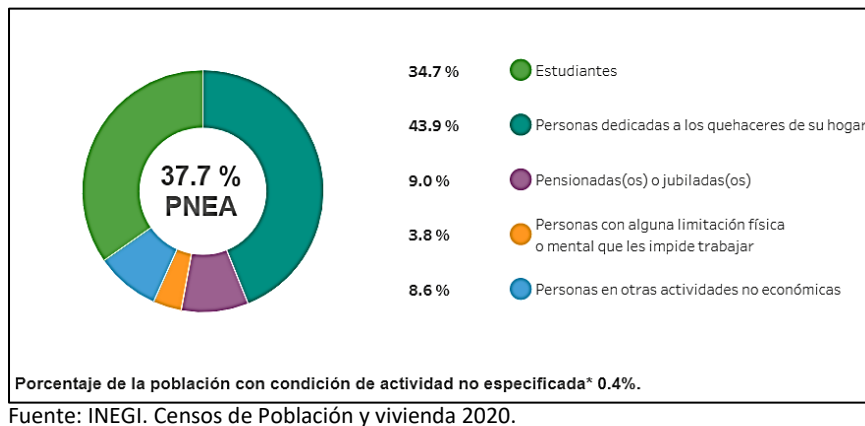
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Población No Económicamente Activa (PNEA)

Se consideran todas aquellas personas que dedican su tiempo a actividades como estudiar o quehaceres del hogar, pero sin realizar actividad alguna conducente a generar bienes y servicios para el mercado; también incluye a quienes ya han salido de la fuerza laboral, como los pensionados y jubilados e individuos que por cualquier razón (salud, invalidez, etc.) no realizan actividad de ningún tipo. (INEGI, 2002)

Los datos reportados en 2020, muestran que 37.7% de la población es no económicamente activa, de este porcentaje; como se ve en la **gráfica 22**, gran parte de la población se dedica a los quehaceres del hogar que es el 43.9%, los estudiantes representan el 34.7%, y la población que está pensionada o jubilada el 9%. (INEGI, 2020)

Gráfica 22 Población no económicamente activa



Salario mínimo

Los salarios mínimos que rigen el país se establecieron el 16 de diciembre de 2019, por el Consejo de La Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CONASAMI); a partir del 1 de enero de 2020 el salario mínimo es 123 pesos, presentando un incremento anual del 15%. En este acuerdo se establecen los salarios mínimos generales y profesionales vigentes en las dos áreas geográficas en las que para efecto de la aplicación de estos salarios se ha dividido el país (Norte y resto del país). (CONASAMI, 2020)

Doble jornada en mujeres

Caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con la manutención del bienestar y cuidado de la familia, realizado principalmente en el hogar y mayoritariamente por las mujeres sin salario alguno, posterior a una jornada laboral remunerada.

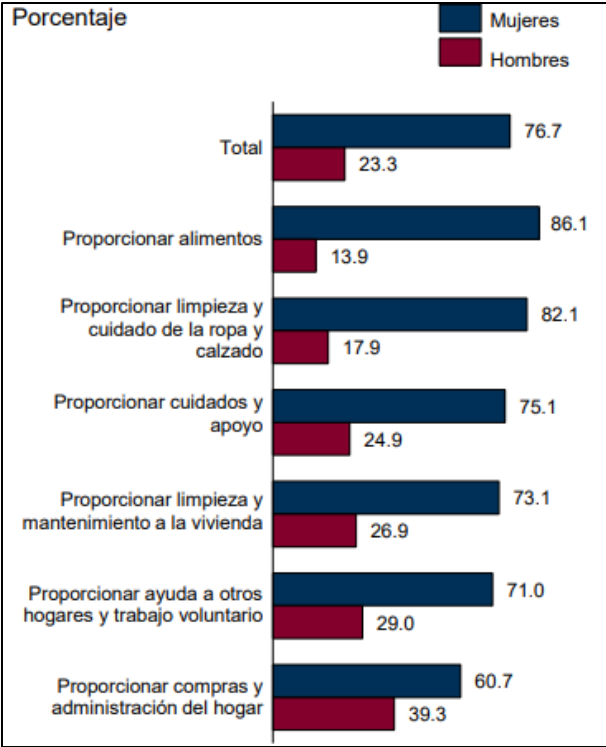
No es algo que únicamente realicen las mujeres, sin embargo, los roles y estereotipos de género han impuesto mayormente a la población femenina. Esa doble jornada indica que, además de contar con un empleo, la mujer debe llegar al hogar para cumplir con los deberes sin ningún tipo de ayuda ni remuneración.

Las mujeres, trabajan 1.2 veces más que los hombres, pero dedican 64.1% a las labores domésticas y de cuidados no remuneradas y solamente 32.8% al trabajo de mercado.

El tiempo dedicado al trabajo no remunerado de los hogares en labores domésticas y de cuidados, difiere sustancialmente entre uno y otro sexo, ya que mientras las mujeres participan con el 76.7% del total, los hombres lo hacen con el 23.3 por ciento. (INEGI, 2019)

Con estos datos, podemos ver que hay una inequidad abismal entre las actividades que realizan las mujeres en las actividades del hogar, en comparación con los hombres.

Gráfica 23 Distribución de las horas a la semana dedicadas por las mujeres y los hombres al trabajo no remunerado y de cuidados de los hogares por tipo de actividad.



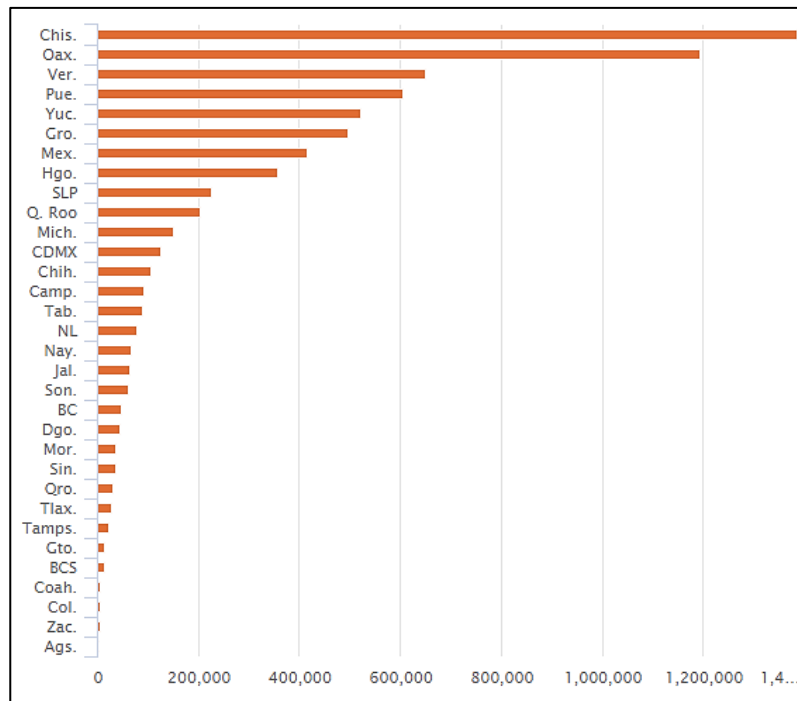
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2019.

Etnia y lengua

En México, los habitantes que se consideran indígenas son 25.7 millones que representa 21.5% de la población total del país. De este porcentaje, solo 6.14% habla alguna lengua indígena, y el 11.7% que domina una lengua materna no habla español.

Con el paso de los años, se ha registrado un decremento en la población que habla alguna lengua indígena. Como se observa en la **gráfica 24**, la lengua ha prevalecido más en estados como Chiapas y Oaxaca; a la inversa de los estados del Norte del País, donde prácticamente se ha extinguido. (INEGI, 2020).

Gráfica 24 Hablantes de lengua indígena por Estado.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Chiapas

Chiapas se encuentra situado en el sureste de la República Mexicana. Junto con los estados de Tabasco, Campeche y Quintana Roo constituye la región con la que termina el territorio nacional, iniciándose América Central (**figura 10**).

Figura 9 Localización del Estado de Chiapas en la República Mexicana.



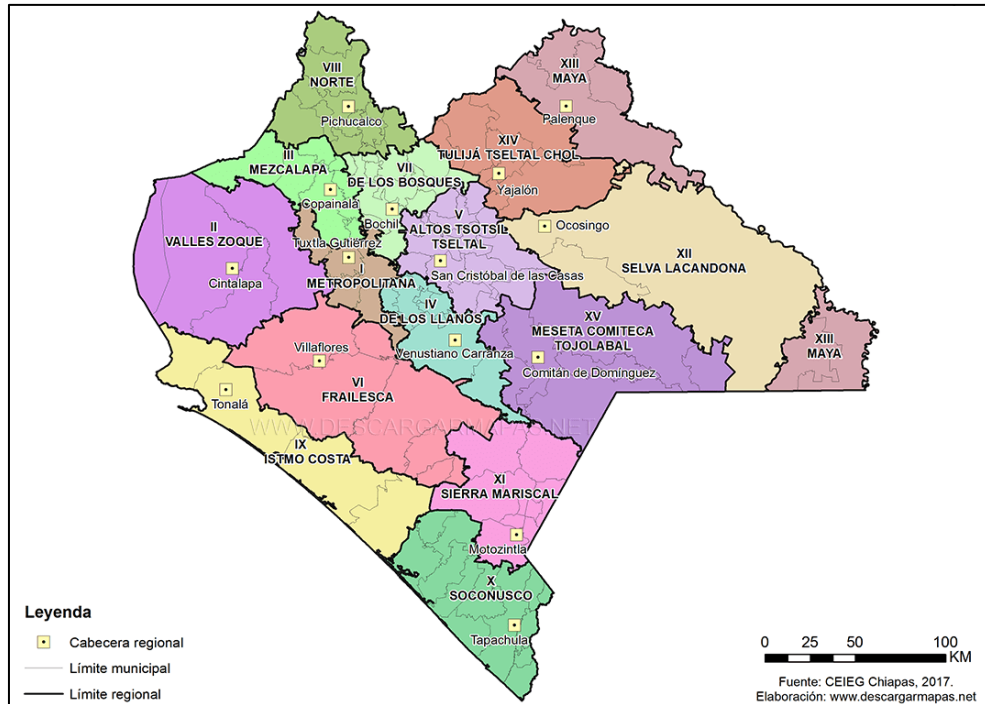
Fuente: <https://mr.travelbymexico.com/671-estado-de-chiapas/>

El Estado se sitúa dentro del área comprendida entre los paralelos 14°33' y 17°57' de latitud Norte y los meridianos 90°22' y 94°03' de longitud oeste del meridiano de Greenwich. Esto significa que, como el resto del país, Chiapas se localiza en el hemisferio Norte y en el hemisferio occidental.

La entidad cuenta con 74 415 kilómetros cuadrados (km²). Por su superficie ocupa el noveno lugar entre los Estados de la República Mexicana y el primer lugar entre los estados que constituyen la región sureste del país. Se encuentra limitado hacia el norte por el estado de Tabasco, al sur por el Océano Pacífico, al este por la República de Guatemala y al oeste por los Estados de Oaxaca y Veracruz. (SEP. Monografía Estatal, 2000).

El Estado cuenta con 124 municipios registrados hasta el año 2020; divididos en 15 regiones socioeconómicas como se ve en la **figura 11**; la capital del Estado es el municipio de Tuxtla Gutiérrez.

Figura 10 Regiones socioeconómicas de Chiapas.



Fuente: CEIEG Chiapas, 2017.

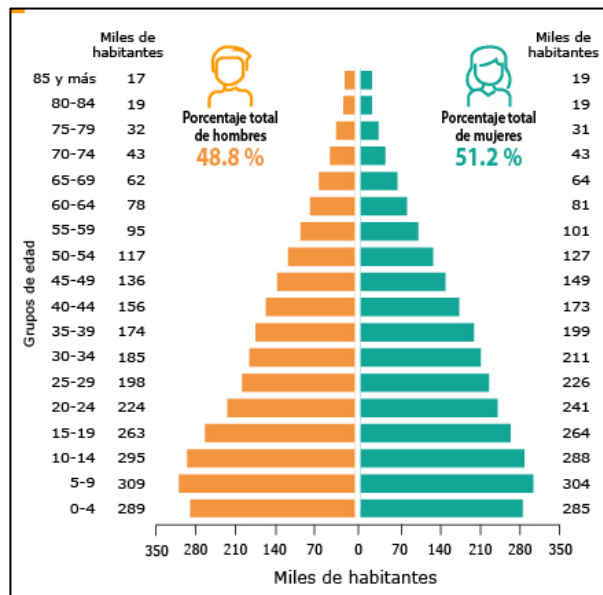
En la entidad hay reconocidos 14 pueblos indígenas de los 62 reconocidos en el país, lo que implica un porcentaje el 22.58% del total. Entre estos pueblos encontramos a los Kaqchikeles, Tekos, Tsotsiles, Jakaltekos, Mochós, Choles, Mames, Tseltales, Chujes, kanjobales, lacandones, akatecos, tojolabales y zoques. (Gobierno de México, 2021).

Población

En Chiapas, hasta el año 2020, el INEGI reportó que habían 5,543,828 habitantes, que representa el 4.4% de la población nacional. La entidad representa el octavo lugar por el número de habitantes.

Como se muestra en la **gráfica 25**, de la población estatal, 2,705,388 son hombres (48.8%) y 2,838,440 son mujeres (51.2%). Por cada 95 hombres, hay 100 mujeres. La edad media estatal es de 24 años. La tasa de crecimiento anual es de 1.5. (INEGI, 2020)

Gráfica 25 Pirámide poblacional, Chiapas 2020.

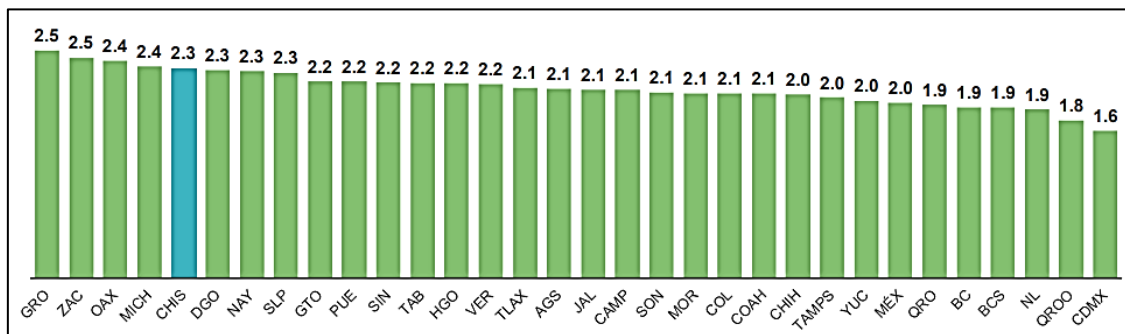


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Natalidad

La tasa de fecundidad en el estado de Chiapas registrado hasta el año 2020, es de 2.3 hijos por mujer. Ocupa el quinto lugar a nivel nacional (**gráfica 26**).

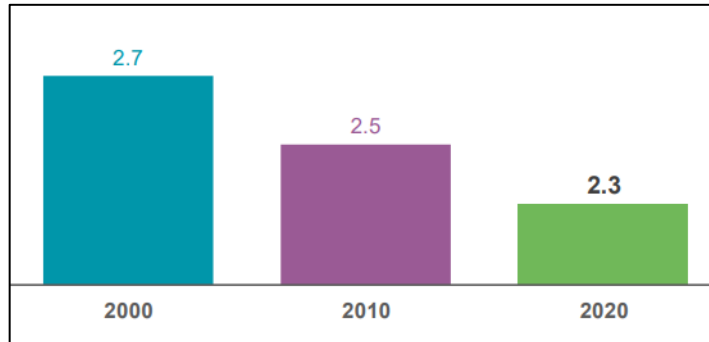
Gráfica 26 Tasa de natalidad por entidad federativa.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

En la **gráfica 27** se observa una disminución gradual de la tasa de natalidad a lo largo de 20 años. La tasa en el año 2000 era de 2.7, El promedio de hijos nacidos vivos a nivel nacional ronda en 2.1. (INEGI, 2020).

Gráfica 27 Tasa de natalidad en Chiapas 2000-2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Mortalidad

Las defunciones registradas durante el año 2020 fueron 38,619, de las cuales 22,261 fueron hombres y 16,350 fueron mujeres, equivalente a 57.6 % y 42.4%, respectivamente. Las principales causas de muertes durante el 2020, fueron:

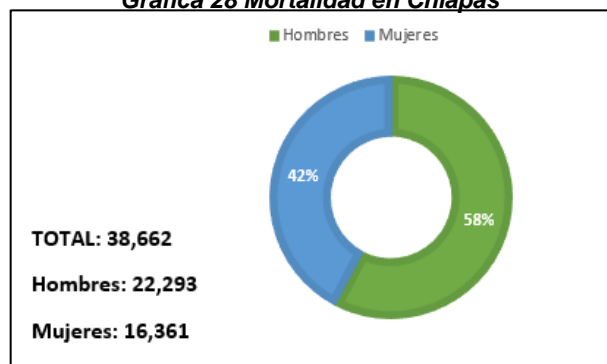
- ✓ Enfermedades del corazón
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Tumores malignos
- ✓ COVID-19
- ✓ Enfermedades del hígado.

La tercera causa de muertes en hombres fue por COVID-19. (INEGI, 2021).

Interpretando estos datos, hubo un aumento en la tasa de mortalidad respecto al 2019, donde las defunciones fueron 28,317. Este incremento fue derivado de la pandemia ocasionada por el virus SARS-COV 2, siendo una de las principales causas de muerte durante el año 2020 en el Estado de Chiapas y en todo el país.

El total de personas que falleció en el estado es de 38,662, donde 58% fueron hombres y 42% mujeres (**gráfica 28**).

Gráfica 28 Mortalidad en Chiapas



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Respecto a las defunciones a causa de tumores y neoplasias en mujeres fueron 1,912. Los tumores más frecuentes son los tumores malignos de mama que fueron 194 y los tumores malignos órganos genitales femeninos:

- Cáncer cervicouterino: 274
- Cáncer de endometrio: 20
- Cáncer de útero de sitio no especificado: 16
- Cáncer de ovario: 81
- Otros tumores malignos no especificados: 10

Se registraron 74 muertes relacionadas con la mortalidad materna. De estas defunciones, 7 fueron a causa de algún tipo de aborto, 11 por trastornos hipertensivos del embarazo, 34 por atención y complicaciones relacionadas con el parto y puerperio, 22 por otras afecciones obstétricas. (INEGI,2020)

La mortalidad materna ha disminuido en el Estado de Chiapas, pasando de ocupar los primeros 5 lugares en el año 2018 a ocupar el lugar número 11 a nivel nacional en el 2020.

Morbilidad

Las principales causas de morbilidad reportadas en el Estado de Chiapas durante el año 2020 en orden de descendencia fueron:

- ✓ Infecciones respiratorias agudas
- ✓ Infecciones intestinales
- ✓ Infección de vías urinarias
- ✓ Úlceras, gastritis, duodenitis
- ✓ Otitis media aguda

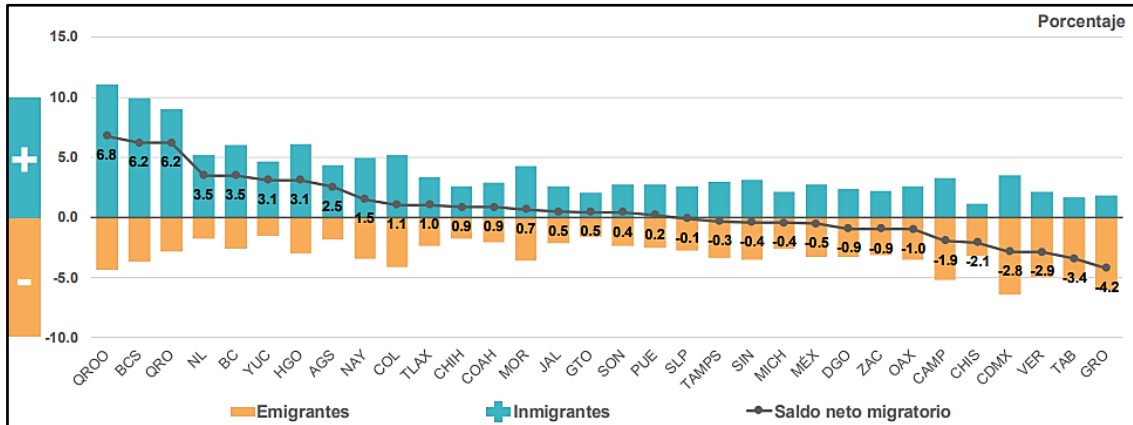
(Secretaria de Salud, 2020)

Estas enfermedades están distribuidas en forma desigual en el Estado de Chiapas, debido a las condiciones ambientales, sociales y económicas de cada región dentro de la entidad. En muchas de ellas y hablando específicamente de la región de los Altos de Chiapas, hay carencias, pobreza extrema y deficiencia en los servicios de saneamiento público.

Migración

El saldo neto migratorio (SNM) en los últimos 5 años en Chiapas se reportó en -2.1, esto se traduce en que ha llegado menos población migrante al Estado, que la población de la entidad que se ha ido a otros lugares (**gráfica 29**).

Gráfica 29 Saldo migratorio en Chiapas



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La población que migra principalmente son hombres, es frecuente que vayan en busca de trabajo a entidades colindantes, del norte e inclusive a otros países.

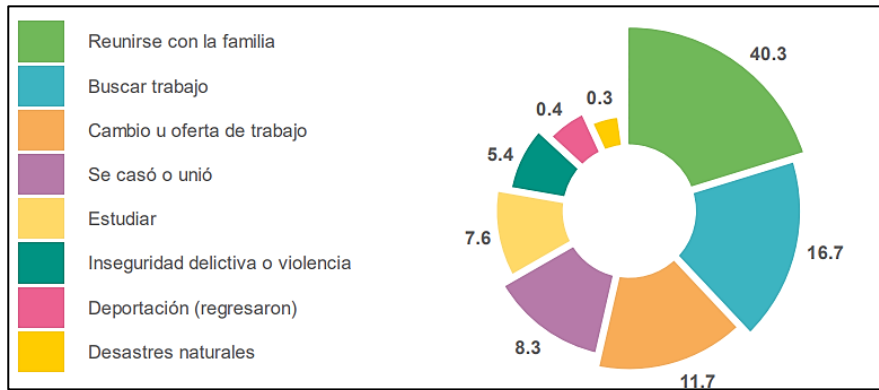
De cada 100 personas, 18 se fueron a Quintana Roo, 16 a Baja California, 8 a Nuevo León, 5 a Jalisco y 5 a Tabasco.

Como se observa en la **gráfica 30**, las principales causas de migración de la población son:

- ✓ Reunirse con la familia
- ✓ Buscar trabajo
- ✓ Cambio u oferta de trabajo
- ✓ Se casó o unió
- ✓ Estudiar

(INEGI, 2020)

Gráfica 30 Causas de la migración en Chiapas.

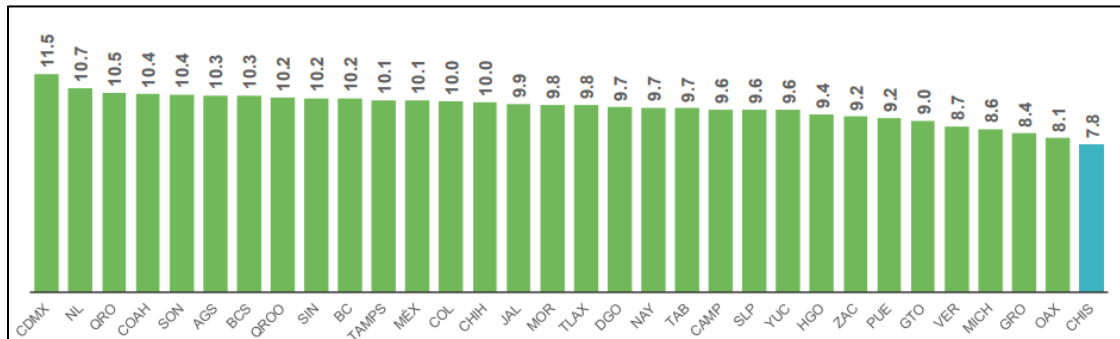


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Educación

En Chiapas, en el año 2020 se registró que el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más es de 7.8%, lo que equivale a casi segundo año de secundaria.

Gráfica 31 Promedio de años de estudio por entidad federativa 2020.

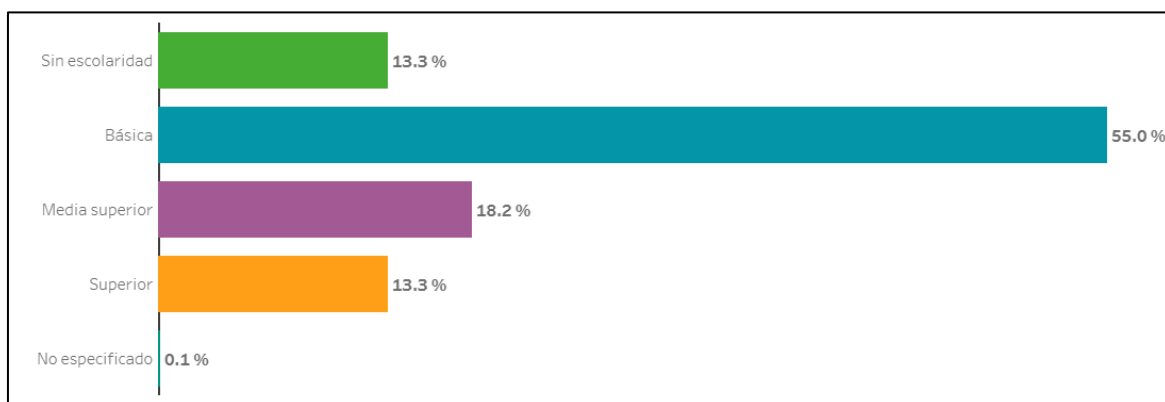


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Como se ve en la **gráfica 31**, a nivel nacional, la población de 15 años y más tiene 9.7 grados de escolaridad en promedio, esto significa que es un poco más de la secundaria concluida.

Podemos observar en la **gráfica 32** que, de cada 100 personas en la entidad, 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.

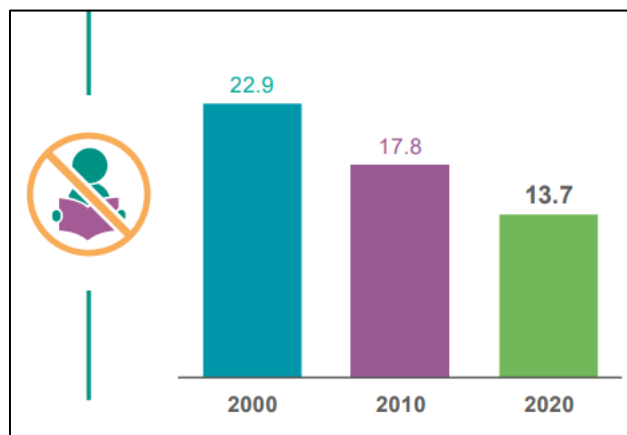
Gráfica 32 Población según nivel de escolaridad de 15 años y más.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

El analfabetismo es una variable importante para evaluar el rezago educativo en la entidad. La población de 15 años y más presenta una tasa de analfabetismo de 13.7, esto se traduce a que 14 de cada 100 habitantes no sabe leer ni escribir. Ha habido una disminución en comparación con el año 2010, sin embargo, la brecha que existe aún es muy amplia, debido a que es el Estado con mayor tasa de analfabetismo (**gráfica 33**).

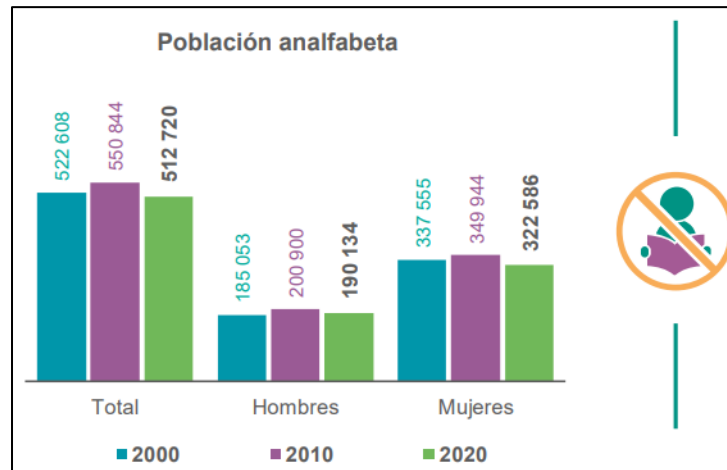
Gráfica 33 Tasa de analfabetismo en Chiapas.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La población total analfabeta es de 512, 270 registrados hasta el año 2020, de esta cifra, 190, 134 son hombres y 322 586 son mujeres, equivalente a 37.1% y 62.9%, respectivamente (**gráfica 34**). Este porcentaje nos indica que la tasa de analfabetismo por sexo, sigue siendo mayor en la población femenina. (INEGI, 2020).

Gráfica 34 Población analfabeta por sexo en Chiapas.



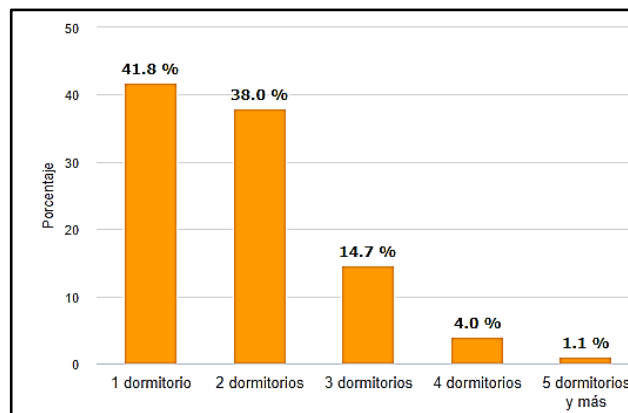
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Vivienda

En Chiapas, hasta el año 2020, el INEGI registró 1,351,023 viviendas particulares habitadas, que representa el 3.8% a nivel nacional. En el país son 35,219,141. El promedio de habitantes es de 4.1 personas por vivienda.

Chiapas ocupa el octavo lugar a nivel nacional por su número de viviendas particulares habitadas. En la gráfica 35 se muestra que 41.8% de estas viviendas cuentan con un solo dormitorio, 38% cuentan con 2 dormitorios, y solo 20.2% cuentan con 3 o más dormitorios dentro de la vivienda. (INEGI, 2020)

Gráfica 35 Viviendas particulares habitadas por número de dormitorios 2020.

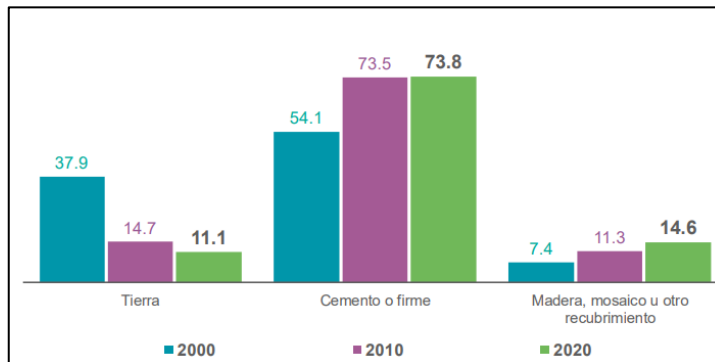


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Hasta el año 2020, 11 de cada 100 hogares tienen piso de tierra, 73.5 tienen piso de cemento o firme y 14.6 tienen material de madera, mosaico u otro tipo de recubrimiento. En la **gráfica 36**, podemos observar que la cantidad de viviendas con piso de tierra ha disminuido comparado con el año 2010 donde eran 15 por cada 100 hogares. Sin embargo, comparado con el promedio nacional (3.5 de cada 100)

aún es un número muy elevado, ubicando a Chiapas en el tercer lugar con viviendas de este material.

Gráfica 36 Tipo de piso en viviendas de Chiapas 2010-2020.



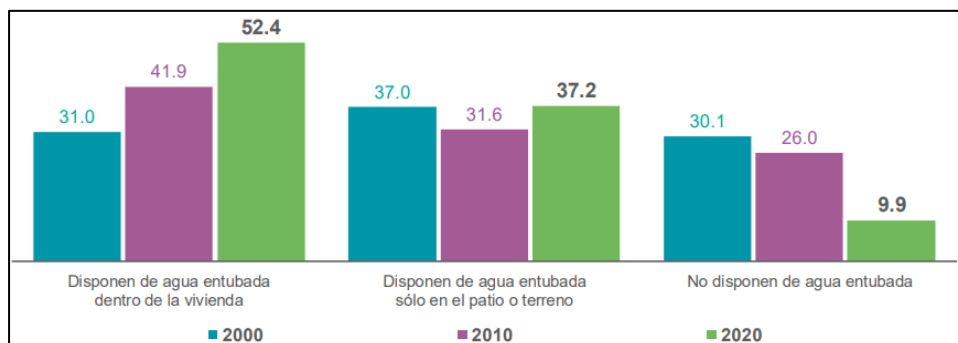
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

También es importante mencionar que ha habido un aumento de las viviendas que cuentan con piso de cemento o firme; y con material de madera o mosaico.

Respecto a los servicios básicos, en el 2020, el porcentaje de viviendas que cuenta con electricidad en la entidad es de 99.7%, 1% más que en el año 2015, donde el porcentaje era de 98.7%. Una notable mejoría al tratarse de un servicio universal en el país. (INEGI, 2020)

El agua entubada dentro de la vivienda ha aumentado considerablemente comparado con las cifras reportadas en el 2010. En el 2020, 52.4 de cada 100 hogares tienen agua dentro su vivienda, 37.2 la tienen disponible en el patio o terreno y 9.9 no disponen de agua (**gráfica 37**).

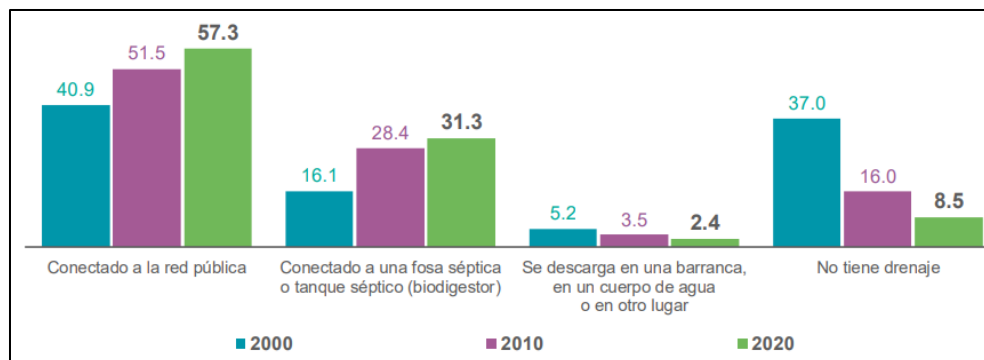
Gráfica 37 Disponibilidad de agua entubada en viviendas de Chiapas 2000-2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

El manejo del drenaje ha mejorado respecto al decenio anterior, 57.3 hogares de cada 100 están conectados a la red pública, 31.3 tienen conexión a una fosa séptica, 2.4 usan una barranca o un cuerpo de agua, y 8.5 no tiene acceso a drenaje (**gráfica 38**).

Gráfica 38 Disponibilidad del servicio de drenaje en viviendas de Chiapas 2000-2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

En el estado de Chiapas se generan en promedio 5,188 toneladas diarias de residuos, de las cuales 3,891 son residuos sólidos urbanos y 1,297 corresponden a residuos de manejo especial; lo que nos coloca en el 10º lugar en generación de residuos a nivel nacional. El manejo de la basura en Chiapas se complica por la orografía, la dispersión poblacional y la alta marginación.

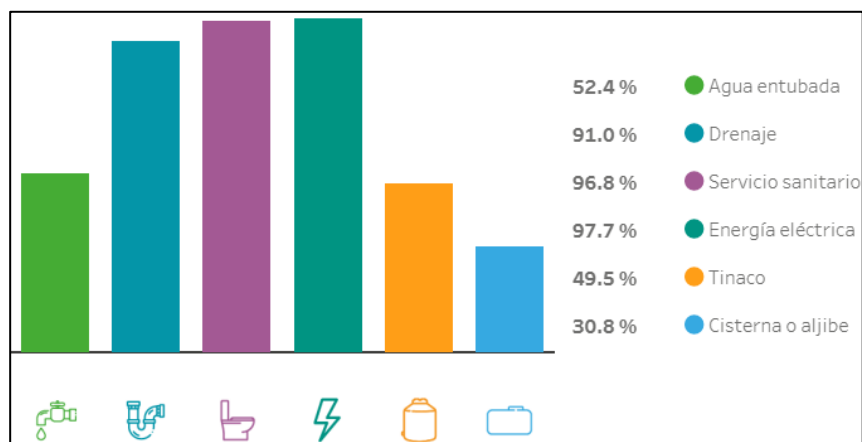
De la composición de los residuos sólidos urbanos que se genera en Chiapas, el 50% son residuos orgánicos representados por grupos alimenticios y de jardinería, el 11 % son plásticos y PET, el 8% es papel y cartón, el 4 % es vidrio, el 3 % es metal (ferroso y no ferroso) y el restante 24 % lo constituyen otros materiales como son pañales, textil, uncel, fibras, etc., en este sentido, la problemática radica en que el número de municipios que realizan separación y reciclado es mínimo, por lo tanto su recuperación es menor del 10% de los materiales reciclables; la mayor recuperación se realiza a través de la segregación informal, lo que genera un mayor volumen de residuos sin tratamiento en los sitios de disposición final. (SEMAHN, 2018)

El principal medio recolector de basura en la entidad es un camión o carrito presente en la mayoría de los municipios. En Chiapas, 33% de la población aún queman la basura, esto es un dato importante por las repercusiones en el medio ambiente. (INEGI, 2020)

El total de viviendas en el estado de Chiapas es de 1,351,023, que corresponde al 3.8% a nivel nacional, las personas que viven por hogar son aproximadamente 4.1 personas.

El acceso a los servicios básicos aún es insuficiente, el servicio que está presente en mayor porcentaje es la electricidad con un porcentaje de 97.7%, solo 52.4% de la población tiene agua entubada, esto repercute en las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en los habitantes (**gráfica 39**).

Gráfica 39 Disponibilidad de servicios básicos de viviendas en Chiapas.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

El acceso a vivienda digna en algunas regiones del estado, sobre todo en las comunidades más marginadas aún es una utopía, 22.6% de cada 100 viviendas en la entidad tienen muros de materiales precarios, 69.6% de los techos están contruidos con material diferente al concreto, 11.1% tienen piso de tierra. (INEGI, 2018)

Estos datos nos hablan de la precariedad que existe en la entidad, esto repercute en la Salud, el desarrollo y el bienestar de los habitantes, que disminuye la calidad de vida.

Alimentación

La pobreza es un factor importante que influye en la salud de la población, en 2018 había en la población de Chiapas un 76.4% de pobreza; y una carencia de acceso a los alimentos del 22.3% (CONEVAL, 2018)

Además, es importante mencionar que la dieta en Los Altos de Chiapas se basa en alimentos de alto contenido calórico y se consumen en promedio 821 L de refresco al año por persona, lo cual lleva a un estado de malnutrición en la población.

Esto se relaciona con los resultados del ENSANUT 2012, que reportaron una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 70.9% en hombres y 60.6% en mujeres en la entidad. (Marti Gonzalez, 2020)

El proceso de alimentación, que incluye el acceso, la distribución, la preparación y el consumo, se ha transformado drásticamente ante la disminución de la producción de alimentos para el autoconsumo, el bajo ingreso económico y el abandono de ciertas prácticas como la preparación de tortillas hechas a mano y el cultivo de quelites, entre otros alimentos, además de la penetración de alimentos industrializados con altos contenidos de grasas y carbohidratos.

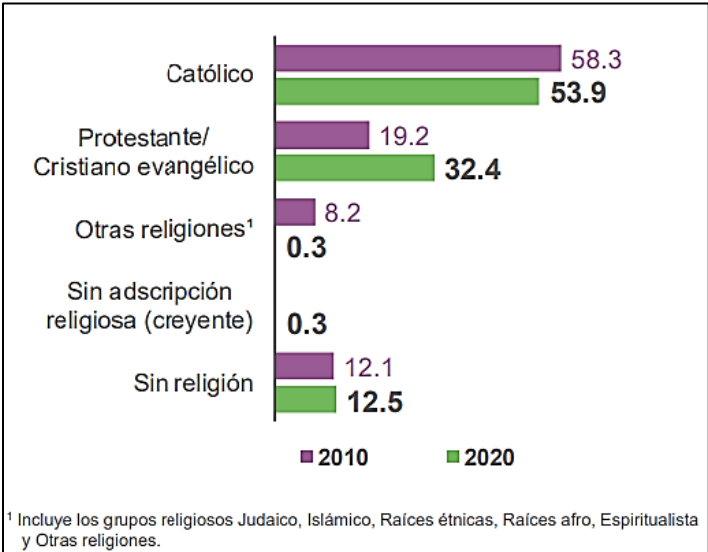
Asimismo, los apoyos gubernamentales que promueven el uso desmedido de fertilizantes han ocasionado el deterioro del suelo y con ello la crisis del cultivo tradicional, de tal modo que los pobladores han abandonado sus tierras y adoptado la compra del maíz y frijol, que antes producían, así como el consumo de tortillas de Maseca y alimentos enlatados para complementar su dieta. (ECOSUR, 2018)

Podemos reflexionar que actualmente existe una pérdida de cultura alimentaria y una baja educación sobre una alimentación nutritiva y natural, sustituyendo cultivos nativos tradicionales por productos industrializados. Este cambio se ha dado en las últimas décadas trayendo cambios desfavorables a la población, incrementando la aparición de enfermedades crónico degenerativas y cardiovasculares.

Religión

En el 2020 se registró que el 53.9% de la población son creyentes de la religión católica, equivalente a 2,985,644 habitantes, este porcentaje es menor que el registrado en el 2010 (**gráfica 40**). El 32.4% de la población chiapaneca es protestante o cristiano evangélico. El resto está distribuido entre otras religiones, ateos y las personas que no pertenecen a ninguna religión. (INEGI, 2020)

Gráfica 40 Tipos de religiones en Chiapas.



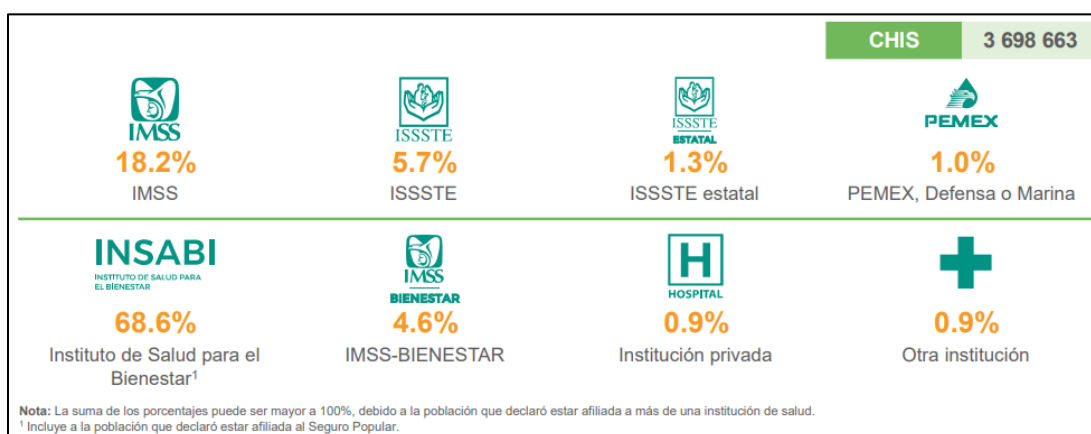
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Salud

De acuerdo al INEGI 2020 solo 3,698,663 habitantes cuentan con afiliación a algún servicio de salud, equivalente a 66.71% de la población total del estado de Chiapas.

Como se ve en la **figura 12**, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) tiene el mayor porcentaje de afiliación (68,6%), seguido del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 18.2%. El tercer lo ocupa el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de la Educación (5.7%).

Figura 11 Afiliación a los diferentes servicios de salud en Chiapas.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Población económicamente activa (PEA)

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 2,131,275 personas, es decir 54.86% en relación a la población en edad de trabajar. (INEGI, 2020)

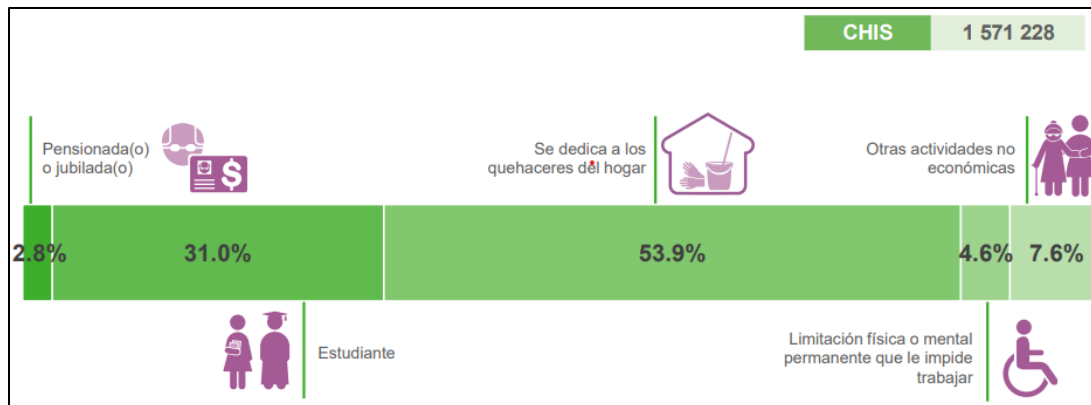
Población económicamente activa ocupada (PEAO)

La Población Económicamente Activa Ocupada (PEAO), es decir, aquella que tiene un empleo, ya sea remunerado o no, fue de 2'454,225 personas, que equivale a 98.1% de la PEA. 61.8% corresponde a los hombres y 38.2% a las mujeres. Estos porcentajes representan la inequidad entre hombre y mujer en el área laboral. (INEGI, 2020).

Población no económicamente activa (PNEA)

La población no económicamente activa son aproximadamente 1,571,228 (ver **figura 13**) habitantes equivalentes a 28.34% de la población total de Chiapas. Este sector se divide entre las personas que se dedican al hogar, estudiantes, pensionados o jubilados, personas con alguna lesión física o mental permanente que les impida trabajar. (INEGI, 2020)

Figura 12 Población no económicamente activa en Chiapas.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Salario mínimo

El salario mínimo en el estado de Chiapas fue de 123.00 pesos aproximadamente. En realidad, la cifra varía de acuerdo al oficio que se realice, sin embargo, en los Altos de Chiapas, el salario mínimo en muchas ocasiones es mucho menor que el estipulado, generando desabasto en los principales insumos para la vida diaria de las personas de la región. (CONASAMI, 2020).

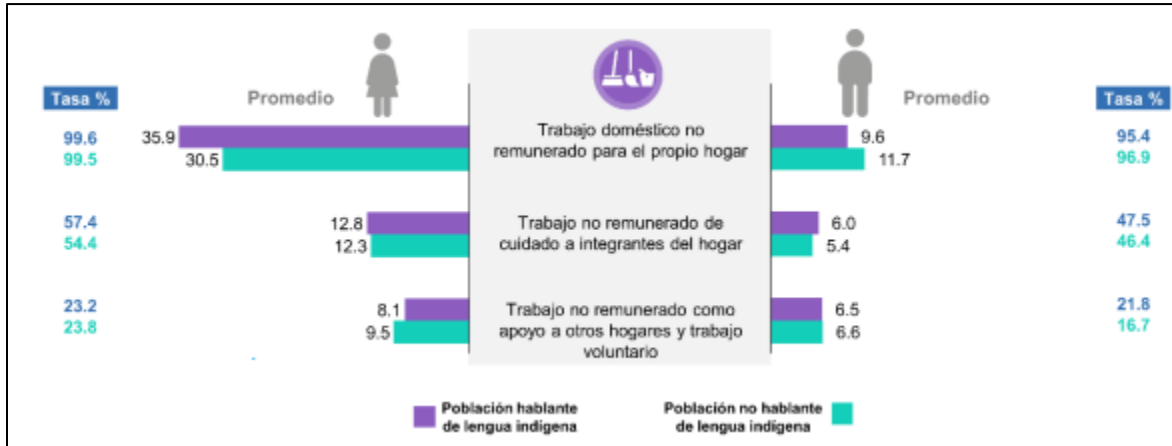
Doble jornada en mujeres

Destaca de inicio que entre las mujeres hablantes y no hablantes de lengua indígena, hay diferencias, siendo más alto el tiempo promedio dedicado al trabajo doméstico para el propio hogar en las mujeres que son hablantes de alguna lengua indígena; asimismo sobresale en este mismo aspecto, que los hombres hablantes de lengua indígena dedican menos tiempo al trabajo doméstico para el propio hogar en relación con los hombres que no son hablantes de lengua indígena, lo que se traduce en una brecha de género aún más amplia en el tiempo promedio de trabajo doméstico no remunerado para las mujeres que son hablantes de lengua indígena. (INEGI, 2020)

Es importante mencionar que las mujeres hablantes de lengua indígena son las que se ocupan de sus hijos pequeños de tiempo completo, y los trasladan a todas las

actividades que tienen que realizar a lo largo del día, siendo en muchas ocasiones, no solo un pequeño, sino dos o tres (**gráfica 41**).

Gráfica 41 Doble jornada laboran en mujeres, Chiapas.

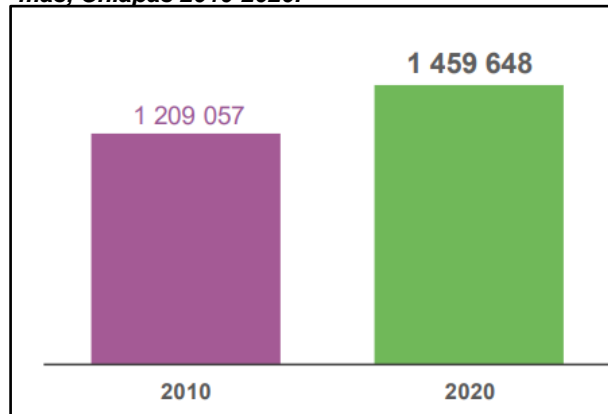


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Etnia y lengua

En Chiapas, 1,459,648 habitantes a partir de los 3 años de edad hablan una lengua indígena, que representa el 28% de la población total del Estado. Esto representa un mayor porcentaje respecto al año 2010, como se ve en la **gráfica 42**.

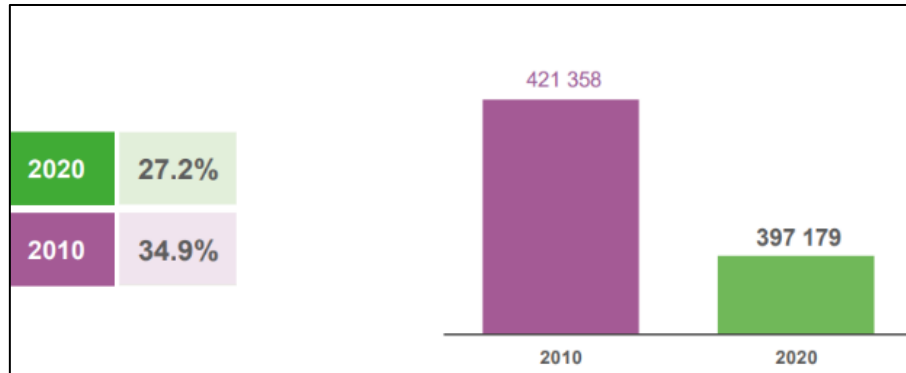
Gráfica 42 Hablantes de lengua indígena de 3 años y más, Chiapas 2010-2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La población hablante de una lengua indígena que no habla español corresponde al 27.2%, que representa 397,179 habitantes. De cada 100 personas, 12 no hablan español. Se observa una disminución respecto al año 2010, donde el 34,9% de la población no hablaba español. Hay una mayor integración al idioma por la necesidad de comunicarse con otras personas que no dominan la lengua indígena (**gráfica 43**).

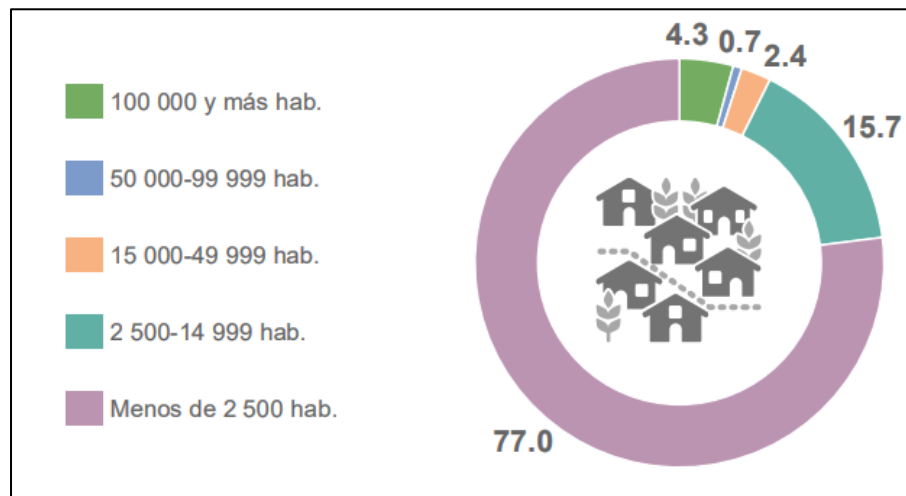
Gráfica 43 Población de 3 años y más hablante de lengua indígena que no habla español.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La distribución de hablantes de la lengua indígena es mayor en poblaciones pequeñas, 77% corresponde a localidades menores a 2,500 habitantes. Entre más grande sea la población, menor será el porcentaje de hablantes de lengua indígena (**gráfica 44**).

Gráfica 44 Distribución de hablantes de lengua indígena por tamaño de población.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

En áreas donde se concentran mayor cantidad de personas, disminuye el porcentaje de las personas hablantes de lengua indígena, debido a la urbanización y a la migración, siendo esta del interior y exterior del país.

Las principales lenguas habladas en Chiapas son tzeltal (38%), tzotzil (36%), chol (14%) y tojolabal (4%).

Región de los Altos de Chiapas

La región Altos de Chiapas se localiza en el altiplano central del estado. Por el norte limita con las regiones Norte y Selva, por el occidente y sur es vecina de la región Centro, por el este con las regiones Fronteriza y Selva. Su topografía es montañosa con gran cantidad de pequeños valles.

Los cerros Tzontehuitz y Huitepec son las elevaciones mayores del altiplano, con alturas de 2,910 y 2,630 metros sobre el nivel del mar respectivamente. Aunque hay algunas rocas volcánicas, predominan las calizas, que dan origen a cuevas, grutas y colinas.

El clima de la región es templado subhúmedo con lluvias en otoño y verano y heladas durante la temporada invernal. La vegetación es de bosque de pinos y encinos, predominando uno sobre el otro de acuerdo a la altitud. (CESMECA, 2012)

La Región V Altos Tsotsil Tseltal se caracteriza por tener una diversidad cultural resultado del devenir histórico, que corresponde a una población en su gran mayoría indígena rural.

Como se ve en la **figura 14**, la región está conformada por 17 municipios: Aldama, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larrainzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de las Casas, San Juan Cancuc, Santiago El Pinar, Tenejapa, Teopisca y Zinacantán.

Figura 13 Región Los Altos de Chiapas.



Fuente: INAI

La región cuenta con dos grupos étnicos sobresalientes: Tzotzil y Tzeltal, quienes forman parte de la antigua cultura Maya y que en la actualidad siguen conservando

sus costumbres y tradiciones, mismas que dan sustento a su cultura e identidad. (Desarrollo Regional, 2012)

La región tiene una población de 755,821 habitantes, equivalente a 13% de la población total del Estado de Chiapas. La población se divide en 17 municipios que a la vez se dividen en 1,474 localidades.

Esta región representa un área territorial de 4,054.7 km², representa el 5.5% de la superficie estatal. (INEGI, 2020)

Migración

En la región V, 15.3% de la población, equivalente a 115,649 habitantes migran a otros lugares por diversas circunstancias, la principal es familiar (44.20%), seguido de la búsqueda de trabajo (24.12%) y la necesidad de estudiar en otros lugares diferentes a los de origen (24.95%). (INEGI, 2020)

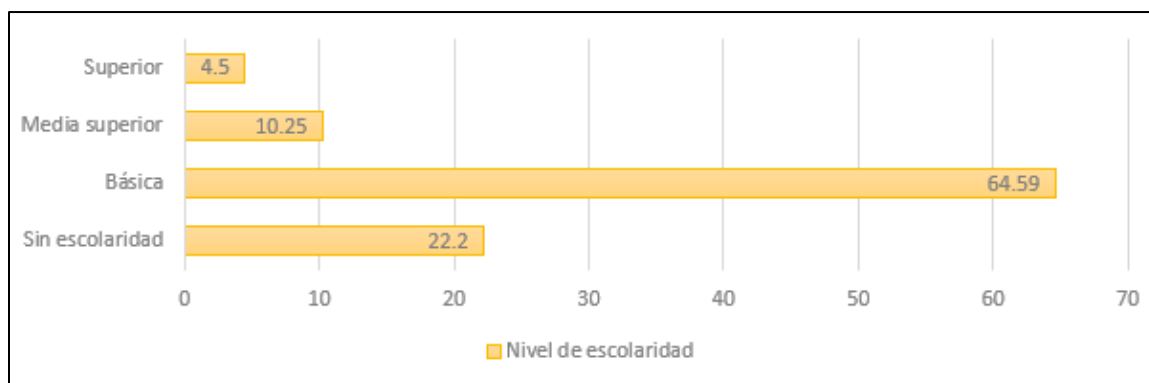
Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la dispersión “se relaciona estrechamente con el estancamiento productivo, la pobreza extrema, la marginación y el rezago sociodemográfico. La falta de oportunidades de desarrollo para la población rural origina que importantes flujos de personas migren de sus lugares de origen a las ciudades del país o a los Estados Unidos en la búsqueda de empleo y mejores condiciones de vida”.

Educación

La situación escolar en esta región muestra que 92.62% de la población de 15 a 24 años sabe leer, y solo 65.4% de personas mayores de 25 años pueden hacerlo.

En la **gráfica 45** se puede observar que de cada 100 personas en la región, 22.2 no tienen escolaridad, 64.59 cuentan con educación básica, 10.25 finalizaron la educación media superior y solo 4.5 concluyeron una licenciatura. (INEGI, 2020)

Gráfica 45 Nivel de escolaridad.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Hay un rezago educativo importante donde influye la situación económica. Muchas familias al no contar con un sustento de recursos se encuentran imposibilitados para continuar con la educación de los hijos. Esto ocasiona que los niños ingresen a edad temprana al mercado laboral o a las actividades de campo para ayudar a sus familias.

Vivienda

En la región tzotzil-tzeltal, se hizo un registro de 161,749 viviendas particulares habitadas, que representa el 12% a nivel estatal. El promedio de personas que habitan cada vivienda es de 5 habitantes, de las cuales 2 personas ocupan un dormitorio para dormir.

En el año 2020, se reportó que 22 de cada 100 hogares tienen piso de tierra en la región de los altos, que representa el doble en comparación con la estadística estatal donde 11 de cada 100 casas tienen este material.

Hablando de los servicios básicos en la región de los altos, en el 2020 se registró que las viviendas que cuentan con electricidad equivalen a 96.87%, es decir, 96 de cada 100 viviendas tienen acceso a este servicio. Este resultado es menor que la media estatal, donde 99 de cada 100 viviendas cuentan con el servicio.

Respecto al agua entubada, 19.8% tienen acceso a ella, es decir, 19 de cada 100 hogares. Este porcentaje es muy bajo respecto a la media estatal, donde 52 de cada 100 casas tienen este servicio.

El servicio sanitario en los hogares está disponible en 83.3%, es decir, 83 de cada 100 casas cuentan con uno, este servicio se encuentra conectado a la red pública (71.52%) o a una fosa séptica (11.78%). La población que no tiene acceso representa el 16.7%.

La definición que tenemos por vivienda digna no se cumple en muchos aspectos, y es aún más común en las comunidades alejadas de los municipios. Las localidades donde sanando heridas brinda atención tienen condiciones de precariedad, donde muchas de los hogares son de piso de tierra, no tienen acceso a agua entubada ni a drenaje.

Esto conlleva a que muchas infecciones se den con frecuencia y en un ciclo continuo, repercutiendo en el desarrollo de los niños y la Salud de los habitantes.

Alimentación

El factor fundamental que explica los niveles observados de pobreza y carencia alimentarias en Chiapas es la falta de ingresos suficientes para adquirir una canasta básica. La escasez de dinero en grandes estratos de la población de la entidad es explicable por la presencia de importantes desigualdades económicas.

En la región, durante el 2015, 40% de la población tuvo carencias de los ingresos necesarios para adquirir la canasta básica, 25% padeció de carencia alimentaria. (Nuñez & Velazquez Castillejos, 2019).

La alimentación se basa principalmente en el consumo de maíz, frijol, tortilla; se consumen verduras o frutas de temporada que se dan en los campos de las comunidades, algunas veces se consume huevo y carne de pollo, estos son criados en los hogares. Algo muy importante de mencionar, es el alto consumo en refrescos, principalmente la Coca-Cola, suele ser una bebida considerada como alimento por su alto contenido calórico.

Es posible concluir que la carencia alimentaria es un fenómeno que se expresa de manera territorial, donde algunas de las causas del hambre pueden atribuirse a la falta de mecanismos de distribución que permitan llevar comida de forma suficiente y oportuna, en especial a localidades con altos niveles de marginación, a la incapacidad económica de la población para adquirir los alimentos necesarios o a una producción local insuficiente.

Religión

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020, colocó a Chiapas como el estado con mayor diversidad ideológica del país, además, mantiene el menor porcentaje de población que se asume católica.

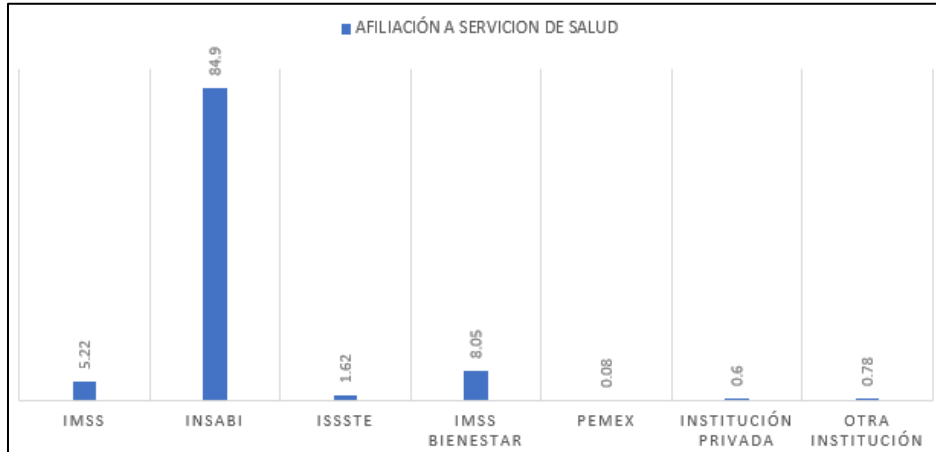
La diversidad ideológica en Chiapas se puede notar por la multiplicidad de religiones, pero es en la región Altos, es donde se puede apreciar con mayor precisión, ahí se pueden encontrar mezquitas, templos judíos, casas de oración y muchas más. (INEGI, 2020)

Servicios de Salud

En los Altos, solo 80.7% de la población tiene afiliación a algún servicio de Salud, que equivale a 604,656 habitantes. Como se observa en la **gráfica 46**, la afiliación de la población se distribuye de la siguiente manera:

- ✓ IMSS: 5.22%
- ✓ INSABI: 84.9%
- ✓ ISSSTE: 1.62%
- ✓ IMSS Bienestar: 8.05%
- ✓ PEMEX: 0.08%
- ✓ Institución privada: 0.6%
- ✓ Otra institución: 0.78%

Gráfica 46 Afiliación a servicio de salud, Región de los Altos.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La mayor parte de la población está afiliada al servicio de INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar), seguido del IMSS Bienestar. (INEGI, 2020)

San Cristóbal de la Casas tiene 5 hospitales; uno perteneciente al ISSSTE, otro al ISSTECH, 2 hospitales del IMSS Bienestar, 1 del INSABI. Larráinzar tiene 1 hospital del INSABI. En total, la región cuenta con 6 unidades médicas de hospitalización. (Gobierno de Chiapas, 2020)

La región cuenta con 85 Unidades IMSS Bienestar lo que permite dar servicio a la demanda ciudadana. Sin embargo, estos servicios se encuentran en San Cristóbal de las Casas, principal municipio de la Región lo que trae consigo desplazamiento desde las localidades de origen; por esto las comunidades alejadas tienen acceso prácticamente nulo a los servicios de Salud. (Gobierno de Chiapas, 2020)

Indicadores económicos

En esta región, la mayoría de la población realiza sus actividades productivas en el sector agropecuario, por lo que existen 69,408 unidades de producción, con una superficie de 154,496 hectáreas, de la cual 76.36% está destinada a la agricultura, 19.41% a la ganadería, 3.59% tiene bosque, y 0.64% es superficie desprovista de vegetación.

De la superficie total, 45.49% son comunales, 33.22% son ejidales, 21.04% con propiedades privadas y 0.25% son públicas. En función de los derechos, 97.92% son tierra propia, 1.71% es rentada y 0.37% es prestada.

De las 117,224 hectáreas destinadas a la agricultura, 98.06% son de temporal y 1.94% de riego. Lo que se cosecha principalmente es el maíz, café, frijol, productos frutales y hortalizas.

La producción de carne se distribuye en ganado bovino que abarca el 42.62%, porcino 26.08%, aves y resto de ovinos 25.74%. En lo que respecta a subproductos el más importante es la leche, con una producción regional de 1,100,000 litros al año.

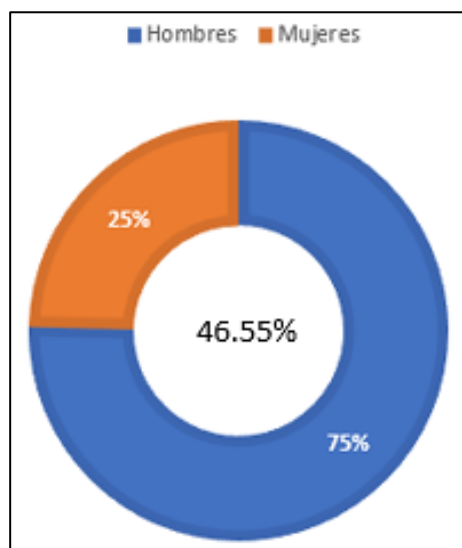
También hay un sector que se encarga de la industria de madera, este se distribuye en Teopisca, San Cristóbal, Oxchuc y Pantelhó. El municipio que se encarga principalmente de la producción de flores es el municipio de Zinacantán.

En lo que respecta al turismo, se tiene registro de una afluencia de 741,554 personas de las cuales, 93.3% es turismo nacional y 7.7% internacional. (Gobierno de Chiapas, 2018).

Población económicamente activa (PEA)

La población que desempeña una ocupación, o la buscan activamente, fue de 46.55%, equivalente a 351,834 habitantes de la región, donde 24.62% son mujeres y 75.37% son hombres como se observa en la **gráfica 47**. (INEGI, 2020)

Gráfica 47 Población Económicamente Activa.



Fuente: INEGI 2020.

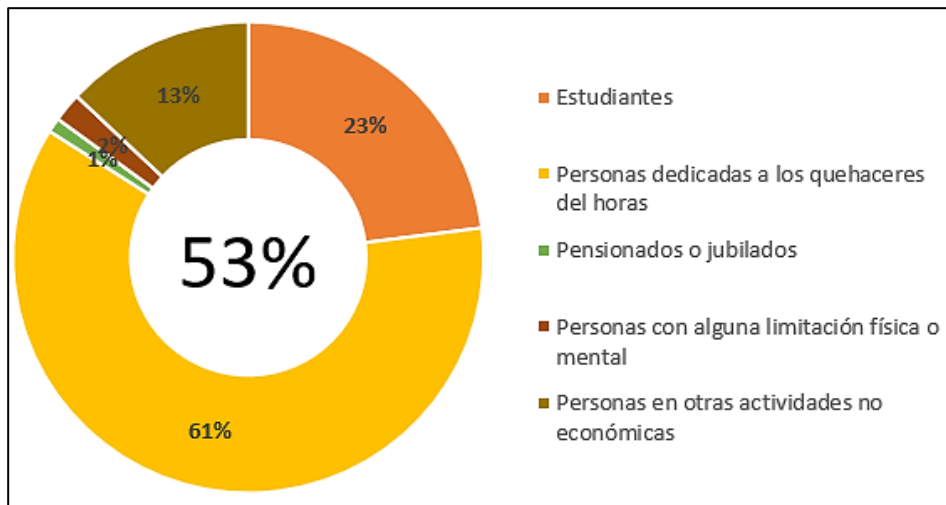
Población económicamente activa ocupada (PEAO)

En la región, se encuentran cerca de 351,834 habitantes dentro de la PEA, de los cuales 324,242 se encuentran dentro de la PEAO, 94,51% son mujeres y 96.34% son hombres. (INEGI, 2020)

Población no económicamente activa (PNEA)

La población perteneciente a este grupo son el 53% de la región, equivalente a 400,585 habitantes. Este sector se divide de la siguiente manera: Los estudiantes representan el 23%, las personas dedicadas al hogar el 60.88%, pensionados y/o jubilados 0.64%, las personas con limitación física o mental que les impide realizar actividades el 2.5% y la personas que se dedican a otras actividades no económicas representan el 12.7%.

Gráfica 48 Población No Económicamente Activa.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Indicadores políticos

En comunidades indígenas de los Altos de Chiapas, se siguen practicando formas propias de autogobierno y rigiéndose por sus sistemas normativos, que han evolucionado desde los tiempos precoloniales, conocidos como "usos y costumbres".

La clave de la persistencia de estos sistemas normativos en las comunidades indígenas no radica en su marginación ni en una falta de interés por parte del gobierno. Existe una decisión consciente por parte de los pueblos indígenas de conservar sus propias normas de crear y defender su identidad. (Carlsen, 2016)

En las localidades donde Sanando Heridas da cobertura de Salud, tienen una organización comunal, donde existen diferentes cargos, estos se asignan por medio de votos en asambleas. Los cargos asignados son con la finalidad de prestar atención a todas las necesidades de la comunidad en las diferentes áreas.

Cada comunidad tiene la integración de un comité, donde el agente municipal representa al alcalde, hay un tesorero, vocales, secretarios que se encargan de diversas áreas según las necesidades de la población, tales como educación, Salud, cultura, deportes, entre otros.

Cabe destacar, que todas las comunidades son diferentes, hay un reglamento interno donde se establecen cláusulas, ellos deciden las reglas y sanciones implicadas para la comunidad. Al ser así, cada comité tiene un tiempo de duración diferente, dependiendo de la organización de la población.

A pesar de no seguir el sistema normativo del gobierno, las comunidades se encargan de gestionar apoyos de gobierno para el bienestar y crecimiento de su población; en caso de requerirlo el comité y la comunidad puede decidir hacer uso de los sistemas de gobierno, es decir, trámites institucionales, de Salud y de otras índoles.

Partidos políticos

Las comunidades de los Altos de Chiapas tienen su propia forma de gobierno regido por los “usos y costumbres” como ya se mencionó antes, al ser así, ellos hacen las elecciones de sus representantes y esto ha sido así desde tiempos ancestrales.

Muchas de las comunidades se ubican en lugares marginados, algunas a varias horas de las cabeceras municipales, donde los diversos partidos políticos federales no prestan atención, habiendo incluso discriminación e indiferencia; lo que ha ocasionado que la población no crea ni confíe en ningún partido político. Por este motivo prácticamente no hay afiliación a los partidos.

Etnia y lengua

En la región de los Altos, 88.76% de la población habla una lengua indígena, es decir, 88 de cada 100, esto es equivalente a 680,766 habitantes de la población total. El 42% de esta población no habla español, lo que significa que 42 de cada 100 solo hablan su lengua materna. (INEGI, 2020)

La lengua predominante en la región es tzotzil (62.22%), la segunda lengua más hablada es tzeltal (62.44%). En las comunidades donde Sanando Heridas brinda atención la gran mayoría de sus habitantes domina la lengua tzotzil.

Costumbres y tradiciones de los Tsotsiles

Los tsotsiles son una etnia indígena mexicana que se hacen llamar “batsil winik’otik” y significa “hombres verdaderos”. El vocablo tzotzil deriva de sots’il winik, que significa “hombre murciélago”, Dios de los antepasados zinacantecos.

El tradicional territorio tsotsil se encuentra al noroeste y suroeste de la ciudad de San Cristóbal. El tsotsil se habla en las comunidades de El Bosque, Chalchihuitán, Chamula, Chenalhó, Huixtán, Mitontic, Zinacantán, Larráinzar, Pantelhó, Huitiupán, Simojovel de Allende, Totolapa, Jitotol, Pueblo Nuevo Solistahuacán, Bochil, Ixhuatán, Soyaló, Venustiano Carranza, Ixtapa, Teopisca y San Cristóbal de Las Casas. (INPI, 2018)

Desde la época colonial, el porfiriato y hasta la revolución mexicana, los tzotziles fueron esclavizados, muchas personas murieron por el exceso de carga laboral. En 1934, se logró crear una ley donde se les dio libertad y se reglamentó el contrato de trabajo, sin embargo, muchos de ellos decidieron quedarse por la necesidad de ingresos económicos; pero en condiciones de trabajo inhumanas. Fue hasta el año 1994 que las cosas mejoraron, con el origen del movimiento zapatista. (INPI, 2018)

Dentro del mercado regional, cada comunidad tiene una especialidad en la manufactura de artesanías. Entre las artesanías destaca la elaboración de tejidos en telar de cintura con diseños tradicionales mayas, en donde las mujeres elaboran huipiles, camisas y servilletas para uso propio o para su venta. En Chamula, las mujeres elaboran chamarros y faldas de lana y en Zinacantán ponchos de hilo primorosamente bordados, así como ropa típica del municipio. (INPI, 2018)

Los trajes realizados por la población tsotsil son extraordinariamente artesanales y muy bien elaborados. Muchas mujeres basan su sustento en la elaboración de la vestimenta típica.

Las mujeres de Chenalhó portan blusas que se destacan por ser de color azul con bordados en tela negra con diferentes tipos de diseño, así como una falda negra, bordadas con flores de diversos colores (**figura 15**).

Figura 14 Traje típico de mujeres de Chenalhó



Fuente: viernestrdsiccionna.impacto.org.mx

Los trajes de Zinacantán son muy coloridos, sus blusas son de diferentes colores con bordados de flores en la parte del cuello y del pecho. Las faldas son de colores oscuros con bordados lineales de flores en forma vertical u horizontal; lo que más destaca de este traje típico regional es el chal que portan las mujeres que son de diversos colores bordados con flores de todo tipo (**figura 16**).

Figura 15 Traje típico de mujeres de Zinacantán.



Fuente: astelus.com/traje-tipico-chiapas/el-traje-tipico-de-zinacantan-en-chiapas/alamy.es

En Chalchihuitán, las mujeres usan una blusa que asemeja a un vestido, llegan prácticamente hasta la rodilla. Estas blusas son hechas con mantas blancas, bordadas con diseños geométricos en prácticamente toda la tela, el bordado es rojo la mayoría de las ocasiones, aunque también pueden ser negros. La falda es negra, con algún diseño simple de bordado (**figura 17**).

Figura 16 Traje típico de mujeres de Chalchihuitán.



Fuente: prensalibredechiapas.com

Por último, hablaremos del traje típico de San Juan Chamula. La blusa suele ser de una tela delgada y brillante, bordada en el cuello y pecho. La falda es de lana negra de oveja, que es sujeta en la cintura por una faja (**figura 18**).

Figura 17 Traje típico de mujeres en San Juan Chamula.



Fuente: vestido-tradicional-sanjuanchamula/alamy.es

Entre los tsotsil-tzeltales la enfermedad es considerada como castigo por la transgresión de las pautas sociales tradicionales. Existen enfermedades naturales y sobrenaturales. Las primeras son todas aquellas que no causan grandes sufrimientos o incapacitación. Las sobrenaturales son enfermedades graves consideradas como castigos por transgredir las normas sociales. El castigo lo aplican los dueños del cielo, de la tierra, de los lugares sagrados o los santos católicos. (INPI, 2018)

Las principales enfermedades son el komel ("susto"), il k'op ("los malos deseos"), ch'ulelal ("enfermedad del alma"), bík'ta ch'ulelal ("la gran enfermedad del alma"), chonbil ch'ulelal ("enfermedad del alma causada por su venta"). (INPI, 2018)

Municipios

Abordamos los indicadores de lo general a lo específico, por lo que ahora describiremos los principales indicadores de los municipios y las comunidades donde Sanando Heridas brinda cobertura. De esta manera, será más eficaz realizar tablas haciendo una descripción comparativa entre las diferentes localidades.

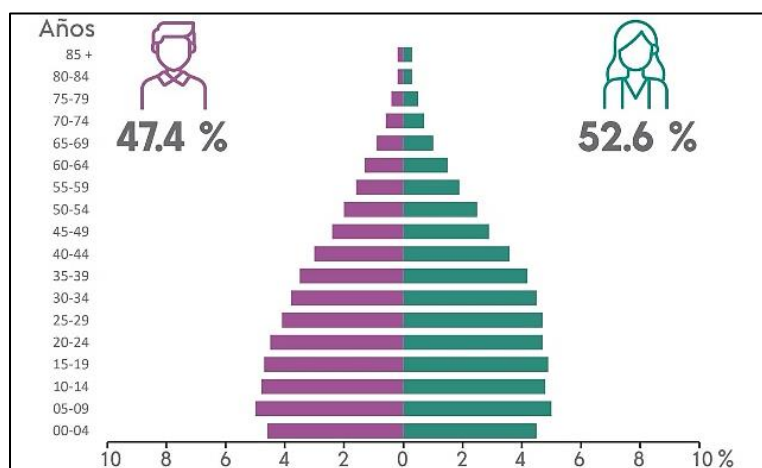
San Cristóbal de las Casas

Se localiza en el Altiplano Central, siendo dos tercios de su superficie montañosa, el resto lo ocupa un extenso valle. Sus coordenadas geográficas son 16°44' N y 92°38' W. Limita al norte con los municipios de Chamula y Tenejapa, al este con Huixtán, al sur con Teopisca, al suroeste con Totolapa, Chiapilla y San Lucas y al oeste con Zinacantán.

Su extensión territorial es de 394.46 km² que representa el 12.83% de la superficie de la región Altos y el 0.63 % de la superficie estatal. Su altitud es de 1,940 msnm. Cuenta con 126 localidades (INFADED, 2015)

Como se observa en la **gráfica 49**, la población total es de 215,874 habitantes, 47.4% de la población son hombres y 52.6% son mujeres, es decir, por cada 100 mujeres hay 90 hombres. La edad media de la población es de 26 años. (INEGI, 2020).

Gráfica 49 Población por sexo San Cristóbal



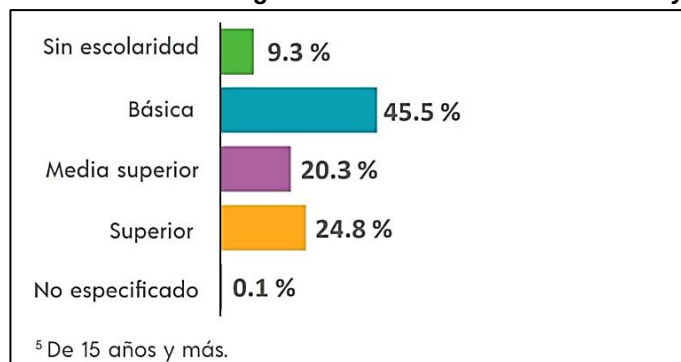
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Al ser la principal ciudad de la Región de los Altos, el índice de alfabetización es alto, representando el 97.2% en la población de 15 a 24 años y 88.3% en la población mayor de 25 años.

El número de nacimientos durante el 2020 en San Cristóbal de las Casas fue de 2,992. La mayor cantidad de nacimientos fueron registrados en mujeres de 20 a 35 años de edad.

Es importante mencionar la distribución de la población respecto al nivel de escolaridad. En la **gráfica 50** podemos ver que el 9.3% no tienen ninguna escolaridad, 45.5% tiene educación básica, 20.3% tiene educación media superior, y 24.8% tiene educación superior. Al ser una ciudad, cuenta con escuelas e instituciones en todos los niveles educativos, por lo que gran parte de la población está concentrada en este lugar.

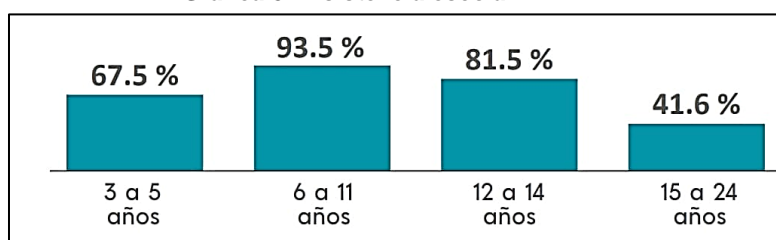
Gráfica 50 Población según nivel de escolaridad de 15 años y más.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La asistencia escolar es más alta en la educación básica, y disminuye de manera considerable en la educación media superior y superior (**ver gráfica 51**). El 67.5% de la población asiste a nivel preescolar, 93.5% a educación primaria, 81.5% a secundaria y solo 41.6% a preparatoria y Universidad. (INEGI, 2020)

Gráfica 51 Asistencia escolar.

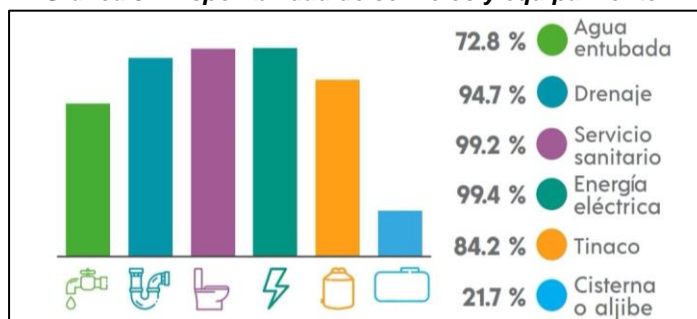


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Hablando de las viviendas se tiene un registro de 52,666 equivalente al 3.9% del total estatal. Cada vivienda es ocupada por 4 habitantes, el promedio de ocupación es de 1 persona por habitación para dormir. 9.3 viviendas de cada 100 tienen piso de Tierra.

Respecto a los servicios básicos, 99.4% tienen acceso a energía eléctrica, 99.2% cuentan con un baño, 94.7% tienen conexión a drenaje, 72.8% disponen de agua entubada (**ver gráfica 52**). San Cristóbal de las Casas cuenta con acceso a los servicios básicos en mayor porcentaje que el promedio regional.

Gráfica 52 Disponibilidad de servicios y equipamiento.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

De la población total, 55.1% está afiliada a algún servicio de Salud, 19.3% tiene afiliación al IMSS, 56.7% al INSABI, 20.4% al ISSSTE, 1.4% al IMSS Bienestar, 1.1 a Instituciones privadas, 0.9 a PEMEX.

Los hospitales públicos que hay en este municipio son el Hospital de la Mujer, Hospital de las Culturas, Centro de Salud San Cristóbal, Hospital de Ecatepec, Centro de Salud Los Pinos, Clínica de la Mujer San Cristóbal, Clínica Esquipulas, IMSS-Bienestar, Clínica Hospital del ISSSTE.

La población económicamente activa representa el 69.7% del total, donde 54% son hombres y 46% son mujeres. Por otro lado, como podemos ver en la **gráfica 53**, la población no económicamente activa representa el 30.5%; de esta población 41.5% son estudiantes, 42.7% son personas dedicadas al hogar, 6.8% son pensionados o jubilados, 3.2% personas con alguna limitación física o mental que les impide trabajar, y 6% se dedican a otras actividades económicas.

Gráfica 53 Población no económicamente activa (PNEA).



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La población que habla lengua indígena en San Cristóbal es el 32.7%, la población que no habla español de los hablantes de lengua indígena es el 11.39%. La lengua más hablada es tsotsil (73.8%) seguido del tzeltal (24.7%).

Los Llanos

Los Llanos es una comunidad zapatista ubicada en el municipio de San Cristóbal de las Casas, a una altura de 2279 metros sobre el nivel del mar . Esta comunidad cuenta con 522 habitantes registrados en 2020, de los cuales 267 son hombres o niños y 255 mujeres o niñas.

Aproximadamente 52 personas entre los 15 y más años de edad no fueron a la escuela. En comparación con grupo de niños entre 6 y 14 años donde la mayoría asiste a la escuela.

La población analfabeta representa el 10.92%, donde el porcentaje es mayor en mujeres que en hombres.

Hay aproximadamente 105 viviendas habitables, 48 tienen piso de Tierra, la mayoría tienen solo un cuarto. De todas las viviendas, 47 tienen instalaciones sanitarias fijas y 5 están conectados a la red pública. Todos los hogares tienen luz eléctrica. (INFADED, 2020)

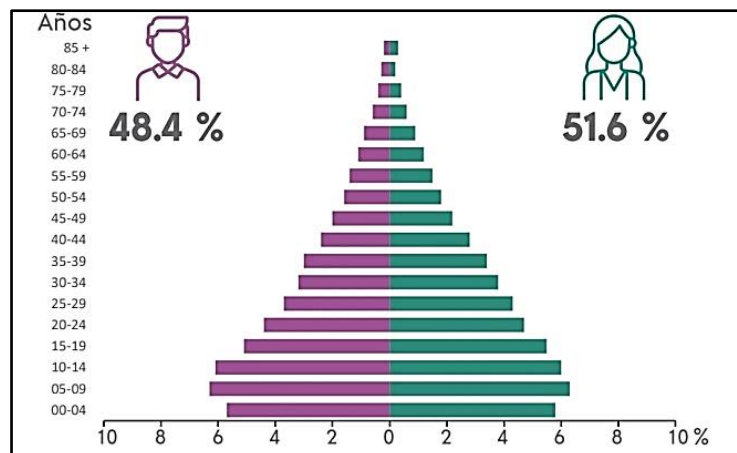
En la comunidad de Los Llanos se adaptó una casa de Salud para que Sanando Heridas de las consultas médicas, que cuenta con el espacio necesario para montar el consultorio portátil los días de atención a la población.

Teopisca

En lengua náhuatl significa "Casa del señor rojo". Se localiza en el Altiplano Central, por lo que su relieve es montañoso. Sus límites son al norte San Cristóbal de Las Casas, al este con Amatenango del Valle, al sur con Venustiano Carranza y al oeste con Totolapa y San Cristóbal de Las Casas. Tiene una extensión territorial de 281.80 km², lo que representa el 4.61% de la superficie de la región de los Altos y el 0.23 % del Estado, su altitud es de 1,800 msnm. (INFADED, 2015)

Teopisca tiene una población de 49,499 habitantes, en donde 23,957 (48.4%) son hombres y 25,541 (51.6%) son mujeres, como se observa en la **gráfica 54**. Por cada 93 hombres hay 100 mujeres. La edad media de la población es de 21 años. (INEGI, 2020)

Gráfica 54 Pirámide poblacional de Teopisca 2020.



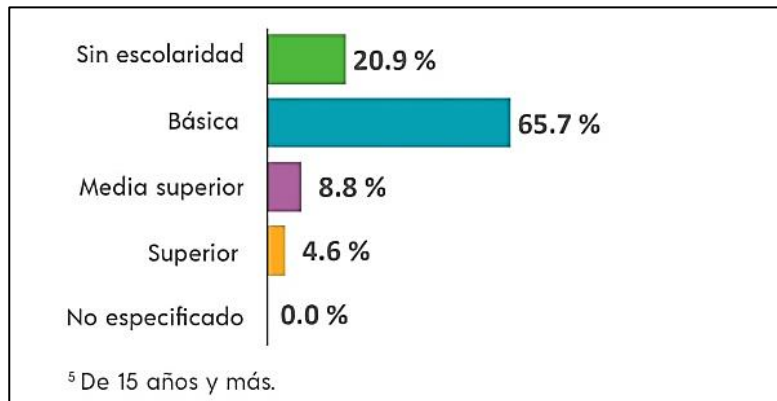
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

El número de nacimientos durante el 2020 en Teopisca fue de 1,044. La mayor cantidad de nacimientos fueron registrados en mujeres de 15 a 35 años de edad.

La tasa de alfabetización es de 95.4% en la población de 15 a 24 años; y 77.6% en la población mayor a 25 años.

Como se muestra en la **gráfica 55**, la distribución de la población respecto al nivel de escolaridad se concentra mayormente en la educación básica que es el 65.7%, 20.9% no tienen ningún grado de escolaridad, solo el 8.8% tiene preparatoria, y 4.6% estudió la universidad.

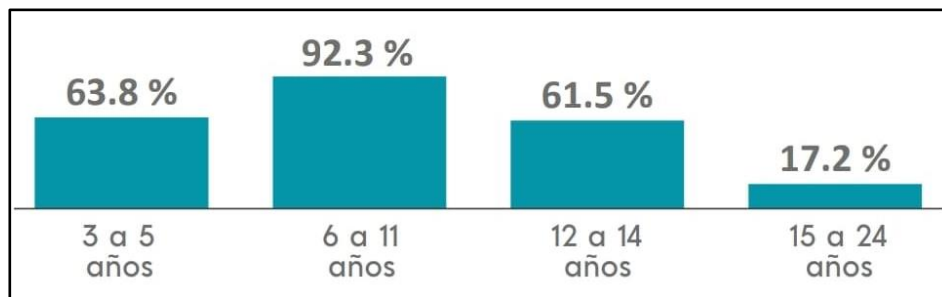
Gráfica 55 Población según nivel de escolaridad, Teopisca 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La asistencia escolar va directamente proporcional con el nivel de escolaridad registrado (**ver gráfica 56**). El 63.8% asisten a educación preescolar, 92.3% asisten a la primaria, 61.5% a la secundaria, y solo el 17.2% a nivel medio superior y superior. (INEGI, 2020)

Gráfica 56 Asistencia escolar, Teopisca 2020.



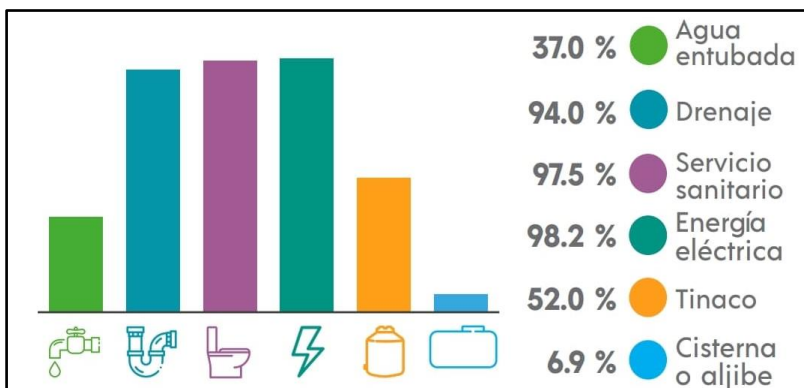
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

El total de viviendas que se tienen registradas son 11,176, que es el equivalente al 0.8% estatal, viven aproximadamente 4 personas en cada una. El promedio de habitantes por cuarto para dormir es alrededor de 1.5. De cada 100 viviendas, 16 tienen piso de Tierra.

Como se muestra en la **gráfica 57**, de los servicios básicos disponibles, 98.2% cuentan con energía eléctrica, 94% tienen acceso a drenaje, 97.5% a servicios sanitarios, solo el 37% de las viviendas tienen agua entubada.

Existe carencia en la disponibilidad del agua entubada, es decir, hay mayor acceso que el promedio regional pero menor acceso que en la ciudad principal de la región. (INEGI, 2020)

Gráfica 57 Disponibilidad de servicios y equipamiento, Teopisca 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

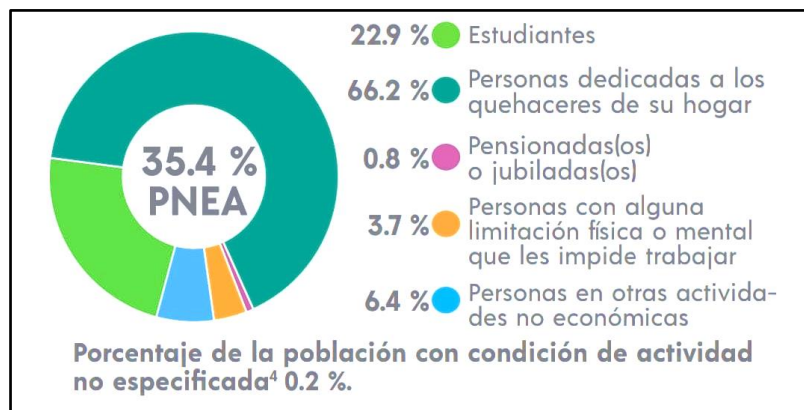
De la población total de Teopisca, 68.4% está afiliada a algún servicio de Salud. De este porcentaje 2.3% tiene IMSS, 95.1% INSABI, 2.1% ISSSTE, 0.8% IMSS Bienestar, 0.2% PEMEX, 0.1 a Instituciones privadas.

En este municipio se encuentra el Centro de Salud y el Hospital Básico Comunitario.

La población económicamente activa (PEA) representa el 64.3% del total de la población, donde 66.3% son hombres y 36.7% son mujeres.

Por lo tanto, la población no económicamente activa (PNEA) representa el 35.4%. De este porcentaje 22.9% son estudiantes, 66.2% son personas dedicadas a los quehaceres del hogar, 0.8% son pensionados o jubilados, 3.7% tienen alguna limitación física o mental que les impide trabajar, 6.4% tienen otras actividades no económicas (**gráfica 58**).

Gráfica 58 Población no económicamente activa (PNEA), Teopisca 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

De la población total de Teopisca, 44.87% hablan lengua indígena. De este porcentaje, 24.95% no habla español. La principal lengua hablada es tsotsil (85.4%) seguido de tzeltal (14.4%). (INEGI, 2020)

San Isidro Chichihuistán

Se ubica en el municipio de Teopisca, localizado a una altura de 2041 metros, tiene 469 habitantes registrados hasta el 2020, donde 227 son hombres o niños y 242 mujeres o niñas.

Aproximadamente, 42 personas entre los de 15 y más años de edad no fueron a la escuela. Dentro del grupo de niños entre 6 y 14 años, la mayoría asiste a la escuela. Aproximadamente 67 personas no saben leer ni escribir, siendo mayor el porcentaje en mujeres que en hombres.

Algo interesante y a recalcar en Chichihuistán, es que solo el 22.60% es población indígena y aunado a esto solo el 10% habla una lengua indígena. La mayor parte de la población habla español.

Chichihuistán tiene 80 viviendas aproximadamente. De estas, 13 tienen piso de tierra. De todas las casas registradas, 68 tiene instalaciones sanitarias fijas y 15 están conectados a la red pública. Sobre la luz eléctrica 76 viviendas tienen acceso a ellas. (INFADED, 2020)

En esta comunidad hay una casa de Salud construida con materiales perdurables donde ocasionalmente llega personal de la secretaria de Salud a dar consulta, sin embargo, esto solo ocurre una o dos veces al año.

El agente de la comunidad permite que en la casa de salud Sanando Heridas de atención médica.

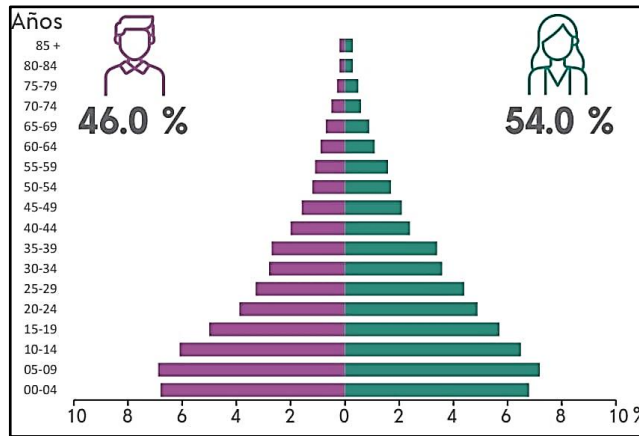
San Juan Chamula

El nombre de Chamula significa "agua espesa, como de adobe". Se ubica en el Altiplano Central predominando el paisaje montañoso, su altitud es de 2,260 msnm. Sus límites son, al norte con Larráinzar, Chenalhó y Mitontic, al este con Tenejapa, al sur con San Cristóbal y Zinacantán y al oeste con Ixtapa.

Su extensión territorial es de 82.00 km² que representa el 2.17% de la superficie de la región Altos y el 0.10% de la superficie del estado. (INFADED, 2015)

Como se observa **en la gráfica 59**, San Juan Chamula tiene una población de 101,967 habitantes, donde 46% son hombres y 54% son mujeres, es decir, por cada 100 mujeres hay 85 hombres. La edad promedio es de 19 años. (INEGI, 2020).

Gráfica 59 Pirámide poblacional, San Juan Chamula 2020.



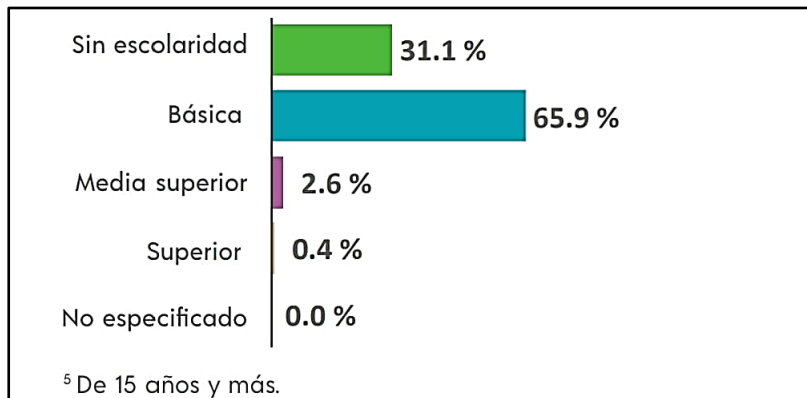
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

El número de nacimientos durante el 2020 en San Juan Chamula fue de 3,771. La mayor cantidad de nacimientos fueron registrados en mujeres de 20 a 35 años de edad.

La tasa de alfabetización es de 93.7% en personas de 15 a 24 años, y de 54.6% en la población de más de 25 años. Se observa una disminución drástica en la población que no sabe leer a partir de los 25 años.

Esto se ve reflejado en la distribución de la escolaridad por el nivel educativo (**ver gráfica 60**). El 31.1% no tiene ninguna escolaridad, solo el 65.9% tiene educación básica, es decir, primaria y secundaria. El 2.6% tiene la preparatoria, y menos del 1% cuenta con una licenciatura.

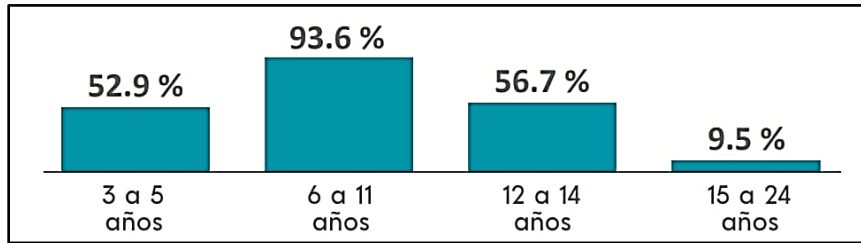
Gráfica 60 Población según nivel de escolaridad, San Juan Chamula 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Respecto a la asistencia escolar, el 52.9% asiste a educación preescolar, 93.9% a la primaria, 56.7% a la secundaria y solo 9.4% asistenta a la preparatoria y/o Universidad como se ve en la **gráfica 61**.

Gráfica 61 Asistencia escolar, San Juan Chamula 2020.

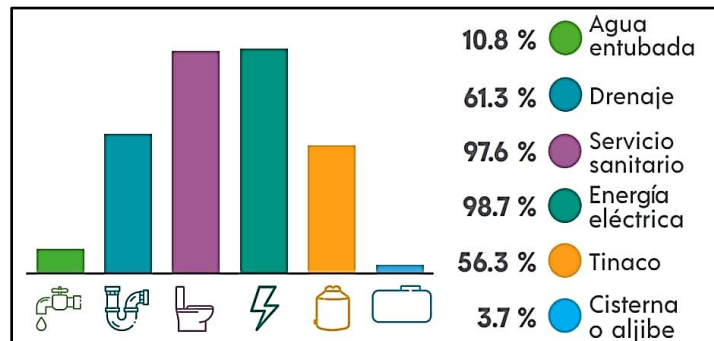


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

En San Juan Chamula, en el año 2020, se registraron 22,654 viviendas, esto equivale al 1.7% del total estatal. En cada vivienda viven aproximadamente 4 personas. La ocupación de habitaciones para dormir es de 1.7 habitantes. De cada 100 viviendas, 20 tienen piso de tierra, que representa el 20% del total.

Los servicios básicos disponibles se distribuyen de la siguiente manera: 98.7% tiene acceso a energía eléctrica, 97.6% cuenta con servicio sanitario, 61.3% tienen drenaje y solo el 10.8% tiene disponible agua entubada (**gráfica 62**).

Gráfica 62 Disponibilidad de servicios y equipamiento, San Juan Chamula 2020.



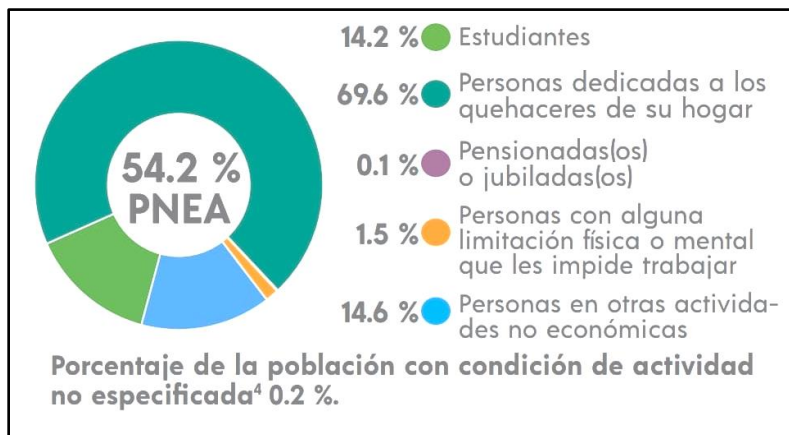
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La población afiliada a los servicios de Salud es el 80%, de este porcentaje 2.3% tienen afiliación al IMSS, 91.3% al INSABI, 0.1% al ISSSTE, 6.5% al IMSS Bienestar, 0.2% a Instituciones privadas.

En este municipio hay un Centro de Salud y un Hospital Básico Comunitario.

En Chamula, la población económicamente activa (PEA) representa el 45.6% donde 71.4% son hombres y 28.6% son mujeres. Por lo tanto, la población no económicamente activa (PNEA) es del 54.2%. Como se ve en la **gráfica 63**, el 14.2% son estudiantes, 69.6% son personas dedicadas al quehacer del hogar, 0.1% son pensionados o jubilados, 1.5% que tienen alguna limitación física o mental que les impide trabajar y 14.6% son personas que se dedican a actividades no económicas.

Gráfica 63 Población no económicamente activa (PNEA), San Juan Chamula 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La población que habla una lengua indígena representa el 98.2%, de este porcentaje el 50% no habla español, solo la lengua materna. El tsotsil es la lengua indígena más hablada en este municipio, representando el 99.9%. (INEGI, 2020)

Santa Ana

Localidad que se localiza en el municipio de Chamula, a 2,467 msnm. La población total es de 1,055 habitantes en el año 2020, donde 502 son hombres y 553 son mujeres.

La población que no sabe leer ni escribir representa el 23.51%, siendo mayor el analfabetismo en las mujeres. La mayor parte de la población entre los 6 y 14 años asiste a la escuela.

Las personas hablantes de lengua indígena son el 84.17%, de este porcentaje 60% no habla español.

Santa Ana tiene 221 viviendas aproximadamente, de estas, 60 tienen piso de Tierra. Del total de viviendas, 216 tienen energía eléctrica, solo 24 tienen acceso a un excusado o sanitario. (INFADED, 2020)

En Santa Ana no existe ninguna casa de salud, los días de consulta se adapta el consultorio portátil en algún espacio que la primaria de la comunidad proporcione.

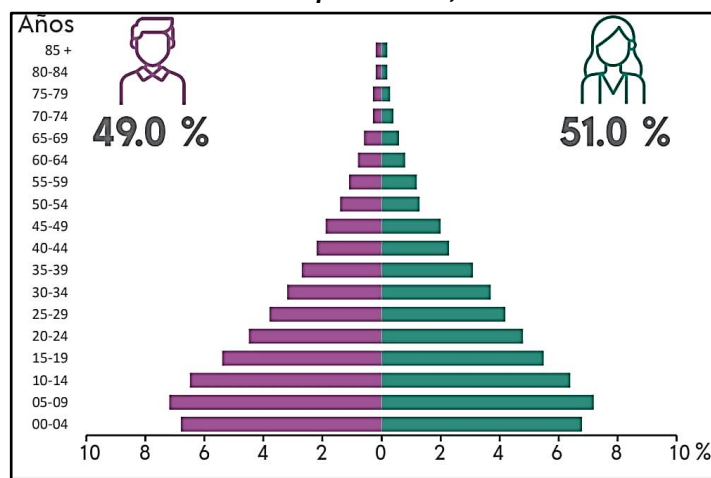
Chenalhó

El nombre de Chenalhó significa en tzotzil "agua de la caverna". Se ubica en los límites del Altiplano Central y las Montañas del Norte, predominando el relieve montañoso característico de esta zona. Su altitud es de 1,500 m.s.n.m.

Limita al norte con Chalchihuitán, al sur con Mitotic, al este con Pantelhó, San Juan Cancuc y Tenejapa, al oeste con Larráinzar, Chamula y El Bosque. Su extensión territorial es 245.94 km² lo que representa el 2.98 % de la superficie de la región Altos y el 0.15% de la superficie estatal. (INFADED, 2020)

Chenalhó tiene una población de 47,371 habitantes, que representa el 0.9% de la población estatal. Como se muestra la **gráfica 64**, el porcentaje de hombres es de 49% y el de mujeres es de 51%, es decir, por cada 95 hombres hay 100 mujeres. La edad promedio de la población es de 19 años. (INEGI, 2020)

Gráfica 64 Pirámide poblacional, Chenalhó 2020.



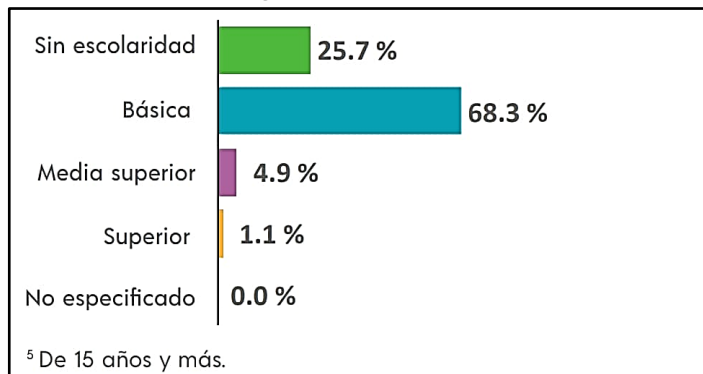
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

El número de nacimientos durante el 2020 en Chenalhó fue de 2,531. La mayor cantidad de nacimientos fueron registrados en mujeres de 15 a 35 años de edad.

La tasa de alfabetización en la población de 15 a 24 años es de 87.4% y de 64.6% en la población de más de 25 años.

La distribución de la población según el nivel de escolaridad se concentra mayoritariamente en educación básica, el porcentaje de personas sin ningún nivel de escolaridad es de 25.7%, estudiaron la primaria y secundaria un 68.3%, la preparatoria un 4.9% y solo el 1.1% tienen una licenciatura (**gráfica 65**).

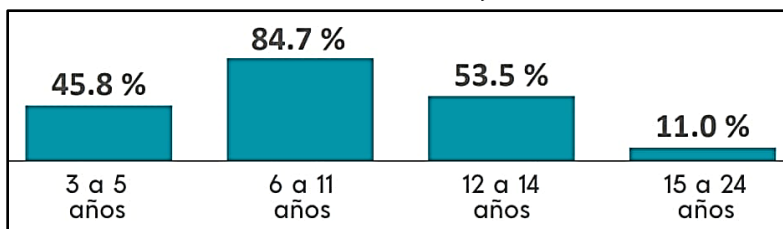
Gráfica 65 Población según nivel de escolaridad, Chenalhó 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Esto se refleja en la asistencia escolar en el municipio como se observa en la **gráfica 66**, el 45.8% asisten al preescolar, 84.7% van a la primaria, 53.5% asisten a la secundaria y solo 11.4% acuden a la preparatoria y Universidad.

Gráfica 66 Asistencia escolar, Chenalhó 2020.

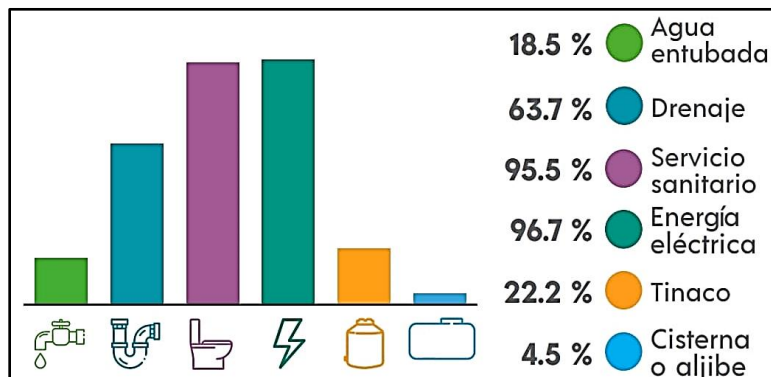


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

En Chenalhó se registraron en el año 2020 un total de 9,503 viviendas que corresponde al 0.7% del total estatal. Por vivienda viven aproximadamente 5 personas, en cada habitación para dormir duermen 1.7 personas en promedio. De cada 100 casas, 34 tienen piso de tierra.

Como se muestra en la **gráfica 67**, respecto a los servicios básicos, 96.7% de la población cuenta con energía eléctrica, 95.5% cuenta con servicio sanitario, 63.7% tienen acceso a drenaje, y solo 18.5% tiene a su disposición agua entubada.

Gráfica 67 Disponibilidad de servicios y equipamiento, Chenalhó 2020.

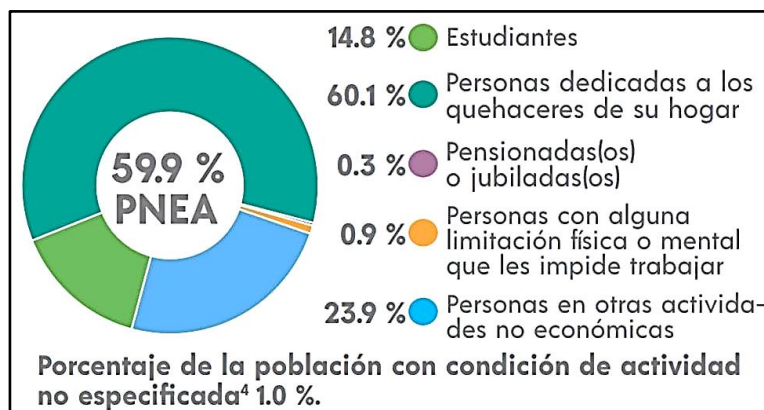


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La población total afiliada a los servicios de salud es de 79.6%, de este porcentaje 4.6% está afiliado al IMSS, 92.5% al INSABI, y el resto de afiliaciones a otros institutos de Salud representa solo el 3.3%. En este municipio hay un centro de Salud.

La población económicamente activa (PEA) es el 39.1%; de este porcentaje, 82.1% son hombres y 17.9% son mujeres. Por lo tanto, la población no económicamente activa (PNEA) es el 59.9% siendo la mayoría de la población. De este porcentaje, 14.18% son estudiantes, 60.1% son personas dedicadas a los quehaceres del hogar, 0.3% son jubilados o pensionados, 0.9 tienen alguna limitación física o mental que les impide trabajar y el 23.9% se dedican a otras actividades no económicas (**gráfica 68**).

Gráfica 68 Población no económicamente activa (PNEA), Chenalhó 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La mayor parte de la población de Chenalhó habla una lengua indígena representando el 96.77%, de este porcentaje 58.79% no habla español. La lengua indígena más hablada es tzotzil (94.5%) y tzeltal (5.5%). (INEGI, 2020)

Naranjatic Alto

Localidad que se encuentra ubicada en el municipio de Chenalhó, a 1,494 msnm. La población total es de 363 habitantes registrados hasta el año 2020, donde 166 son hombres y 197 son mujeres.

La población que no sabe leer ni escribir representa el 12.95%, siendo un porcentaje mayor en las mujeres. La mayor parte de la población entre los 6 y 14 años asiste a la escuela.

Las personas que hablan una lengua indígena son el 81.27%; de este porcentaje 27% no habla español.

Naranjatic Alto tiene 79 viviendas aproximadamente, de estas, 50 tienen piso de Tierra. Todas las viviendas tienen energía eléctrica, solo 28 tiene acceso a un excusado o sanitario. (INFADED, 2020)

En esta comunidad no hay casa de salud, los días de la consulta de Sanando Heridas se instala el consultorio portátil en la escuela de preescolar que consiste en un salón de madera y piso de tierra.

Poconichim

Esta localidad se ubica en el municipio de Chenalhó, a 1,558 msnm. La población total es de 467 habitantes registrados hasta el año 2020, donde 224 son hombres y 243 son mujeres.

La población que no sabe leer ni escribir representa el 8.14%, el analfabetismo es mayor en las mujeres que en los hombres. La mayor parte de la población entre los 6 y 14 años asiste a la escuela.

Las personas que hablan una lengua indígena son el 82.23%; de este porcentaje el 18.84% no habla español.

Poconichim tiene 101 viviendas registradas hasta el año 2020, de estas, 53 tienen piso de tierra. Todas las viviendas tienen energía eléctrica, 60 tienen acceso a un excusado o sanitario. (INFADED, 2020)

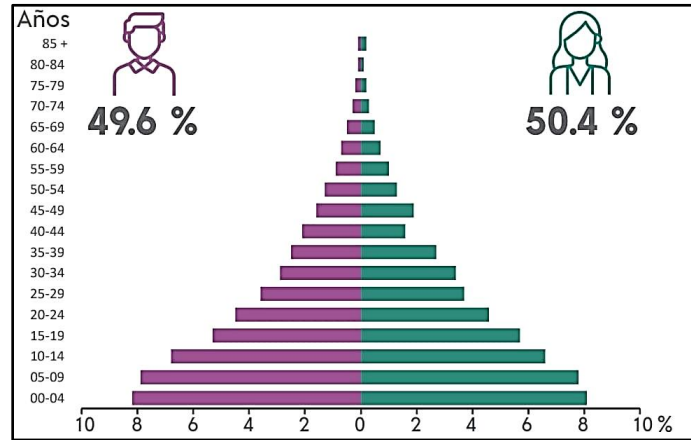
En esta comunidad no hay casa de salud, los días de consulta médica de Sanando Heridas se instala el consultorio portátil en un salón de la escuela primaria del lugar.

Chalchihuitán

El nombre de Chalchihuitán significa en náhuatl "Lugar donde abundan los chalchihuites". Se ubica en las Montañas del Norte, por lo que su relieve es montañoso, su altitud es de 1,450 msnm. El municipio limita al norte con el municipio de Simojovel, al este con Pantelhó y Chenalhó, al sur con Chenalhó y Aldama, al oeste con Santiago el Pinar y El Bosque. Su extensión territorial es de 122.11 km², que representan el 2 % de la superficie de la región Altos y el 1.00% de la superficie estatal. (INFADED, 2015)

Chalchihuitán tiene una población de 21,915 habitantes. En la **gráfica 69**, podemos ver que el 49.6% son hombres y 50.4% son mujeres, es decir, por cada 100 mujeres hay 98 hombres. La edad promedio de la población es de 17 años. (INEGI, 2020).

Gráfica 69 Pirámide poblacional, Chalchihuitán 2020.



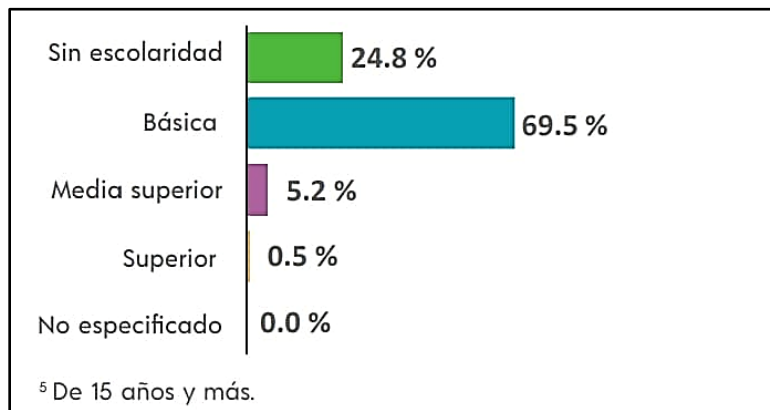
Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

El número de nacimientos durante el 2020 en Chalchihuitán fue de 769. La mayor cantidad de nacimientos fueron registrados en mujeres de 15 a 35 años de edad.

La tasa de alfabetización corresponde a 87.3% en personas de 15 a 24 años, y de 61.4% en la población de más de 25 años.

La tasa de alfabetización se ve reflejada en la distribución de la escolaridad por nivel educativo. El 24.8% no tienen ninguna escolaridad, solo el 69.5% tiene educación básica, es decir, primaria y secundaria. El 5.2% tiene la preparatoria, y menos del 1% cuenta con una licenciatura (**ver gráfica 70**).

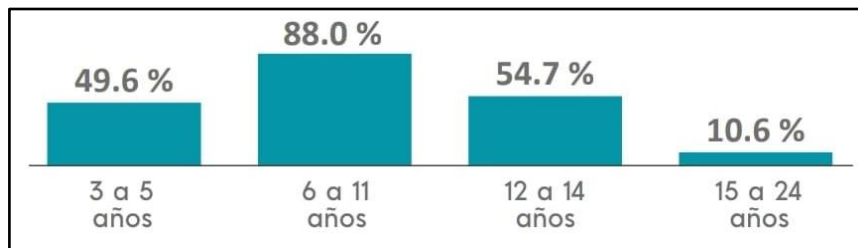
Gráfica 70 Población según nivel de escolaridad, Chalchihuitán 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

Como se muestra en la **gráfica 71**, el 49.6% asiste a educación preescolar, 88% a la primaria, 54.7% a la secundaria y el 10.6% asiste a la preparatoria y/o Universidad.

Gráfica 71 Asistencia escolar, Chalchihuitán 2020.

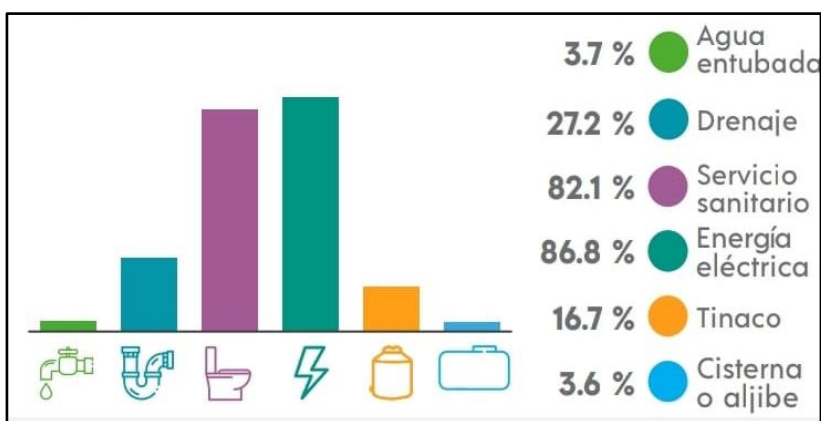


Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

En Chalchihuitán hay 4,819 viviendas que se registraron en el año 2020, esto representa el 0.4% del total estatal. En cada vivienda viven aproximadamente 4 personas. La ocupación de habitaciones para dormir es de 2 personas por cuarto. De cada 100 viviendas, 40 tienen piso de tierra, que representa el 40% del total.

Los servicios básicos disponibles en el municipio se distribuyen de la siguiente manera: 86.8% tiene acceso a energía eléctrica, 82.1% cuenta con servicio sanitario, 27.2% tienen drenaje y solo el 3.7% tiene disponible agua entubada (**ver gráfica 72**).

Gráfica 72 Disponibilidad de servicios y equipamiento, Chalchihuitán 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

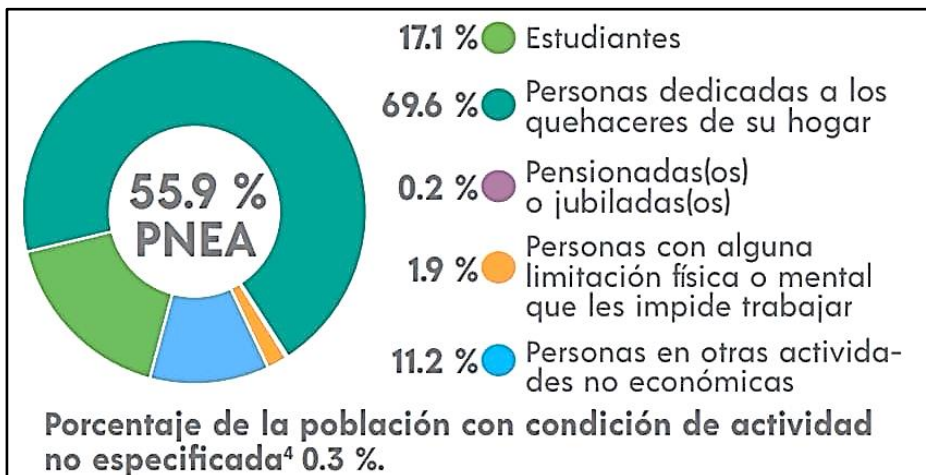
Respecto a otros municipios, los porcentajes registrados en los servicios básicos de vivienda en Chalchihuitán son bajos, muchas viviendas no cumplen con la definición de vivienda digna.

La población afiliada a los servicios de Salud es el 75.1%, de este porcentaje 2.6% tienen afiliación al IMSS, 93.2% al INSABI, 0.1% al ISSSTE, 5.4% al IMSS Bienestar y el 0.9% a algún otro servicio de Salud. En este municipio hay un Hospital Básico Comunitario.

En Chalchihuitán, la población económicamente activa (PEA) representa el 43.8% donde el 85% son hombres y 15% son mujeres. Por lo tanto, la población no económicamente activa (PNEA) corresponde al 55.9%, de este porcentaje 17.1%

son estudiantes, 69.6% son personas dedicadas al quehacer del hogar, 0.2% son pensionados o jubilados, 1.9% tienen alguna limitación física o mental que les impide trabajar y 11.2% son personas que se dedican a actividades no económicas, como se muestra en la **gráfica 73**.

Gráfica 73 Población no económicamente activa (PNEA), Chalchihuitán 2020.



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 2020.

La población que habla una lengua indígena representa el 98.85%. De este porcentaje, 67.83% no habla español, solo dominan la lengua materna. El tzotzil es la lengua indígena más hablada en este municipio, representando el 99.9%. (INEGI, 2020)

Canalumtic

Localidad que se encuentra ubicada en el municipio de Chalchihuitán, a 1,499 msnm. La población total es de 346 habitantes registrados hasta el año 2020, donde 174 son hombres y 172 son mujeres.

La población que no sabe leer ni escribir representa el 19.65%, siendo un porcentaje mayor en las mujeres. La mayor parte de la población entre los 6 y 14 años asiste a la escuela.

Las personas que hablan una lengua indígena son el 84.1%; de este porcentaje 43.93% no habla español.

Canalumtic tiene 77 viviendas aproximadamente, de estas, 40 tienen piso de Tierra. Solo 55 viviendas tienen energía eléctrica, y solo 20 tienen acceso a un excusado o sanitario. (INFADED, 2020)

En esta comunidad existe una Casa de Salud adaptada, que es el lugar donde Sanando Heridas brinda atención médica.

Principales indicadores municipales

Demografía

San Cristóbal de las Casas, al ser la ciudad principal de la región, cuenta con la mayor cantidad de habitantes, seguido de San Juan Chamula que también representa una población considerable. De las comunidades atendidas por Sanando Heridas Santa Ana perteneciente a Chamula tiene la población más grande con 1,055 habitantes. La que tiene menor población es Canalumtic perteneciente a Chalchihuitan, con 346 habitantes (**ver tabla 2**).

Tabla 2 Comparación de número de habitantes.

| Número de habitantes (INEGI 2020) | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Localidad | Número de habitantes |
| República mexicana | 126,014,024 |
| Estado de Chiapas | 5,543,828 |
| Región de los Altos | 755,821 |
| San Cristóbal de las Casas | 215,874 |
| Los Ilanos | 522 |
| Chalchihuitán | 21,915 |
| Canalumtic | 346 |
| Chenalhó | 47,371 |
| Narajantik Alto | 363 |
| Poconichim | 467 |
| San Juan Chamula | 101,967 |
| Santa Ana | 1,055 |
| Teopisca | 49,499 |
| San Isidro Chichihuitán | 469 |

Fuente: INEGI. 2020.

Natalidad

La tasa de natalidad se presenta de acuerdo a los datos de los municipios. Como se observa en **tabla 3**, el lugar donde se presentan más nacimientos es en Chenalhó seguido de San Juan Chamula y donde se registra la menor cantidad es en San Cristóbal de las Casas. (INEGI, 2020)

La tasa de nacimientos registrados se presenta por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva. Se presentó una disminución del 22.1% respecto a los datos registrados durante 2019. La disminución en la ocurrencia de los nacimientos es de menor magnitud que la referida respecto al registro de los mismos. (INEGI, 2020)

El decremento en el registro coincide con el periodo de la pandemia COVID-19, durante el cual hubo una reducción en la demanda del servicio de registro debido al confinamiento de las personas en su vivienda y a las condiciones que las

autoridades sanitarias definieron para la operación de las actividades económicas no esenciales. (INEGI, 2020)

Tabla 3 Tasa de natalidad en mujeres de 15 a 49 años.

| Localidad | Tasa de natalidad en mujeres de 15 a 49 años |
|----------------------------|--|
| Chiapas | 67.60 |
| San Cristóbal de las Casas | 13.67 |
| Chalchihuitán | 34.45 |
| Chenalhó | 52.94 |
| San Juan Chamula | 36.65 |
| Teopisca | 20.90 |

Fuente: INEGI. 2020.

Mortalidad

El estado de Chiapas tuvo una tasa de mortalidad de 6.97% durante el año 2020. Como se muestra en la **tabla 4**, dentro de los municipios donde Sanando Heridas atiende, quien tuvo la mayor cantidad de defunciones fue San Cristóbal de las casas seguido de Chenalhó, y la menor cantidad fue San Juan Chamula. (INEGI, 2020)

Tabla 4 Tasa de mortalidad.

| Localidad | Habitantes | Defunciones totales | Defunciones hombres | Defunciones mujeres | Tasa de mortalidad |
|----------------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Chiapas | 5,543,828 | 38,662 | 22,293 | 16,361 | 6.97% |
| San Cristóbal de las Casas | 215,874 | 1220 | 745 | 475 | 5.65% |
| Chalchihuitán | 21,915 | 107 | 73 | 34 | 4.88% |
| Chenalhó | 47,371 | 254 | 128 | 126 | 5.36% |
| San Juan Chamula | 101,967 | 406 | 218 | 188 | 3.98% |
| Teopisca | 49,499 | 277 | 104 | 87 | 5.59% |

Fuente: INEGI. 2020.

Educación

La población según el nivel de escolaridad en la región de los Altos se concentra principalmente en la educación básica, siendo el nivel de educación al que más fácil se tiene acceso. El municipio que presenta la mayor población con escolaridad nivel medio superior y superior es San Cristóbal de las Casas.

Por el contrario, San Juan Chamula tiene el mayor porcentaje de población sin ningún nivel de escolaridad (**ver tabla 5**).

Tabla 5 Población según nivel de escolaridad.

| Localidad | Sin escolaridad | Básica | Medio superior | Superior |
|----------------------------|-----------------|--------|----------------|----------|
| Chiapas | 13.3% | 55% | 18.2% | 13.8% |
| San Cristóbal de las Casas | 9.3% | 45.5% | 20.3% | 24.8% |
| Chalchihuitán | 24.8% | 69.5% | 5.2% | 0.5% |
| Chenalhó | 25.7% | 68.3% | 4.9% | 1.1% |
| San Juan Chamula | 31.1% | 65.9% | 2.6% | 0.4% |
| Teopisca | 20.9% | 65.7% | 8.8% | 4.6% |

Población económicamente activa (PEA)

La población económicamente activa en San Cristóbal de las Casas es del 69.2%, es decir que gran parte de la población realiza alguna actividad remunerada. Por el contrario, Chenalhó tiene solo una PEA del 39.1%.

Como se muestra en la **tabla 6**, siguen siendo los hombres quienes representan la mayor parte; siendo Chalchihuitán y Chenalhó donde se observa más este predominio.

Tabla 6 Población económicamente activa

| Localidad | PEA | Hombres | Mujeres |
|----------------------------|--------|---------|---------|
| Chiapas | 54.86% | 61.8% | 38.2% |
| San Cristóbal de las Casas | 69.2% | 54% | 46% |
| Chalchihuitán | 43.8% | 85% | 15% |
| Chenalhó | 39.1% | 82.1% | 17.9% |
| San Juan Chamula | 45.6% | 71.4% | 28.6% |
| Teopisca | 64.3% | 63.3% | 36.7% |

Fuente: INEGI 2020.

Vivienda

En la **tabla 7** se observa un análisis de la cantidad de viviendas por municipio donde Sanando Heridas brinda atención.

Tabla 7 Análisis de viviendas que atiende Sanando Heridas.

| Localidad | Viviendas 2020 | Promedio de habitantes por casa | Promedio de habitantes por cuarto |
|----------------------------|----------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Chiapas | 1,351,023 | 4.1 | 1.4 |
| San Cristóbal de las Casas | 52,666 | 4.1 | 1.1 |
| Chalchihuitán | 4,819 | 4.5 | 2.0 |
| Chenalhó | 9,503 | 5.0 | 1.7 |
| San Juan Chamula | 22,654 | 4.5 | 1.7 |
| Teopisca | 11,176 | 4.4 | 1.5 |

Fuente: INEGI 2020.

En este análisis se puede ver que San Cristóbal de las Casas tiene la mayor cantidad de viviendas en la región, los habitantes por casa son aproximadamente de 4.1 habitantes y el número de habitantes por habitación es de 1.1. Estos datos coinciden con el promedio estatal.

Por el contrario, Chalchihuitán tiene la menor cantidad de viviendas en la región y el mayor número de habitantes por dormitorio.

Por otra parte, el municipio de Chenalhó presenta el mayor promedio de habitantes por hogar, que corresponde a 5 personas.

Al ser la ciudad principal y la más urbanizada de la región, San Cristóbal de las Casas tiene el mayor porcentaje de disponibilidad de los servicios básicos como se muestra en la **Tabla 8**.

Solo 3.7% del municipio de Chalchihuitán tiene agua entubada, seguido de San Juan Chamula que corresponde al 10.8%

El municipio de Chalchihuitán es el que presenta mayor deficiencia en todos los servicios, esto explica el nivel alto de marginación que a consecuencia conlleva problemas de Salud y una baja calidad de vida.

Tabla 8 Análisis de disponibilidad de servicios básicos

| Localidad | Agua entubada | Drenaje | Servicio sanitario | Electricidad |
|----------------------------|---------------|---------|--------------------|--------------|
| Chiapas | 52.4% | 57.3% | 97% | 97.7% |
| San Cristóbal de las Casas | 72.8% | 94.7% | 99.2% | 99.4% |
| Chalchihuitán | 3.7% | 27.2% | 82.1% | 86.8% |
| Chenalhó | 18.5% | 63.7% | 95.5% | 96.7% |
| San Juan Chamula | 10.8% | 61.3% | 97.6% | 98.7% |
| Teopisca | 37% | 94% | 97.5% | 98.2% |

Fuente: INEGI 2020.

Las comunidades donde Sanando Heridas brinda atención ubicadas en los municipios antes analizados tienen la misma tendencia y variabilidad de la disponibilidad de los servicios básicos, por lo que podemos concluir que la deficiencia en los servicios es deplorable, principalmente el agua entubada y el acceso a drenaje.

Servicios de Salud

Las cabeceras de los municipios donde Sanando Heridas atiende tienen Instituciones de salud públicas como se muestra en la tabla 9. El municipio que tiene más servicios de Salud es San Cristóbal de las Casas. Chalchihuitán y Teopisca cuentan con un hospital básico comunitario; Chamula y Chenalhó tienen un centro de Salud para atención de primer nivel

Tabla 9 Análisis de los Servicios de Salud

| Localidad | Servicios de salud | Kilómetros/Tiempo/Costo de las localidades de acción intensiva a los Servicios de Salud |
|----------------------------|---|---|
| San Cristóbal de las Casas | Hospital de la mujer Hospital de las Culturas Centro de Salud San Cristóbal Hospital Ecatepec Centro de salud Los Pinos Clínica de la mujer San Cristóbal Clínica Esquipulas IMSS-Bienestar Clínica hospital ISSSTE | Localidad: Los Llanos Kilómetros: 21 Tiempo: 30 minutos Costos: 35 pesos por persona |
| Chalchihuitán | Hospital Básico Comunitario de Chalchihuitán | Localidad: Canalumtic Kilómetros: 11.1 km Tiempo: 20 minutos en carro, 2 horas caminando. Costos: 20 pesos por persona. Transporte escaso |
| Chenalhó | Centro de Salud Chenalhó | Localidad: Poconichim Kilómetros: 23 km Tiempo: 50 minutos Costos: 40 pesos por persona. Transporte escaso |
| | | Localidad: Naranjatik Alto Kilómetros: 23 km Tiempo: 50 minutos Costos: 40 pesos por persona. Transporte escaso |
| San Juan Chamula | Centro de Salud de Chamula | Localidad: Santa Ana Kilómetros: 7 km Tiempo: 15 minutos Costos: 20 pesos por persona |
| Teopisca | Centro de salud de Teopisca Hospital comunitario de Teopisca | Localidad: Chichihuitán Kilómetros: 18 km Tiempo: 42 minutos Costos: 30 pesos por persona. Transporte escaso. |

Fuente: Secretaría de Salud. 2018

Sin embargo, las localidades donde Sanando Heridas brinda consulta están alejadas del municipio, y el transporte es escaso, por lo que es difícil que se puedan atender en los centros de Salud y los Hospitales Básicos Comunitarios, además del gasto que implica el transporte para el traslado, que va desde los 20 pesos a 40 pesos por persona.

La mayoría de las localidades no tienen espacios adaptados para la consulta médica. En Naranjatik, Poconichim y Santa Ana se da la consulta en salones de la escuela primaria o de preescolar, Canalumtic y Los Llanos tienen un espacio adaptado para la consulta y solo Chichihuistán tiene una casa de Salud perteneciente a la secretaria de Salud.

Análisis de la sección dos

De acuerdo al análisis realizado en esta sección y la experiencia adquirida durante el año de Servicio Social en Sanando Heridas, podemos concluir que el concepto de Salud va más allá de la definición dada por diversas organizaciones internacionales y es vista de manera diferente por las poblaciones de diversas regiones. En la región de los Altos se relaciona estrechamente con las tradiciones culturales propias de los tzotziles, dogmas místicos y religiosos.

La Salud es considerada un derecho humano que engloba bienestar y equilibrio en diferentes áreas de la vida; el derecho a un trabajo seguro, a una alimentación de calidad, a una vivienda digna, a una educación eficiente, entre otras cosas. Por supuesto que en la región de los Altos no existen estos derechos o están presentes precariamente.

Los habitantes la mayoría de las veces no tienen un empleo seguro ni salarios dignos, hay desigualdad entre hombres y mujeres, las personas tienen que migrar a otros lugares para obtener una mejor calidad de vida que es difícil de conseguir. Esta inseguridad laboral impide el acceso a una vivienda digna, a una alimentación segura, y en general al derecho a la Salud.

Cabe mencionar que muchas comunidades están alejadas de los centros de Salud, tienen difícil acceso al transporte. Esto complica la movilidad de la población, lo que impide que reciban atención por el personal de Salud y también de otros servicios necesarios para vivir.

Además de la lejanía mencionada, los habitantes se sienten temerosos a la hora de intentar acceder a los servicios de Salud porque han sufrido rechazo, discriminación e indiferencia, lo que impide una relación eficiente entre el personal de Salud y los pacientes, causando que estos se sientan desconfiados a la hora de solicitar atención.

En definitiva, las poblaciones indígenas no confían en los servicios gubernamentales de Salud, con la enseñanza que obtiene el personal de Salud en las escuelas no se logra comprender y trascender la importancia de percepción y conocimiento sobre las enfermedades que tienen otras culturas.

La educación en la región de los Altos se centra principalmente en la educación básica, es decir preescolar, primaria y secundaria. En algunas comunidades solo es un requisito, es decir, no se presta atención al aprendizaje de los alumnos. Por el contrario, hay comunidades, hablando específicamente de Santa Ana, ubicada en el municipio de San Juan Chamula, donde asistir a la escuela es obligatorio; en caso de incumplir esta regla se aplica una multa a los tutores de los alumnos.

Es importante mencionar que el compromiso de los docentes hacia los niños es vital para su aprendizaje y en muchas ocasiones es la única forma de adquirir conocimiento e intentar mejorar su calidad de vida.

En la región de los Altos el concepto de vivienda digna es una utopía, las comunidades donde realicé mi servicio social no cumplen con los requerimientos establecidos para dicho concepto. Muchos hogares no cuentan con piso firme, techo de materiales perdurables, agua entubada ni acceso a drenaje.

Estas deficiencias en los hogares conllevan a altas tasas de morbilidad, sobre todo de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, que afectan directamente el crecimiento y desarrollo de los niños ocasionando en ellos desnutrición crónica.

Para finalizar el análisis de esta sección, es importante dimensionar la condición de vida en las comunidades de la región de los Altos de Chiapas, las carencias que existen en la educación, vivienda, falta de trabajo, dificultad para alimentarse con la canasta básica establecida por los Sistemas de Salud, la precariedad y las dificultades que presenta cada familia.

Sanando Heridas realiza acciones importantes en el área de la Salud, con el objetivo de mejorar de alguna forma la calidad de vida de una persona o de familias enteras dentro de las localidades.

Aún falta mucho por mejorar y avanzar para lograr condiciones de igualdad y equidad respecto a las comunidades indígenas, que esperemos vaya cambiando y mejorando con el paso del tiempo.

Por todo lo anterior, podemos concluir que aún falta mucho por hacer, lo importante es empezar por nosotros mismos, siendo empáticos, comprensivos y abiertos a la hora de tratar con los pacientes, respetando sus ideas, sus creencias, y la medicina tradicional que para ellos es parte de su cotidianidad para vivir.

Como personal de Salud ganamos en todos los aspectos al abrir nuestro panorama hacia otras culturas, que implica también aprender otra forma de vida, logrando mayor adherencia, confianza y comunicación con nuestros pacientes, mejorando el bienestar en su Salud y también enriqueciendo nuestro conocimiento y nuestra forma de percibir el mundo.

TERCERA PARTE

En esta sección se abordarán los objetivos del milenio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la importancia del Banco Mundial en la Salud. Se hablará sobre los programas de Salud vigentes durante el sexenio actual en México (2019-2024).

Posteriormente, se hará un análisis de diagnóstico comunitario en las localidades que atiende Sanando Heridas en el periodo del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2021. Este análisis se realizará mediante la plataforma de Salesforce, donde se lleva a cabo la captura de datos de todos los programas ejecutados por la fundación.

Finalmente, se concluirá de forma general el trabajo desarrollado a lo largo del año como médico pasante del Servicio Social.

Organización Mundial de la Salud y objetivos de desarrollo del milenio.

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los líderes mundiales a luchar contra los objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), estos objetivos son 8, que los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a alcanzar para el año 2015. Las metas a alcanzar son:

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

(OMC, 2015)

La OMS colabora con sus asociados en apoyo de los esfuerzos nacionales por alcanzar los ODM relacionados con la salud. Entre las actividades de la Organización se encuentran la formulación de directrices profilácticas y terapéuticas y otras normas y criterios mundiales; el análisis de los factores sociales y económicos y la identificación de los riesgos y oportunidades generales con respecto a la salud.

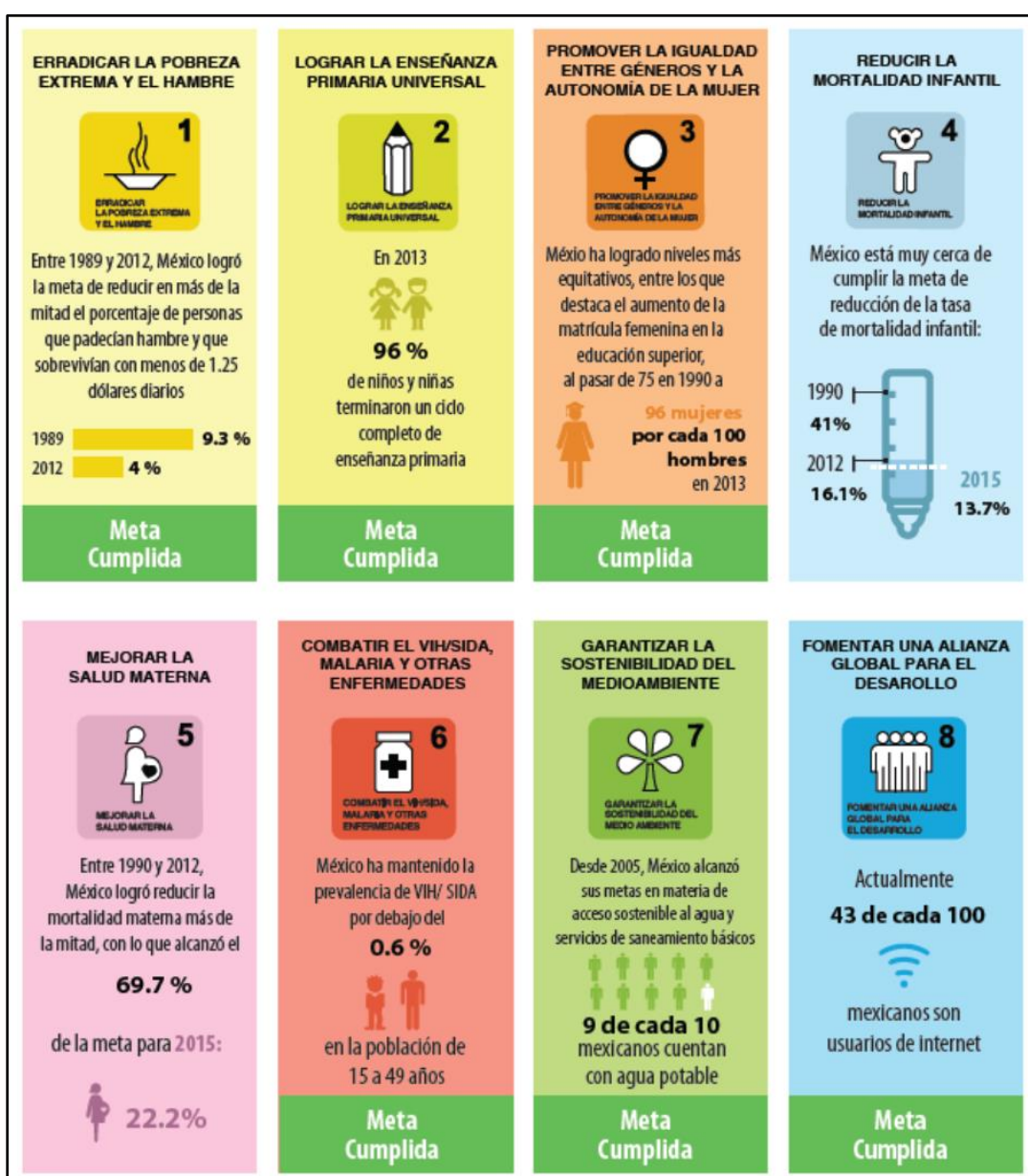
La OMS presta asistencia a las autoridades nacionales en la formulación de políticas y planes de salud, y ayuda a los gobiernos a colaborar con los asociados para el desarrollo en la armonización de la ayuda externa con las prioridades nacionales. Asimismo, recopila y difunde datos sobre la salud para que los países puedan

planificar el gasto sanitario y efectuar un seguimiento de los progresos. (OMS, 2018).

¿Cómo le fue a México con los objetivos de desarrollo del milenio?

México cumplió la mayoría de los objetivos al año 2015. De los 51 indicadores en los que se comprometió, se reportó un cumplimiento de 37, que representa el 72%. Los objetivos que no se cumplieron fueron reducir la mortalidad infantil y mejorar la Salud Materna (**figura 19**).

Figura 18 Objetivos del desarrollo del milenio, 2015.



Fuente: www.un.org

Desarrollo sostenible

En el año 2015, luego del cumplimiento del plazo de los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los Estados acordaron una nueva agenda para el desarrollo. La Agenda de Desarrollo 2030 es un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad. También tiene por objeto fortalecer la paz universal dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible se muestran en la **figura 20**. Estos objetivos tienen 169 metas y son de carácter integrado e indivisible, de alcance mundial y de aplicación universal, tienen en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada país y respetan sus políticas y prioridades nacionales.

1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
5. Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas
6. Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.
7. Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
9. Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
10. Reducir la desigualdad en y entre los países.
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos celebrados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).
14. Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener y revertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.

16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.
(ONU, s.f.)

Figura 19 Objetivos de desarrollo sostenible.



Fuente: www.un.org

El gobierno mexicano creó una Comisión Nacional para el seguimiento de la Agenda 2030 y en el Senado existen grupos de trabajo para asegurar su cumplimiento y ofrecer formas de sinergia entre las distintas dependencias gubernamentales, para beneficio de la población, especialmente de los grupos más vulnerables.

Banco Mundial

El Grupo Banco Mundial fue creado en 1944 y tiene su sede en la Ciudad de Washington. Está conformado por 189 países miembros; su personal proviene de más de 170 países, y tiene más de 130 oficinas en todo el mundo. Constituye una asociación mundial única: las cinco instituciones que lo integran trabajan en la búsqueda de soluciones sostenibles para reducir la pobreza y generar prosperidad compartida en los países en desarrollo.

El Grupo Banco Mundial trabaja en todas las principales esferas del desarrollo: proporciona una gran variedad de productos financieros y asistencia técnica, y ayuda a los países a enfrentar los desafíos mediante el intercambio de conocimiento de vanguardia y la aplicación de soluciones innovadoras.

Está conformado por cinco instituciones, estas son:

- BIRF: Banco Internacional de reconstrucción y fomento: Apoya la misión del Grupo Banco Mundial, proporcionando préstamos, garantías, productos de gestión de riesgos, y servicios de asesoría a los países de ingreso mediano y a los países de ingreso bajo con capacidad crediticia, y coordinando, además, las respuestas ante los desafíos mundiales y regionales.
- AIF: Asociación Internacional de Fomento: Es la entidad del Banco Mundial que presta ayuda a los países más pobres, busca reducir la pobreza a través de préstamos (denominados “créditos”) y donaciones destinadas a programas que contribuyen a fomentar el crecimiento económico, reducir las desigualdades y mejorar las condiciones de vida de la población.
- IFC: Corporación Financiera Internacional: Promueve el desarrollo económico y mejora las vidas de las personas al incentivar el crecimiento del sector privado en los países en desarrollo.
- MIGA: Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones: Nuestro mandato es promover la inversión transfronteriza en los países en desarrollo mediante la provisión de garantías (seguro contra riesgos políticos y mejora del crédito) a inversionistas y prestamistas.
- CIADI: Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas e Inversiones: Es la institución líder a nivel mundial dedicada al arreglo de diferencias relativas a inversiones internacionales. Los Estados han acordado que el CIADI sea el foro destinado al arreglo de diferencias entre inversionistas y Estados en la mayoría de los tratados internacionales de inversión, así como en numerosos contratos y legislación en materia de inversión.

(Banco Mundial, 2020)

La labor del Banco Mundial en México se organiza en torno a un modelo que ofrece soluciones integrales y personalizadas para el desarrollo mediante un paquete de herramientas financieras, de conocimiento y coordinación en todas las ramas de la institución.

El Marco de Alianza con México fue discutido por el directorio ejecutivo del Grupo del Banco Mundial el 27 de febrero de 2020, cubre un período de seis años (2020-2025) y alinea el trabajo del Banco Mundial al Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de México. Sus objetivos siguen siendo relevantes en el contexto actual, permitiendo ajustes flexibles y estratégicos para responder a los actuales choques de oferta y demanda. (Banco Mundial, 2020)

Banco Mundial y Salud

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 enfermedades no transmisibles, como el cáncer, las patologías cardiovasculares y la diabetes provocan el 70 % de las muertes a nivel mundial, la mayoría de las cuales se registra en países de ingreso bajo y mediano. Al mismo tiempo, y a pesar de los avances en la reducción de la carga de estas enfermedades, en muchos sitios las tasas de malnutrición siguen siendo elevadas, y los servicios de salud sexual y reproductiva y las medidas para luchar contra la mortalidad materna son insuficientes. (Banco Mundial, 2020)

Si bien la incidencia de las enfermedades infecciosas ha disminuido desde el año 2000, estas siguen generando costos importantes para la economía y la salud. Los sistemas sanitarios de muchos países se enfrentan a diversas dificultades, el envejecimiento de la población y la carga cada vez mayor de afecciones relacionadas con el estilo de vida.

El GBM trabaja para ayudar a construir sociedades más sanas y equitativas, así como para mejorar el desempeño fiscal y la competitividad de los países. El GBM concentra sus inversiones e investigaciones en el sector de la salud en esferas que son especialmente importantes para ayudar a los países a lograr la cobertura sanitaria universal antes de 2030, trabajando estrechamente con donantes, asociados para el desarrollo, Gobiernos y el sector privado. Algunas de estas esferas de interés son:

- Poner fin a la mortalidad materna e infantil en casos prevenibles
- Reducir el retraso del crecimiento y mejorar la nutrición de bebés y niños.
- Fortalecer los sistemas de salud y el financiamiento para el sector.
- Garantizar la preparación y respuesta en casos de pandemias.
- Promover la salud y los derechos reproductivos y sexuales.

- Prevenir y tratar las enfermedades transmisibles.

(Banco Mundial, 2020)

De acuerdo al análisis realizado en la segunda sección del diagnóstico comunitario de Chiapas, específicamente de la región de los Altos, no existe el apoyo que el Banco Mundial de la Salud ha dado para mejorar la calidad de vida de las personas, no hay asequibilidad ni atención gratuita para todos los habitantes de la región.

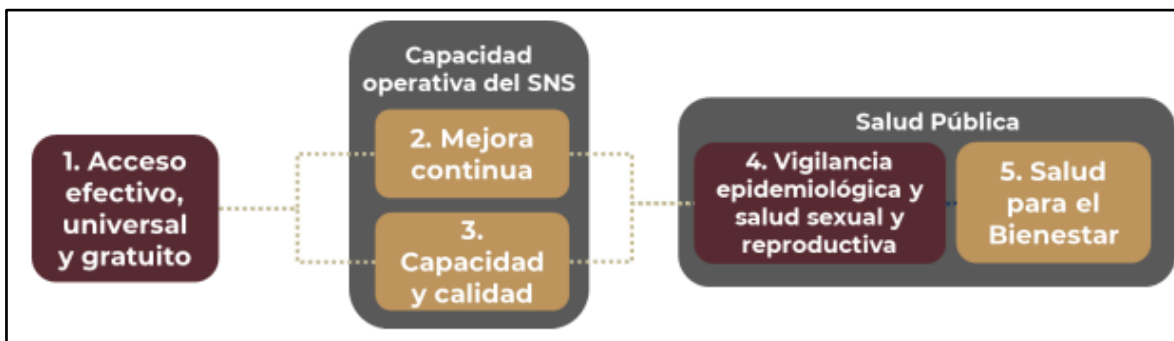
A pesar de los convenios que tiene con muchos países, incluidos México, no se logran reflejar cambios en las comunidades más aisladas del país, donde las tasas de morbilidad de enfermedades transmisibles siguen siendo altas y, de igual forma, aún sigue prevaleciendo la mortalidad materna, que es uno de los ejes más importante en los objetivos del desarrollo del milenio.

Programas de Salud en el periodo de 2019-2024

La elaboración del Programa Sectorial de Salud parte de la necesidad de disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de todos los mexicanos a servicios de salud de calidad: a la promoción, la prevención, la detección y tratamiento oportunos, la rehabilitación y el camino al bienestar. (Secretaría de Salud, 2019)

Teniendo como objetivo prioritario el acceso efectivo, universal y gratuito a la salud, se desprenden cuatro objetivos adicionales: el primero corresponde a la transformación del sistema de acuerdo con una visión moderna de la salud pública, el segundo y el tercero al fortalecimiento en procesos y recursos que amplíen la capacidad operativa y el último se relaciona con la atención a la salud y el bienestar de la población, como se representa en la **figura 21**.

Figura 20 Programa Sectorial de Salud.



Fuente: secretaria de Salud 2019

El Programa Sectorial de Salud contempla cinco objetivos prioritarios y 26 estrategias prioritarias que se describirán en esta sección.

Acceso efectivo, universal y gratuito.

Garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud, para las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE, en especial a grupos en situación de vulnerabilidad marginación o discriminación. (Secretaría de Salud, 2019)

Estrategia 1: Se creará el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), para ampliar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, priorizando a grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

Estrategia 2: Asegurar el acceso a Servicios de Salud y Medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral y dando prioridad a la población de las regiones de muy alta o alta marginación.

Estrategia 3: Fortalecer los programas de atención universal para la cobertura y acceso a la población.

Estrategia 4: Mejorar la atención especializada de la población no derechohabiente priorizando a grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

Estrategia 5: Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGTBTTI, adultos mayores, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afroamericanas.

Estrategia 6: Fortalecer los mecanismos relacionados con la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos en beneficio de la población en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación. (Secretaría de Salud, 2019)

El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos. La atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano. (PND). (Secretaría de Salud, 2020)

Se contará con un Sistema Nacional de Salud Universal eficiente, inclusivo, accesible y sostenible, diseñado con base en un enfoque de derechos humanos. Dicho sistema atenderá las particularidades sociales, económicas, demográficas y regionales de la población, asegurando el goce más pleno posible de bienestar físico, mental y social de todas y todos los mexicanos.

Mejora continua del Sistema Nacional de Salud

Mejorar la organización y los procesos del sistema nacional de salud para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que priorice a los grupos históricamente discriminados, en desventaja en el ejercicio de sus derechos o en territorios con alta marginación.

Estrategia 1: Instrumentar un nuevo modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-I, para garantizar el acceso oportuno de la población a los servicios de salud.

Estrategia 2: Implementar un sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención que permita el acceso a la consulta de especialidad, hospitalización y cirugía dando prioridad a las regiones con menores servicios de salud, los estados más pobres y donde los servicios se hayan federalizado.

Estrategia 3: Fortalecer un modelo de atención integral y asistencia social para la optimización de los recursos, eficiencia en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social.

Estrategia 4: Consolidar un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud, particularmente de la población en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

Estrategia 5: Consolidar los mecanismos y procedimientos, orientados a la atención, bajo un enfoque de interculturalidad y sin discriminación para proporcionar atención adecuada y digna a mujeres víctimas de violencia, las comunidades indígenas y otros grupos históricamente discriminados. (Secretaría de Salud, 2020).

La transformación del sistema tiene como pilares el acceso universal de los servicios de Salud y medicamentos gratuitos a toda la población, el modelo de Atención Primaria de la Salud Integral (APS-I), la reorganización y regulación sanitaria, el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional e impulso a la investigación. (Secretaría de Salud, 2020)

El primer nivel es el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes. Dentro de las actividades que realiza están la educación en salud, educación nutricional, atención desde las afecciones respiratorias y gastrointestinales, entre los malestares más comunes, a un amplio universo de acciones de prevención y alertamiento de enfermedades endémicas, etc.

Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud

Garantizar a la población servicios de salud y asistencia social con capacidad técnica, habilidad profesional y calidad médica bajo los principios de pertinencia cultural y trato no discriminatorio.

Estrategia 1: Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, considerando las necesidades en cada comunidad.

Estrategia 2: Desarrollar e implementar estrategias integrales para garantizar la suficiencia, formación y profesionalización del personal encargado de otorgar los servicios de salud y asistencia social, bajo un enfoque humanista, multicultural y sensible al ciclo de vida de la población atendida.

Estrategia 3: Mejorar y ampliar la infraestructura y equipamiento de salud, generando condiciones adecuadas y accesibles para brindar servicios de calidad a toda la población en todos los niveles de atención.

Estrategia 4: Modernizar el sistema de información y comunicación con el propósito de garantizar información confiable y oportuna que facilite las decisiones en política pública, anticipe las necesidades de la población y favorezca la pertinencia cultural en el Sistema Nacional de Salud.

Estrategia 5: Garantizar el uso transparente, eficaz y eficiente de los recursos financieros con énfasis en la ética institucional y el combate permanente a la corrupción. (Secretaría de Salud, 2019)

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. (Secretaría de Salud, 2020)

Debe de haber un médico general de base para una población definida en un lugar establecido, acceso y atención de calidad a los servicios primarios. De igual forma, es fundamental contar con un sistema de referencia y contrarreferencia eficaz, eficiente y de calidad para lograr las estrategias descritas y en beneficio de la población.

Vigilancia epidemiológica

Orientar las estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.

Estrategia 1: Fortalecer la vigilancia sanitaria con base en la investigación científica y articulación de esfuerzos interinstitucionales para anticipar las necesidades y requerimientos desde una perspectiva territorial, epidemiológica y sensible a las condiciones críticas o de emergencia.

Estrategia 2: Fortalecer los mecanismos para normar y controlar las condiciones sanitarias tendientes a la reducción de riesgos a la salud, con énfasis en la población en condición de vulnerabilidad, marginación o en desventaja en el ejercicio de sus derechos.

Estrategia 3: Promover ambientes sanos y sustentables con impacto favorable en las condiciones ambientales que permitan un disfrute pleno de la salud.

Estrategia 4: Fortalecer la investigación y la promoción sobre estilos de vida saludable para concientizar y prevenir a la población sobre los riesgos para la salud considerando la diversidad cultural, el ciclo de vida y la perspectiva de género.

Estrategia 5: Garantizar el acceso a los servicios de salud en materia de derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Estrategia 6: Implementar programas para la prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual que garantice un trato digno, incluyente y no discriminatorio con perspectiva de género y pertinencia cultural. (Secretaría de Salud, 2019)

Cabe mencionar que, en el país existen diferencias en el acceso y control de los servicios de salud, lo que ha incrementado las brechas de desigualdad en salud, resaltando de forma exponencial grupos específicos como migrantes, indígenas, afrodescendientes, de la diversidad sexual y cultural, entre otros. Ello fomenta la discriminación y exclusión de estos grupos

La nueva agenda de desarrollo sostenible en la cual se establecen un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, es una responsabilidad de los gobiernos, los sectores y la población en su conjunto. Muchos de estos objetivos están vinculados estrechamente a la salud por lo que se deben realizar mayores esfuerzos para coadyuvar en el cumplimiento de los mismos para el 2030.

Salud y bienestar

Fomentar condiciones que procuren la calidad de vida de la población bajo un enfoque integral, a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud, así como el tratamiento y control de las enfermedades, especialmente las de mayor impacto en la población.

Estrategia 1: Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad en servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, con énfasis en la atención primaria, bajo los principios de no discriminación, trato digno e inclusión.

Estrategia 2: Mejorar los servicios de salud y asistencia social que procure, el desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos, equidad de género y sensible al ciclo de vida.

Estrategia 3: Promover la calidad de vida y salud integral de las mujeres mediante la mejora de los servicios de salud y asistencia social brindada desde una perspectiva de género, en igualdad de oportunidades, sensible al ciclo de vida y con pertinencia cultural.

Estrategia 4: Garantizar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y de atención integral para los trastornos mentales y problemas relacionados con el uso de sustancias especialmente a población afectada en situaciones de desastres naturales, emergencia humanitaria, violencias o migración.

México se encuentra ante un grave problema de salud pública, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas son ya una pandemia que afecta tanto a la salud individual y poblacional afectando directamente la productividad, economía y bienestar del país.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), en particular el cáncer y las cardio-metabólicas como enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y diabetes tipo 2, son sin duda el principal reto para el sistema de salud de nuestro país, tanto por su magnitud como el gran impacto en mortalidad prematura y deterioro de la calidad de vida y los costos de atención de sus complicaciones.

Sanando Heridas A.C

De aquí en adelante, hablaremos de los programas, datos y resultados de Sanando Heridas en el periodo comprendido del 01 febrero de 2020 al 31 de enero de 2021.

Programas de Sanando Heridas

Los programas que se desarrollan en la organización son los siguientes:

1. Educando
2. Gestión para la atención médica
3. Consulta médica en la clínica de San Cristóbal

4. Consulta médica en la Comunidad
5. Grupos de vigilancia
 - ✓ Crecimiento y desarrollo
 - ✓ Vigilancia del embarazo, parto y puerperio
 - ✓ Planificación familiar

Hay una clasificación interna en la asociación que agrupa las enfermedades en diferentes áreas para facilitar el análisis y captura de datos. Dicha clasificación se anexará al final de este documento. Cabe mencionar que dicha clasificación ha presentado cambios respecto a los datos obtenidos de la plataforma de Salesforce, debido a cambios internos en la organización de Sanando Heridas.

Educando

Es un programa que está a cargo del equipo de educación, se encargan de llevar a cabo actividades para educar a la población en temas importantes y relevantes del área de la Salud en las localidades de acción intensiva (LAI). En algunas ocasiones, hay actividades que se coordinan junto con el equipo de Salud. Como pasante del Servicio Social mis actividades fueron limitadas en este programa.

Objetivo

Fortalecer las actitudes, hábitos y conocimientos para una vida saludable de las LAI con alumnos de preescolar, primaria, secundaria y madres de familia.

Metas

Tabla 10 Metas del programa educando

| Indicador | Meta |
|--|---|
| Porcentaje de estrategias cumplidas en el área de educación y Salud | 100% de las estrategias cumplidas en el área de educación y Salud |

Estrategias

- Estrategia 1: Ciclo formativo de educación en Salud
- Estrategia 2: Talleres de salud reproductiva con jóvenes (hombres y mujeres) de secundarias
- Estrategia 3: Producción de materiales didácticos sobre la Salud comunitarias.
- Estrategia 4: Talleres de Salud para promotores de salud y grupos organizados aliados de Sanando Heridas (Sanando Heridas, 2020)

Actividades

- Realizar 44 talleres en preescolar, primaria y secundaria con diversos materiales didácticos en español y tzotzil
- Realizar 30 talleres con promotores de Salud y asociaciones vinculadas
- Realizar 4 cortometrajes con temas de nutrición y lavado de manos en español y tzotzil; 1 video doblado al tzotzil sobre el contagio y la prevención del nuevo coronavirus, 3 canciones creadas sobre nutrición e higiene dental.
- Realizar 4 materiales de apoyo para los talleres de Salud sobre enfermedades respiratorias e infecciosas
- Crear 9,900 materiales de difusión (folletos, trípticos) para las LAI y población general.

Resultados

Los talleres en las escuelas reportados se hicieron en el transcurso de febrero 2020 a enero 2021, sin embargo, estos talleres se suspendieron en el periodo de abril a julio por la aparición de la pandemia por Covid-19 en el país y por la suspensión de clases presenciales. El equipo de educación junto con el de Salud se enfocó en la difusión de información sobre el Covid-19 para las LAI y el público en general.

Tabla 11 Talleres febrero-marzo 2020.

| Nombre del municipio | Nombre de la comunidad | Tipo de taller | Tema | Número de talleres | Número de hombres | Número de mujeres | Número total de participantes |
|----------------------|------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| Chamula | Santa Ana | Primaria | Nutrición I | 6 | 102 | 98 | 200 |
| Chamula | Santa Ana | Preescolar | Nutrición I | 3 | 50 | 45 | 95 |
| Chalchihuitán | Canalumtic | Preescolar | Salud bucal | 1 | 11 | 13 | 24 |
| Chalchihuitán | Canalumtic | Primaria | Salud bucal | 12 | 122 | 128 | 250 |
| Chamula | Santa Ana | Primaria | Salud bucal | 12 | 224 | 210 | 434 |
| Teopisca | Chichihuitán | Secundaria | Métodos de planificación familiar | 4 | 18 | 16 | 34 |
| Chalchihuitán | Canalumtic | Preescolar | Salud bucal | 2 | 41 | 32 | 73 |
| Chamula | Santa Ana | Primaria | Lavado de manos 2 | 4 | 90 | 98 | 188 |
| TOTAL | | | | 44 | 658 | 640 | 1298 |

Fuente: Datos obtenidos en la plataforma Salesforce.

Como se muestra en la **tabla 11**, durante el periodo de febrero a marzo de 2020, se realizaron 44 talleres con 1298 participantes en total. Los talleres fueron en Santa

Ana, Canalumtic y Chichihuistán. Los temas impartidos en estas localidades fueron nutrición, salud bucal, métodos de planificación familiar y lavado de manos.

A partir del mes de abril el equipo de educación se dedicó principalmente a llevar información sobre la pandemia, compartiendo las medidas de prevención.

En el mes de agosto se implementaron talleres para promotores de Salud que estuvieran interesados en adquirir conocimientos de las enfermedades más comunes en sus comunidades.

Los talleres se iniciaron en el mes de agosto en la clínica de San Cristóbal de las Casas, posteriormente se ampliaron a Poconichim, comunidad donde la población estuvo interesada en aprender y ampliar sus conocimientos.

Tabla 12 Talleres para promotores de salud, agosto-enero 2021.

| Nombre del municipio | Nombre de la comunidad | Tipo de taller | Tema | No. Talleres | No. Hombres | No. Mujeres | No. Total de participantes |
|----------------------|------------------------|---------------------|--|--------------|-------------|-------------|----------------------------|
| SCLC | SCLC | Promotores de salud | Enfermedades respiratorias agudas | 7 | 20 | 86 | 106 |
| SCLC | SCLC | Promotores de Salud | Signos vitales | 4 | 12 | 28 | 40 |
| SCLC | SCLC | Promotores de Salud | Infecciones gastrointestinales y del aparato digestivo | 6 | 22 | 30 | 52 |
| Chenalhó | Chenalhó | Promotores de Salud | Infecciones gastrointestinales y del aparato digestivo | 4 | 15 | 25 | 40 |
| Chenalhó | Chenalhó | Promotores de Salud | Estructura y función del aparato respiratorio y signos vitales | 2 | 20 | 22 | 42 |
| TOTAL | | | | 23 | 89 | 191 | 280 |

Fuente: Datos obtenidos en la plataforma Salesforce.

Como se observa en la **tabla 12**, se impartieron un total de 23 talleres para promotores de Salud en San Cristóbal de las Casas y Poconichim, donde asistieron 280 personas en total. Los temas impartidos se enfocaron en enfermedades respiratorias, signos vitales e infecciones gastrointestinales.

Como pasante del Servicio Social se tiene poco contacto con el equipo de educación, sin embargo, el área de la Salud participó en los temas impartidos en los talleres en San Cristóbal de las Casas. Los promotores expresaban entusiasmo al aprender y comprender nuevos temas, se sentían preparados para atender a su comunidad en caso de que así lo necesitaran (**figura 22 y 23**).

Figura 21 Taller promotores de la salud.



Fuente: Fotografía tomada por equipo operativo de Sanando Heridas.

Figura 22. Taller de promotores de la Salud



Fuente: Fotografía tomada por equipo operativo de Sanando Heridas.

Coherencia

Educando forma un papel fundamental en Sanando Heridas, al informar y educar a la población de las LAI en temas primordiales que contribuyen al bienestar y la salud. Esta enseñanza empieza desde el preescolar hasta los estudiantes de secundaria y además incluye a las madres de familia.

Los temas que se abordan primordialmente son los relacionados con la prevención, la importancia de la higiene, desinfección de los alimentos, salud sexual y reproductiva, que tiene la finalidad de evitar enfermedades prevenibles.

Durante la aparición de la pandemia, educando se encargó de la distribución de información oficial y más fidedigna a la realidad en las LAI sobre el COVID-19, además se implementaron talleres para los promotores de las localidades de acción intensiva con la finalidad de ampliar el conocimiento en beneficio de su población.

Los programas de capacitación fueron un programa piloto que surgió a raíz de la pandemia, por lo que se fue implementando de acuerdo a la respuesta de las localidades. Los talleres educativos se programan cada 4 meses, por lo que se lograron llevar a cabo 92% de los talleres antes del cierre de las escuelas.

Todo el material informativo logró repartirse de forma oportuna en los lugares donde se tenía previsto, que fueron primordialmente los centros de salud de los municipios más cercanos hablantes de la lengua tzotzil, las localidades de acción intensiva y a los ayuntamientos de municipios cercanos a San Cristóbal de las Casas.

De acuerdo a lo ya mencionado, este programa cumplió un 95% con las metas y acciones de acuerdo a lo establecido en el plan de desarrollo.

El objetivo de educar a la población en temas de salud se cumple, niños, adolescentes y madres de familia han aprendido sobre diferentes temas, como higiene de manos, salud dental, educación sexual, lactancia materna, y la importancia de la nutrición con los recursos de la región para ayudar a mejorar el bienestar de cada familia.

Gestión para la atención médica

Este programa se encarga de realizar actividades administrativas para las comunidades y otorga acompañamiento a pacientes que necesitan atención especializada en segundo o tercer nivel.

Objetivos

Referir a segundo o tercer nivel a los pacientes que lo requieran y proporcionar acompañamiento en la atención de los mismos en servicios públicos o privados.

Metas

Tabla 13 Metas

| Indicador | Meta |
|---|---|
| Porcentaje de gestiones médicas realizadas | 70% de las gestiones médicas se realizan |
| Porcentaje de pacientes que requieren traducción en lengua materna en la gestión médica. | 100% de los pacientes que requieren acciones de gestión médica tengan traducción en lengua materna. |

(Sanando Heridas, 2020)

Las metas que se muestran en la **tabla 13** son cualitativas, este programa no busca tener un número de gestiones en determinado tiempo, más bien, se enfoca en proporcionar atención y acompañamiento a los pacientes que requieran servicios de Salud en segundo y tercer nivel.

El acompañamiento debe ser siempre con respeto y en lengua materna, generando confianza en el paciente para que la interacción sea más fácil, amena y eficiente entre los servicios de segundo y/o tercer nivel.

Estrategias

Mediante la consulta médica en las LAI se identifica a los pacientes que requieran atención especializada por alguna patología que impacte en su calidad de vida, esto con el fin de buscar una solución al problema.

Actividades

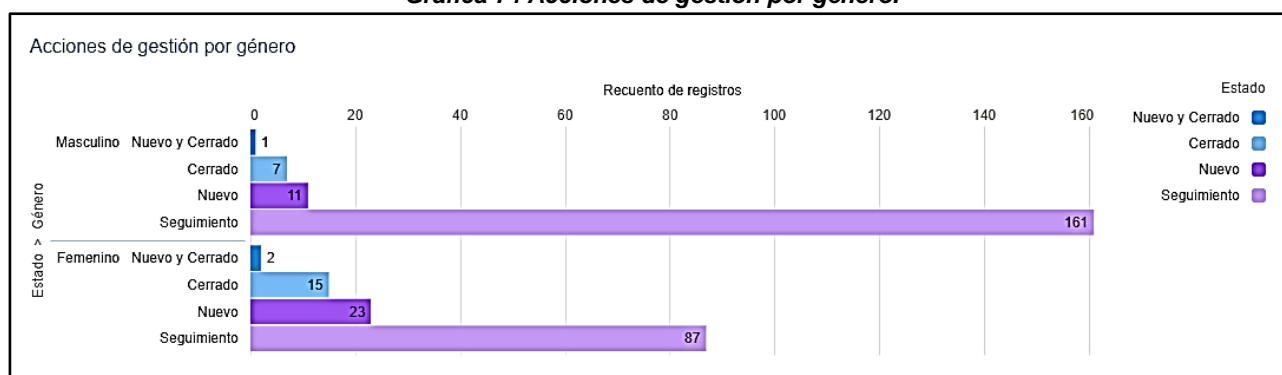
- Realizar la referencia a segundo nivel de atención
- Acompañamiento a hospitales de segundo o tercer nivel para la consulta médica con el especialista requerido.
- Acompañamiento a toma de laboratorios o estudios de gabinete en instituciones públicas o privadas.
- Traducción en lengua materna a los pacientes en caso de ser necesario.
- Seguimiento de trámites administrativos en las instituciones, ya sea presencial o por medio de llamadas telefónicas.
- Proporcionar recursos económicos para gastos de transporte, realización de estudios de laboratorio y gabinete, hospitalización, hospedaje y alimentación en caso de ser necesario.

Estas actividades las puede realizar cualquier persona que conforme el equipo de Sanando Heridas, personal administrativo, personal de educación y el personal de Salud.

Resultados

Se realizaron 307 de 315 acciones de gestión médica en el periodo del 1 de febrero del 2020 al 31 de enero de 2021. Estas acciones se ven representadas en la **gráfica 74**.

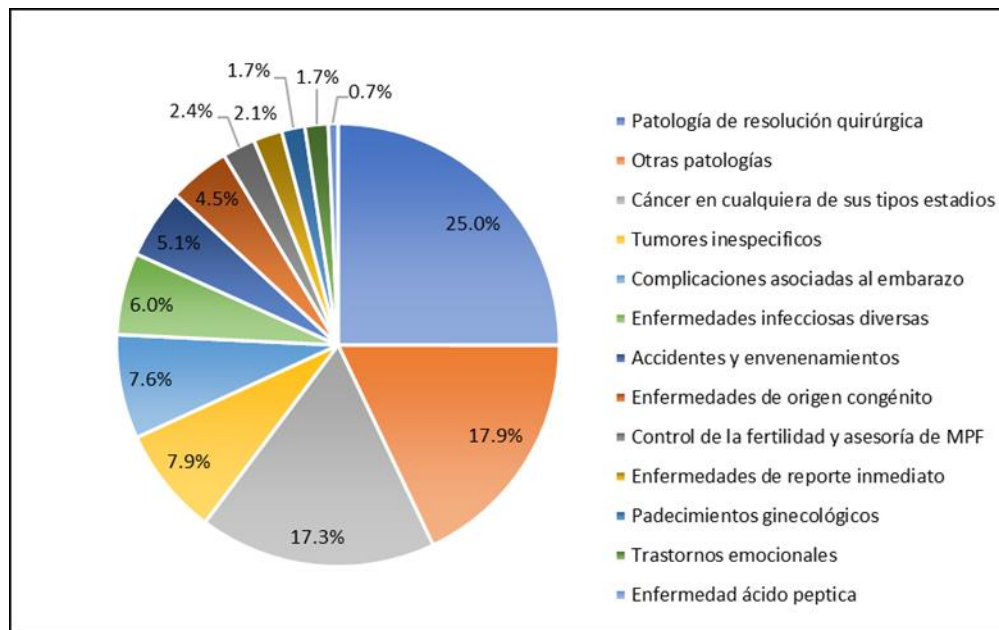
Gráfica 74 Acciones de gestión por género.



Como se observa, el total de gestiones durante este periodo fueron de 307, que se dividen entre mujeres (127) y hombres (180). Estas se clasifican en “nuevo” que son las gestiones de primera vez; las de “seguimiento” que son las acciones de gestión subsecuentes; “cerrado” cuando esa gestión ha concluido ya sea por la resolución del problema o por abandono voluntario del paciente; y las de “nuevo y cerrado” que consisten en acciones de una sola vez.

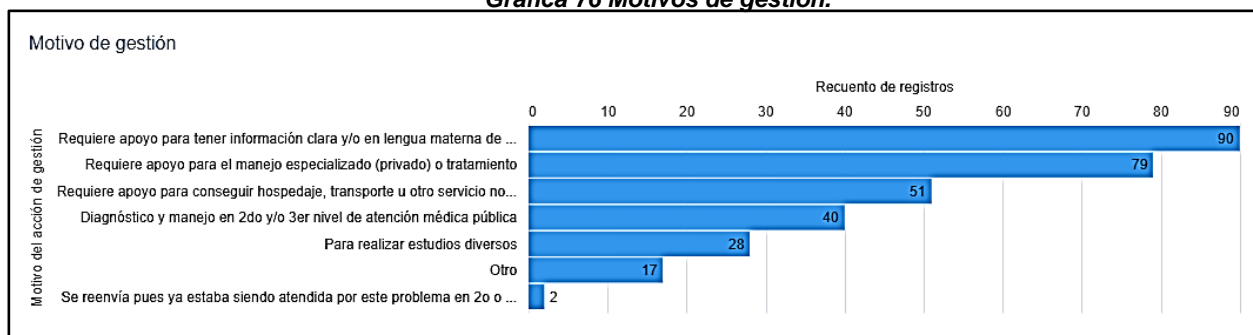
Durante el periodo 2020-2021 la causa más común de diagnóstico fue patología de resolución quirúrgica, seguido de otras patologías y cáncer en cualquiera de sus tipos o estadios. Los resultados se pueden ver en la **gráfica 75**.

Gráfica 75 Diagnósticos realizados en el periodo 2020-2021.



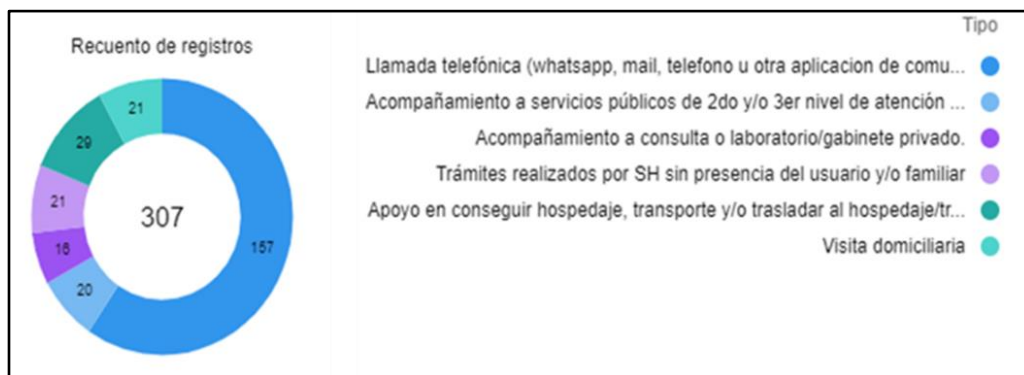
Todas las gestiones tienen un motivo, en la **gráfica 76** se pueden ver las más frecuentes durante el año de servicio social, las cuales fueron apoyo para tener acceso a información clara y/o en lengua materna, apoyo para manejo especializado o tratamiento, apoyo para conseguir hospedaje, transporte u otro servicio y apoyo para diagnóstico y manejo en segundo y/o tercer nivel.

Gráfica 76 Motivos de gestión.



Los tipos de gestión durante el periodo 2020-2021 se analizan en la **gráfica 77** fueron 157 acciones de llamadas telefónicas, WhatsApp o algún otro medio de comunicación, 29 acciones de apoyo para conseguir hospedaje, transporte o traslado, 21 trámites realizados por SH sin presencia del paciente o familiar, 21 visitas domiciliarias, 20 acompañamientos a servicios públicos de segundo o tercer nivel de atención, 16 acompañamientos a consulta o laboratorio/gabinete privado.

Gráfica 77 Tipos de gestión.



Durante este periodo, las llamadas telefónicas fueron el mayor tipo gestiones representando un 51% del total, esto debido a la pandemia que surgió durante este año, donde se cancelaron la mayoría de las citas y actividades presenciales.

Gastos totales por acción de gestión

34,938.4

El gasto realizado en las gestiones médicas de febrero de 2020 a enero de 2021 asciende a treinta y cuatro mil novecientos treinta y ocho pesos, estos gastos no son reintegrados a Sanando Heridas, más bien, es una donación de la fundación para los pacientes que lo necesitan.

Promedio de gastos por usuario de gestión

794.1

Del gasto total de las gestiones, divide entre los 44 pacientes a los que se les realizó una o más gestiones, el promedio es de setecientos noventa y cuatro pesos por paciente.

113.8

El promedio de gastos por acción de gestión obtenido del total de gastos (34,938 pesos) entre el total de acciones (307) es de 113 pesos.

En la **gráfica 78** se observa que el avance de las gestiones es del 96%, es decir, las gestiones que se han logrado satisfactoriamente.

Gráfica 78 Avance eficaz de las gestiones.



Coherencia

Este programa es de vital importancia dentro de la fundación, permite que los pacientes que requieran atención especializada tengan acceso a ella, rompe las barreras que existen para que esta atención se lleve a cabo, desde el acompañamiento, referencias realizadas a segundo o tercer nivel de atención médica, traducción a lengua materna (tsotsil) de toda la información que el paciente necesite saber, hasta el costeo de hospedaje, transporte, estudios de laboratorio y gabinete en caso de que así se requiera.

Permite que las personas en situación vulnerable o de riesgo tengan facilidad al acceso de atención que el paciente necesita, proporcionándole el mayor bienestar posible que todo individuo necesita para alcanzar la Salud.

El objetivo y las 2 metas principales se cumplen, 97 % de las gestiones médicas se realizan, es decir, que se lograron hacer las gestiones, desde una llamada telefónica a una institución para agendar alguna consulta o realización de estudios, acompañamiento a servicios públicos o privados como traductor, apoyo económico

para hospedaje, transporte, laboratorios, estudios de imagen, entre otros, siendo mayor del 70% que se describen en la meta.

El 97% de las gestiones que requieren atención médica tienen traducción a lengua materna. El 3% restante corresponde a los pacientes que requieren una gestión, pero por cuestiones familiares o de alguna otra índole no deciden iniciar con el proceso para la resolución de la patología que los aqueja.

Consulta médica en la clínica de San Cristóbal de las Casas

Este se lleva a cabo en la clínica de San Cristóbal, ubicado dentro de las instalaciones de la fundación León XIII. Aquí se brinda consulta a pacientes de las localidades de acción intensiva, que no puedan esperar hasta la siguiente consulta programada en dicha localidad. De igual manera, se brinda atención a pacientes de otras localidades y también a la población de San Cristóbal que requiera la atención. Se cobra una cuota de recuperación que incluye la consulta médica y los medicamentos que el paciente necesite.

También, en la clínica se llevan a cabo algunos procedimientos que no pueden realizarse en las comunidades, y en caso de requerir la referencia a otro nivel de atención se realiza el envío.

Objetivos

Proporcionar consulta médica integral, mejorar el estado de Salud de los pacientes de las localidades de acción intensiva (LAI) y de San Cristóbal de las casas, de enfermedades tratables y prevenibles. (Sanando Heridas, 2020)

Metas

Tabla 14 Metas

| Indicador | Meta |
|---|---|
| Porcentaje de grupos de diagnósticos generales de la consulta médica en la clínica | 100% de los diagnósticos se agrupan en grupos de padecimientos detectados en la consulta médica |

Estrategias

- Consulta médica integral en la clínica con enfoque de derechos y atención primaria, en lengua materna.
- Atención a pacientes de San Cristóbal de las Casas, de las localidades de acción intensiva (LAI) y de otras localidades que así lo requieran.
- Farmacia con cuadro básico de medicamentos, con la finalidad de aminorar los gastos del paciente.

(Sanando Heridas, 2020)

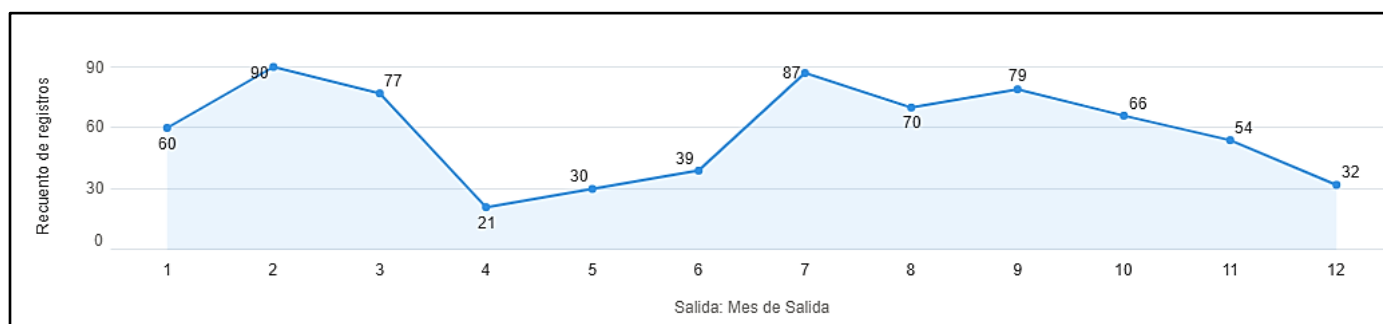
Actividades

- Signos vitales y cribado de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus.
- Registro de datos y creación de carpeta para los pacientes de primera vez.
- Historia clínica para los pacientes que acuden a consulta por primera vez.
- Consultas a pacientes subsecuentes que acuden esporádicamente o los que llegan subsecuentemente por enfermedades crónico-degenerativas.
- Diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías a cargo del médico pasante y enfermería
- Traducción a lengua materna en la consulta en caso de así requerirlo.
- Referencia a segundo nivel si así lo amerita.

Resultados

El total de consultas registradas en la clínica de Sanando Heridas del periodo del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero del 2021 fue de 705, que se distribuyen a lo largo del año como se observa en la **gráfica 79**.

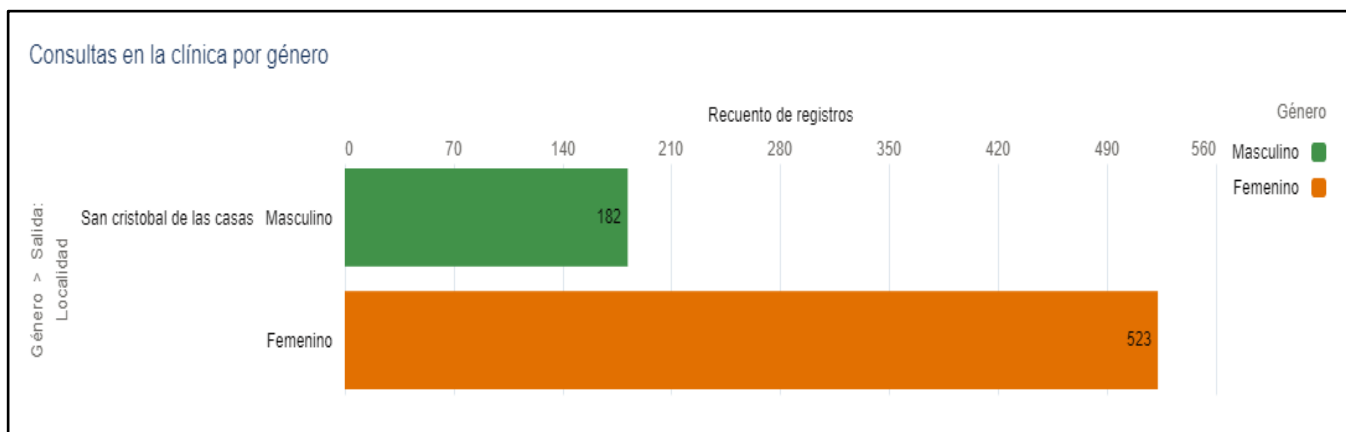
Gráfica 79 Consultas por mes en la clínica.



En la gráfica se observan el número de consultas por mes durante el año 2020, el mes donde se registraron más consultas fue en febrero; en abril, mayo y junio se ve drásticamente la disminución de consultas, debido al inicio de la pandemia por COVID-19, es importante mencionar que Sanando Heridas suspendió las consultas durante el mes de abril por la contingencia a nivel nacional.

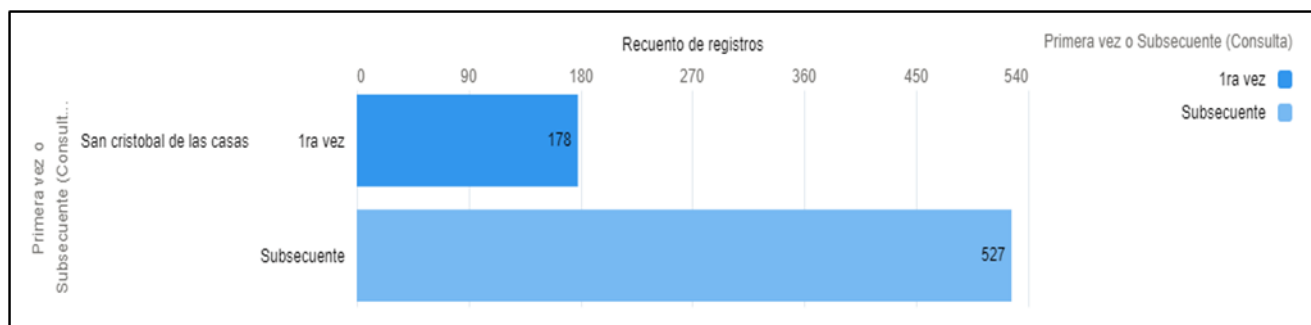
En la **gráfica 80** se observan las consultas registradas, 523 (74%) fueron a mujeres y 182 (26%) fueron hombres. Por el horario de la consulta y otros factores, predominan pacientes mujeres y niños.

Gráfica 80 Consultas en la clínica por género.



Las consultas de primera vez registradas durante este año fueron 178 (25%) y las consultas subsecuentes capturadas fueron 527 (75%), es decir, los pacientes que ya tienen un historial clínico en Sanando Heridas. Estos datos se pueden observar en la **gráfica 81**.

Gráfica 81 Consultas en la clínica 1ra. vez/subsecuentes.



Coherencia

La consulta médica en la clínica cumple una función importante, se encarga de dar atención médica a la población de las localidades de acción intensiva (LAI) que no puedan esperar a la siguiente consulta programada en las comunidades, y también brinda atención a pacientes de otras comunidades, inclusive de San Cristóbal de las Casas.

La clínica cuenta con todos los medios para otorgar la consulta y dar una atención eficiente a la mayoría de las enfermedades tratadas en el primer nivel de atención, puesto que cuenta con un médico pasante, una enfermera con habilidad de traducir a lengua materna generando un entorno de confianza entre el médico y el paciente,

así como una farmacia propia con el cuadro básico de medicamentos. Esto permite que la consulta brindada sea asequible, empática y eficiente.

Consulta médica en la Comunidad

La consulta en las localidades de acción intensiva (LAI) es la base de Sanando Heridas. Consiste en brindar atención médica de martes a jueves en 6 comunidades pertenecientes a 5 municipios distintos, que son:

- Canalumtic: Municipio de Chalchihuitán
- Poconichim y Naranjatik Alto: Municipio de Chenalhó
- Los Llanos: Municipio de San Cristóbal de las Casas
- Santa Ana: Municipio de San Juan Chamula
- Chichihuistán: Municipio de Teopisca

Objetivos

- ✓ Otorgar consulta médica en localidades que no tienen ningún servicio de Salud, ya sea por cuestiones económicas o por ubicación geográfica.
- ✓ Brindar atención de primer nivel, fomentando estilos de vida más saludables sin ningún costo.
- ✓ Promover medidas higiénico dietéticas para la prevención de enfermedades transmisibles y prevenibles.

Metas

Tabla 15 Metas

| Indicador | Meta |
|--|---|
| Porcentaje de grupos de diagnósticos generales de la consulta médica en las localidades de acción intensiva (LAI) | 100% de los diagnósticos se agrupan en grupos de padecimientos detectados en la consulta médica |

Estrategias

Las localidades de acción intensiva son seleccionadas por Sanando Heridas y un contacto de confianza en dicha localidad, de esta manera se entabla diálogo con los agentes de las comunidades para llegar a un acuerdo de un trabajo colectivo.

Estrecha relación y contacto con los líderes comunitarios para poder trabajar en beneficio de la población y de la localidad.

Actividades

- Montar el consultorio ambulatorio en el área asignada
- Lista de pacientes a recibir durante la consulta médica en la jornada laboral
- Cribado de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus en pacientes adultos y con factores de riesgo
- Diagnóstico y tratamiento de diversas patologías por el pasante de medicina.
- Indicaciones del tratamiento por el personal de enfermería en lengua materna.
- Referencia de pacientes a segundo nivel de atención que lo ameriten.

Resultados

En la **tabla 16** podemos observar las consultas del mes de febrero de 2020 a enero de 2021, donde solo se reportan 8 de 12 meses, debido a que la consulta en las localidades de acción intensiva se suspendió de mayo a agosto en su totalidad debido a la contingencia nacional por Covid.19, reanudándose en el mes de septiembre. El mes donde más consultas se dieron fue en enero de 2021, y el mes donde se reportaron menos fue durante el mes de abril.

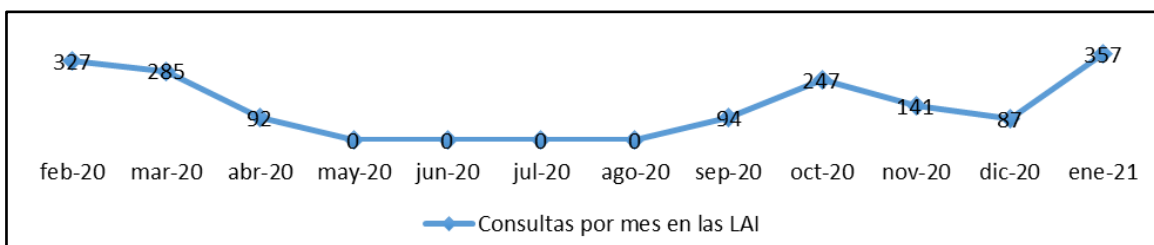
Tabla 16 Consulta por comunidad y por mes, febrero 2020- enero 2021.

| Localidad | Febrero | Marzo | Abril | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Total |
|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|--------------|
| Canalumtic | 14 | 54 | 17 | 23 | 56 | 31 | 25 | 40 | 260 |
| Los Llanos | 93 | 45 | 39 | | 47 | 22 | 29 | 21 | 296 |
| Naranjatik Alto | 38 | 39 | 11 | | 55 | 40 | | 100 | 283 |
| Poconichim | 43 | 58 | 17 | 57 | 60 | 24 | 24 | 176 | 459 |
| Chichihuistán | 68 | 45 | 2 | 14 | 29 | 23 | 9 | 20 | 210 |
| Santa Ana | 71 | 44 | 6 | | | 1 | | | 122 |
| Total | 327 | 285 | 92 | 94 | 247 | 141 | 87 | 357 | 1,630 |

Las consultas se reanudaron progresivamente en las comunidades, puesto que no todas las comunidades querían que se diera consulta a raíz del covid-19 y por el miedo a los servicios de Salud. Además, la localidad de Santa Ana no quiso que se regresara, por lo que se suspendieron las consultas definitivamente.

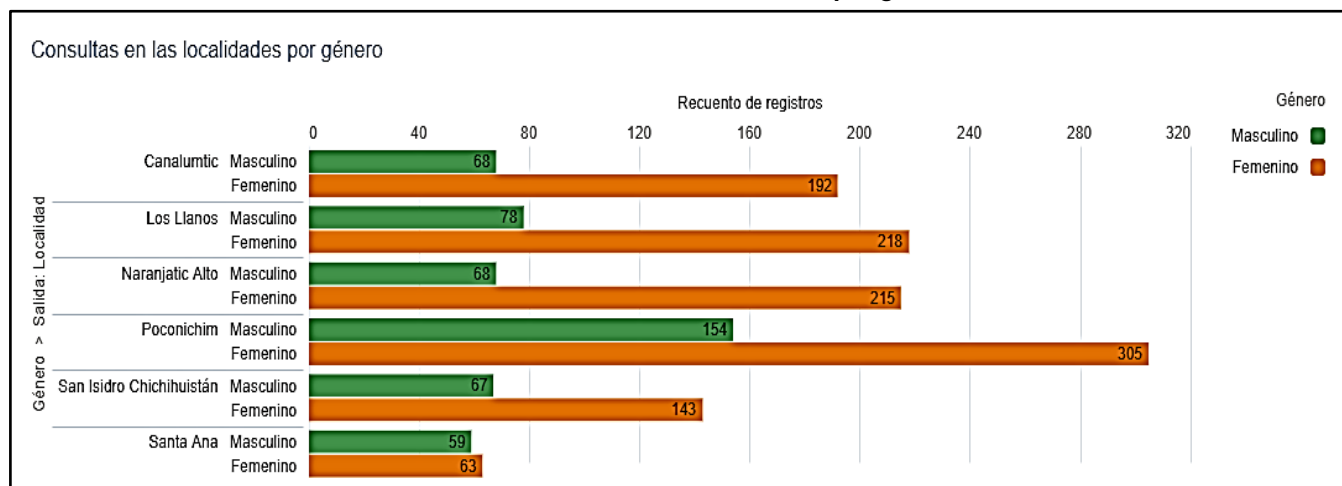
El total de consultas realizadas en el periodo de febrero de 2020 a enero de 2021 fueron 1,630. En el mes de mayo, junio, julio y agosto hubo un descenso en las consultas debido a la suspensión de estas en las localidades de acción intensiva (LAI) por la pandemia COVID-19, reanudándose en el mes de septiembre. Esta curva de descenso se puede ver en la **gráfica 82**.

Gráfica 82 Consultas por mes en las LAI.



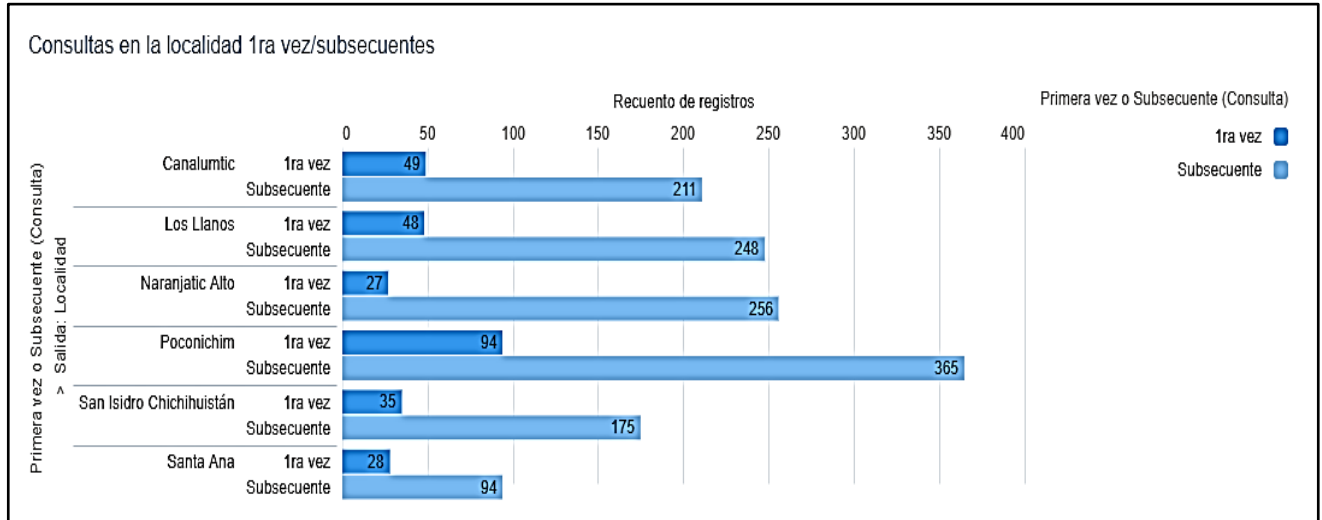
De las consultas registradas, 1,136 (69%) son mujeres y 494 (31%) son hombres. Como se muestra en la **gráfica 83**, la mayoría son mujeres, esto se debe principalmente a que los hombres se van a trabajar desde temprano, muchas veces antes de salir el sol y regresan hasta las 4 o 5 de la tarde. Por este motivo no pueden asistir a la consulta, debido a que esta se lleva a cabo a lo largo del día terminando a las 3 o 4 de la tarde.

Gráfica 83 Consultas en las localidades por género.



Los pacientes que acudieron a consulta por primera vez a solicitar atención médica en las comunidades fueron 281 (17%) y las consultas subsecuentes fueron 1,349 (83%). Las localidades que registraron más consultas subsecuentes fueron Poconichim, Naranjatic Alto y Los Llanos. Estos datos se pueden visualizar en la **gráfica 84**.

Gráfica 84 Consultas en la localidad 1ra. vez/subsecuentes.



Coherencia

Como se mencionó previamente, el programa de consulta en las comunidades es la base de Sanando Heridas, llevar atención médica a la población marginada de escasos recursos, alejados de los municipios, facilitar el acceso a la Salud, proporcionándoles consulta y medicamentos sin ningún costo.

Este programa tiene una buena aceptación en todas las comunidades a las que asistimos, facilita la atención de la población, al dar solución a sus necesidades y dolores, a pesar de que las consultas generales son 2 días por mes.

Sin embargo, es importante recalcar a la localidad de Santa Ana, donde a pesar de la aceptación de la consulta, decidieron suspender indefinidamente la atención médica a raíz de la aparición de la pandemia por miedo a contagiarse por el personal de Salud que viajaba desde San Cristóbal de las Casas. Esto implica que a partir del regreso a las comunidades, la consulta disminuyó un 15% que era lo que representaba esta comunidad.

La mayoría de los diagnósticos son de primer nivel, por lo que se pueden resolver dentro de la misma comunidad los días de la consulta, y en caso contrario, se orienta a las personas y se les da seguimiento para el segundo nivel de atención.

Grupos de vigilancia

Los grupos de vigilancia se enfocan en los niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y control de planificación familiar. Estos grupos se complementan con la consulta médica general, tanto en la clínica de San Cristóbal como en las localidades acción intensiva (LAI).

Crecimiento y Desarrollo (CyD)

Es el grupo de vigilancia donde se le da seguimiento a todos los niños menores de 5 años, donde se vigila su estado nutricional, crecimiento y desarrollo. (Sanando Heridas, 2020)

Objetivo

Se pretende que en este grupo se encuentren al 100% los menores de 5 años de las LAI (Localidades de Acción Intensiva) y que ingresen lo más tempranamente posible al grupo, idealmente al nacimiento, mediante la promoción en la consulta médica, con las autoridades y los líderes. (Sanando Heridas, 2020).

Metas

- Ingresar al mayor número de niños menores de 5 años de las localidades de acción intensiva (LAI) al grupo de vigilancia
- Vigilar y mejorar el estado nutricional de los niños.
- Que todos los niños menores de 5 años tengan un estado nutricional normal de acuerdo a las curvas de crecimiento de la OMS.
- Prevenir y tratar enfermedades infecciosas y transmisibles.
- Orientar a las madres de familia para mantener el estado nutricional normal o revertir procesos de desnutrición aguda y crónica.

Estrategias

- Se designa un día específico a la semana para atender a este grupo de vigilancia en la consulta médica.
- Convocar e incentivar a las madres de familia para que lleven a sus hijos al día de consulta asignada, aún en ausencia de enfermedad.
- Programar talleres de prevención y nutrición los días que se otorga la consulta médica en la localidad asignada.
- Otorgar desparasitante y vitamina A periódicamente a los niños menores de 5 años.

Actividades

- En todas las consultas médicas anotar edad con años y meses cumplidos calculados con la fecha de nacimiento obtenido de documento oficial.
- Pesar y medir al menor en todas las consultas.

- Registrar y actualizar las curvas de crecimiento para hacer el seguimiento del estado nutricional, de acuerdo a su sexo y edad.
- Anotar peso y talla en las 3 curvas de crecimiento y obtener el diagnóstico nutricional.
- Registrar en la nota médica el diagnóstico nutricional de acuerdo a la OMS:
 - Desnutrición crónica
 - Mejoría de puntaje z en curva de talla para la edad
 - Recuperación de desnutrición crónica
 - Desnutrición aguda
 - Recuperación de desnutrición aguda
 - Desnutrición crónica agudizada
 - Desnutrición por datos clínicos
 - Normal
 - Sobrepeso
 - Obesidad
- Citar periódicamente al menor de edad, de acuerdo a su estado nutricional durante el transcurso del año.

Resultados

Sanando Heridas tiene una clasificación interna en los grupos de diagnósticos que siguen las bases de acuerdo a la OMS, los cuales son:

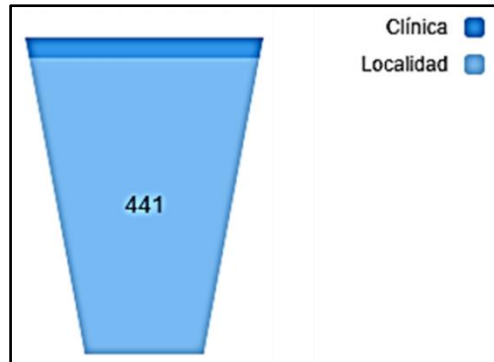
- Desnutrición crónica
- Desnutrición aguda
- Desnutrición crónica agudizada
- Desnutrición por datos clínicos
- Desnutrición crónica y sobrepeso

Los resultados se analizan por las localidades de acción intensiva (LAI) y por el total de niños registrados dentro del programa. Es importante mencionar que los grupos de vigilancia están estructurados solo en las LAI. En la clínica de San Cristóbal no se ha implementado el grupo, solo se registran y capturan los datos, pero no se incluyen dentro de los censos y estadísticas.

En el expediente clínico se registran los datos del menor en todas las consultas a la que asiste y también se actualizan las curvas de crecimiento de la OMS. Sin embargo, en los censos solo se captura el estado nutricional inicial del niño y el estado nutricio de la última consulta a la que asistió.

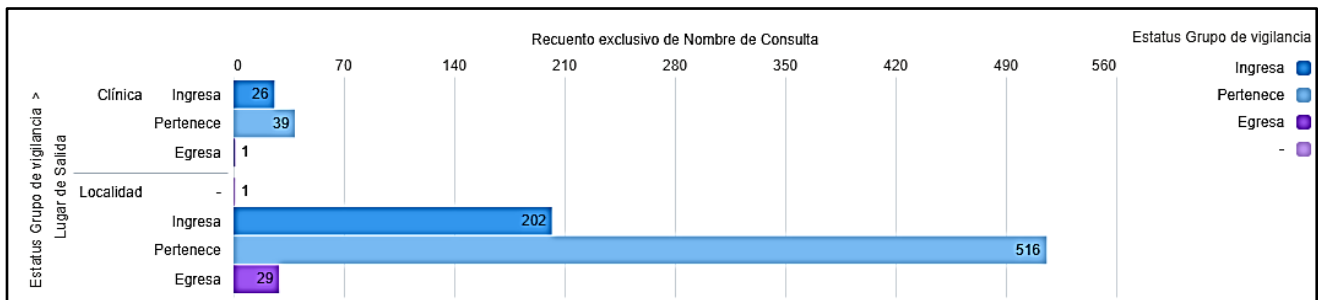
La población total menores de 5 años en Sanando Heridas es de 482, donde 441 (91%) pertenecen a las localidades de acción intensiva (LAI) y 41 (9%) pertenecen a la clínica de San Cristóbal como se muestra en la **gráfica 85**.

Gráfica 85 Población menor de 5 años.



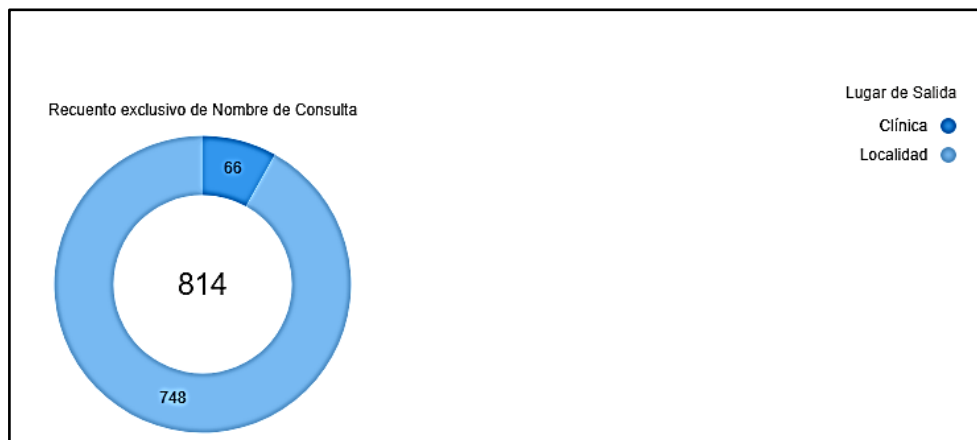
Del total de niños registrados en el grupo de vigilancia, a lo largo del año hubo 814 consultas en total. Como se visualiza en la **gráfica 86**, estas se dividen en ingresa, que son los pacientes que se registran por primera vez, pertenece, que son los subsiguientes y egresa, que son los que tienen su última consulta en grupo de vigilancia porque los niños ya cumplieron 5 años o cambiaron de residencia.

Gráfica 86 Total de consultas crecimiento y desarrollo.



En la **gráfica 87** se observa que, en el periodo del año de servicio social, en la clínica se registraron 66 consultas de grupo de vigilancia, mientras que en las localidades fueron 748.

Gráfica 87 Consultas en menores de 5 años en la clínica y comunidad.



De los 814 niños menores de 5 años registrados, solo 365 tienen un estado nutricional normal, equivalente al 45%. La población que tiene desnutrición crónica son 350 niños, igual al 43%. Estos datos se pueden observar en la **tabla 17**.

Tabla 17 Grupos diagnósticos.

| Diagnóstico nutricional | Comunidad | | | | | | | Total |
|--|------------|------------|-----------------|------------|----------------------------|--------------------------|-----------|------------|
| | Canalumtic | Los Llanos | Naranjatic Alto | Poconichim | San Cristóbal de las Casas | San Isidro Chichihuistán | Santa Ana | |
| Desnutrición aguda | 2 | | | 1 | | | | 3 |
| Desnutrición crónica | 43 | 58 | 55 | 113 | 8 | 38 | 35 | 350 |
| Desnutrición crónica agudizada | 1 | 2 | | 2 | 2 | 1 | 1 | 9 |
| Estado nutricional normal | 25 | 45 | 66 | 131 | 52 | 26 | 20 | 365 |
| Mejoría en puntaje Z de desnutrición crónica | 1 | 3 | 2 | 2 | | | 5 | 13 |
| Recuperación de desnutrición aguda | 2 | 1 | | 1 | | | | 4 |
| Recuperación de desnutrición crónica | 3 | 7 | 4 | 14 | 1 | 3 | 12 | 44 |
| Sobrepeso/Obesidad | 1 | 3 | 8 | 5 | 3 | 1 | | 21 |
| Desnutrición por datos clínicos | | | 1 | 1 | | | 2 | 4 |
| Recuperación de desnutrición crónico-agudizada | | | | 1 | | | | 1 |
| Total | 78 | 119 | 136 | 271 | 66 | 69 | 75 | 814 |

Referente a las localidades, San Cristóbal de las casas tiene el mayor porcentaje de población con estado nutricional normal (79%), seguido de naranjatic alto (48%) y poconichim (48%).

Canalumtic y Chichihuistan tienen el mayor porcentaje de desnutrición crónica (55%), superando la mitad de la población total del grupo de vigilancia, seguido de los Llanos.

Como se puede observar el estado nutricional que más prevalece en las localidades es la desnutrición crónica, en algunas localidades como naranjatic alto y poconichim hay más niños con un estado nutricional normal, aunado a esto, en estas dos comunidades más niños se recuperan de la desnutrición crónica.

En total se dieron 814 consultas del periodo de febrero de 2020 a enero de 2021, como ya se había mencionado antes. Como se observa en la **tabla 18**, el mayor número de consultas fueron dadas durante el mes de enero, de abril a junio no se

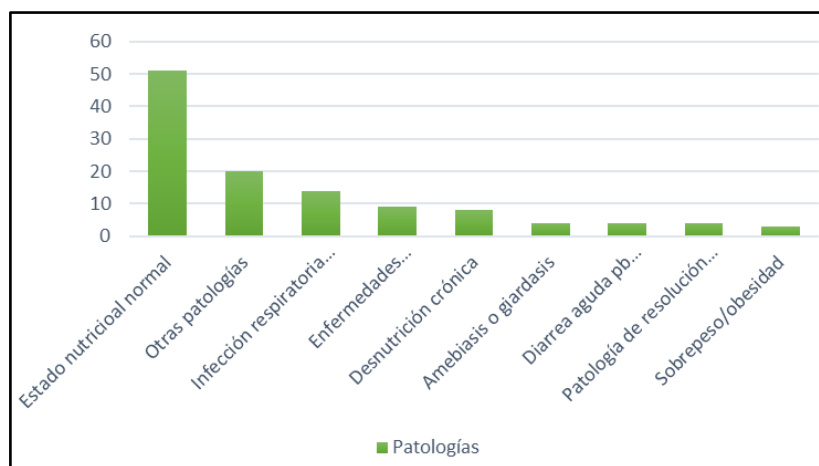
dieron consultas en las localidades, por lo tanto, en este periodo de tiempo se suspendieron los grupos de vigilancia; solo se atendieron a algunos niños menores de 5 años en la clínica de San Cristóbal.

Tabla 18 Número de consultas CyD por mes y localidad, febrero 2020-enero 2021.

| Mes | Localidad | | | | | | | Total |
|------------|------------|------------|-----------------|------------|----------------------------|---------------|-----------|-------|
| | Canalumtic | Los Llanos | Naranjatik Alto | Poconichim | San Cristóbal de las Casas | Chichihuistán | Santa Ana | |
| Enero | 9 | 6 | 68 | 147 | 2 | 3 | 53 | 288 |
| Febrero | 4 | 68 | 13 | 24 | 7 | 39 | 13 | 168 |
| Marzo | 23 | 10 | 21 | 29 | 9 | 11 | | 103 |
| Abril | 3 | 4 | | | 2 | | | 9 |
| Junio | | | | | 6 | | | 6 |
| Julio | | | | | 10 | | | 10 |
| Agosto | | | | | 6 | | | 6 |
| Septiembre | 4 | | | 28 | 8 | 3 | | 43 |
| Octubre | 16 | 16 | 18 | 25 | 5 | 6 | | 86 |
| Noviembre | 11 | 3 | 18 | 9 | 9 | 7 | | 57 |
| Diciembre | 9 | 11 | | 16 | 2 | | | 38 |
| Total | 79 | 118 | 138 | 278 | 66 | 69 | 66 | 814 |

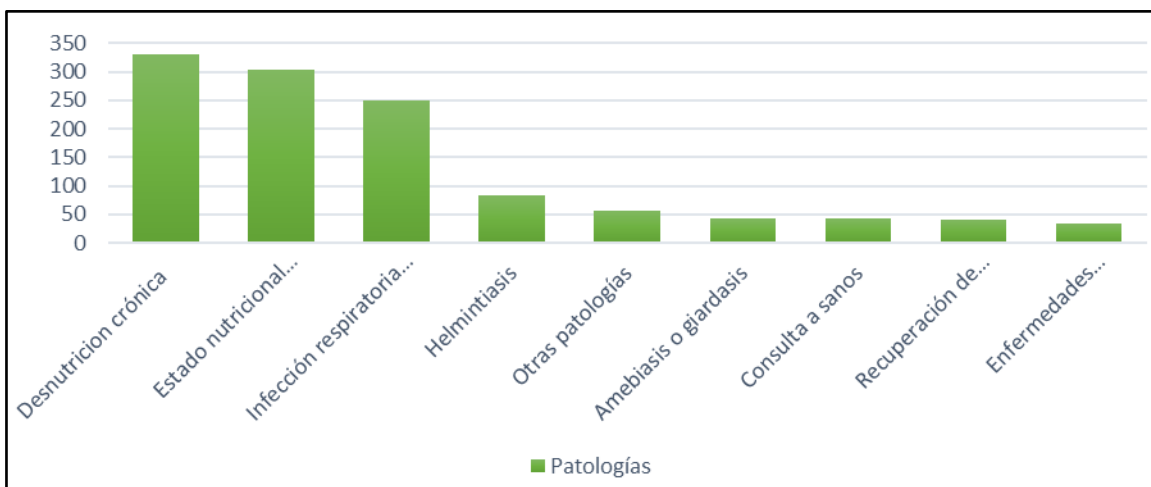
En la **gráfica 88** se muestra que, en la clínica de San Cristóbal, el estado nutricional normal es el principal diagnóstico, seguido de otras patologías e infecciones respiratorias agudas. Como ya se había mencionado, de los niños atendidos en la clínica solo se hace un registro general pero no se lleva un control del estado nutricional de los niños.

Gráfica 88 Principales diagnósticos en la clínica.



Mientras que en las localidades de acción intensiva el principal diagnóstico fue la desnutrición crónica, seguido de estado nutricional normal e infecciones respiratorias agudas, como se puede ver en la **gráfica 89**.

Gráfica 89 Principales diagnósticos en las localidades de acción intensiva.



Como ya hemos mencionado en muchas ocasiones, la causa de que la desnutrición crónica sea el principal diagnóstico en las comunidades se debe a la marginación, aumentando la dificultad de alimentar a un niño, la falta de acceso a los servicios básicos de urbanismo y a la cantidad de niños que hay en una misma familia.

Coherencia

Este programa enfocado a la población menor de 5 años ha sido de gran importancia dentro de las localidades, ha facilitado que los niños tengan vigilancia y consultas de forma periódica aún en ausencia de enfermedad, siendo esto muchas veces difícil, incluso imposible por la lejanía de las comunidades y la falta de recursos económicos para pagar una consulta y tener acceso a los medicamentos en caso de requerirlos.

El principal enfoque es mejorar la Salud y el estado nutricional de los niños, es por esto que en las consultas de vigilancia se registran sus datos antropométricos actuales, se les proporciona una dosis de vitamina A cada 6 meses y se les desparasita periódicamente. También se imparten talleres enfocados y adaptados a las comunidades sobre la importancia de la alimentación en los niños.

Este programa ha sido aceptado favorablemente por las madres de familia y las autoridades locales, la Salud de los niños ha mejorado favorablemente, aún falta mucho por avanzar, sin embargo, este programa ha evolucionado en pro de la

población infantil, esperando que todos los niños gocen de una mejor salud en la edad adulta.

Vigilancia del Embarazo, Parto y puerperio (VEPP)

En este grupo de vigilancia se le da seguimiento a todas las mujeres que se detecten con embarazo y hasta un año después del término del embarazo.

Objetivo

- Otorgar consultas prenatales a todas las mujeres embarazadas que se detecten en las localidades de acción intensiva (LAI).
- Brindar la consulta médica en lengua materna facilitando la comunicación entre la paciente y el médico
- Detectar y prevenir complicaciones asociadas al embarazo.
- En caso de que la paciente requiera atención especializada relacionada al embarazo enviar y dar acompañamiento a segundo o tercer nivel.

Metas

- Ingresar al 100% de las pacientes embarazadas estimado aproximadamente en 105 mujeres en las localidades de acción intensiva (LAI) al grupo de vigilancia.
- Detectar y prevenir complicaciones asociadas al embarazo.
- Dar asesoría a las mamás de temas relacionados con el embarazo, para mayor comprensión de los cambios fisiológicos que presentan durante esta etapa.
- Dar 5 consultas prenatales mínimamente como lo indica la NOM-007-SSA2-2016.

Estrategias

- A toda mujer embarazada que acude a la consulta se le hace un registro en una hoja de control prenatal (se anexa al final) donde se le preguntan antecedentes perinatales, comorbilidades y donde también se lleva un registro mensual de la evolución del embarazo. Se entrega una copia de esta hoja para que la paciente pueda acudir a cualquier centro de Salud, partera o en caso de emergencia, a un hospital.
- Las consultas prenatales se programan mensualmente los días donde se atiende al grupo de crecimiento y desarrollo.
- Implementación de talleres y asesorías relacionadas con el embarazo, parto y cuidados maternos.
- Entrega de kit de parto que incluye cintas umbilicales, gasas estériles y bisturí en caso de que la paciente decida atenderse con una partera.

Actividades

- Se hace diagnóstico de embarazo mediante prueba inmunológica de embarazo en orina.
- Toma de presión arterial en cada consulta
- Toma de glucosa capilar en cada consulta
- Toma de hemoglobina en la primera consulta y en el último trimestre de embarazo
- Tira reactiva de orina en cada consulta para detección rápida de infección en vías urinarias, glucosuria y proteinuria.
- Se realiza monitoreo fetal con USG portátil y/o doptone en cada consulta.
- Vigilancia ponderal de peso en cada consulta
- Se le proporciona ácido fólico a la paciente desde el primer trimestre y durante todo el embarazo.
- Administración de hematínicos si la paciente lo requiere
- Actualización de datos en la hoja de control prenatal.
- Se dan signos de alarma en cada consulta a la paciente.
- Se le informa a la paciente en cada consulta las semanas de gestación y la fecha probable de parto.
- En caso de embarazo de alto riesgo, se refiere a segundo y/o tercer nivel de atención

Resultados

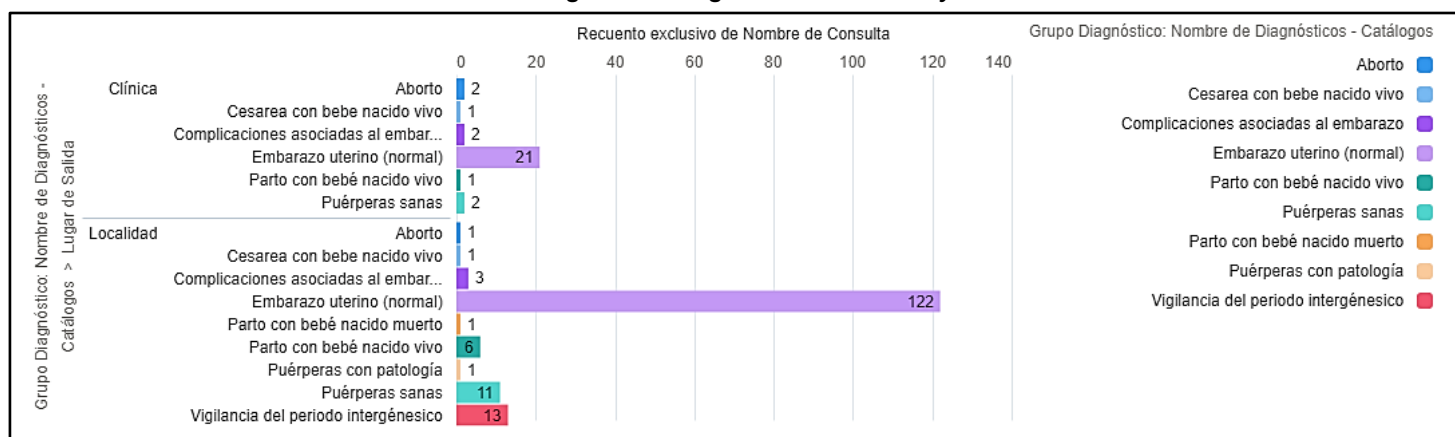
En el grupo de vigilancia de febrero de 2020 a enero de 2021 fueron 87 mujeres registradas, 81 en las localidades y 7 en San Cristóbal de las Casas.

Durante este periodo se dieron 188 consultas, 29 en la clínica de San Cristóbal y 159 en las localidades de acción intensiva. Como se puede observar en la **gráfica 90**, el diagnóstico más frecuente en la clínica y en las localidades fue el embarazo uterino (normal).

Durante este año, se diagnosticaron 2 complicaciones asociadas al embarazo en la clínica y 3 en las localidades.

Después del parto se les da seguimiento a las mujeres durante un año, por esto, en las localidades los diagnósticos de vigilancia del periodo intergenésico y puérperas sanas es relevante.

Gráfica 90 Diagnósticos registrados en clínica y localidad.



Como ya se había mencionado, el total de consultas fue de 188, en la **tabla 19** se muestra que los meses donde se dieron más consultas fueron enero, febrero y octubre. Los meses donde la consulta fue muy baja fueron mayo, junio, julio y agosto, donde se suspendió temporalmente el grupo de vigilancia por la suspensión de las consultas en las comunidades debido a la pandemia.

La localidad que tuvo más consultas de vigilancia parto y puerperio fue Canalumtic, seguido de Naranjatik Alto y Poconichim.

Tabla 19 Número de consultas de VEPP por mes y localidad, febrero 2020-enero 2021.

| Mes | Localidad | | | | | | | Total |
|--------------|------------|------------|-----------------|------------|----------------------------|---------------|-----------|------------|
| | Canalumtic | Los Llanos | Naranjatik Alto | Poconichim | San Cristóbal de las Casas | Chichihuistán | Santa Ana | |
| Enero | 9 | 2 | 4 | 5 | 5 | 2 | | 27 |
| Febrero | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 8 | 3 | 30 |
| Marzo | 9 | 7 | 4 | 5 | 2 | 3 | 3 | 33 |
| Abril | 3 | 3 | | 1 | | | 1 | 8 |
| Mayo | | | | | 2 | | | 2 |
| Junio | | | | | 5 | | | 5 |
| Julio | | | | | 3 | | | 3 |
| Agosto | | | | | 4 | | | 4 |
| Septiembre | 3 | | | 4 | 3 | | | 10 |
| Octubre | 9 | 3 | 15 | 7 | 2 | 2 | | 38 |
| Noviembre | 6 | 2 | 6 | | 1 | 1 | | 16 |
| Diciembre | 6 | 1 | | 4 | | 1 | | 12 |
| Total | 46 | 23 | 34 | 30 | 31 | 17 | 7 | 188 |

Coherencia

Este programa enfocado a las mujeres embarazadas es fundamental para las localidades de acción intensiva (LAI); en muchas ocasiones las pacientes no tienen acceso a una consulta mensual para el control de su embarazo, por la ubicación geográfica y por los gastos que esto implica.

A pesar de que no se logra registrar a todas las mujeres, 91% de ellas acuden a consulta. Muchas veces las pacientes que no se registran se atienden en algún centro de salud o exclusivamente con sus parteras de confianza.

La consulta prenatal es integral y completa, con el principal objetivo de que el embarazo tenga una evolución sin complicaciones, y en caso de que exista alguna, detectarla a tiempo para referir al nivel que se requiera.

Este programa es tan importante en los Altos Chiapas, debido a que esta región tiene registradas tasas de mortalidad materna altas; por lo que ha ayudado a disminuir ese riesgo en las LAI dando acceso a consultas gratis, de calidad y sobre todo accesibles para todas las mujeres que lo requieran.

El promedio general de consultas por paciente fue de 2.17, lo que nos indica que la meta de 5 consultas prenatales mínimas no se cumplió.

Se detectaron 5 complicaciones asociadas al embarazo, a las cuales se les dio tratamiento y se refirió a segundo o tercer nivel si así lo requería; esto nos indica que la meta de detectar complicaciones durante el embarazo si se logró cumplir.

Planificación Familiar (PF)

Grupo de vigilancia donde se le da seguimiento a todas las mujeres que se encuentren utilizando algún tipo de método de planificación familiar. Sanando Heridas cuenta con diferentes métodos de planificación familiar que se otorgan de manera gratuita a las pacientes, dependiendo de lo que ellas elijan o necesiten.

Entre los métodos anticonceptivos disponibles se encuentran:

- Hormonal inyectable mensual
- Hormonal inyectable bimensual
- Hormona oral mensual
- Preservativo
- Implante subdérmico

En caso de que la paciente se haya realizado oclusión tubaria bilateral, se capta y se integra al grupo de vigilancia para tener un registro del número de pacientes con método anticonceptivo definitivo.

Objetivos

- Captar en el grupo a todas las mujeres que quieran utilizar algún método anticonceptivo o que ya estén usando alguno.
- Promover y difundir a las mujeres de la región los beneficios de los métodos anticonceptivos en el aspecto que ellas puedan decidir el número de embarazos que desean tener y el tiempo en el que desean embarazarse.
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres de la región de los Altos dándoles la oportunidad de elección en su planificación familiar.

Metas

- Otorgar métodos de planificación familiar a toda mujer en edad reproductiva que lo necesite en las localidades de acción intensiva (LAI)
- Dar asesorías y talleres sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos.
- Dar seguimiento a todas las pacientes que estén usando un método anticonceptivo.

Estrategias

- Informar a toda mujer en edad reproductiva que acudan a la consulta sobre los métodos de planificación familiar, hayan tenido un embarazo o no.
- En caso de que la paciente quiera utilizar algún método informarle sobre los métodos que se le pueden otorgar, para que elija el que mejor se le acomode de acuerdo a sus deseos y necesidades.
- Explicarle en lengua materna cómo se usa el método, administración y duración dependiendo de su elección.
- En caso de que la paciente quiera usar implante subdérmico se le pide que use hormonal inyectable bimensual por 6 meses para después colocarle el implante con duración de 3 años.

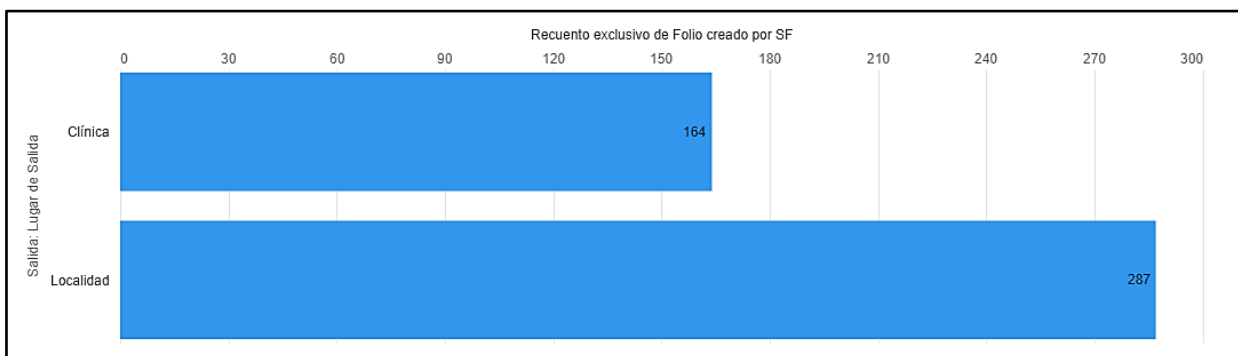
Actividades

- En la consulta a mujeres en edad reproductiva informar sobre los métodos anticonceptivos en un ambiente de confianza y respeto
- En caso de querer usar algún método anticonceptivo realizar una prueba inmunológica de embarazo en orina.
- Otorgar el método elegido y aplicarlo en caso de que así lo requiera.
- En caso de elegir implante subdérmico, llevar control de aplicación de hormonal bimensual inyectable por 6 meses.
- Entregar un carnet de control y citas a la paciente.

Resultados

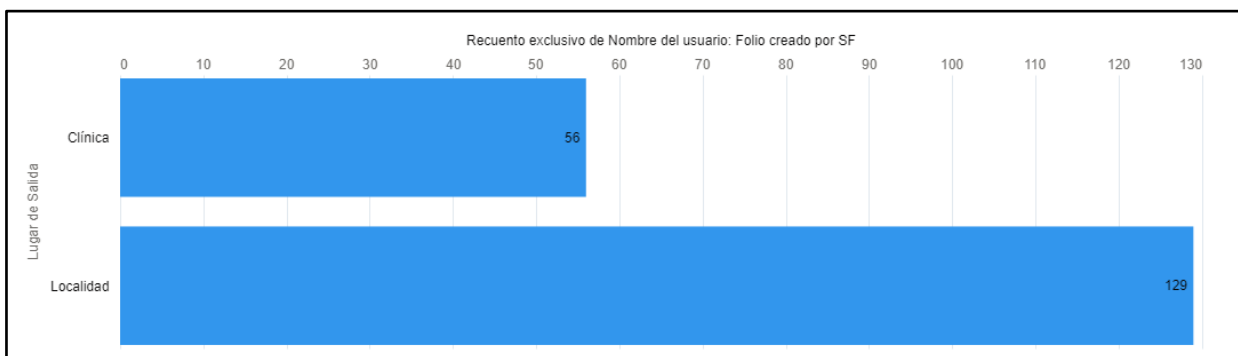
El total de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) registradas en Sanando Heridas son 451, de las cuales 164 pertenecen a la clínica y 287 a las localidades de acción intensiva (**ver gráfica 91**).

Gráfica 91 Total de mujeres en edad reproductiva.



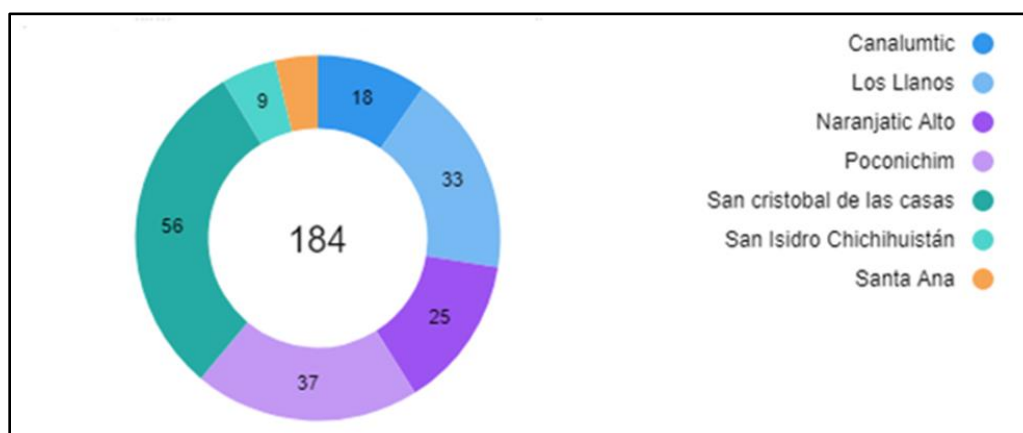
De las 451 mujeres en edad reproductiva, 184 usan algún método de planificación familiar, esto equivale al 41%. En la clínica, 56 mujeres son usuarias de planificación familiar y 129 en las LAI. Estos datos se pueden observar en la **gráfica 92**.

Gráfica 92 Total de usuarias de planificación familiar.



En la **gráfica 93** se muestra que en San Cristóbal de las Casas hay 56 usuarias de planificación familiar (30%) seguido de Poconichim (20%) y Los Llanos (18%). Las localidades con menor uso de algún método anticonceptivo son Santa Ana (4%) y San Isidro Chihihuistan (5%).

Gráfica 93 Usuaris de planificación familiar por localidad.



Durante este año se dieron 420 consultas, en San Cristóbal de las Casas se dieron la mayor cantidad de consultas de planificación familiar, seguido de Poconichim y Los Llanos. La consulta se suspendió por 4 meses como se ha mencionado anteriormente por la pandemia a causa de Covid-19, por lo que también se pausó el grupo de vigilancia. Estos datos se observan en la **tabla 20**.

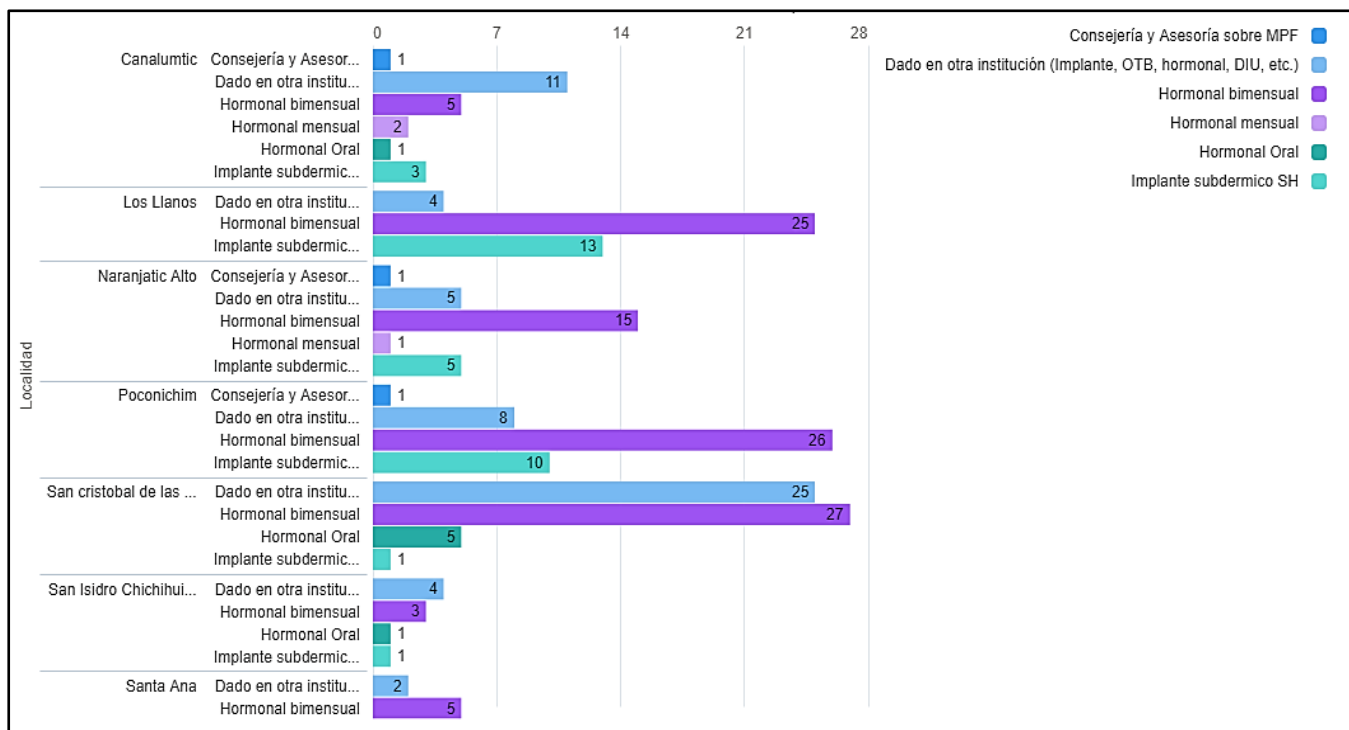
Tabla 20 Número de consultas de PF por mes y localidad febrero 2020-enero 2021.

| Mes | Localidad | | | | | | | Total |
|--------------|------------|------------|-----------------|------------|----------------------------|----------------|-----------|------------|
| | Canalumtic | Los Llanos | Naranjatik Alto | Poconichim | San Cristóbal de las Casas | Chichihuiistán | Santa Ana | |
| Enero | 7 | 9 | 10 | 9 | 12 | 3 | | 50 |
| Febrero | 2 | 4 | 9 | 6 | 15 | 6 | 4 | 46 |
| Marzo | 3 | 14 | 8 | 18 | 14 | 3 | 2 | 62 |
| Abril | 5 | 22 | 11 | 17 | 9 | 2 | 6 | 72 |
| Mayo | | | | | 5 | | | 5 |
| Junio | | | | | 3 | | | 3 |
| Julio | | | | | 11 | | | 11 |
| Agosto | | | | | 16 | | | 16 |
| Septiembre | 4 | | | 17 | 13 | 2 | | 36 |
| Octubre | 8 | 9 | 10 | 10 | 12 | 2 | | 51 |
| Noviembre | 5 | 7 | 8 | 4 | 13 | 1 | 1 | 39 |
| Diciembre | 3 | 10 | | 6 | 10 | | | 29 |
| Total | 37 | 75 | 56 | 87 | 133 | 19 | 13 | 420 |

El método más usado en todas las localidades es el hormonal bimensual, esto principalmente por la facilidad de aplicación y el periodo de tiempo de administración que resulta accesible para las usuarias (ver **gráfica 94**). De las pacientes

registradas en el grupo de vigilancia, hay algunas que han adquirido el método en otra institución (OTB, hormonal, DIU). En los Llanos, Poconichim y Naranjatik un porcentaje considerable de usuarias usan el implante subdérmico, que tiene una duración de 3 años.

Gráfica 94 Tipos de métodos usados por los usuarios en las localidades.



Coherencia

Este grupo de vigilancia ha permitido que muchas mujeres de las localidades de acción intensiva tengan acceso a un método de planificación familiar, siendo esto muy difícil por la lejanía de los centros de Salud y por los costos que conlleva planificar. Ha sido de gran utilidad, porque muchas mujeres tienen la opción de decidir cuántos hijos quieren tener y el tiempo intergenésico con que el que deseen embarazarse.

A pesar de estos avances en la región de los Altos de Chiapas, aún existen creencias negativas relacionadas con los métodos; en muchas ocasiones se piensa que la mujer debe tener los hijos que Dios le mande sin importar cuántos sean; esta idea muchas veces es apoyada por la familia o por la pareja. Por este motivo, a algunas mujeres se les dificulta usar algún método para cuidarse.

Sin embargo, los métodos anticonceptivos día con día son mejor aceptados, las mujeres pueden cuidar mejor a sus bebés antes de tener otro. Entre las

comunidades que atiende Sanando Heridas, hay diferencias considerables entre el uso de los métodos; en Chichihuistán casi no se usan. Por el contrario, en los Llanos y Poconichim la mayoría de las mujeres planifican con algún método.

Perfil de morbilidad

En esta sección se hará un análisis de las principales enfermedades presentadas durante el año de Servicio Social. Los datos presentados fueron tomados de la plataforma Salesforce, donde Sanando Heridas lleva el control de todos los datos de la consulta médica. Los datos de esta plataforma se actualizan constantemente.

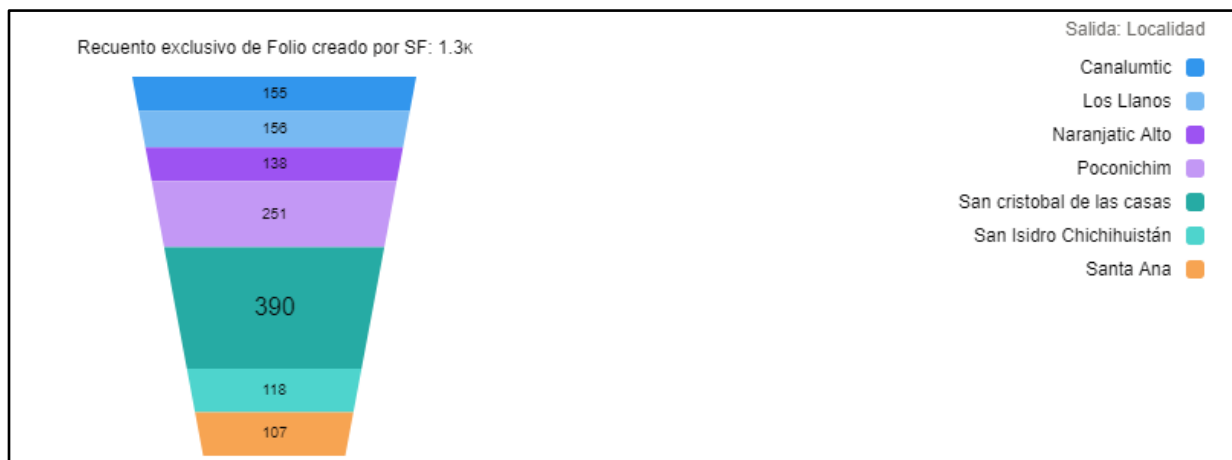
Todos los datos presentados son de acuerdo a la clasificación interna de diagnósticos de Sanando Heridas, la que se presentará más adelante.

Para hacer este análisis solo se tomó en cuenta el diagnóstico de primera vez y el total de población de Sanando Heridas. La incidencia será calculada de acuerdo al total de usuarios.

Salesforce muestra varias variables dentro del proceso llamado informe, sin embargo, en las gráficas solo se pueden mostrar dos variables.

Se tienen registrados 1,315 usuarios en la plataforma de Salesforce, que se distribuyen en 7 localidades. Como se visualiza en la **gráfica 95**, la mayor cantidad de registros se tienen en San Cristóbal de las Casas, seguido de Poconichim, que es la localidad de acción intensiva con más habitantes que atiende Sanando Heridas.

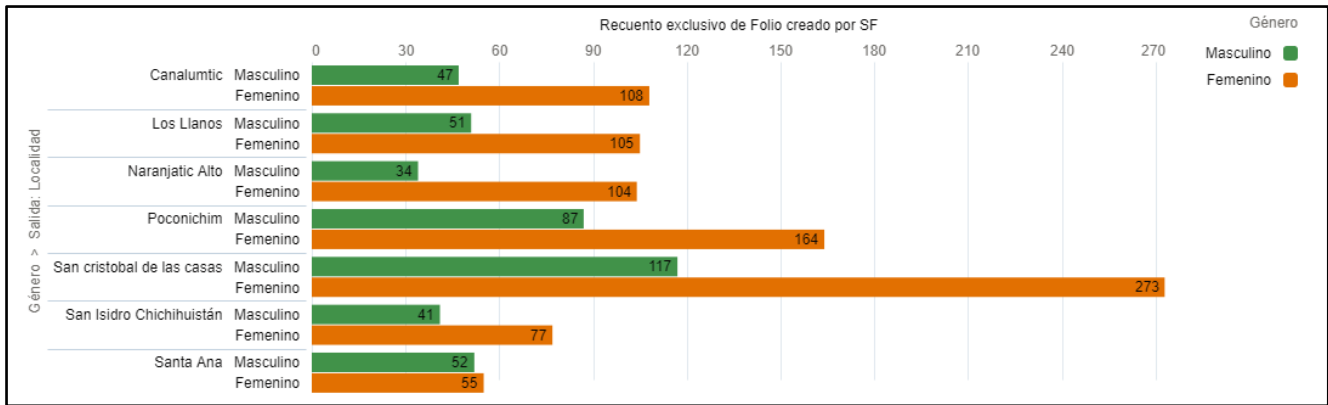
Gráfica 95 Población total de Sanando Heridas.



En esta gráfica se observa que el 66% de la población registrada son mujeres, solo el 34% son hombres, exceptuando la localidad de Santa Ana, en donde la población femenina y masculina es prácticamente la misma como se muestra en la **gráfica**

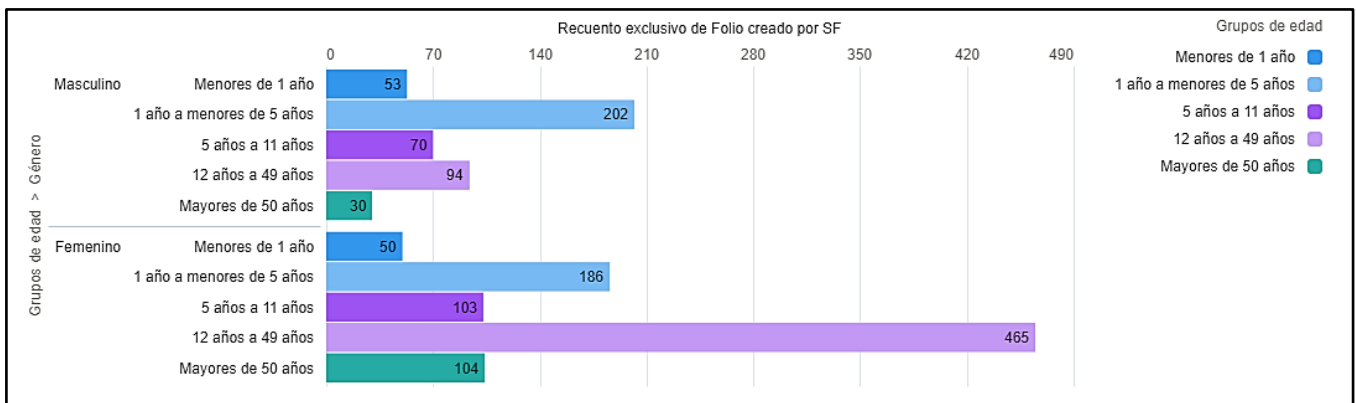
96. Ya se ha mencionado anteriormente que estos porcentajes se deben a que la mayor parte de los hombres trabajan y no pueden asistir a la consulta.

Gráfica 96 Población de Sanando Heridas por sexo.



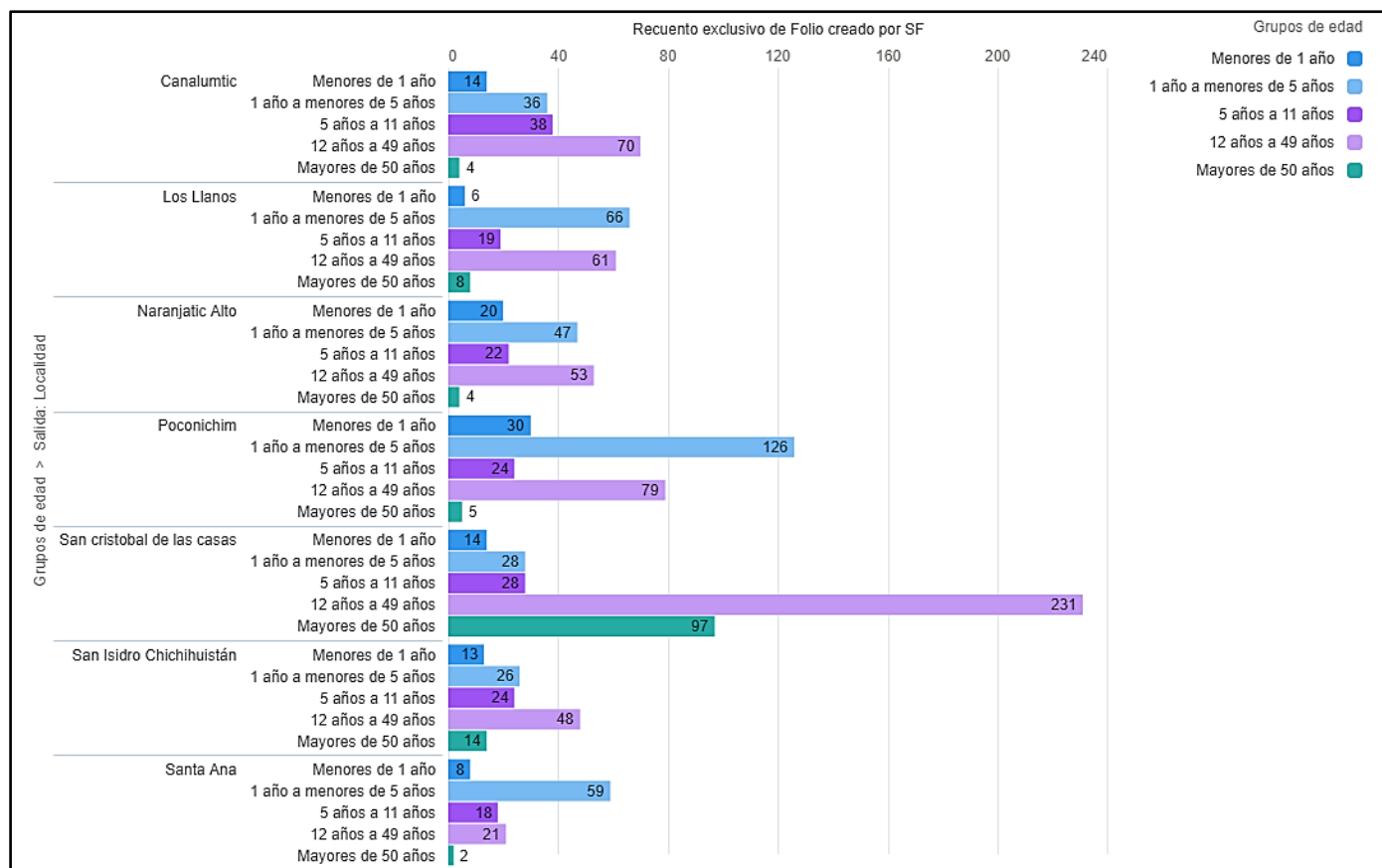
La mayor parte de la población femenina se encuentra entre la edad de 12 a 49 años y de 1 a 5 años, como se observa en la **gráfica 97**. En la población masculina predomina la edad de 1 a 5 años. En estos rangos de edad se encuentra la mayor población de Sanando Heridas.

Gráfica 97 Población de Sanando Heridas por edad y sexo.



En Los Llanos, Poconichim y Santa Ana predomina la población de 1 a 5 años, principalmente por el impacto del grupo de vigilancia de crecimiento y desarrollo. Por el contrario, en Canalumtic, Naranjatic, San Cristóbal de las Casas y Chichihuistan hay un predominio en la población de 12 a 49 años. Estos datos se muestran en la **gráfica 98**.

Gráfica 98 Población de Sanando Heridas por localidad y grupos de edad.



Las gráficas presentadas de la distribución poblacional de Sanando Heridas puede sobrepasar el total de la población si se duplican los datos registrados de un mismo usuario en diferentes grupos de edad.

En la **tabla 21** se observa que las principales enfermedades de Sanando Heridas en general coinciden con la morbilidad a nivel nacional y estatal, sin embargo, se destacan la desnutrición, mialgias, artralgias y lumbalgias que se relaciona con el contexto social, cultural y económico de la región de los Altos.

Tabla 21 Principales causas de morbilidad.

| Posición | República Mexicana (2020) | Chiapas (2020) | Sanando Heridas (2020-2021) |
|----------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | Infecciones respiratorias agudas | Infecciones respiratorias agudas |
| 2 | Infección de vías urinarias | Infección de vías urinarias | Desnutrición |
| 3 | Infecciones intestinales | Infecciones intestinales | Parasitosis |
| 4 | COVID-19 | Úlceras, gastritis, duodenitis | Mialgias, artralgias, lumbalgia |
| 5 | Úlceras, gastritis, duodenitis | Otitis media aguda | Enfermedad ácido péptica |
| 6 | Conjuntivitis | Vulvovaginitis | Padecimientos ginecológicos |
| 7 | Otitis media aguda | Amebiasis intestinal | Hipertensión arterial |
| 8 | Vulvovaginitis | Otras salmonelosis | Infección de vías urinarias |
| 9 | Hipertensión arterial | Conjuntivitis | Dislipidemias |
| 10 | Gingivitis y enfermedad periodontal | Infecciones intestinales por protozoarios | Enfermedades infecciosas diversas |

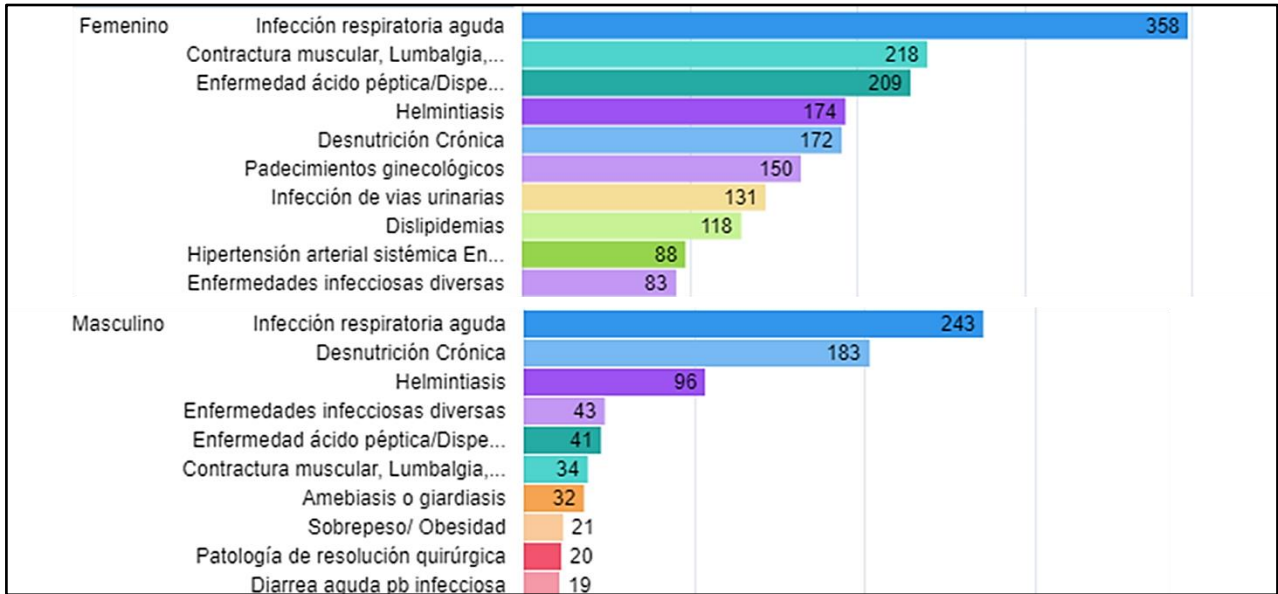
La tasa de incidencia fue calculada por cada 100 habitantes en la **tabla 22**. La población total de usuarios registrados en Sanando Heridas es de 1,315. La enfermedad con mayor tasa de incidencia son las infecciones respiratorias agudas (46%), seguido en este caso de la desnutrición y parasitosis, que presentan una tasa del 29% y 28% respectivamente.

Tabla 22 Patologías registradas del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2021.

| Patología | Mes | | | | | | | | | | | | Total | Tasa de incidencia |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|-------------|--------------------|
| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sept | Oct | Nov | Dic | | |
| 1 Infección Resp. aguda | 75 | 127 | 128 | 22 | 8 | 6 | 12 | 11 | 35 | 86 | 66 | 27 | 603 | 46% |
| 2 Desnutrición | 101 | 108 | 67 | 6 | | 2 | | 2 | 15 | 40 | 29 | 14 | 384 | 29% |
| 3 Parasitosis | 52 | 63 | 46 | 11 | 2 | 2 | 2 | 3 | 30 | 73 | 59 | 23 | 366 | 28% |
| 4 Mialgias, artralgias, lumbalgia | 35 | 37 | 39 | 5 | 4 | 6 | 12 | 11 | 28 | 38 | 22 | 15 | 252 | 19% |
| 5 Enfermedad ácido péptica | 34 | 32 | 31 | 7 | 4 | 9 | 11 | 8 | 31 | 41 | 27 | 15 | 250 | 19% |
| 6 Padecimientos ginecológicos | 26 | 31 | 21 | 8 | 2 | 3 | 20 | 7 | 27 | 36 | 22 | 9 | 212 | 16% |
| 7 Hipertensión arterial | 15 | 28 | 27 | 2 | 6 | 8 | 9 | 10 | 24 | 29 | 18 | 12 | 188 | 14% |
| 8 Infección de vías urinarias | 16 | 28 | 15 | 5 | 3 | 7 | 5 | 5 | 9 | 22 | 16 | 9 | 140 | 11% |
| 9 Dislipidemias | 13 | 26 | 25 | 6 | 3 | 3 | 11 | 11 | 14 | 9 | 12 | 4 | 137 | 10% |
| 10 Enfermedades infecciosas diversas | 11 | 33 | 19 | 2 | 3 | 1 | 14 | 4 | 10 | 15 | 15 | 3 | 130 | 10% |
| Total | 378 | 513 | 418 | 74 | 35 | 47 | 96 | 72 | 223 | 389 | 286 | 131 | 2662 | |

En la **gráfica 99** se puede visualizar que en el sexo femenino y masculino coinciden las infecciones respiratorias agudas en primer lugar. Es importante recalcar que en las mujeres son más frecuentes las mialgias, artralgias y lumbalgias, seguido de la enfermedad ácido péptica. En los hombres es más frecuente la desnutrición crónica, sobre todo en la población infantil menor de 5 años, seguido de las helmintiasis y las enfermedades infecciosas diversas

Gráfica 99 Principales patologías por sexo.



La tasa de incidencia de las enfermedades transmisibles se calculó de acuerdo a la población total de Sanando Heridas que es de 1,315 habitantes. Se tomaron en cuanta las primeras 6 patologías transmisibles descritas en la **tabla 23**. La clasificación interna de Sanando Heridas no permite distinguir otras enfermedades por la agrupación de los diagnósticos.

Las enfermedades transmisibles más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas y las helmintiasis con una tasa de incidencia del 43% y 19%, respectivamente.

Tabla 23 Principales patologías transmisibles registradas del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2021.

| | Patología | Mes | | | | | | | | | | | | Total | Tasa de incidencia |
|--------------|------------------------------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-------------|--------------------|
| | | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sept | Oct | Nov | Dic | | |
| 1 | Infección Resp. aguda | 74 | 123 | 119 | 21 | 5 | 5 | 11 | 10 | 32 | 84 | 60 | 26 | 570 | 43% |
| 2 | Helmintiasis | 37 | 42 | 33 | 8 | 1 | 1 | 2 | 1 | 25 | 54 | 38 | 17 | 259 | 19% |
| 3 | Enfermedades infecciosas diversas | 11 | 28 | 19 | 2 | 1 | 1 | 12 | 3 | 9 | 14 | 12 | 2 | 114 | 8% |
| 4 | Amebiasis | 13 | 21 | 11 | 3 | 1 | 1 | 2 | 5 | 15 | 18 | 4 | 94 | 7% | |
| 5 | Enfermedades de transmisión sexual | 6 | 5 | 7 | | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 8 | 4 | 3 | 51 | 3% |
| 6 | Enfermedades de reporte inmediato | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | .03% |
| Total | | 141 | 219 | 189 | 34 | 10 | 10 | 30 | 21 | 75 | 176 | 132 | 52 | 1089 | |

La tasa de incidencia de las enfermedades no transmisibles se calculó de acuerdo a la población total de Sanando Heridas que es de 1,315 habitantes. Las principales enfermedades reportadas son las mialgias, artralgias y lumbalgias con una tasa de incidencia de 16%, seguido de la enfermedad ácido péptica con 11% y la desnutrición crónica que es el 9%, como se observa en la **tabla 24**. Estas enfermedades coinciden con el contexto económico y social de la región.

Tabla 24 Principales patologías no transmisibles registradas del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2021.

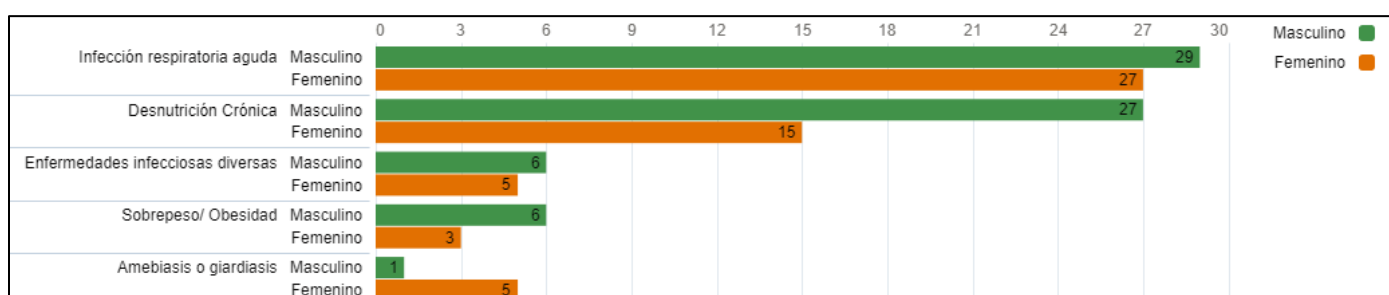
| | Patología | Mes | | | | | | | | | | | | Total | Tasa de incidencia |
|--------------|----------------------------------|------------|------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------------|
| | | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sept | Oct | Nov | Dic | | |
| 1 | Mialgias, artralgias, lumbalgias | 28 | 29 | 34 | 4 | 4 | 5 | 12 | 9 | 24 | 31 | 18 | 12 | 210 | 16% |
| 2 | Enfermedad ácido péptica | 17 | 17 | 23 | 7 | 3 | 5 | 9 | 5 | 19 | 25 | 15 | 7 | 152 | 11% |
| 3 | Desnutrición crónica | 39 | 37 | 22 | | | 1 | 2 | 5 | 12 | 8 | 2 | 128 | 9% | |
| 4 | Padecimientos ginecológicos | 14 | 19 | 11 | 7 | | | 12 | 2 | 14 | 23 | 14 | 3 | 119 | 9% |
| 5 | Cefalea inespecífica | 3 | 16 | 11 | 4 | | 4 | 1 | 2 | 5 | 4 | 10 | 4 | 64 | 5% |
| 6 | Dislipidemias | 5 | 13 | 7 | 1 | | 1 | 6 | 6 | 6 | 2 | 6 | 3 | 56 | 4% |
| Total | | 106 | 131 | 108 | 23 | 7 | 16 | 40 | 26 | 73 | 97 | 71 | 31 | 729 | |

Principales patologías por género y grupo etario

Se hará un análisis de las principales enfermedades por grupos de edad y género, durante el periodo que corresponde del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2021.

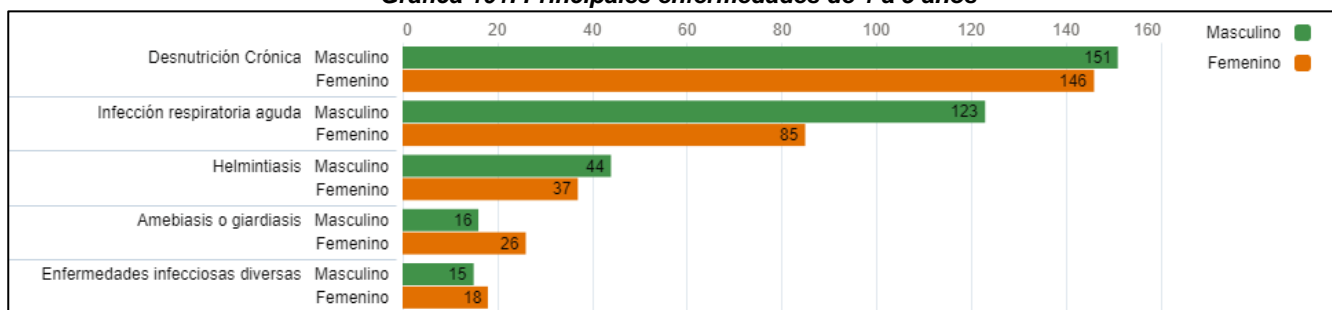
Las principales enfermedades en los niños menores de 1 año fueron las infecciones respiratorias agudas con 56 casos, en esta edad son la principal causa de consulta, la mayoría de las veces las infecciones son de origen viral. El segundo lugar lo ocupa la desnutrición crónica con 42 casos seguido de las enfermedades infecciosas diversas con 11 casos, como se muestra en la **gráfica 100**.

Gráfica 100. Principales enfermedades <1 año



La principal enfermedad en la edad de 1 a 5 años es la desnutrición crónica con 297 casos, seguido de las infecciones respiratorias agudas y las helmintiasis (**gráfica 101**). La desnutrición crónica es debido a la falta de recursos económicos y de saneamiento en las comunidades. Las carencias que existen en las familias impiden que puedan tener acceso a una alimentación balanceada. La mayoría de los niños pertenecen a familias muy grandes donde hay niños ya sea mayores o menores que ellos, lo que dificulta la atención hacia un solo niño y favorece de alguna manera la desnutrición y las parasitosis en los infantes.

Gráfica 101. Principales enfermedades de 1 a 5 años



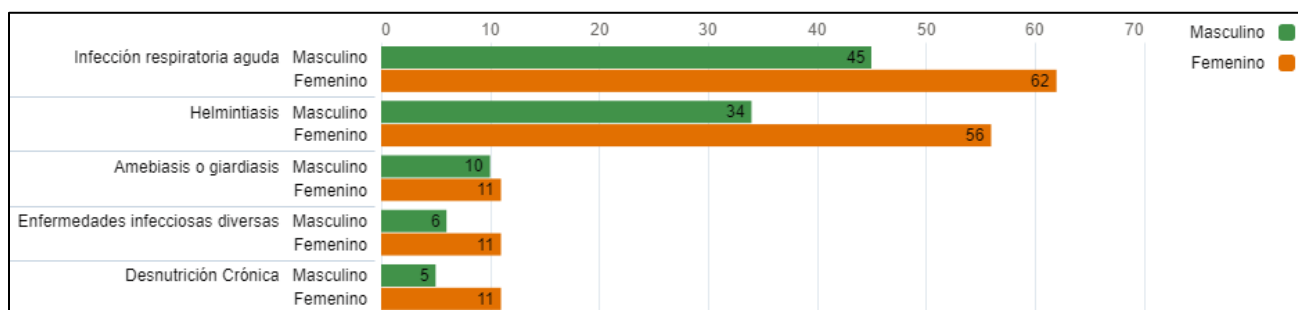
En el grupo etario de 5 a 12 años la principal enfermedad sigue siendo la infección respiratoria aguda, seguido de las helmintiasis y amebiasis, como se ve en la

gráfica 102. Las infecciones respiratorias agudas siempre predominan en la infancia.

En este grupo de edad disminuyen los casos de desnutrición crónica, los niños al ser más grandes no acuden a todas las consultas, debido a que asisten a la escuela y aunado a esto, ya no pertenecen al grupo de vigilancia de crecimiento y desarrollo.

Las helmintiasis y amebiasis siguen siendo frecuentes por la falta de servicios básicos y saneamiento, las carencias que ya hemos mencionado antes que propician estas patologías.

Gráfica 102 Principales enfermedades de 5 a 12 años.



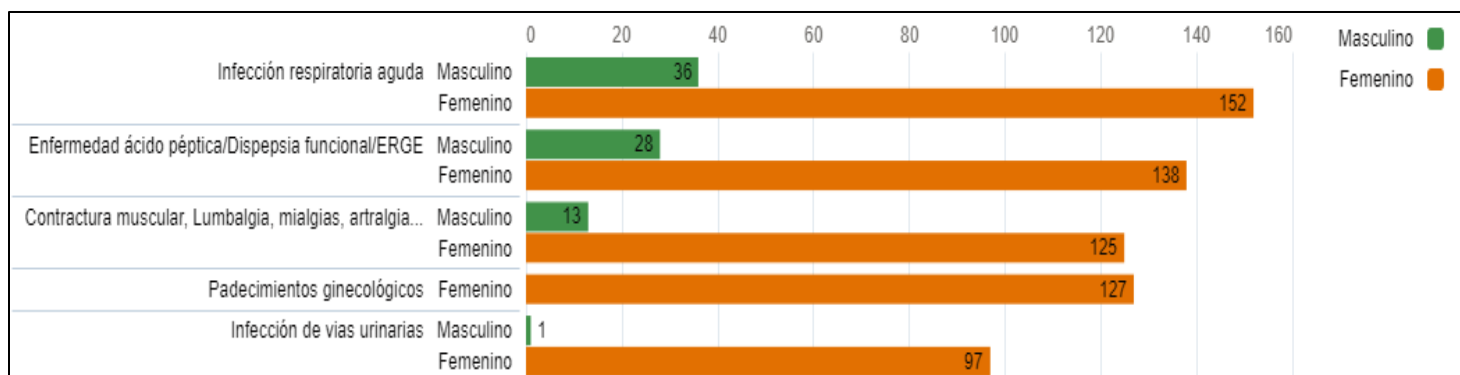
En el grupo de edad de 12 a 49 años predomina la consulta en las mujeres, debido a que tienen más posibilidad de asistir a la hora de la consulta en comparación con los hombres, porque ellos tienen que ir a trabajar una jornada laboral y su horario no coincide con los tiempos en los que Sanando Heridas brinda la consulta.

Como se ve en la **gráfica 103**, sigue predominando la infección respiratoria aguda. La segunda enfermedad más frecuente es la enfermedad ácido péptica que es común debido a que la mayoría de los pacientes pasan horas de ayuno prolongado. Muchas veces el primer alimento del día es café y tortillas de maíz; y el último alimento es a las 4 de la tarde.

Las contracturas musculares, mialgias, lumbalgias y artralgias son muy frecuentes, la mayoría de las pacientes se quejan de dolor. Esto es causado por el trabajo que realizan, el peso que cargan y la posición que mantienen durante varias horas. Entre estas actividades se encuentran la recolección de café, el bordado en telar, la carga de leña, cocinar en fogones con leña, y cargar a los bebés prácticamente durante todo el día.

Los padecimientos ginecológicos y las infecciones de vías urinarias son un motivo de consulta, que se pueden ocasionar por malas prácticas de higiene, baja ingesta de agua y horas prolongadas sin poder orinar.

Gráfica 103 Principales enfermedades de 12 a 49 años

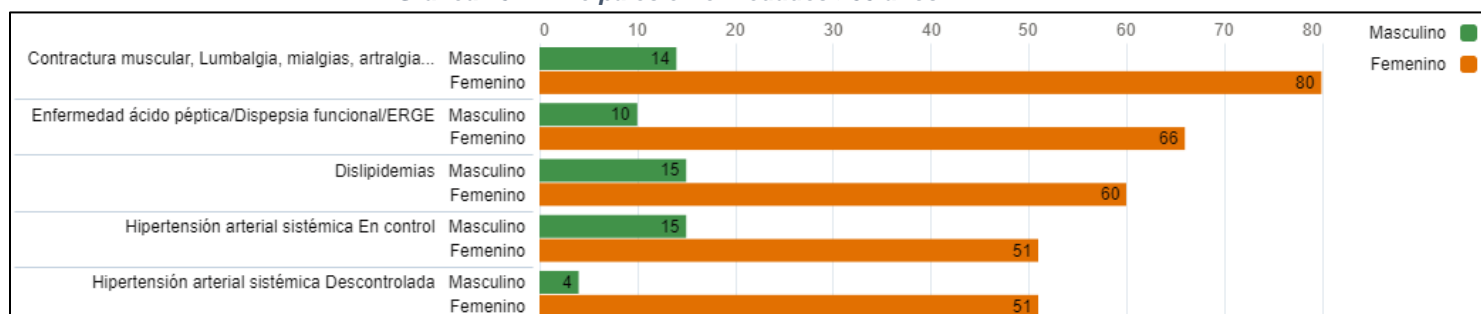


En el grupo de edad de la población mayor a 50 años, las enfermedades más frecuentes son las mialgias, artralgias y lumbalgias. En segundo lugar, se encuentra la enfermedad ácido péptica, seguido de las dislipidemias. Estos datos se muestran en la **gráfica 104**.

Las mujeres son las que más asisten a la consulta en comparación con los hombres. Los dolores del sistema musculoesquelético se deben al tejido en telar, la carga de leña, traslado de agua, alimentos traídos de la cosecha del campo, mantenerse de pie o sentados en una misma posición por varias horas al estar realizando una actividad de forma repetitiva.

La enfermedad ácido péptica se ocasiona por las horas prolongadas sin comer, y por el alto consumo de café sin consumir otros alimentos. El tercer y cuarto lugar lo ocupan las dislipidemias y la hipertensión arterial sistémica, que, sumado a la edad, se debe por el alto consumo de cereales que en su mayoría es el sustento más importante de la alimentación en la región de los Altos.

Gráfica 104 Principales enfermedades >50 años



Análisis de la sección tres

Al hacer un análisis de las principales enfermedades registradas en las diferentes localidades que atiende Sanando Heridas, se resume que son un reflejo de la realidad que la población vive día con día, al existir carencia de los servicios básicos, principalmente el agua potable, drenaje, alcantarillado, que propician las enfermedades gastrointestinales.

La situación socioeconómica que presentan las localidades de la región de los Altos, la dificultad para encontrar un trabajo, los salarios mal pagados, no poder alimentarse con la canasta básica, propician diversas enfermedades.

A pesar de que el resultado obtenido en el perfil de morbilidad se parece a los resultados nacionales y estatales, se agregan otras enfermedades frecuentes solo en la región, como la gastritis causada por la falta de alimentos y las horas prolongadas sin comer, la desnutrición crónica en los infantes, los dolores musculares que presenta la población adulta por actividades de carga constante de alimentos, baldes de agua y de los niños más pequeños.

Sanando Heridas ha contribuido a un cambio en toda la población, en los niños, las mujeres embarazadas, las mujeres que llevan algún método de planificación familiar y también en toda la población adulta en el control de enfermedades musculoesqueléticas y crónico-degenerativas, como la diabetes y la hipertensión arterial sistémica.

Covid-19 y Servicio Social

Durante este año de servicio Social se suscitó un evento que paralizó al mundo entero, la aparición de Covid-19. En este apartado hablaremos de cómo afrontó el pasante, la asociación y la población local esta nueva situación que tomó por sorpresa a toda la sociedad.

Esta enfermedad fue notificada por primera vez el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China. El brote se extendió rápidamente en número de casos y en diferentes regiones del país durante los meses de enero y febrero de 2020. La enfermedad, ahora conocida como COVID-19 continuó propagándose a otros países asiáticos y luego a otros continentes.

El primer caso se detectó en México el 27 de febrero de 2020. El 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia causada por este nuevo virus y exhortó a todos los países a tomar medidas y aunar esfuerzos de control en lo que parece ser la mayor emergencia en la salud pública mundial de los tiempos modernos.

En México, esta situación llevó al gobierno a preparar un protocolo de acción ante la pandemia, que claramente fue percibida como riesgo, por lo que se instauró el Comité Nacional para la Seguridad en Salud y la participación del Sistema Nacional de Salud, que ha estado a cargo del seguimiento oficial de la enfermedad y de la emisión de recomendaciones tanto para el propio sector salud, como para el gobierno y la ciudadanía en general.

Como portavoz oficial del Comité se nombró al Dr. Hugo López-Gatell, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, brindando, a través de informes diarios en los medios de comunicación, datos sobre el avance de la epidemia y las acciones a tomar ante ella. Precisamente, en estas conferencias se presentó el programa de actuación ante los escenarios del COVID-19 en el país, escenarios que, de inmediato y a partir de ese momento, se denominaron “Fases de la epidemia en México”.

Se creó la Jornada Nacional de Sana Distancia que dio inicio el lunes 23 de marzo y estaba planeada para finalizar el 30 de abril, sin embargo, el 31 de marzo el Gobierno capitalino emitió la Declaratoria de Emergencia Sanitaria lo que implicó una serie de medidas más drásticas para evitar la propagación de la pandemia, entre ellas la suspensión de la mayoría de actividades recomendando a la población que se quedarán en casa.

La pandemia alcanzó a México con un 48.8% de su población en situación de pobreza (CONEVAL 2018), y con 31.3 millones de personas que laboran en el empleo informal según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE); por esto, gran parte de la población mexicana no tenía el privilegio de quedarse en casa, esto implicaba perder el alimento diario para los trabajadores y para sus familias.

Para la población de las localidades de la Región de los Altos fue complicado de asimilar esta nueva enfermedad, o más bien, lo asimilaron desde su situación cultural. Ellos referían cuando recién comenzó la pandemia que esta enfermedad era de la gente blanca o como ellos le llaman “caxlanes”, decían que era muy complicado que algo que se oía de tan lejos pudiera llegar a sus casas, afirmando que muchas enfermedades se han afrontado a lo largo de la historia y que esta era solo una más. Además, ellos se sentían seguros al estar tan alejados de las grandes ciudades, veían como una protección vivir en las montañas y cerros.

Conforme fueron avanzando los días, se emitían comunicados diarios para ver la situación actual del país ante esta enfermedad. Esta información no era fidedigna para las localidades indígenas porque muchos de ellos no entendían las palabras que se decían en español y en general, los que tenían acceso a una televisión entendían muy poco de lo que ahí se decía o de lo que significaban los avances que se informaban.

El área de educación y Salud de Sanando Heridas empezó a trabajar en la difusión masiva de la información más relevante sobre el virus en lengua tsotsil. Se realizaron videos y folletos para difundirlos en todas las localidades donde Sanando Heridas atiende; e incluso a otras localidades vecinas, para que la información que ellos obtuvieran fuera la más cercana a la realidad que se estaba viviendo.

Además de esto, en las últimas salidas a localidad se dio información acerca de lo que estaba sucediendo, se informó a la población sobre los síntomas que causaba el virus y las precauciones que había que tomar. Se les enseñó la adecuada higiene de manos e inclusive se repartieron jabones en barra a la población para que llevaran a cabo esta práctica.

Al declarar fase 3 de la pandemia y con ello, el cierre de todas las actividades no esenciales, se decide suspender la consulta en las localidades de acción intensiva por acuerdo del equipo operativo y de los agentes de las comunidades. De igual forma, se suspende la consulta en la clínica de San Cristóbal a principios de abril. Los pasantes regresan a sus hogares ante el comunicado de la Universidad Autónoma Metropolitana donde se les pedía que se retiraran de los lugares donde prestaban el Servicio Social.

La suspensión de las actividades en la fundación duró un mes. Durante este tiempo, los pasantes estuvieron en reuniones por zoom, se les encargó obtener toda la información posible sobre las actualizaciones diarias acerca del Covid-19 en el mundo. Además, se les encargó cotizar precios en diferentes distribuidoras de equipos de Salud para preparar el regreso y afrontar la situación que se vivía.

A partir de mayo, se reanudaron las actividades, con diferentes estrategias para lograr la mayor eficiencia posible. La consulta se reanudó en la clínica de San Cristóbal, sin embargo, en las comunidades esta suspensión duró 4 meses.

A las localidades de acción intensiva se les proporcionó toda la ayuda posible, aún sin estar presentes. Los pasantes se encargaron de realizar una guía del cuadro básico de medicamentos para los agentes de Salud, donde se explicaba para qué servía cada medicamento, la dosis infantil y adulta que debía administrarse.

Se hacía un botiquín para cada comunidad que incluía el cuadro básico de medicamentos y material de curación que pudieran necesitar, al servicio de la población de cada localidad.

Además, se consiguieron equipos de teléfono para cada agente de Salud donde se les hacía una recarga de saldo quincenal para que pudieran estar en contacto con el equipo de enfermería de Sanando Heridas en lengua tsotsil, con la finalidad de resolver sus dudas y que nos dieran un informe de la situación de sus comunidades.

Por otra parte, el equipo de Salud manejaba dos equipos de teléfono. Como ya se mencionó, uno estaba a cargo de enfermería que tenía funcionamiento de 8 de la mañana a 8 de la noche. El otro teléfono estaba a cargo de los médicos pasantes, donde se tenía la finalidad de orientar a los pacientes si tenían dudas acerca del Covid-19 y también, de agendar la consulta por horarios en la clínica de San Cristóbal.

A todo el equipo de Salud de Sanando Heridas se le proporcionó equipo de protección personal, cubrebocas KN95, caretas, equipo de aislamiento, para dar la consulta. Se dividieron dos consultorios, uno de ellos era para atender exclusivamente enfermedades respiratorias, donde incluso se acondicionó para cualquier emergencia y en caso de necesitarlo, poder referir al paciente a un centro especializado de Covid-19.

Se crearon esquemas con la finalidad de hacer óptima y rápida la atención, donde se explicaba qué hacer si el paciente presentaba síntomas respiratorios leves, moderados o graves. Se creó un esquema para poder acceder a la clínica, donde el personal de Salud tenía una entrada exclusiva donde pasaba un filtro y los pacientes tenían otra vía de acceso.

El equipo de Salud hacía reuniones semanales para analizar si había algún avance en el diagnóstico o tratamiento del Covid-19, y también se realizaba una evaluación del funcionamiento de las medidas que se habían implementado para brindar la atención.

Sin embargo, la realidad se asomó ante la enfermedad. La mayoría de las personas viven al día, quedarse en casa implicaba dejar de comer y de tener un ingreso para vivir.

Conforme avanzaron los meses, los casos aumentaban progresivamente, se reportaban miles de muertes diarias. La población percibía al personal de Salud como un peligro, sin importar si era trabajador de gobierno, particular o perteneciente a organizaciones civiles, porque ellos pensaban que podían

transmitirles el virus. Esta desconfianza se originó porque empezaron a circular audios de WhatsApp, donde se decía que el gobierno había creado el virus para reducir el nivel de la población, que todo era un plan para matar a las personas. Se mencionaba que por medio de aviones y helicópteros expandían el virus para que toda la población se enfermara y muriera.

También se mencionaba que el personal de Salud estaba coludido con estos planes, por eso en los hospitales moría tanta gente. Las comunidades no creían en los médicos, preferían tratarse con remedios naturales, e incluso, acudir con charlatanes para que ellos les dieran la cura, desde una pastilla mágica hasta una vacuna que todo lo curaba.

Un ejemplo claro es que las localidades pidieron que el equipo de Salud no asistiera a dar la consulta y menos si se portaba equipo de protección personal. Ellos pensaban de dos formas, unos creían que, al presentarse el personal con dicho equipo, era porque tenían miedo a enfermarse, asimilando que los habitantes de la comunidad transmitían la enfermedad. Por otra parte, otras localidades creían que, al portar el equipo de protección personal, lo que pretendíamos era contagiarlos con esos equipos tan sofisticados que seguramente tenían impregnado el virus.

Todas estas teorías conspirativas llevaron a la población de algunos municipios del Estado de Chiapas a cometer actos destructivos ante el Sistema de Salud, como lo que sucedió en el Hospital de Venustiano Carranza donde se vandalizó y se obligó a cerrar el hospital de dicho municipio.

Otro hecho que se dio en Chiapas, fue la fumigación por dengue. En todo el Estado se fumiga anualmente para evitar la propagación del dengue. En San Cristóbal de las Casas, especialmente en la región norte la población se organizó para solicitar que no fumigarán porque creían que al fumigar esparcían el virus por toda la ciudad. Sin embargo, el gobierno del municipio no entabló diálogo, ni dio explicaciones, y optó por llevar a cabo la fumigación en la madrugada. Este tipo de acciones fomentaban aún más la desconfianza de la población.

El 12 de junio en Villa de las Rosas, pobladores del municipio atacaron la alcaldía y un hospital, tras la circulación de teorías falsas en redes sociales que negaban la existencia del nuevo coronavirus, e indicaban que las autoridades pretendían esparcir la enfermedad en fumigaciones.

Todas estas teorías crearon un ambiente difícil para el personal de la Salud y también para la población porque al resistirse a recibir atención, muchos de ellos presentaron complicaciones graves y otros llegaron hasta la muerte.

En mi experiencia, la aparición de la pandemia fue de mucha incertidumbre, pero también de aprendizaje personal y profesional. Posterior a los 4 meses de suspensión de las consultas en las localidades, estas se fueron reanudando poco a poco. La población aceptó que el personal de Salud usara cubrebocas y

paulatinamente fuimos volviendo a la nueva normalidad y continuando la vida con un nuevo virus presente a nivel mundial.

Acciones de Sanando Heridas ante el Covid-19

Como parte de las acciones de difusión de información confiable a las Localidades de Acción Intensiva (LAI) de Sanando Heridas A.C. se realizaron las siguientes acciones:

- Elaboración de 9882 cuadernillos ilustrados en español y tsotsil distribuidos en centros de salud, ayuntamiento de Chenalhó, líderes comunitarios, promotoras de salud y familias.
 - ¿Qué es y cómo prevenir el coronavirus?
 - ¿Cómo saber si un familiar tiene coronavirus y qué hacer?
- 2 talleres presenciales para 10 directivos hombres y 18 líderes mujeres de la Unión de cafecultores Majomut (cuenta con 100 socios en 4 municipios de la región Altos)
- 1 taller para 51 madres de familia en la escuela primaria de los Llanos sobre Covid.
- Pláticas con profesores y autoridades locales de cada una de las 6 LAI con entrega de material impreso sobre Covid.
- Visitas a cada Centro de Salud u Hospital cercanos a las 6 LAI (11 visitas en total)
- Visita a Centro de Salud de San Cristóbal para referir usuarios sospechosos de covid-19 desde Sanando Heridas A.C
- Traducción de 2 videos y 1 audio, sobre covid-19 del español al tsotsil para ser difundidos en la región de trabajo.
- Participación en “webinar” con 7 organizaciones de la sociedad civil en el cual Sanando Heridas A.C. brindó capacitación y respondió dudas a los participantes de cada organización.
- Visitas y comunicación con autoridades de las colonias circundantes a la clínica de SCDLC para prevención del covid-19.

Conclusiones

Puedo concluir que la experiencia de haber realizado mi Servicio Social en Chiapas y en una organización civil, fue positiva y gratificante, me ayudó en el aspecto personal, a ser más empática ante las situaciones y personas más vulnerables, me enseñó a relacionarme con las personas que tienen otra cultura y forma de vida, a ser más comprensiva sin cerrarme a una realidad que solo existe en mí. En el aspecto profesional aprendí y mejoré mis conocimientos al aumentar mi seguridad como profesional de la Salud.

El Estado de Chiapas y específicamente la Región de los Altos está lejos de tener una realidad donde no exista el rezago y las carencias, a pesar de que México está en tratados y pactos internacionales, que tienen como principal objetivo proteger la vida y la integridad del ser humano.

A pesar de esto, las comunidades indígenas han buscado una forma de vida, donde la Salud engloba otros aspectos místicos y religiosos, que les permite buscar y encontrar la Salud, donde no solo se incluye la medicina alópata.

Todo el equipo que conforma Sanando Heridas realiza una gran labor en la población que atienden, mejorando la calidad de vida de una o varias familias, brindando atención profesional y acompañamiento en las situaciones que se requieran; por esto puedo decir que es importante realizar el Servicio Social en localidades marginadas del país que es donde se requiere la atención médica.

El servicio Social ha sido la experiencia más enriquecedora dentro de la licenciatura, me enseñó comprensión hacia los demás y hacia otras formas de vida, a dar la mano sin esperar nada a cambio, más que la satisfacción de haber mejorado la calidad de vida de un ser humano.

Anexo

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS (HOJA 1).

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES POR GRUPOS DIAGNOSTICOS

- 1. Enfermedades infecciosas diversas**
 - *Pediculosis y phtiriasis B85*
 - *Escabiosis B86*
 - *Miasis B87*
 - *Otitis externa H60*
 - *Conjuntivitis H10 (Que no sea parte de IRA)*
 - *Absceso cutáneo, fuñculo y ántrax L02*
 - *Dermatofitosis B35*
 - *Verrugas víricas B07 (no incluimos aquí las genitales)*
 - *Parotiditis infecciosa B26*
 - *Candidiasis B37 (que no sea urogenital)*
 - *Otras micosis, no clasificadas en otra parte B48*
 - *Fiebres tifoidea y paratifoidea A01*
 - *Escarlatina*
 - *Erisipela*
 - *Otras enfermedades bacterianas, no clasificadas en otra parte A48*
- 2. Diarrea aguda Pb infecciosa**
 - *Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso A09*
 - *Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas A04.*
 - *Otras salmonelosis, Shigelosis A02, A03*
 - *Intoxicación alimentaria bacteriana A05.*
- 3. Infección respiratoria aguda**
 - *Infecciones agudas J00-J06, J20 J21 ;*
 - *Faringitis y amigdalitis estreptocócica J02.0 y J03.0*
 - *Neumonía y bronconeumonía J2-J18 J 12-*
 - *Otitis media aguda H65.0-H65.1*
- 4. Infección urinaria**
 - *Infección de las vías urinarias sitio no especificado N39.0*
- 5. Enfermedad acido péptica.**
 - *Enfermedad de reflujo gastroesofágico K21*
 - *Úlceras, Gastritis y duodenitis K 25 y K29*
- 6. Síndrome de intestino irritable/dispepsia.**
 - *Síndrome de colon irritable K58, Dispepsia K30.*
- 7. Mialgias, artralgia y lumbalgia**
 - *Dorsalgia M54, artropatía en otras enfermedades clasificadas en otra parte M14, dolor, no clasificado en otra parte R52.*
- 8. Cefalea inespecífica**
 - *Cefalea R 5.*
- 9. Insuficiencia venosa**
 - *Venas varicosas de los miembros inferiores (183), varices en otros sitios I86, otros trastornos de las venas I87, insuficiencia venosa crónica periférica 187.2*
- 10. Diabetes Mellitus**
 - 10.1. Insulinodependiente**
 - *Diabetes mellitus insulinodependiente E10*
 - 10.1.1. **En control**
 - 10.1.2. **Descontrolada**
 - 10.2. No insulinodependiente**
 - *Diabetes mellitus no insulinodependiente E11y E14*
 - 10.2.1. **En control**
 - 10.2.2. **Descontrolada**
 - 10.3. Resistencia a la insulina**
 - 10.4. Complicaciones asociadas a DM**
- 11. Hipertensión arterial sistémica**
 - *Hipertensión esencial (primaria) I10*
 - 11.1. **En control**
 - 11.2. **Descontrolada**
 - 11.3. **Complicaciones asociadas a HTA**
- 12. Dislipidemias**
- 13. Sobrepeso/obesidad (adultos y pediátricos: pz >2)**
 - *Obesidad E66*
- 14. Tabaquismo**
 - *Problemas relacionados con el uso del tabaco Z72.0*
- 15. E.P.O.C./Asma**
 - 15.1. **Controlado sin broncoespasmo ni crisis**
 - 15.2. **Con broncoespasmo y/o crisis el último mes.**
 - *Asma J45*
 - *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada J44.9*
 - *Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas J44*
- 16. Crisis convulsivas**
 - 16.1. **Controladas. Sin crisis último mes**
 - 16.2. **Descontroladas**
- 17. Deficiencias diversas**
 - *Auditivas y del lenguaje*
 - *Motoras/mentales*
 - **NO DE AGUDEZA VISUAL**
- 18. Tumoraciones inespecíficas (masas que no corresponden a crecimiento de órganos y sin sintomatología que oriente a cáncer)**
 - *Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios y de los no especificados D48*
- 19. Cáncer en cualquiera de sus tipos y estadios**
(Se incluirán tumoraciones u otros tipos de cáncer de cualquier sitio o lugar que cuenta con estudios o que por clínica hay suficientes elementos para pensar en el diagnóstico)
- 20. Alcoholismo**
 - *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol F10*
 - *Problemas relacionados con el uso del alcohol Z72.1*
- 21. Drogadicción**
 - *Problemas relacionados con el uso de drogas Z72.2*
- 22. Accidentes o envenenamientos** (Se incluye todo tipo de lesiones, intoxicaciones o envenenamientos accidentales; quemaduras, accidentes en vehículos, atropellamiento, caídas y sus consecuencias, heridas diversas, esguinces, luxaciones, fracturas, contusiones, mordeduras)
- 23. Violencias incluida violencia intrafamiliar y auto infligida** (Se incluye todo tipo de lesiones infringidas o auto infringidas)
 - *Síndrome de maltrato T74*
 - *Síndrome de maltrato, no especificado T74.9*
 - *Violencia física R45.6*
 - *Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados X84*
 - *Agresión por medios no especificados Y09*
 - *Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas X85*
- 24. Control de la fertilidad PF (consejería y asesoría sobre MPF)**
 - *Atención para la anticoncepción Z30*
 - 24.1. **Hormonal bimensual**
 - 24.2. **Hormonal mensual**
 - 24.3. **Hormonal oral**
 - 24.4. **Preservativos**

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS (HOJA 2).

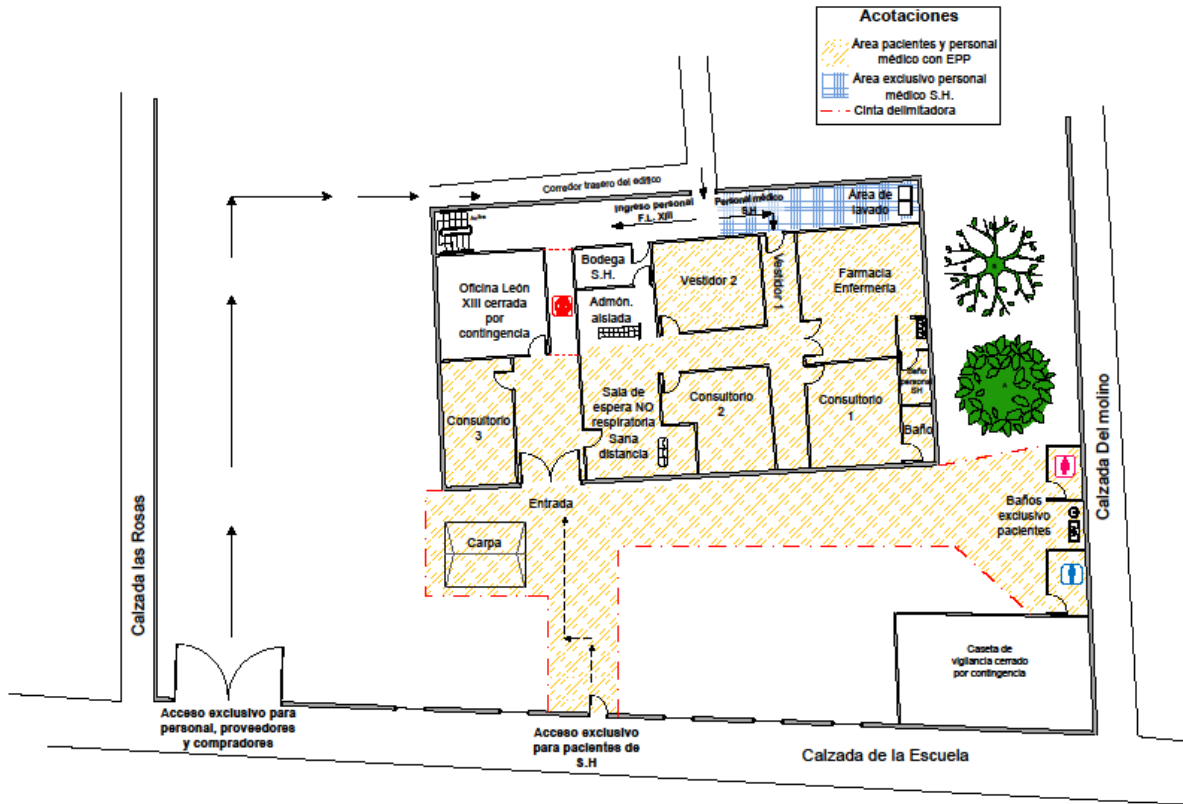
- 24.5. Dado en otra institución (*implante, otb, hormonal, etc*)
- 24.6. **Implante subdermico dado por SH**
25. **Control del embarazo**
- 25.1. **Detección y/o primera consulta**
- Examen y prueba de embarazo Z32
 - Embarazo confirmado Z32.1
 - Estado de embarazo incidental Z33
- 25.2. **Seguimiento de embarazo**
- Supervisión de embarazo normal Z34
 - Supervisión de embarazo de alto riesgo Z35
- 25.3. **Complicaciones asociadas a embarazo**
- Atención de la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo O26
26. **Consulta a puérperas**
- 26.1. **Puérperas sanas**
- 26.2. **Puérperas con patología**
- 26.3. **Termino del embarazo Parto**
- 26.3.1. **Parto con bebé nacido vivo**
- 26.3.2. **Parto con bebé nacido muerto**
- 26.4. **Termino del embarazo Cesárea**
- 26.4.1. **Cesárea con bebé nacido vivo**
- 26.4.2. **Cesárea con bebé nacido muerto**
- 26.5. **Ectópico**
- 26.6. **Aborto**
27. **Infecciones de transmisión sexual**
- Linfogranuloma venéreo por clamidias A55
 - Candidiasis urogenital B37.3-B37.4
 - Candidiasis de la vulva y de la vagina B37.3
 - Chancro blando A 57
 - Herpes genital A60.0
 - Infección gonocócica del tracto genitourinario A54.0-A54.2
 - Vulvovaginitis inespecífica N76.0
 - Sífilis adquirida A 51- A53
 - Tricomoniasis urogenital A 59
 - Enfermedades de transmisión sexual no especificada A64
 - Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, no clasificadas en otra parte A63
 - Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas N73
28. **Padecimientos ginecológicos** (las que no sean ITS ni de resolución quirúrgica)
- Otras afecciones inflamatorias de la vagina y la vulva N76
 - Otros trastornos de la mama N64
 - Menstruación ausente, escasa o rara N91
 - Menstruación excesiva, frecuente e irregular N92
 - Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales 93
 - Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual N94
 - Dismenorrea no especificada N94.5
 - Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos N95
29. **Estado nutricional normal** (En menores de 5 años)
30. **Enfermedades de origen congénito** (Todas y especialmente anancefalia, encefalocele, espina bífida y labio y paladar hendido)
31. **Patología de resolución quirúrgica** (Hernias, apendicitis, hemorroides, colecistitis, prolapsos: rectales vesicales uterinos, problemas quirúrgicos de traumatología y ortopedia, cataratas)
32. **Alteraciones de la agudeza visual**
33. **Esquizofrenia y trastornos graves de la personalidad**
34. **Trastorno emocional** (Se considerará cuando la usuaria o usuario acepta tener enfermedad de tristeza, preocupación, enojo o miedo y/o cuando a valoración del médico es evidente un trastorno depresivo de ansiedad u obsesivo/compulsivo.)
- Depresión F32
35. **Desnutrición**
- Desnutrición proteico calórica, no especificada E46
 - Kwashiorkor E40
 - Marasmo nutricional E41
 - Kwashiorkor marasmático E42
- 35.1. **Crónica (talla baja para la edad)**
- 35.1.1. **Mejoría de puntaje z en curva de talla para la edad** (*aunque continúe con desnutrición crónica*)
- 35.1.2. **Recuperación de desnutrición crónica** (*talla para la edad arriba de pz -2*)
- 35.2. **Aguda (peso bajo para la talla)**
- 35.2.1. **Recuperación de desnutrición aguda** (*peso para la talla arriba de pz -2*)
- 35.3. **Crónica Agudizada**
- 35.4. **Por datos clínicos** (*cabello claro o quebradizo, piel delgada, uñas quebradizas, etc, aunque no tenga alteración en sus curvas de crecimiento*)
36. **Deshidratación secundaria a gastroenteritis**
37. **Enfermedades de reporte inmediato**
- Difteria, Enteritis debida a rotavirus, cólera, poliomielitis, rubéola, Sx. de rubéola congénita, sarampión, meningitis meningocócica, meningitis tuberculosa, meningoencefalitis amebiana, primaria tétanos, tétanos neonatal, tosferina, influenza, VIH, SIDA, sífilis congénita, encefalitis equina venezolana, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica por dengue, fiebre manchada, fiebre del oeste del Nilo, paludismo por Plasmodium falciparum, peste, tifo epidémico, tifo murino, leptospirosis, rabia humana, enfermedad febril exantemática parálisis flácida aguda, síndrome coqueluchoide, efectos adversos temporalmente asociados a vacunas. Muerte materna.
38. **Consulta a sanos (pediátricos y adultos)** con estado nutricional normal y no presente alguna patología.
39. **Helmintiasis**
- Otras helmintiasis B83
 - Ascariasis B77
 - Triquiosis B75
 - Teniasis B68
 - Cisticercosis B69
40. **Amibiasis o giardiasis**
- Giardiasis [ambliasis] A07.1
 - Amebiasis A06
41. **Enfermedades de origen alérgico**
42. **Otras patologías** (Todas las que no puedan encasillarse en otras anotadas aquí)
- Otros síntomas y signos generales R68

Bajo= <18.5
Normal= 18.5 – 24.9
Sobre Peso= 25 – 29
Obesidad I= 30 – 34.9
II= 35 – 39.9
III= >40

Obesidad Central
Cintura Hombre= 102 cm
Mujer= 88 cm.

IMC= (Talla en metro)²/Kg. De

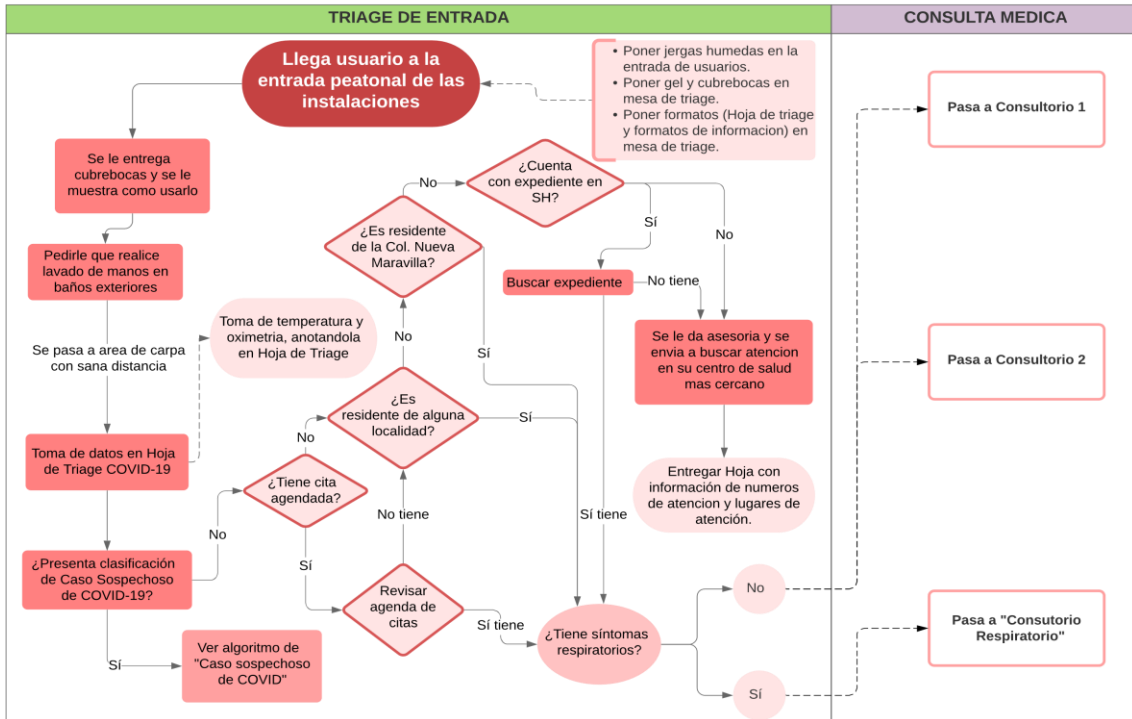
ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DE ESPACIOS Y VÍAS DE ACCESO EN LAS INSTALACIONES DE SANANDO HERIDAS DURANTE EL COVID-19.



ALGORITMO DE TRIAGE DE ENTRADA DE SANANDO HERIDAS DURANTE EL COVID-19.

ALGORITMO DE TRIAGE DE ENTRADA

equipo operativo | May 13, 2020



Referencias

- Banco Mundial. (2020). *Banco Mundial*. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/who-we-are>
- Campos Navarro, R. (2006). La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la Salud. *Interculturalidad*, 2-5.
- Carlsen, L. (2016). *Autonomía indígena. Usos y costumbres*. Obtenido de <https://chiapas.iiec.unam.mx/No7/ch7carlsen.html>
- CESMECA. (2012). *Región de los Altos*.
- CNDH. (2018). *Comisión Nacional de Derechos Humanos*. Obtenido de <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos#:~:text=Los%20derechos%20humanos%20son%20derechos,der echos%20humanos%2C%20sin%20discriminaci%C3%B3n%20alguna>.
- CONASAMI. (2020). *Salarios mínimos 2020*.
- CONASAMI. (2020). *Salarios mínimos 2020*.
- CONAVI. (2020). *Programa Institucional 2020-2024 de la Comisión Nacional de la Vivienda*. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5603798&fecha=29/10/2020
- CONEVAL. (1990). *Medición de la pobreza, calidad y espacios de la vivienda*. Obtenido de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Medición/Calidad-y-espacios-en-la-vivienda.aspx>
- CONEVAL. (2008). *Medición de la pobreza*. Obtenido de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>
- CONEVAL. (2018). *CONEVAL*. Obtenido de <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Chiapas/Paginas/Pobreza2018.aspx>
- CONEVAL. (2020). *Carencia por acceso a servicios básicos de la vivienda*.
- Congreso de la Unión. (2006). *Ley de Vivienda*. Obtenido de <https://legislacion.scjn.gob.mx/buscador/paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=0cbvjXjq9krUTOeL/uraYaTeJPYRJYfo7N5MEb2dSqJD0PnmEIn/6JXLuHD0SnjAO9sNHFNggnueFv0IEHFzRJQ==>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. (5 de Febrero de 1917). Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- Desarrollo Regional. (2012). *Región V Altos tsotsil-tseltal*.

- ECOSUR. (2016 de Noviembre de 2018). *Alimentación y salud de familias de áreas rurales de Chiapas*. Obtenido de <https://www.ecosur.mx/alimentacion-y-salud-de-familias-de-areas-rurales-de-chiapas/>
- ENSANUT. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19*.
- Gobierno de Chiapas. (2018). *Programa Regional de Desarrollo*.
- Gobierno de Chiapas. (2020). *Región V Altos Tsotsil-Tzeltal*.
- Gobierno de México. (2021). *Sistema de Información Cultural*. Obtenido de http://sic.gob.mx/lista.php?table=grupo_etnico&estado_id=7
- INEGI. (2000). *Glosario*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENEU#letraGloP>
- INEGI. (2002). *Guía de conceptos, uso e interpretación de la estadística de la fuerza laboral en México*. Aguascalientes.
- INEGI. (2015). *Datos sociodemográficos localidades Chiapas*.
- INEGI. (2018). *Vivienda digna e insuficiencia alimentaria*.
- INEGI. (2019). *Mujeres y hombres en México 2019*. INMUJERES.
- INEGI. (2020). *INEGI. Presentación de resultados Chiapas*.
- INEGI. (2020). *INMUJERES*.
- INEGI. (2020). *Panorama sociodemográfico de México*.
- INEGI. (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020*.
- INFADED. (2015). *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de Mexico*. Obtenido de Enciclopedia de los municipios y delegaciones de Mexico
- INFADED. (2020). *Pueblos de México*.
- INPI. (18 de Febrero de 2018). *Etnografía de los pueblos tzotzil*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-de-los-pueblos-tzotzil-batsil-winik-otik-y-tzeltal-winik-atel?idiom=es#:~:text=El%20vocablo%20tzotzil%20deriva%20de,y%20lo%20tomaron%20por%20Dios.&text=El%20tradicional%20territorio%20tzotzil%20se,la%20ciudad%2>
- INPI. (2018). *Etnografía de los pueblos tzotzil (Batsil Winik' Otik) y tzeltal (Winik Atel)*. Obtenido de <https://www.gob.mx/inpi/es/articulos/etnografia-de-los-pueblos-tzotzil-batsil-winik-otik-y-tzeltal-winik-atel?idiom=es>

- LOPEZ BARCELONA, J. J. (2004). SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA EN MEXICO. FACTIBILIDAD DEL CUMPLIMIENTO ACADÉMICO EN EL ÁREA RURAL. *FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM*, 181.
- Lopez-Hernandez, J. R., & Teodoro Mendez, J. M. (2006). La cosmovisión indígena tsotsil y tsetal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Ra Ximhai*, 15-26.
- Marti Gonzalez, C. (2020). *Desarrollo de Programa de Orientación Alimentaria para grupos tzeltales de habla indígena*. Puebla: Universidad Iberoamericana de Puebla.
- Naciones Unidas. (1976). *Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales*. Obtenido de https://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Pacto_IDESC.pdf
- Núñez, M. G., & Velazquez Castillejos, G. (2019). Patrones espaciales de carencia alimentaria en Chiapas a través de una aproximación anidada integrada de Laplace. *INEGI*.
- OMC. (2015). *Objetivos de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas*. Obtenido de https://www.wto.org/spanish/thewto_s/coher_s/mdg_s/mdgs_s.htm#:~:text=Entre%20ellos%20figuran%20los%20siguientes,alianza%20mundial%20para%20el%20desarrollo.
- OMS. (1943). *WHO*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS. (1943). *WHO*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS. (29 de Noviembre de 2017). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- OMS. (19 de Febrero de 2018). *Objetivos de desarrollo del Milenio*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- ONU. (s.f.). *Objetivos desarrollo sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- OPS. (2009). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

- RAE. (2021 de Enero de 2020). *Real Academia Española*. Obtenido de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/derecho?m=form>
- Rodriguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 49-55.
- Salud, L. G. (29 de Noviembre de 2019). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29%2F11%2F2019
- Sanando Heridas. (2020). *Crecimiento y Desarrollo*.
- Sanando Heridas. (2020). *INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO SANANDO HERIDAS*.
- Sanando Heridas, A. (20 de Noviembre de 2020). *Sanando Heridas A.C*. Obtenido de <https://www.sanandoheridas.org.mx/>
<https://www.sanandoheridas.org.mx/>
- Secretaria de Salud. (2019). *Programa sectorial de Salud 2019-2024*.
- Secretaria de Salud. (2019). *Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad*.
- Secretaria de Salud. (2020). *Objetivos y estrategias aplicables*.
- Secretaria de Salud. (2020). *Veinte principales causas de enfermedad en Chiapas por grupo de edad*.
- SEMAHN. (2018). *Manejo de residuos. Secretaria de medio ambiente en historia natural*.
- SEP. Monografía Estatal. (2000). *Chiapas, colores de agua y selva*. SEP.
- UNESCO. (2006). Directrices de la UNESCO sobre educación intercultural. *Sección de la Educación para la Paz y Derechos Humanos*, 12-20.
- UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO. (2010). PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL. *FACULTAD DE MEDICINA*, 3.