



**Reporte Servicio Social
Febrero 2019 -
Enero 2020**

**CASA DEL MIGRANTE
“Jtatic Samuel Ruiz García”**

*Asesor: Dr. Joel Heredia Cuevas
MPSS Edwin Pérez Martínez*

Palenque, Chiapas, 02/2020

Índice

1ª sección: Proceso de Adaptación al Servicio Social	4
Personal	4
Institucional.....	6
Comunitario	8
2da sección: Diagnóstico de salud	11
Introducción	11
Derecho a la salud	11
Sistema Nacional de Salud	15
Derecho a la salud en los marcos internacionales	18
¿Derecho a la salud o derecho a la protección a la salud?.....	19
Determinantes sociales de la salud	21
Políticas de salud en México	23
Salud y personas en situaciones vulnerables (Migrantes)	25
Diagnóstico comunitario de salud	27
Chiapas	
Geografía del estado	27
Demografía	28
Migración.....	29
Vivienda y educación.....	30
Economía y salud	32
Honduras	
Geografía del país	35
Golpe de estado 2009	35
Demografía	37
Vivienda, educación y economía	39
Salud	41
Propuesta del nuevo modelo de salud.....	43
Migración.....	49
Conclusiones de la segunda sección	53
3ra sección: Seguimiento de Programas y Perfil de Morbilidad	57
Introducción	57
Total de consulta	57

Consultas de atención prenatal	58
País de origen y motivo de migración	60
Viaja con / país de destino.....	61
Nivel educativo / No. De veces que viaja	62
Perfil de morbilidad	63
Morbilidad anual	63
Morbilidad por género.....	63
Enfermedades transmisibles.....	64
Enfermedades no transmisibles	65
Principales 3 enfermedades por grupo etario	67
Urgencias.....	68
Evaluación personal.....	63
Conclusiones finales	71
Bibliografía	74
Anexos	
Formato de hoja de control prenatal	78
Formato de hoja de referencia	79
Formato botiquines	80
Formato Vale de transporte / Registro diario.....	81
Fotografías	82

1ª sección: Proceso de Adaptación al Servicio Social

Personal

Siempre he considerado que la riqueza del conocimiento reside en nuestros antepasados y no en lo material. Desde la transmisión de mitos y leyendas de abuelos a hijos, nietos, hasta alcanzar generaciones enteras, siendo inmortalizados a través de estas historias.

El área médica no difiere mucho en este sentido. El hombre es por naturaleza curioso. Desea saber que hay detrás de lo que le sucede en su vida, y que puede hacer para ir más allá de lo que está enfrente. La enfermedad, por otro lado, presente desde el primer eslabón de la evolución, ha sido el principal motor que ha impulsado el desarrollo de esta hermosa área. Así, impulsados por el deseo de saber los porqués de una enfermedad, y ambicionando ser los primeros en encontrar la cura, los precursores de la medicina iniciaron un movimiento imparables hasta nuestros días.

Aunque sufriendo muchos reveses, ya sea por cuestiones éticas, religiosas o político-económicas, medicina ha sido, es y será, la expresión máxima del arte de la humanidad.

Todo el mundo ovaciona a aquellos valientes que se atreven a navegar estas turbias aguas. Valientes porque medicina es más que acudir a una universidad, sacar buenas notas o aprenderse muchos conceptos. Turbias porque cuando comienzan las prácticas, te alejas de tu familia, sufres la decadencia del ser humano, compartes alegrías, desespero y muerte con los familiares de tus pacientes... y con cada una de estas experiencias, una parte del alma muere, mientras que otras surgen para compensar esa muerte prematura. Aprendes a sobrellevar el dolor, a vivir, llorar, sufrir solo.

Pero lo más increíble de un estudiante de medicina, es que no importa que tan roto estés, siempre hay un lugar cálido y amoroso para los pacientes, mismos que, sin las experiencias de las que tú has aprendido, requieren de una persona que los escuche, los oriente y, sobre todo, alivie su dolor. Y no es un dolor físico

únicamente, ya que numerosas patologías derivan de alteraciones del estado emocional.

Es por esto que, cuando sabes que realizarás el servicio social, se presentan muchas dudas. Dudas acerca de si lo mejor es realizarlo en la ciudad, con todas las comodidades a tu alcance, con tiempo libre suficiente para divertirse o estudiar para un examen próximo (llámese ENARM), inclusive permanecer cerca de tu familia. O bien, estar en una comunidad (desde zonas de difícil acceso hasta pueblos mágicos como Palenque o San Cristóbal), disfrutando de la naturaleza, de estar alejado de todo lo tecnológico y adentrarte un poco en el conocimiento de ti mismo y tus capacidades.

Cuando me encontré ante este dilema, aunque fue difícil, no me costó mucho al final. Desde la preparatoria había vivido parcialmente solo (ya que estudié en Puebla), así que vivir alejado de mi familia era más asimilable para mí que para muchos de mis amigos, quienes nunca habían estado fuera de casa. Por otro lado, el hecho de conocer otro estado (Chiapas y su magnífico ecosistema son bien conocidos) también influyó mucho en mi decisión. Finalmente, al conocer el trabajo de SADEC en esta zona, y la oportunidad de llevar atención médica a lugares en los que realmente marcabas la diferencia, fue el parteaguas para tomar una decisión.

Lo consulté con mi familia, quienes estuvieron totalmente de acuerdo.

Me puse en contacto con el coordinador del programa (Dr. Joel), quien después del protocolo de selección necesario me dio la aprobación.

Así, me encontré en febrero en la zona más húmeda y calurosa en la que había estado en toda mi vida. Después de buscar un departamento para vivir durante este año, comencé a explorar los alrededores, dándome cuenta de que Palenque es en realidad mucho más pequeño de lo que esperaba.

Ese mismo día me enteré que, además de mí, una enfermera también iba a estar dando servicio conmigo (Mariana).

Un día previo a iniciar formalmente el servicio en la casa del migrante, el Dr. Joel nos acompañó al albergue para hacer la presentación con las Hermanas de la

Caridad (específicamente con Sor Juana, quien es enfermera), mismas que iban a estar a cargo de nosotros.

Al día siguiente, nos presentamos en el consultorio del albergue, y durante el transcurso del día Sor Juana nos fue explicando la dinámica del consultorio, el proceso de registro, los medicamentos y equipo con los que contaríamos, así como las precauciones necesarias para tratar con los migrantes, esto debido a que se debían mantener ciertos grados de seguridad (como no proporcionar nombres, números telefónicos, o direcciones, así como datos del albergue o del personal).

Al inicio fue un poco intimidante, ya que muchos de los migrantes se encuentran descansando junto a las vías del tren, o bien en las inmediaciones del complejo en el que se encuentra el albergue. Cuando caminabas por las calles, al nadie conocerte, las miradas de recelo y sospecha se dejaban entrever. Sin embargo, conforme han pasado los meses, muchos de los migrantes que hemos atendido y que en ocasiones están por las calles aledañas ahora te saludan como un amigo más, agradecidos por la atención que les brindamos a su paso por el albergue, y la voz se va esparciendo, reconociéndote como el Doctor o la Enfermera del albergue.

Institucional

El SS en Chiapas se logra gracias a **SADEC** (Salud y Desarrollo Comunitario), que es una Asociación Civil no lucrativa, quien en coordinación con las comunidades de las distintas regiones en donde tienen presencia, proporcionan diversos servicios como salud dental, atención médica y de enfermería, impulso de estrategias sanitarias y proyectos económicos para comunidades de la región. Se financia por medio de la cooperación internacional, donaciones voluntarias y recursos propios de proyectos productivos.

El trabajo de la organización se desarrolla en las regiones selva, norte y cañadas del Estado de Chiapas.

Surge como un proyecto de apoyo comunitario en 1995 (en coordinación con Médicos del mundo España), teniendo como trasfondo el Instituto Nacional Indigenista (INI), cuya finalidad era formar promotoras y parteras en diversas comunidades, pero cuya implementación fue insuficiente para los requerimientos de

la población de Chiapas, y teniendo como ejes 3 elementos conceptuales: derecho a la salud, Interculturalidad y Género.

Lugares de trabajo de SADEC

Arroyo Granizo
La Culebra
San Jerónimo Tulijá
Las Tazas
Emiliano Zapata
La Garrucha
Hospital San Carlos
Nuevo Poza Rica
Casa de la Mujer (Palenque)
Casa del Migrante (Palenque)



En lo que respecta al **funcionamiento y logística del albergue**, se nos explicó que los migrantes únicamente se podían quedar 3 días, posterior a los cual tienen que salir y continuar su viaje o buscar algún lugar para rentar (ya que en los alrededores hay muchas posadas a precios económicos). Por otro lado, el acceso de los que recién llegan es únicamente a las 7am, 2pm y 7pm.

Esto se modificó posteriormente, pues se finalizó un **segundo nivel del albergue**, en el que se construyeron habitaciones para darle alojamiento a familias que estuviesen en proceso de refugio o residencia, siendo por 45 días el permiso para permanecer en el albergue. Quienes estuviesen en esta sección contaban con cocina y comedor independientes, por lo que tenían la posibilidad de comprar sus alimentos y prepararlos ahí mismo.

Las hermanas están distribuidas para el adecuado funcionamiento del albergue.

- ✓ **Sor María** (la directora), se encuentra en la oficina administrando la logística del albergue.
 - Actualmente la directora es Sor Paz.

- ✓ **Sor Silvia** es la encargada de la cocina, vigilando que haya suministros suficientes para atender a los migrantes (ya que se les proporciona desayuno, comida y cena, contando además con un programa de donación de suministros de Chedraui, en donde diariamente mandan pan y verduras al albergue, aunque siendo el excedente de la empresa no siempre llega en las mejores condiciones, o bien ya caducos los productos).
- ✓ **Sor Rosaura** es la encargada de la nueva sección del albergue, encargándose de la entrada y salida y de que se mantenga en adecuadas condiciones las áreas comunes y habitaciones.
- ✓ **Sor Juana** es la enfermera, encargada de apoyarnos en caso de dudas, de mantener los suministros necesarios para la atención médica y de cubrir el servicio en nuestra ausencia (siendo el caso en las reuniones mensuales en SADEC).
 - Recientemente la cambiaron de sede, por lo que ya no labora con nosotros.

Por otra parte, el personal del albergue, conforme los hemos ido conociendo, han sido respetuosos y amables en todo sentido, desde las encargadas de cocina y lavandería, hasta los guardias. Dentro de esta convivencia con el personal, las hermanas organizaron 2 salidas para integración, mismas que fueron divertidas y sin contratiempos.

Las primeras semanas transcurrieron un poco ajetreadas, ya que nos estábamos adaptando a la forma de trabajo, pero sin ningún contratiempo. Trabajar con Mariana también ha sido una gran ventaja, ya que nos llevamos muy bien, apoyándonos en atención y curaciones, y sacando todo adelante de una manera eficiente.

Comunitario, relación médico-paciente

Algo que, si bien sigue siendo algo complicado de manejar, pero que poco a poco lo hemos ido superando, es la consulta migrante. En primera, **la gran mayoría de pacientes con enfermedades crónicas no sabe los medicamentos que toma** y menos las dosis, también es común que desconozcan sus antecedentes

patológicos o de sus hijos, si es el caso. Además, muchas de las ocasiones vienen exigiendo un medicamento (situación no muy diferente de lo que nuestra propia población hace también). Lo que más ha propiciado dificultades es, a mi parecer, la percepción de que visitar a un personal de salud implica salir con medicamento. Caso puntual, en el manejo de diarreas o alteraciones en las conductas alimenticias de niños (propiciado por el estrés del viaje y el cambio de país), en donde al explicarles que el manejo de elección es el hídrico o el manejo adecuado de las emociones del infante para que acepte el cambio y comience a comer, genera conflicto, puesto que consideran que, o bien no quieres proporcionarle medicamentos, o no sabes. Y está de más también mencionar el mito de dolor de garganta= necesidad de antibiótico.

Gran parte de la solución reside en la forma en que guíes al paciente, pues, aunque tengas que explicarle repetidas veces por qué no requiere tal o cual medicamento, mientras se haga con adecuado respeto y de una manera práctica, eventualmente terminan aceptando que el manejo es el adecuado, y que gran parte del proceso de curación depende del sistema inmunológico propio de la persona.

Trabajar con migrantes ha sido una **experiencia muy enriquecedora**, dándome un panorama totalmente nuevo de este fenómeno demográfico que ha cobrado mucha fuerza en estos últimos meses. Comúnmente se percibe al migrante como una figura un tanto no deseada que, si bien se entiende que sale de su país por ciertas necesidades, no se comprende del todo. Personalmente, sabía que el fenómeno estaba presente y era de mucha importancia, pero nunca me había dado a la tarea de investigar las causas o dificultades antes las cuales se enfrentaban estas personas.

Una vez que se comienza a convivir con ellos, se escuchan sus dificultades durante el viaje, los abusos a los que son sometidos (desde violaciones, asaltos, secuestros, extorsiones, heridas punzocortantes o por arma de fuego, hasta robo de menores), es que realmente se comienza a vislumbrar en parte que **detrás de estas almas viajeras existe un país tierra de nadie**, en donde la corrupción e impunidad son el pan de cada día, aunado a la privatización de los recursos, educación y salud. Y se comienza a comprender que **no viajan por gusto**, o que

no tienen otra opción, como muchas veces se plantea entre la sociedad mexicana. Y **tampoco son una carga económica**, o un impedimento al desarrollo de la comunidad económicamente activa, como comúnmente lo percibe la población. Irónicamente, quienes son comerciantes prefieren contratar mano de obra migrante, dado que les pagan menos, no se les proporciona ningún tipo de prestaciones, y se les puede contratar y despedir sin mayor problema, todo esto propiciado por la **grave falta de regulación en los derechos laborales de migrantes**. Por otro lado, los pequeños comerciantes (puestos de comida, tienditas, bazares de ropa de segunda mano), se ven ampliamente beneficiados, ya que son los principales compradores en las zonas de mayor concentración migratoria.

Por otro lado, respecto a los **métodos para viajar**, dentro de lo que nos han contado, son transportados en lanchas para cruzar el río Usumacinta, y de ahí, o bien son transportados por coyotes, o por cuenta propia siguen la ruta que consideran adecuada. También hay quienes se movilizan en tren, para lo cual es toda una travesía, puesto que tienen que abordarlo mientras está en movimiento, y encaramados en los techos de los vagones (o dentro de alguno que vaya vacío) pueden recorrer desde horas a días sin poder comer o hidratarse, expuestos a un sol abrasador o a una torrencial lluvia, sin mayor consuelo que el sueño de llegar a la tierra prometida.

2da sección: Diagnóstico de salud

Introducción

En esta segunda parte se hace un recorrido histórico por la historia de la medicina en México, además de que se aborda principalmente el derecho a la salud, tanto a nivel nacional como en marcos internacionales, así como sus modificaciones a lo largo de los años que han permitido establecerlo como un derecho humano fundamental, y la implicación que tiene para el sistema de salud y para las personas que día a día acuden a dichos servicios.

En la parte de diagnóstico comunitario, se abordarán los principales puntos en geografía, demografía, economía y salud del estado de Chiapas. Asimismo, dado nuestro trabajo principalmente con migrantes de origen hondureño, se ahondará en los mismos puntos acerca de este país, haciendo especial énfasis en los motivos políticos, sociales y de salud que motivan a nuestros pacientes a emigrar.

Derecho a la salud

“La pérdida de la salud provoca impotencia, desconfianza e inseguridad, y toda muerte prematura es un insulto a la sociedad.” (López, 2015)

La **OMS** establece que para alcanzar el grado máximo al derecho a la salud se deben tomar en cuenta también los **derechos económicos, sociales y culturales**, tales como una adecuada disponibilidad de servicios de salud; vivienda y alimentación adecuada; así como condiciones seguras y equitativas de trabajo.

Con los avances científicos en el campo de la salud ha sido posible pasar de una **concepción de salud como una simple “política pública”** (puesto que el derecho a la salud no se agota con el otorgamiento de servicios) (López, 2015) a todo un derecho complejo y de esfuerzo colectivo del que todos pueden disfrutar porque las condiciones tecnológicas y técnicas así lo permiten. (UNAM, 2013)

Esto nos hace reflexionar acerca de la importancia de considerar la salud como un concepto que va mucho más allá de la concepción clásica de la enfermedad. Es aquí donde entra en **estrecha relación con los determinantes**

sociales (desde condiciones sanitarias, socioeconómicas y ecológicas, hasta biológicas y de educación e información, inclusive condiciones de paz y la necesidad de vivir sin violencia). (López, 2015)

El arte de curar ha estado presente desde épocas remotas, y en México no fue la excepción. Tenemos **registros de que desde épocas prehispánicas** ya existían organismos encargados de preservar y mantener la salud. Estos métodos curativos persisten hasta nuestros días, puesto que la CNDPI indica que nuestro país cuenta con 68 pueblos indígenas, en los que aún se practica la medicina prehispánica (entendiéndose como hueseros, hierberos, sobadores, e inclusive brujos).

Posterior a la conquista, la **salud** quedó principalmente a cargo de las **órdenes religiosas y conquistadores**. Como ejemplo de esto, el primer centro de salud de la aquel entonces Nueva España fue el **hospital de Jesús Nazareno** (o de la Purísima Concepción), fundado por **Hernán Cortés en 1524**. Aquí se realizó la primera autopsia (1646) a cargo de los médicos de la Real y Pontificia Universidad de México.

En **1628** el **Consejo de las Indias** dictó la instauración del **Real Tribunal de Protomedicato**, formado por médicos que evaluaban y supervisaban el ejercicio profesional de otros médicos y cirujanos, así como de boticarios y parteras (ya que en la Nueva España las ramas de la salud incluían medicina, cirugía y farmacia).

Pasando a **1831**, el aquél entonces presidente de la República Anastasio Bustamante sustituyó el Tribunal del Protomedicato por la **Facultad Médica del DF**, añadiéndose a sus obligaciones la necesidad de elaborar un Código sanitario para nuestro país.(Gómez, 2017). Poco después, en **1841**, se creó el **Consejo Superior de Salubridad**. (Lugo, 2015)

Con la instauración de la **Constitución en 1836** y las **bases orgánicas de 1843**, se comenzó a regular la salud en México, aunque para este momento únicamente estaban facultados los ayuntamientos para brindar servicios de salud, no concibiéndose aún la salud como un derecho autónomo.

Tuvo que ser hasta **1859**, cuando el presidente Benito Juárez desconoce la personalidad de las órdenes religiosas (producto de las **Leyes de Reforma**),

convirtiéndolo al estado como único encargado de velar por la salud de los mexicanos. Para esto, se creó el **Consejo Superior de Salubridad**, con la finalidad de vigilar la correcta práctica en medicina.

En **1891** se hace oficial el **primer Código Sanitario**, mismo que posteriormente se convierte en la **Ley General de Salud**, que nos rige actualmente. (Gómez, 2017; Lugo, 2015). Actualmente esta Ley General consta de 18 capítulos:

- ✓ El sistema nacional de salud, la prestación de servicios de salud, la protección social en salud, recursos humanos, genoma humano, información para la salud, promoción, prevención, control de enfermedades y accidentes, cuidados paliativos, asistencia social, programas contra adicciones, productos y servicios, publicidad, donación, trasplante de órganos y pérdida de vida, sanidad internacional, vigilancia sanitaria y medidas de seguridad.

La facultad que permite al Congreso de la Unión dictar leyes que garanticen una correcta actividad sanitaria en el país fue posible **hasta 1908 (con el artículo 72)**. Posteriormente, en **1917** (fecha en la que también se crea el **Departamento de Salubridad Pública**) se adicionaron cuatro bases generales al **artículo 73**, mismas que continúan vigentes con algunas variables:

- a) El Consejo de Salubridad General estará a cargo directo del Presidente, y sus disposiciones serán obligatorias en el país.
- b) En caso de epidemias, la Secretaría de Salud tendrá la obligación de dictar medidas preventivas.
- c) La autoridad sanitaria será ejecutiva, y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.
- d) Las medidas establecidas por el Consejo en contra del alcoholismo y regulación de venta de sustancias tóxicas, así como las enfocadas a combatir la contaminación ambiental serán revisadas por el Congreso de la Unión en casos que competan.

En **1943** se establece la **Secretaría de Salubridad y Asistencia**, con la finalidad de coordinar los servicios de salubridad y asistencia, y teniendo dentro de sus principales objetivos el instaurar un sistema hospitalario. Este organismo es

posteriormente sustituido por la **Secretaría de Salud en 1985**, pasando a coordinar al Sector y Sistema Nacional de Salud. (UNAM, 2013; Lugo, 2015)

Respecto al **derecho a la Protección de la Salud**, inicialmente era concebido como una **cuestión caritativa y religiosa**, hasta que el estado mexicano asumió la responsabilidad de su correcto cumplimiento, aunque bajo un aspecto individualista.

Gracias a la Revolución (**1910**) se transformó esta ideología, adquiriendo una concepción social. Es en **1983** cuando este derecho se considera constitucional, al reformarse el **artículo 4°** (Gómez 2017, UNAM 2013, Lugo 2015), bajo el término "**Derecho a la Protección a la Salud**", mismo que se mantiene hasta la actualidad, y que presenta algunos sesgos jurídicamente hablando, ya que se limita principalmente al acceso a los servicios de salud, y en particular al acceso a los servicios médicos, dejando un poco de lado las condiciones sociales de la población que, como ya se mencionó antes, tienen una vital importancia en el correcto ejercicio del "**Derecho a la Salud**" en toda su extensión. (López 2015, Lugo 2015)

Profundizando un poco en lo que respecta al **artículo 4° constitucional** y a sus adiciones de carácter social, las más importantes fueron las siguientes:

- ✓ **1974**: protección a la organización y desarrollo de la familia.
- ✓ **1980**: los padres tienen el deber de preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades, así como la salud física y mental.
- ✓ **1983**: derecho de toda familia a disfrutar de una vivienda digna y decorosa.
- ✓ **1992**: composición pluricultural de la nación, protección a culturas indígenas y su acceso a la jurisdicción del estado, así como la necesidad de tomar en cuenta sus usos y costumbres jurídicas de cada etnia.

El tema de salud aparece también en el **artículo 2 constitucional** (apartado B, III), alusivo a los pueblos indígenas, en donde establece que se debe garantizar su acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando debidamente la medicina tradicional. (UNAM, 2013)

Otro punto a favor del derecho a la protección a la salud (establecido en **1917**) está plasmado en el **artículo 123** de la Constitución, en donde indica que:

- ✓ Los **empresarios** serán **responsables** de los **accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales** de los **trabajadores** sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos). (Lugo, 2015)

La referencia específica acerca del derecho a la **protección a la salud** está englobada en el **2° artículo de la Ley General de Salud** (publicada en el Diario Oficial de la Federación, en **1984**, con diversas modificaciones posteriores), en donde establece que tiene las siguientes finalidades:

- ✓ bienestar físico y mental.
- ✓ prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida.
- ✓ creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- ✓ disfrute de servicios de salud y de asistencia social.
- ✓ conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud. (Gómez 2017, UNAM 2013, Lugo 2015)

Asimismo, en el **artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud**, también se establece que todo mexicano tiene derecho a ser incorporado al **Sistema de Protección Social en Salud, sin importar su condición social**. (UNAM 2013, Lugo 2015).

A nivel global, el **derecho a la salud** se consolida como **fundamental en 1948**, establecido por la ONU, y reconocido por numerosas constituciones nacionales y por múltiples tratados regionales e internacionales.

El **Sistema Nacional de Salud** mexicano está compuesto por dependencias y entidades de la administración pública (federal y local), de personas físicas y morales de sectores privado y social que prestan servicios de salud, y los mecanismos de coordinación entre ellos. La coordinación propiamente dicha del

Sistema Nacional está a cargo de la **Secretaría de Salud**, misma que está dividida en **13 institutos nacionales**:

- ✓ Oncología, Cardiología, Nutrición, Enfermedades Respiratorias, Geriátrica, Neurología, Medicina Genómica, Pediatría, Perinatología, Psiquiatría, Rehabilitación, Instituto Nacional de Salud Pública y Hospital Infantil.

También forman parte de la SS los **hospitales federales de referencia y los regionales de alta especialidad**.

Dentro de la **afiliación**, ésta está determinada por el **empleo** de una persona, siendo de los organismos de afiliación más importantes los siguientes:

- ✓ **IMSS**: brinda seguridad social y servicios de salud a **trabajadores del sector privado y sus familias**.
 - En marzo del 2017 contaba con más de 62 millones de afiliados.
- ✓ **ISSSTE**: cubre a los **trabajadores del gobierno federal**, brindando cuidados a su salud y seguridad social, además de asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y muerte.
 - Cuenta más de 12 millones de afiliados.
- ✓ **Otros**: Instituto de Seguridad Social para las fuerzas armadas mexicanas, el Sistema de Salud naval de la Secretaría de Marina y el servicio de salud de Petróleos Mexicanos.
- ✓ **Seguro Popular**: **inicia en 2004**, extendiendo el aseguramiento, financiando públicamente, a más de 50 millones de mexicanos que estaban desprotegidos.

Otra parte importante es el **sector privado**, tanto así que acorde a la OCDE México muestra la **mayor razón de hospitales privados a públicos** (11.4 hospitales públicos y 28.6 hospitales privados, por cada millón de habitantes). Esto representa un serio problema, ya que aquellos países en los que esta relación es inversa, sugieren que, si se da la opción de un servicio privado fuerte, esto puede llevar a descuidar la calidad del servicio público y, como consecuencia, se presentarían casos de desigualdad entre los individuos. (Charvel, 2009)

Dentro de las obligaciones del sector privado en nuestro país también se encuentra el **proporcionar un servicio de urgencias a cualquier persona que lo requiera** (abarcando su obligación hasta la estabilización del paciente), y posteriormente, si dicha persona se encuentra en imposibilidad de cubrir los gastos para permanecer en dicha unidad, la institución privada debe procurar su correcto traslado a una institución pública. (UNAM, 2013)

En lo que concierne al **sistema jurídico en salud**, se compone de diversos ordenamientos que regulan los servicios de salud, tales como la **Ley General de Salud, la Ley General del Seguro Social, Ley General del ISSSTE**, y las **regulaciones propias** de cada uno de los Institutos Nacionales de salud.

Asimismo, para que las distintas dependencias gubernamentales puedan establecer parámetros evaluables para evitar riesgos en la población se elaboraron **regulaciones técnicas, o Normas Oficiales**.

También el estado mexicano se ve en la obligación de **cumplir ciertas metas o parámetros**, acorde a los **convenios** y/o tratados que ha firmado con otros países. Respecto a esto, es **parte de la Organización Mundial de la Salud (desde 1952)**, recibiendo cooperación técnica a través del **XX Programa General de trabajo de la OMS 2014-2019, la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017** y el **Plan estratégico OPS/PMS 2014-2019**.

Respecto a las **regulaciones jurídicas en salud en México**, es un tema bastante complejo, puesto que a pesar de los esfuerzos no se ha logrado llegar a un acuerdo para consolidar las diferentes normas y leyes que rigen nuestro sistema de salud, por lo que nos encontramos ante una amplia variedad de regulaciones para normar la conducta entre instituciones que prestan servicios semejantes.

Así, hay una **sobreposición de normas** con distintos contenidos o regulaciones, algunas **determinaciones** o definiciones en salud **concretas** terminan por ser puramente una decisión administrativa, aunado al hecho de que no hay una **actualización** en lo que respecta a los contenidos legales (hecho que provoca atraso social e inclusive discriminación), desactualización que existe

inclusive entre los mismos tribunales. Se debe considerar también que una de los principales obstáculos para realizar esta “sincronía” en lo relativo a salud, es que parte de las regulaciones (como las Normas Oficiales), únicamente son útiles para conceptos que tienen como base una **competencia federal**, puesto que no se pueden imponer en todos los estados de la república ya que estaría violentando las competencias que la misma Constitución predispone para cada uno de los ellos. (Charvel, 2009).

Según el **CONEVAL (2015)**, a pesar de que México es la 14va economía mundial, aún hay 53.3 millones de personas en pobreza multidimensional (equivalente a que casi el 50% de la población es tan pobre como hace 20 años), además de que 7/10 mexicanos está en inseguridad alimentaria. (López, 2015)

El derecho a la salud en los marcos internacionales

En la **Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948, artículo 25)**, se establece que:

- ✓ Todos tienen derecho a un nivel de vida adecuado, asegurando salud, bienestar, alimentación, vestido, vivienda y servicios sociales necesarios, con especial énfasis en maternidad e infancia.

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (**PIDESC, 1966, artículo 12**), indica que:

- ✓ Toda persona tiene el derecho al **disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**, con énfasis en medidas para asegurar la efectividad de este derecho (reducción de mortalidad infantil, mejoramiento del saneamiento, prevención y tratamiento de enfermedades epi o endémicas).

En la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** (artículo XI), se establece que:

- ✓ Todo individuo tiene el derecho a la **preservación de la salud y al bienestar**.

El llamado “**Protocolo de San Salvador**” (artículo 10) establece:

- ✓ Se debe tener el derecho al **disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.**

Otros tratados que enuncian el derecho a la protección a la salud son:

- a) La **Carta Social Europea** (1961, artículos 11, 12, 13 y 19 fracción 2).
- b) **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** (artículos 31.1 y 35).
- c) **Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos** (artículo 16).

Respecto a las **obligaciones generales del estado** para la protección a la salud, la **ONU** estableció en **1993** que **todos los Estados tienen la obligación directa de respetar, proteger y satisfacer el derecho a la salud.** En caso de que aún no esté garantizado el derecho dentro de las legislaciones de algún país, el estado está obligado a adoptar tales medidas legislativas que sean necesarias para hacerlo efectivo (**OEA 1969, OACNUDH 2014**). (Charvel, 2009; Lugo, 2015)

¿Derecho a la Salud o Derecho a la Protección de la Salud?

Algunos autores consideran que garantizar el “Derecho a la Salud” a secas sería inadecuado ya que eso implicaría un “derecho a estar sano” (situación que sería prácticamente imposible), puesto que muchos factores que amenazan la salud escapan al control humano, además de que es necesario considerar las intervenciones del propio individuo en su salud, siendo así que un estado de bienestar total no puede ser asegurado por el Estado. (Figueroa, 2013)

Nuestra misma constitución, en el artículo 4to lo dispone bajo “Protección a la Salud”, enfocado primordialmente al acceso únicamente a los servicios de salud.

En el marco internacional, uno de los cambios más relevantes respecto a esto es gracias a la **Observación General 14 de la CDESC** (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, **2001**), en donde a grandes rasgos postula que:

- ✓ El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano, puesto que también entraña libertades y otros derechos, tales como los que conciernen al individuo de controlar su propia salud y cuerpo.

- ✓ Al usarse la frase “el más alto posible de nivel de salud” alude a las posibilidades de disfrutar bienes, servicios, facilidades y condiciones necesarias en estrecha relación con los recursos con los que cuenta el estado.
- ✓ Se debe entender a la salud como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, y que debe contar la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional. (López, 2015)

Bajo este entendimiento, el estado no solo debe garantizar más allá de la facilidad de acceso de una persona al sistema de salud, sino que también debe tener en consideración los determinantes sociales.

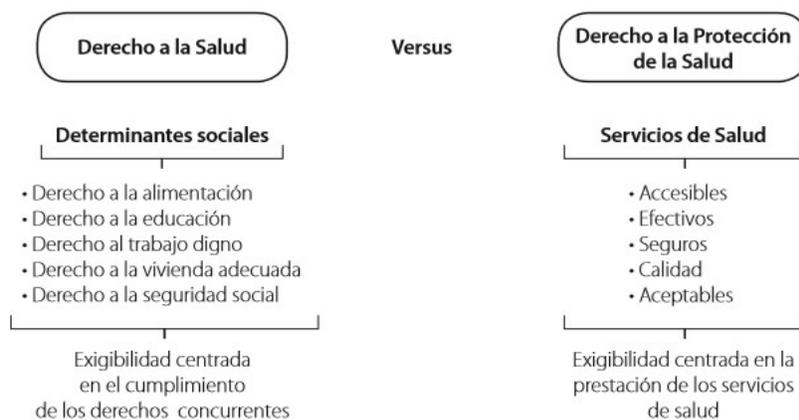


Imagen tomada de (López, 2015)

Por otro lado, también establece que los **servicios de salud deben cumplir** con los siguientes **criterios**:

- Disponibilidad / universalidad:** número suficiente de servicios y centros de atención a la salud, considerando también programas de salud.
- Accesibilidad / equidad:** no discriminación, accesibilidad económica y física, así como a la información.

- c) **Aceptabilidad:** respeto hacia la ética médica y culturalmente apropiados.
- d) **Calidad:** apropiados científicamente hablando. (López 2015, UNAM 2013).

Haciendo **especial énfasis en mujeres, niños, personas mayores y población autóctona**, enfocándose en la reducción de la discriminación, violencia e inseguridad, para una mejor calidad de vida.

En el caso particular de **México**, en el **2011** se **reformaron algunos artículos con la finalidad de que el estatus jurídico de los derechos humanos** en México se **fortaleciera**, dándoles un rango constitucional, además de garantías para su protección, y estableciendo que “**su ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece**” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014). (Lugo 2015, CONEVAL 2018).

Determinantes sociales de la salud

Como ya se mencionó antes, para tener un panorama completo de salud en alguna población, se deben tomar en cuenta también las determinantes sociales (que surgen ante la necesidad de explicar la **relación entre la forma de vida de la población y el mantenimiento de la salud**), mismas que, como bien lo indica la OMS, son las **circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen**, incluido el sistema de salud. Dichas circunstancias son el resultado de la distribución del poder, dinero y recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por cada nivel gubernamental (OMS).

Inicialmente se estableció un **modelo unicausal** (higienismo, sXIX), aunque al ser incapaz de explicar la génesis de los problemas de salud en aquel entonces, por un tiempo se estableció un modelo que se enfocaba en el tratamiento de la enfermedad y no en la prevención, y en el aseguramiento individual, hasta llegar al

enfoque de la OMS, que en su asamblea de 2004 lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud. (Álvarez, 2009)

La OMS también propone que hay **2 tipos de determinantes: estructurales** (contexto socioeconómico y político, posición socioeconómica, estructura y clase social) e **intermediarios** (condiciones de vida y trabajo, elementos conductuales y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud), siendo ambos tipos de vital importancia, coexistiendo en estrecha relación.

Estas determinantes recaen en la adecuada implementación de programas de saneamiento, salubridad, acceso a servicios básicos, salarios y trabajos justos y al alcance de todos, entre otros, pues como bien lo indica la Directora General de la OMS (discurso en la **Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud**, 2011) “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”. (Chan, 2011).

Por otro lado, López Arellano, et al., en su artículo hacen alusión a la relativamente reciente creación de la **Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud**, creada en el 2005 por la OMS, dado que ha sido un paso importante en el reconocimiento de la importancia del adecuado establecimiento de estas determinantes y, sobre todo, normar la correcta aplicación de las mismas por parte de cada gobierno afiliado a la OMS, o bien, dicho en sus propias palabras: “**representa un avance en la tarea de hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud**”. (López, 2008)

En otra publicación (Kliksberg, 2011), indica que, si bien se ha avanzado en el mejoramiento de algunas determinantes sociales (sobre todo en el sistema de salud), **gracias al advenimiento de la tecnología**, esto también ha ocasionado una **abismal diferencia** entre los países que pueden afrontar los gastos que conllevan y aquellos en vías de desarrollo que se ven en la incapacidad de implementar estos avances, por lo que se ven obligados a continuar con sus viejos métodos tecnológicos. Esto finalmente repercute en la salud del individuo de menores recursos, pues, como lo indica claramente, “**la distancia en la esperanza de vida**

entre los países ricos, y los países pobres, supera los 40 años". (Kliksberg 2011)

Políticas en Salud en México

En **1979** se crea el Programa IMSS-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (**COPLAMAR**), dirigido a los campesinos, el cual cambia en **1989** a IMSS **Solidaridad**. (Lugo, 2015)

En **2003** se reformó la Ley General de Salud, esto con la finalidad de incluir el **Sistema de Protección Social en Salud** (debido a que lo previsto en 1984 no había logrado una cobertura que englobara a quienes no contaban con un servicio proveniente de un instituto de seguridad social o privado), por lo cual operaría por medio del **Seguro Popular**, situación que se haría oficial en **2004**, siendo financiado por:

- a) Aportación federal (80%)
- b) El resto por los beneficiarios y el estado mismo.
- c) Y bajo el entendimiento de que: **los ingresos de los deciles I y II tienen exención de pago, y en 2010 se agregan los deciles III y IV.**

Bajo este programa, los estados y municipios se encargarían de los servicios de salud pública y de servicios esenciales de primero y segundo nivel, mientras que los de alto costo se atenderían con el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Con esto, se logró cubrir a casi **52 millones** de personas que no contaban con algún tipo de seguridad social.

Sin embargo, no se ha obtenido el resultado deseado, ya que al analizar su impacto se ha encontrado que los **estados no aportan sus cuotas correspondientes**, se ha hecho un **abuso de las subrogaciones de servicios**, mientras que el **ámbito privado se ha encargado de la dotación de medicamentos, lavandería y vigilancia**. Por otro lado, **no se ha logrado el soporte financiero** que se esperaba, puesto que el 68% de los afiliados pertenecen a los deciles I-IV (exentos de pago, como se indicó previamente), aunado al hecho de que los **paquetes básicos son muy restringidos** vs los que ofrecen las instituciones de seguridad social, al problema del **desabasto de medicamentos y**

material, sobre todo en zonas o estados marginados (Chiapas, Oaxaca, Guerrero, etc.), y a las **irregularidades** en lo que respecta a la **comprobación** de gastos y uso de recursos. (Lugo, 2015)

Es por esto que en **2014** se hicieron algunos **cambios a la Ley General de Salud**, mediante lo cual el SPSS (Sistema de Protección Social en Salud) se fortalece al ser regido ahora por la Secretaría de Salud, y **responsabilizando de forma puntual a los Regímenes estatales del uso de los recursos destinados a cubrir dichos servicios** (aludiendo a servicios de salud, insumos y medicamentos necesarios, comprobación de gastos).

Con el inicio del nuevo periodo presidencial (a cargo de Andrés Manuel López Obrador) el **Seguro Popular desapareció el 1 de enero de 2020 para dar paso al INSABI** (Instituto de Salud para el Bienestar) bajo la premisa de ser “un **órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, prestando servicios bajo criterios de universalidad, igualdad e inclusión**” (SS, 2019). Dentro de los principales cambios destaca el hecho de que **ya no se requerirá afiliación alguna** para tener acceso a este servicio, por lo que presentando únicamente el CURP o acta de nacimiento se podrá recibir atención en los organismos públicos afiliados, además de que **no habrá necesidad de pagar cuotas anuales**, siendo **totalmente gratuitos los servicios y medicamentos ofrecidos en el 1er y 2do nivel**, pagando únicamente cuotas de recuperación en el 3er nivel.

Para efectos legales, se **reformó el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud**, estableciendo en noviembre del 2019 que para recibir la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos solo se deben reunir tres requisitos:

1. Encontrarse en territorio nacional.
2. No ser derechohabiente en IMSS o ISSSTE.
3. Presentar CURP, INE o acta o certificado de nacimiento.

Asimismo, el INSABI postula que refuerza el derecho a la protección de la salud mediante la implementación del **Modelo de Salud y Bienestar (SABI)**, que comprende un núcleo básico de médico, enfermera y promotores de la salud en

cada unidad médica pública del país (enfoque basado en la atención primaria de la salud).

Salud y personas en situaciones vulnerables (Migrantes)

Contrario a lo que comúnmente se postula, acerca de que garantizar el acceso a la población migrante al sistema de salud requeriría altos costos, la OIM (**Organización Internacional para las Migraciones**) establece que, a la inversa, **los migrantes contribuyen más en impuestos que lo que reciben en beneficios**, ya que envían remesas a sus comunidades de origen y logran cubrir brechas en el mercado laboral en las sociedades de acogida. Así, un acceso igualitario de los migrantes a cuidados de salud primaria de bajo costo podría reducir los gastos en ese ámbito, mejoraría la cohesión social y permitiría que los migrantes contribuyeran sustancialmente al desarrollo (OIM, 2018)

De igual manera, Úrsula Trummer, directora del Centro para la Salud y Migración, con base en Austria, indica que la evidencia brindada en Europa muestra que el potencial ahorro en el costo de un tratamiento de cuidados primarios brindado oportunamente va del 49 al 100%, en comparación con los costos en los que se llegaría a incurrir si debieran tratarse condiciones de salud mucho más severas en un hospital.

En el marco internacional la OIM/OMS establecieron el **Pacto Mundial para una Migración Ordenada, Segura y Regular** (mismo que entró en vigor entre los países miembro en el 2018, y del cual **México es parte**), con el cual se busca fortalecer los derechos de los migrantes, buscando garantizar su seguridad, acceso a recursos básicos (vivienda, trabajo, salud), adecuado trato en puestos de detención migratorios y facilidades para integrarlos al ámbito laboral, así como protección contra el tráfico de personas.

Asimismo, la **OPS** en el **2016** aprobó el Documento de Política CD55/11 “**La Salud de los Migrantes**”, en el que se propone la generación de programas y políticas en salud (por parte de los Países miembros) que aborden las desigualdades en salud que afectan a la población migrante, y a desarrollar intervenciones especiales para reducir dichos riesgos, así como a mejorar los

marcos normativos y legales para abordar las necesidades específicas de cada sector en situaciones de vulnerabilidad.

Para fortalecer estas medidas, la OPS emitió un **“Documento de orientación sobre migración y salud”** (2019), el cual presenta diversos lineamientos clave para fortalecer la vigilancia sanitaria, mejorar el acceso a los servicios de salud a la población migrante, disminuir la xenofobia y discriminación, además de fortalecer alianzas y redes nacionales e internacionales para comprender el estatus migratorio y así promover y proteger la salud de los migrantes con políticas y programas adecuadamente fundamentados para su correcto funcionamiento y aplicación.

En el **caso particular de México**, la política nacional de salud en materia migratoria **reconoce el carácter universal de los Derechos Humanos y lo refleja en sus ordenamientos jurídicos nacionales**: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley de Migración, y las leyes estatales de salud.

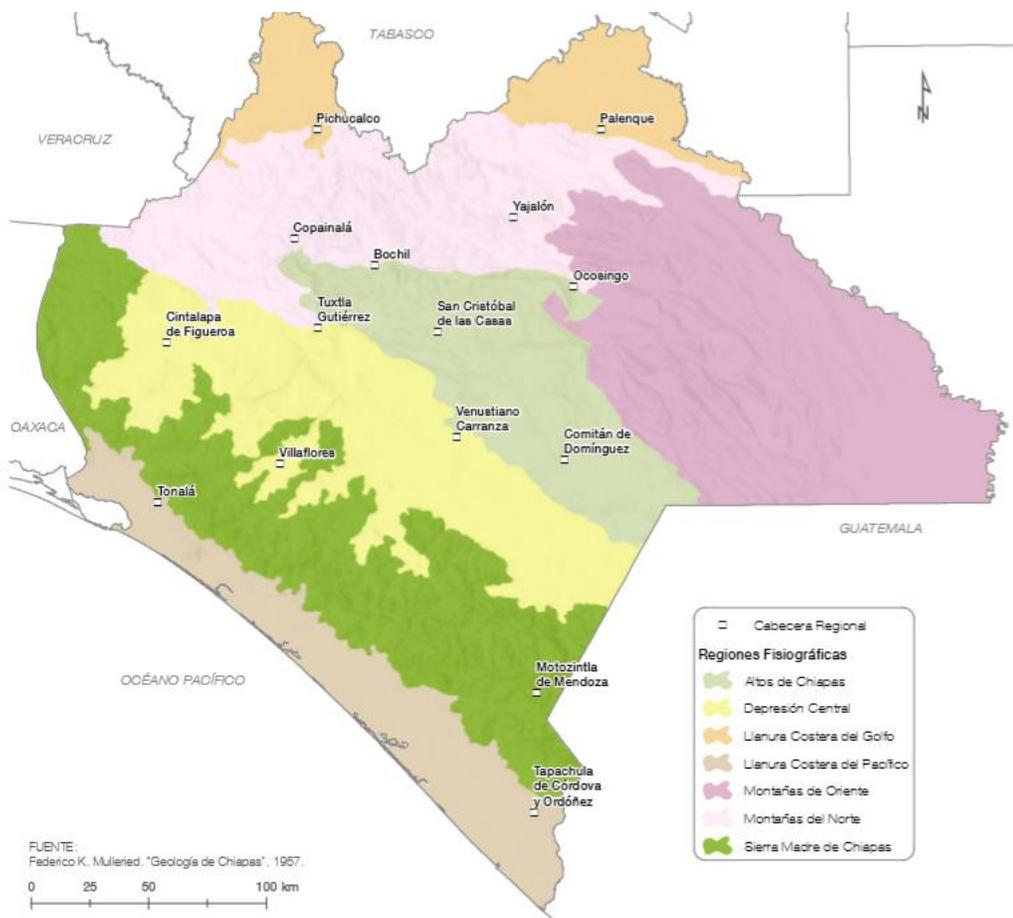
Así, en el **2019** se estableció el **Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante**, mismo que tiene como **objetivos coordinar la atención a la salud de primer contacto** requerida por la población migrante (esto como eje principal de la respuesta humanitaria de México), con **énfasis en los derechos humanos y las pautas internacionales** de atención, así como **favorecer el acceso a la atención médica (incluyendo esta vez la psicológica)** en otros niveles de atención **sin importar la condición migratoria cuando se requiera**, para preservar la salud o la vida tanto del migrante como de algún familiar en el territorio nacional, **realizando referencias oportunas** de riesgos potenciales a la salud pública para un abordaje epidemiológico integral.

Diagnóstico comunitario de salud

El estado de Chiapas cuenta con una superficie de 73,311 km². Se localiza en el extremo suroeste del país. El clima predominante es cálido húmedo, con una temperatura media anual de entre 18° C (Altos de Chiapas), a 28° C (Llanura Costeña), con una precipitación total anual que varía entre 1,200 y 4,000mm.

Colindancias al norte con Tabasco, al Este con Guatemala, al Sur con el Océano Pacífico y al Oeste con Oaxaca y Veracruz.

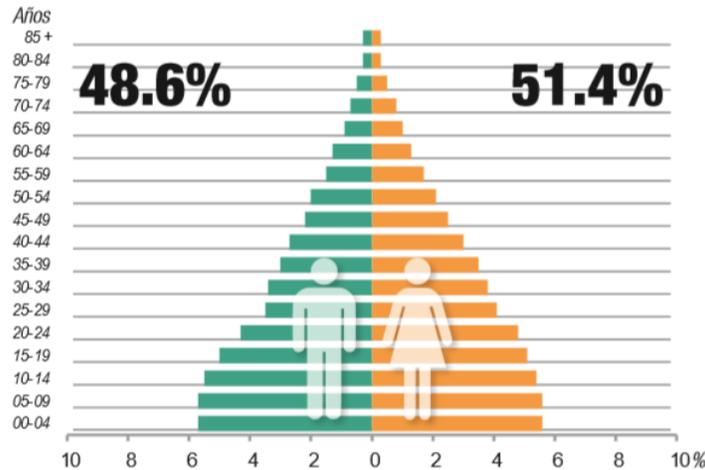
Conformado por 124 municipios, cuenta con 3,139 ejidos y 90 comunidades agrarias, siendo su capital la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.



Respecto a la **población**, en la **última encuesta realizada por INEGI (2015)** en Chiapas había una **población de 5 millones 217 mil 908 personas**, lo cual representa el **4.4% de la población nacional**, con una **relación hombre mujer de 48.6 a 51.4%** respectivamente (como se muestra en la pirámide poblacional), con

una **edad media de 23 años**, y habiendo **63.8 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva**.

La **esperanza de vida estimada es de 73.14 años** (70.2 para los hombres y 76.1 para las mujeres). La **nacional es de 75.1 años**, predominando mujeres con 77.9 vs hombres con 72.2 años (CONAPO, 2019).

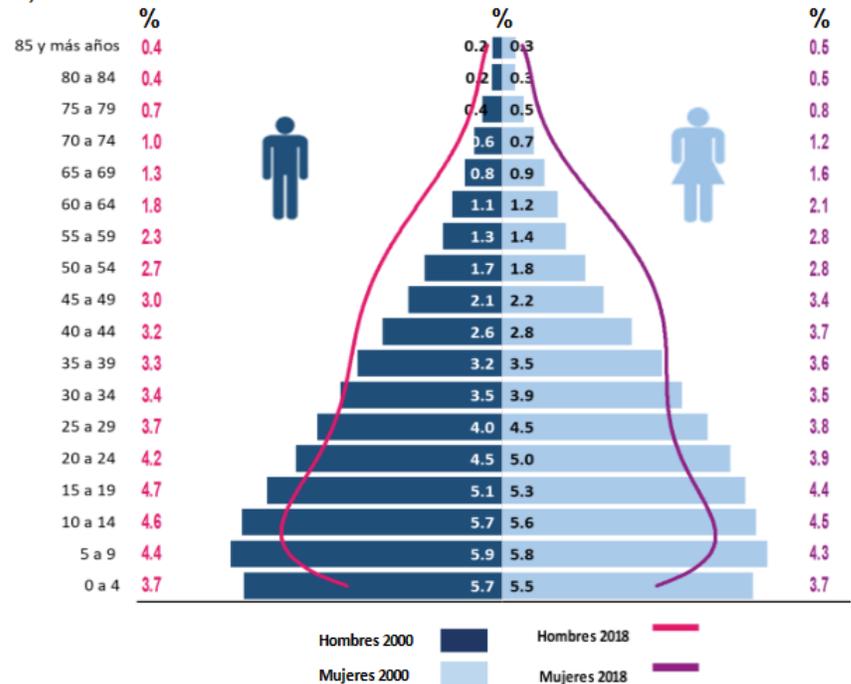


La pirámide de población de 2000 a 2018 muestra diferencias significativas, con la **base piramidal reduciéndose**, lo que representa una **menor proporción del grupo de <15 años**,

pasando de 34.1% del total de la población en 2000 a 25.3% en 2018.

Además, el grupo de población de **30-59 años aumentó de 30 a 37.8%**, mientras que el de **60 y más pasó de 7.3 a 12.3%**, todo esto a nivel nacional.

Estructura de la población en México por grupo quinquenal de edad 2000, 2018



Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos.

De igual manera es importante recalcar que de las **personas registradas en Chiapas**, 0.5% es **población extranjera**, aunque cabe notar que puede haber un subregistro, ya que la afluencia de migrantes a esta zona es bastante importante, como se ha observado durante este año de servicio.

Inscripción en el registro civil

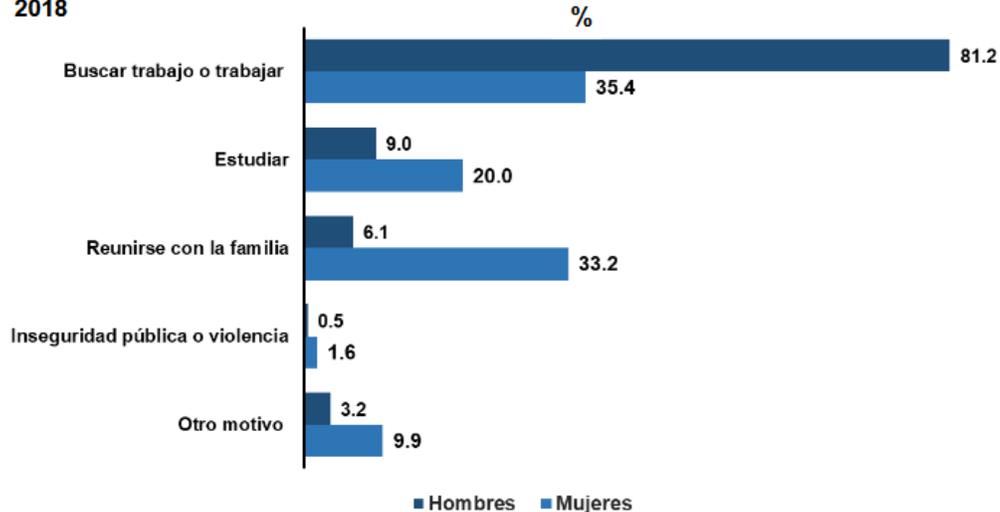


Por otro lado, en lo que a **migración internacional** respecta, a nivel nacional, de 2013-2018, alrededor de 760 mil personas emigraron del país. **Estados Unidos** (84.8%) **continúa siendo el principal destino**, mientras que Canadá (4%) y España (2.2%) son los siguientes dos destinos más comunes **para los emigrantes mexicanos**.

Si se analiza respecto a **qué género migra más**, los registros nacionales indican que **70 de cada 100 emigrantes son hombres**. Por edad, 49.9% son de 15-29 años y 39.6% de 30-59 años (**población económicamente activa**).

El **principal motivo por el cual emigra la población mexicana es búsqueda de trabajo** (81.2%), de los cuales 56.8% emigra porque ya contaba con un trabajo y el resto (43.2%) emigró en la búsqueda de una oportunidad laboral. Esto **difiere en el caso de las mujeres**, en donde este motivo únicamente representa el 35.4%, mientras que la **segunda razón es el reunirse con la familia** (33.2%).

Distribución porcentual de los emigrantes internacionales por sexo según causa de la emigración 2018



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018. Base de datos.

Respecto a la **vivienda**, se estima que hay 4.2 ocupantes por cada vivienda, y 1.2 ocupantes por habitación, siendo en su mayoría casa propia (76.7%), y contando con todos los servicios en su mayoría (excepto por agua entubada, en donde sólo el 49.9% de las viviendas cuenta con ella, mientras que drenaje, servicio sanitario y electricidad oscilan del 88-97%). Además, 75.75% tienen jefatura masculina y 24.26% tienen jefatura femenina.

En el rubro **educativo**, en el estado existen 18 mil 911 escuelas, de las cuales:

- 7,106 son preescolares
- 8,509 son primarias
- 2,302 son secundarias
- 875 son de educación media
- 119 son de educación superior

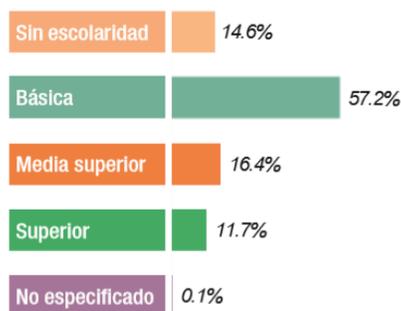
La mayoría de la población >15 años cuenta con educación básica únicamente (57.2%), mientras que 28.1% cuenta con media superior o superior, además de que la **tasa de alfabetización** entre la población mayor a esta edad es del 79.6-95.5%, principalmente acudiendo a la escuela niños de 6-14 años.

La **tasa de analfabetismo en Chiapas fue del 13.2%**, mayor a la nacional (de 4.3%) (2017).

El **14.84% de la población de 15 años o más no saben leer o escribir.**

Por otro lado, **28% de la población de 3 años y más habla alguna lengua indígena.**

Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



Tasa de alfabetización por grupos de edad

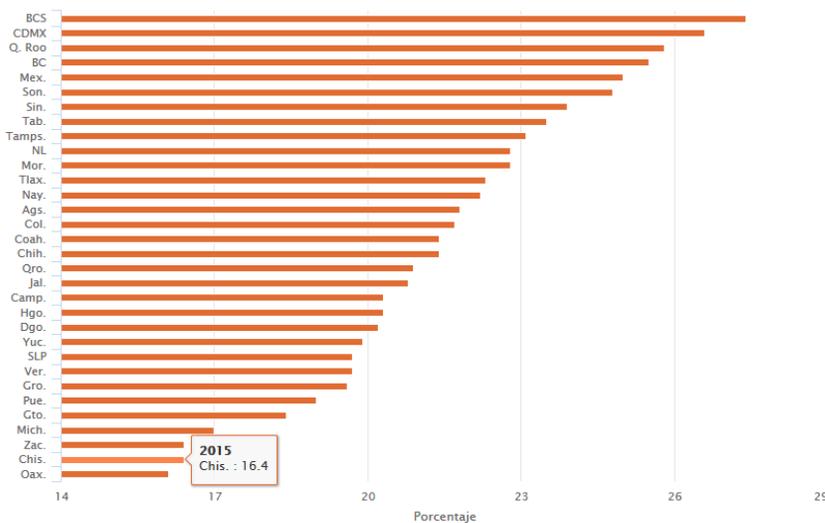


Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad



Porcentaje de la población de 15 años y más con instrucción media superior (Porcentaje).

2015

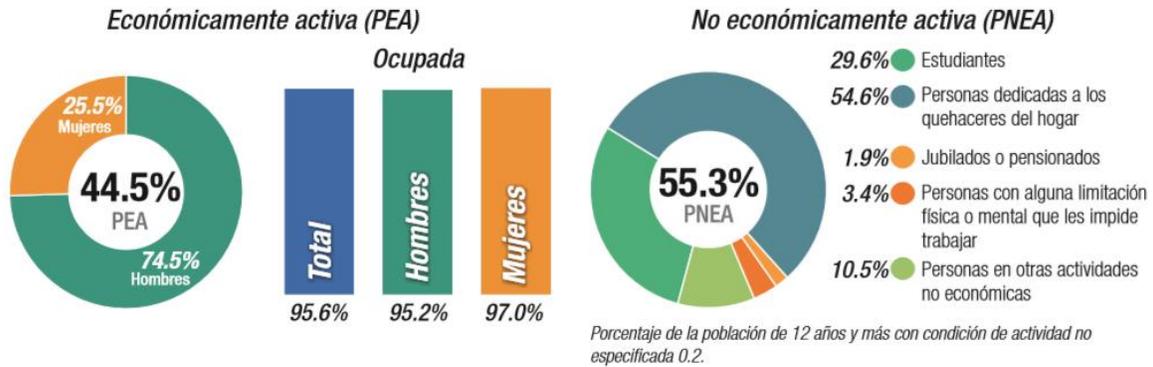


Asimismo, es de relevancia notar que el estado de **Chiapas es uno de los estados más rezagados en lo que a nivel educativo respecta**, puesto que como se observa en el gráfico, se encuentra en el 2do lugar con el menor

porcentaje de educación media superior en >15años (con 16.6%), solo por debajo de Oaxaca. (15)

En lo que respecta al rubro **económico**, el 44.5% de la población >12años es **económicamente activa**, de las cuales el 74.5% son hombres y 25.5% mujeres.

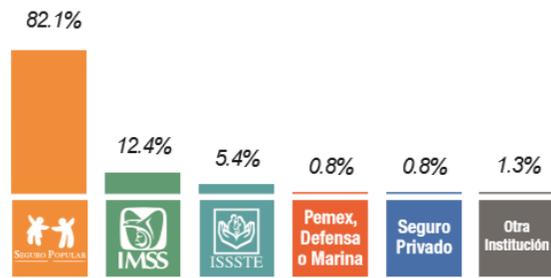
Población de 12 años y más



Por otro lado, la población que se encuentra entre **pobreza moderada a extrema** es alarmante, puesto que 3, 824,917 se encontraban en 2015 en esta situación.

En el rubro de **salud**, para el 2016 en Chiapas 93.24% de la población total era derechohabiente a los servicios de salud, predominando por mucho los afiliados al seguro popular (68.43%), mientras que el resto se reparte entre IMSS o ISSSTE principalmente. (En la tabla, los datos de afiliación del año 2015, a modo de comparación).

Población afiliada* 82.3%



*Incluye afiliaciones múltiples.

Específicamente, del Personal del sector salud en este estado se obtuvo un registro de: 8,000 de personal médico, 7,499 médicos en contacto con paciente, 13,061 de enfermería y 15,606 personal paramédico.

Dentro de la infraestructura de salud básica, se cuenta con:

- 1,442 unidades de consulta externa
- 59 unidades de hospitalización
- 94 unidades de seguridad social
- 1,284 unidades de asistencia social

- 2,462 camas censables
- 1,969 camas no censables
- 435 farmacias

La **proporción nacional de personal médico por cada 1000 habitantes** en 2015 acorde a la CONEVAL fue de 2.4 (siendo el promedio de la OCDE de 3.4 médicos por 1000 habitantes), mientras que la de enfermería fue de 2.8 (promedio OCDE de 9). Específicamente, para el estado de Chiapas es aún más baja, puesto que cuenta con 1.2 médicos (tanto generales como especialistas), y únicamente 0.4 médicos especialistas por cada 1000 habitantes. (CONEVAL 2018, SS de la CDMX)

En lo que respecta a **morbilidad**, durante el 2018 las **10 principales causas** de enfermedad en todo el país fueron:

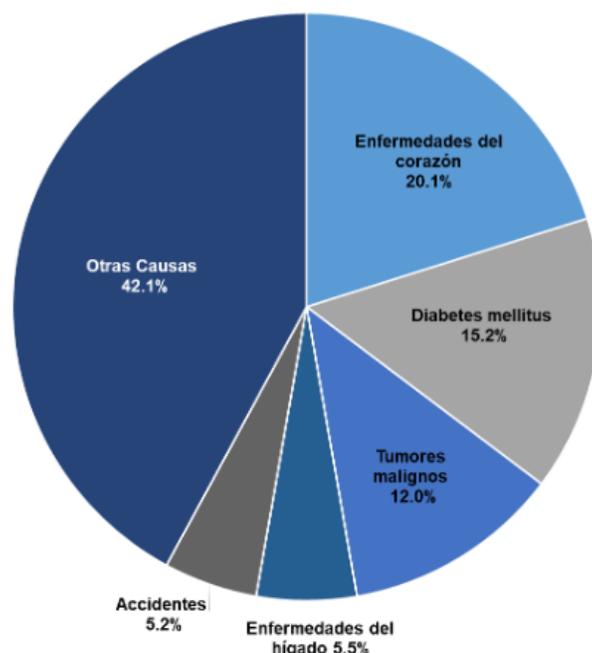
1. Infecciones respiratorias agudas.
2. Infecciones intestinales.
3. Infecciones de vías urinarias.
4. Úlceras, gastritis y duodenitis.
5. Gingivitis y enfermedad periodontal.
6. Conjuntivitis // Otitis media aguda **(Chiapas)**.
7. Otitis media aguda // Vulvovaginitis **(Chiapas)**.
8. Obesidad // Amebiasis intestinal **(Chiapas)**.
9. Vulvovaginitis // Otras salmonelosis **(Chiapas)**.
10. HAS // Conjuntivitis **(Chiapas)**.

Como se puede observar, **a partir de la séptima enfermedad difiere levemente la estadística nacional vs lo registrado en este estado**, esto debido a las malas condiciones de vivienda, alimentación y servicios, ya que Chiapas es uno de los estados más marginados del país.

Durante el 2017, la tasa de **mortalidad por causas sujetas a vigilancia epidemiológica** a nivel nacional fue de 8.1 por cada 100,000 habitantes, siendo los **estados con mayor mortalidad** Veracruz (1151), Chiapas (849), México (678), Baja California (654) y Jalisco (529), y **predominado el género masculino** (con 71%) vs el femenino (29%).

De las **defunciones generales**, en todo el país se registraron 703,047 muertes en el 2017, y 722,611 durante el 2018, siendo las más importantes las que se muestran en el siguiente gráfico.

Distribución porcentual de las defunciones por causas de muerte¹ 2017



¹ Lista especial de tabulados (tabulación 1 para la mortalidad). CIE-10.
Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad. Consulta interactiva de datos

En el rubro de **natalidad y fecundidad**, entre 2009 y 2014 la **fecundidad adolescente** (mujeres de 15 a 19 años), durante el **2018** fue de **70.6 nacimientos por cada 1000 mujeres**. La **tasa global de fecundidad en el país durante el 2018** fue de **2.07 hijos por mujer**.

La **tasa bruta de natalidad** es de 17.8 por 1000 habitantes.

Es de relevancia destacar que la **ENADID** (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018) reportó que la **tasa global de fecundidad** en mujeres con **algún grado de escolaridad primaria es de 2.82 hijos por mujer**, mientras que quienes cuentan con **algún grado medio superior o superior es de 1.75 hijos**.

Honduras



Oficialmente **República de Honduras**, es un país ubicado en el centro-norte de América Central. **Su capital es Distrito Central, formado por las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela.**

Sus **límites** son: al norte y este con el mar Caribe, al sureste con Nicaragua, al sur con el golfo de Fonseca y El Salvador, y al oeste con Guatemala. Su extensión territorial (comprendiendo todas sus islas), es de 112,492 km².

El país **se divide en 18 departamentos, y a su vez estos en municipios (298)**. La forma de gobierno es **republicana, democrática y representativa**. Se ejerce por **tres poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial**.

En lo que respecta a **etnias**, hay **4 familias predominantes**: los **blancos o mestizos** (siendo la mayoría poblacional); los **pueblos indígenas** (lencas, misquitos, tolupanes, chortis, pech, tawahkas, garífunas); y criollos de habla inglesa.

Como **antecedente de importancia en la política del país**, cabe destacar el **golpe de estado de 2009**, esto debido a que el entonces presidente Manuel Zelaya convocó a la población para participar en un plebiscito para consultar la instalación de una “cuarta urna”, esto para aprobar la **instauración de una Asamblea Nacional Constituyente para redactar una nueva constitución** (derogando la de 1982).

A pesar de que el Congreso, la Corte Suprema de Justicia y el Tribunal Supremo Electoral lo calificaron como ilegal, el presidente continuó con los preparativos para la consulta. Sin embargo, a pesar de la presión del presidente hacia el jefe del ejército para que distribuyera las papeletas para la votación, éste se negó, por lo que fue destituido de su cargo (provocando descontento entre las fuerzas armadas, por lo que junto con él los jefes de la Armada y la Fuerza Aérea renunciaron). A raíz de esto, **el día en que se llevaría a cabo la consulta se realizó la detención del presidente Zelaya, siendo expulsado a Costa Rica**, y posteriormente el Congreso Nacional nombró a **Roberto Micheletti como Presidente de la República**.



Posterior a esto, la OEA, la UE y algunos otros países (El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Venezuela) aplicaron sanciones a Honduras hasta que resolvieran su situación política, además de que el BID y el Banco Mundial también retiraron los fondos de ayuda económica para este país.

Durante este periodo Honduras vivió una **etapa de desestabilidad**, ya que **numerosas manifestaciones** tanto a favor del Zelaya como de Micheletti se llevaron a cabo, en su mayoría terminando con personas detenidas, heridas y numerosos daños materiales.

Micheletti estuvo al frente del poder por 6 meses, posterior a lo cual se convocaron elecciones, resultando vencedor **Porfirio Lobo, asumiendo su cargo como presidente en 2010.**

Estados Unidos y varios países latinoamericanos (principalmente Colombia, Costa Rica y Perú), reconocieron al nuevo gobierno, y lo harían posteriormente la OEA y la UE, aunque muchos de los países latinoamericanos anunciaron que no reconocerían estas elecciones.

El **actual presidente** de Honduras es **Juan Orlando Hernández (2014-2022)**, llevando 2 periodos consecutivos al frente del país), y su vicepresidente es Ricardo Antonio Álvarez Arias.

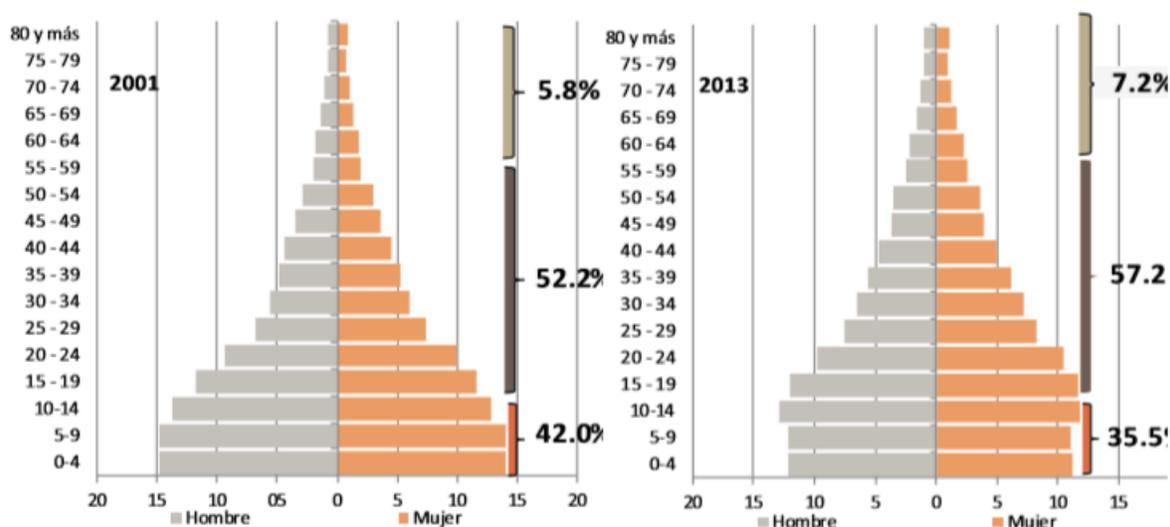
De igual manera, durante la **reelección en 2017 de Orlando Hernández** (hecho histórico también, ya que era la **primera vez desde 1982 que se aprobaba la reelección**, esto **por una decisión de la Corte de Honduras**), debido a que se sospechó de fraude electoral, hubo una serie de manifestaciones (derivando en una crisis post-electoral), en las cuales se reportaron 33 muertos, así como numerosas violaciones a los derechos humanos al ser golpeados y torturados muchos de los detenidos en las protestas. (Gargallo, 2018)

En lo que respecta a sus estadísticas nacionales, el **último censo disponible en línea data del 2013**, por lo que será la fecha referencia de la mayoría de los datos en adelante presentados, a menos que se especifique lo contrario. Asimismo, el **organismo encargado de la estadística en Honduras es el INE** (Instituto Nacional de Estadística), de donde se han extraído la mayoría de los datos, tanto de sus informes como de su página en línea. (PAHO, INE 2017, Encuesta Permanente de Hogares 2017, UNAH 2018, OPS/OMS).

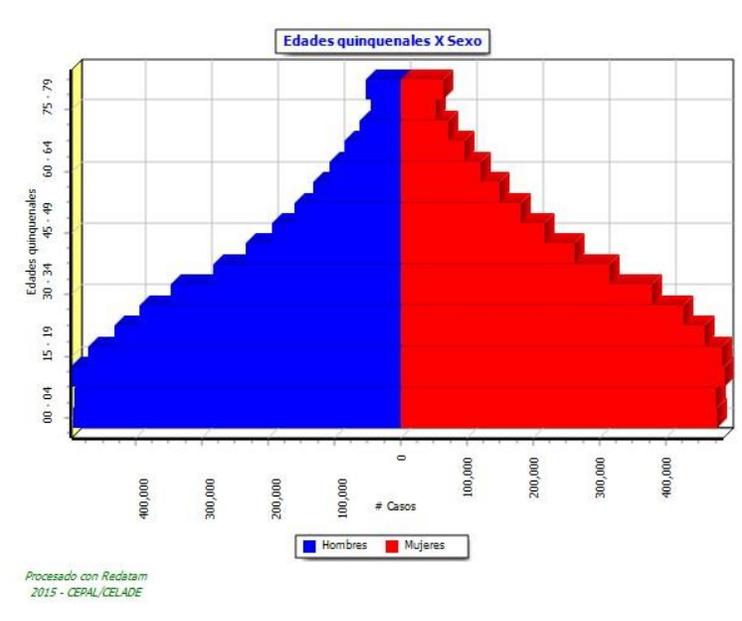
En el rubro de **población**, en Honduras (2018) existen 9 millones 23mil de personas (4.9 millones o 56.4% en áreas urbanas y 4.1 en áreas rurales), con una **esperanza de vida** al nacimiento de 76.2 años (2018). En el 2017 era de 73.8 años (71.2 para hombres y 76.3 para mujeres).

Acorde a la **pirámide poblacional** del país, se puede observar que respecto al 2001, la **natalidad a nivel nacional ha descendido**, ocasionando una reducción de los primeros tres grupos poblacionales en 2013, los cuales (2001) concentraban el 42% de la población y ahora el 35.5%. Por el contrario, la cúspide de la pirámide, acorde a estos cambios antes mencionados, tiene un crecimiento del porcentaje de los adultos mayores, que pasó de 5.8% en 2001 a 7.2% en 2013.

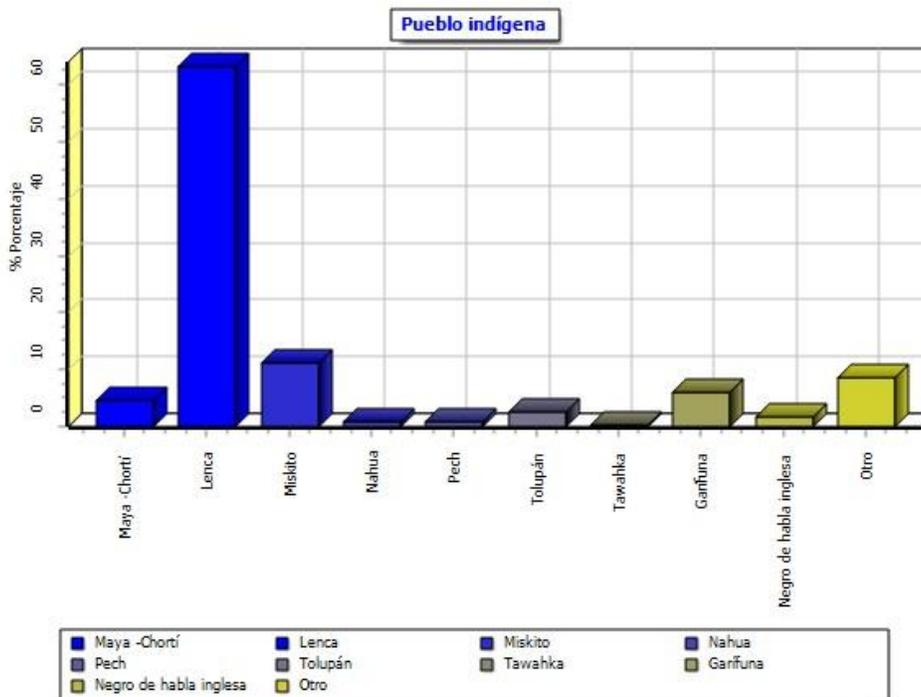
La **media de edad nacional** es de 23.8 años (20 para hombres y 22 para mujeres, 2017). Por otro lado, respecto al **crecimiento poblacional**, el incremento porcentual que se dio en Honduras entre 2001 y 2013 fue de 37%, entre 2013. **Durante el 2018 el crecimiento fue de 1.6%.**



La siguiente pirámide poblacional es la estimada para 2019, con un comportamiento acorde a lo observado y comentado previamente.



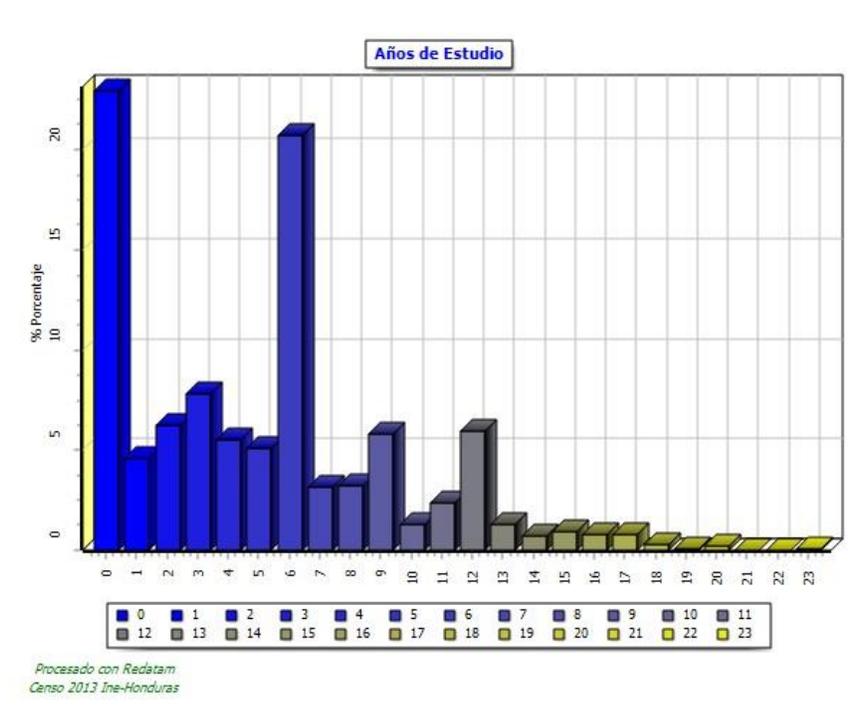
Como se puede observar en el gráfico, la **etnia Lenca es la predominante** en el país, **seguida de la Miskito**.



Procesado con Redatam
Censo 2013 Ine-Honduras

Vivienda: el 91.2% y el 82.6% de la población tiene acceso a fuentes de agua potable y saneamiento respectivamente (2015).

Educación: en promedio estudian 7.7 años, con una tasa de analfabetismo de 12.9%. La tasa de cobertura del nivel primaria es de 90% (2018).



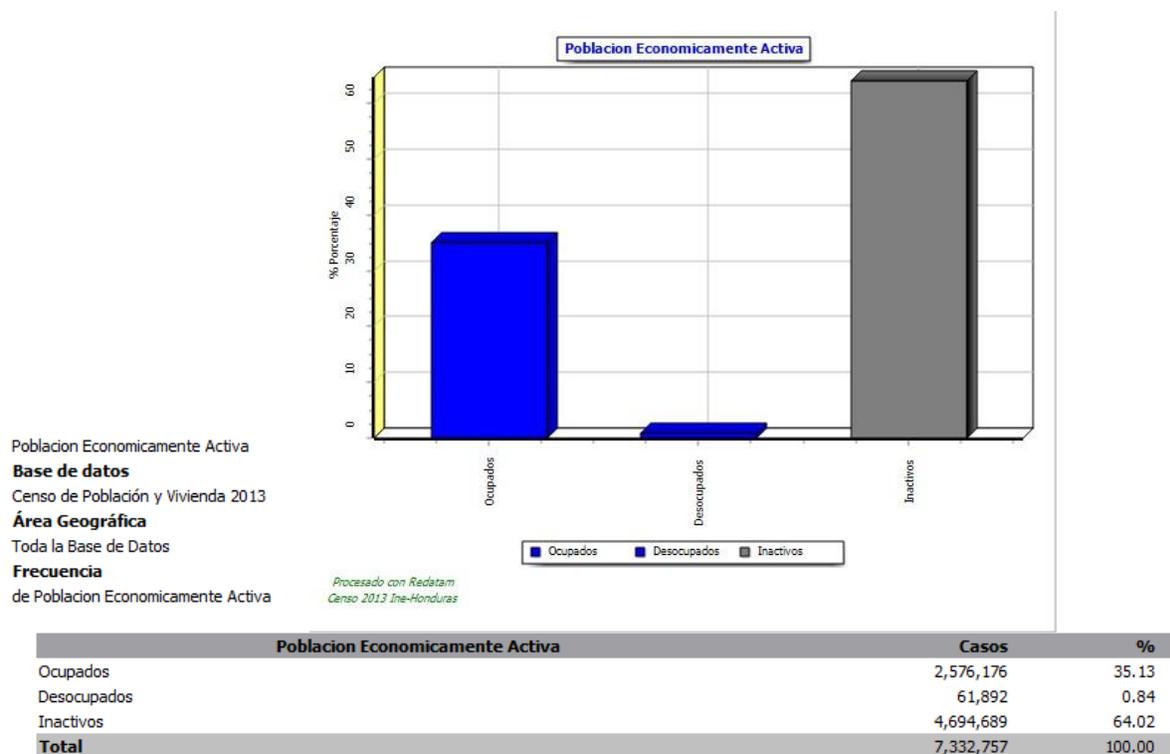
Como dato histórico, hace 10 años, **el porcentaje del presupuesto que Honduras estaba gastando en educación era mayor al de cualquier otro país de Latinoamérica, pero tenía las peores calificaciones en los exámenes regionales, solo arriba de Haití.** Durante el 2011, se hizo una depuración de “maestros y escuelas fantasma” (cuyos recursos terminaban desviados), aunque actualmente la situación no ha mejorado significativamente, puesto que a pesar de que los puntajes de los exámenes han mejorado, la mayoría de los niños no estudian más que la primaria (como se observa en la gráfica previa). (Nazario 2019)

Economía: la **población económicamente activa** es de 7.2 millones, mientras que la **población en edad de trabajar** es de 4.6 millones, con una **tasa**

de desempleo abierto de 5.6%, y una **tasa de desempleo visible** de 14.24%. El **porcentaje de jóvenes que no estudia ni trabaja** es de 24.3% (2018).

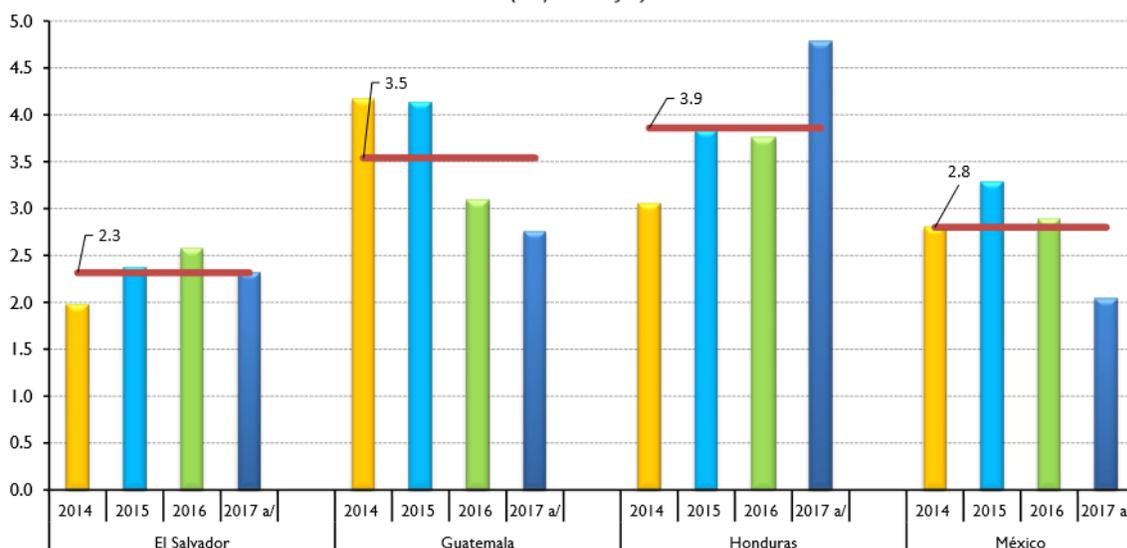
Durante el 2018, 61.8% de los hogares se encontraba en **pobreza**, de los cuales 23.1% estaban en **pobreza relativa** y 38.7% en **pobreza extrema**.

19.8% de personas que viven en hogares tienen un **ingreso per cápita** de un dólar por día o menos.



El **crecimiento del PIB de Honduras** durante el 2018 fue de 3.7%, **superior al de otros países**, aunque no se ha visto reflejado en el desarrollo económico, ya que **la mayor parte se destina a fines militares**, recortando cada vez más porcentajes del PIB correspondientes a salud y educación. (Carmenate, 2016)

Triángulo Norte: crecimiento anual del producto interno bruto y promedio, 2014-2017
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL e INEGI, sobre la base de cifras oficiales.
a Cifras preliminares.

Dado que migración es un fenómeno de gran importancia en este país, es importante considerar el dato acerca de las **remesas anuales** hacia Honduras, mismas que durante el 2018 representaron el 20% del PIB. Esto debido a que **paradójicamente la misma fuga de población en edades productivas es la que sostiene de manera importante la economía nacional.** (Cervantes 2017)

Salud

Dado que el sistema de salud en Honduras es muy diferente tanto estructural como metodológicamente, se desglosa a continuación la organización, financiamiento y afiliación, así como sus principales retos. (Carmenate 2016)

A nivel OMS, Honduras ocupa el **lugar 131 respecto al desempeño de los sistemas nacionales de salud**, siendo el estado el principal proveedor de salud, puesto que **únicamente 2.9% de la población está cubierta por seguros privados**, mientras que su atención se extiende hasta 10% de la población.

En su organización, **se divide en 2 sectores**: Secretaría de Salud (**SESAL**, prestando servicios al **60% de la población**), y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (**IHSS**, asegura al **12% de la población**).

La red de servicios del SESAL se divide en 2 niveles:

- **Segundo nivel:** cuenta con 29 hospitales, clasificados a su vez en 3 grupos:
 - Hospitales nacionales
 - Regionales
 - De área
- **Red de atención primaria:** compuesto principalmente de Centros de Salud Rural (CESAR) y Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO).
- En total la **SESAL cuenta con 1635 establecimientos:**
 - 7 hospitales nacionales, 6 regionales, 16 hospitales de área, 436 CESAMO, 1070 CESAR, 74 clínicas materno infantil, 3 de emergencia periférica (CLIPER) y 15 centros escolares odontológicos (CEO).

EL **IHSS solo dispone de 2 hospitales, 7 CLIPER, 1 CEO**, 2 centros de medicina física y rehabilitación, y 1 centro para la atención del adulto mayor.

Por su parte el **sector privado cuenta con 1131 establecimientos.**



Tomado de (Carmenate 2016)

El **total nacional de camas disponibles** es de 6590, equivalente a 9.5 camas por 10mil habitantes (ocupando el penúltimo lugar en Centroamérica, antes de Guatemala):

- 5059 de la SESAL
- 916 del IHSS

- 40 del Hospital militar
- 575 del sector privado.

Respecto al **financiamiento**, el gasto total en salud es de 8.5% del PIB (promedio de América de 14.1%), encontrándose en segundo lugar a nivel Centroamérica y en 4to a nivel Latinoamérica (acorde a la CEPAL).

Sin embargo, en contraste, Honduras tiene **uno de los peores niveles de inversión en salud por persona**, con \$101 (promedio América Latina de \$392 por persona; promedio mundial de \$628). El promedio según la OCDE es de \$2880.

Sus **principales fuentes de financiamiento** son 54.7% el gobierno, 34.4% hogares y 8.2% cooperación externa.

En lo que respecta a la **proporción de médicos**, Honduras cuenta con **10.1 por cada 10mil habitantes** (Colegio Médico de Honduras). Asimismo, el personal del área de la salud padece de un **alto porcentaje de desempleo** (46%), de los 10,995 egresados (esto durante el 2015), además de una disminución en el pago de salarios. Esto ha impulsado una importante fuga de personal profesional (alrededor de 5017 profesionales de la salud han emigrado entre 1996 y 2010), impactando de manera importante en la economía nacional.



El **nuevo modelo de salud** postulado para este país apuesta por el **fortalecimiento de la función rectora de la SESAL**, y la separación de las funciones esenciales de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, para que a largo plazo se adjudiquen a otras instituciones. Por otro lado, otra

propuesta es la **dotación de autonomía en la gestión con el sector privado**, para que de esta manera los servicios se proporcionen a través de terceros proveedores y el estado se encargue de garantizar el pago.

Así, con el nuevo modelo la estructura del servicio de salud **quedaría de la siguiente manera:**



Mientras que los niveles también sufrirían algunas modificaciones, manteniéndose los 2 niveles, pero **subdividiendo por niveles de complejidad**, quedando de la siguiente manera:

Nivel de Atención	Escalones de complejidad creciente	Categoría y tipo de establecimiento
Primer nivel	Nivel de complejidad 1	Centro de salud tipo 1(CS TIPO 1)
	Nivel de complejidad 2	Centro de salud tipo 2(CS TIPO 2)
	Nivel de complejidad 3	Centro de salud tipo 3(CS TIPO3)
Segundo nivel	Nivel de complejidad 4	Hospital Tipo 1
	Nivel de complejidad 5	Hospital Tipo 2
	Nivel de complejidad 6	Hospital Tipo 3
	Nivel de complejidad 7	Hospital Tipo 4

Respecto a esto, representa un reto, ya que **el país sólo cuenta con 2 hospitales de complejidad 6 y 3 de complejidad 7 (todos en 2 ciudades, Tegucigalpa y San Pedro Sula).**

También con la reforma se apuesta por una **Cubertura Universal de Salud**, en el que la SESAL contaría con un **seguro público para la población pobre**, y un **IHSS que funcionaria exclusivamente como aseguradora al contratar servicios para sus afiliados con proveedores públicos y privados**, operando bajo un nivel de salud comunitario y familiar.

Con esto, se **pretende alcanzar el 95% de cobertura** en salud en todos los niveles, aunque **esta cobertura no será total**, sino que se contemplan únicamente paquetes específicos complementarios cuyo acceso se garantizará a segmentos específicos de la población.

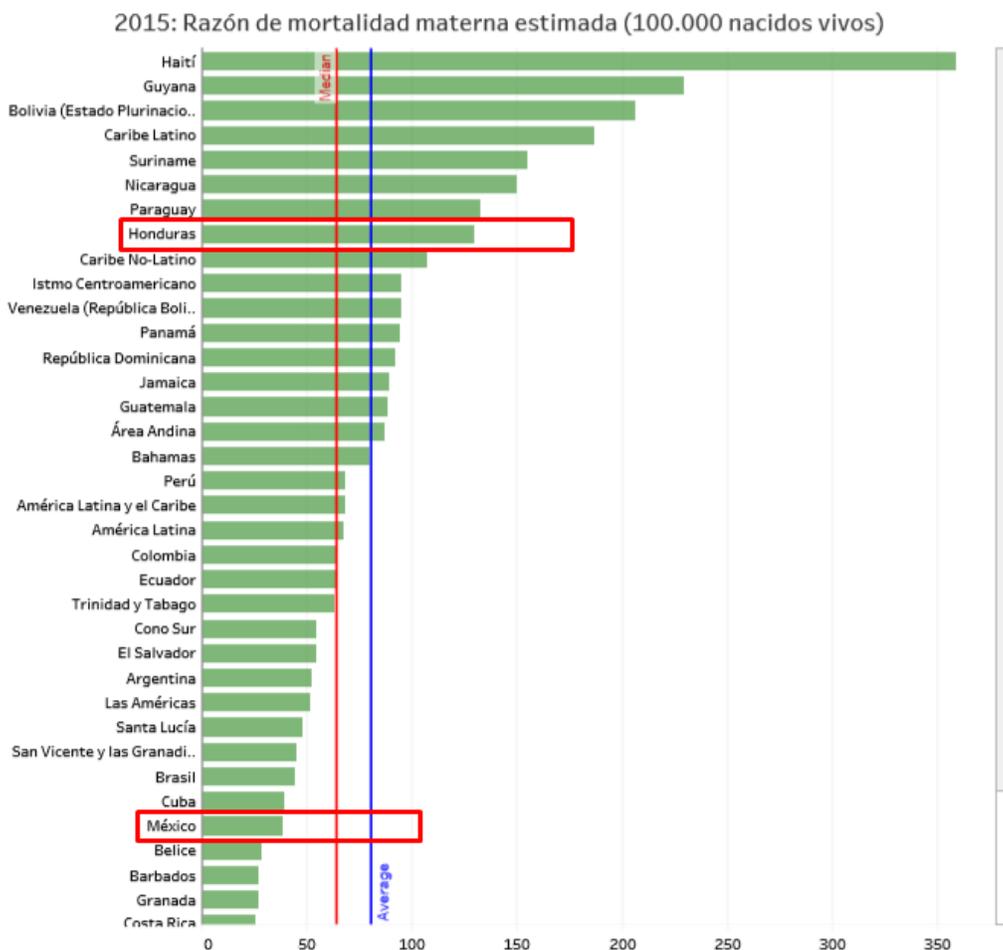
Respecto a esto, tanto medios de comunicación como el **Colegio Médico Hondureño** (CMH) indican que esta reforma es **un paso hacia la privatización de la salud** hondureña, ya que será un privilegio supervisado por los sistemas bancarios y privatizadores. De igual manera, **el estado declara que sus recursos nunca serán suficientes**, por lo cual delega funciones en individuos y otras instancias, lo que ocasionaría un alza en los servicios (hecho catastrófico, 61.8% de los hogares se encontraba en **pobreza**, de los cuales 23.1% estaban en **pobreza relativa** y 38.7% en **pobreza extrema, esto en 2018**). (Carmenate 2016, BBC 2019)

La crisis de salud en Honduras se hizo visible ante el mundo cuando en **2011 el índice de muerte materna se elevó**, por lo que se llevaron a cabo investigaciones que concluyeron en el desmantelamiento de una **red delictiva orquestada por el entonces director del IHSS**, en el que se desviaron alrededor de 300 millones de dólares, a costa de medicamentos falsos, deficientes o nunca entregados. A raíz de esto, **actualmente la ONU supervisa la compra de medicamentos**, aunque cerca del 30% aún se compra directamente por los hospitales, con lo que el desvío de recursos continúa. (Nazario 2019)

La tasa global de fecundidad es de 2.5 hijos por mujer (**en adolescentes** es de 72.2 por cada 1000 mujeres de 15-19 años), mientras que la **tasa de mortalidad infantil** es de 16.4 por cada 1000 nacidos vivos, y **tasa bruta de mortalidad** de 4.5 por 1000 habitantes (2018). La **razón de muerte materna** (la cual es **muy superior al promedio**, como se ve en el gráfico) por cada 100mil nacidos vivos es de 129 (2015).

La **tasa bruta de natalidad** es de 20.1 por cada 1000 habitantes (2018).

Dentro del **Índice de Desarrollo Humano (OMS)**, **Honduras ocupa el puesto 130º del mundo, el más bajo de toda Latinoamérica**, solo por arriba de Haití, que ocupa el 163º. (Barreiro 2018)

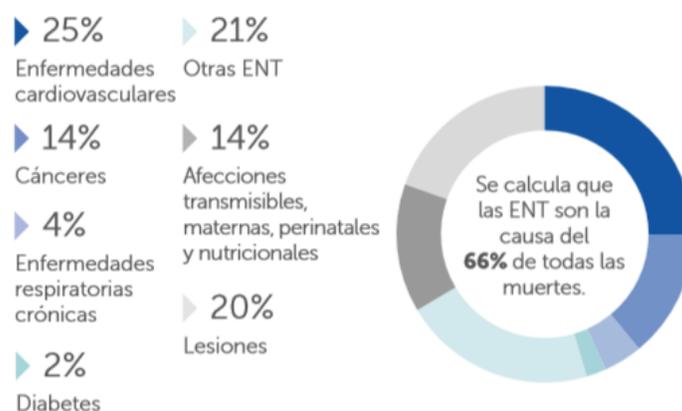


Se estima que hay **10 médicos y 3.8 enfermeras y matronas por cada 1,000 habitantes** (OMS, Carmenate 2016). Este número varía de forma importante en cada departamento del país, con diferencias abismales, como se observa en el siguiente gráfico:

(Tomado de Carmenate 2016).



En 2016 se reportaron 39mil **muer**tes por enfermedades no transmisibles, las cuales se desglosan en el siguiente gráfico:



Las **principales causas de mortalidad** son:

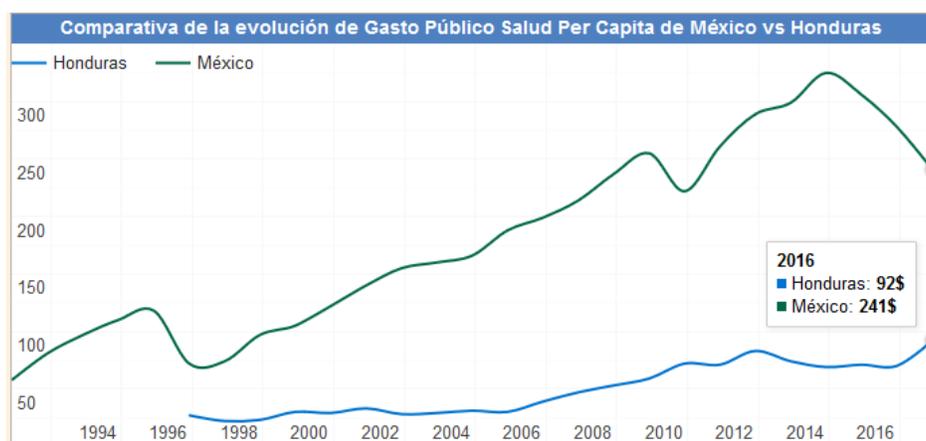
1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
2. Diabetes mellitus.
3. Enfermedades cerebrovasculares
4. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
5. Gripe y neumonía.
6. Enfermedades isquémicas del corazón.
7. Cirrosis y otras enfermedades del hígado.
8. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.
9. Enfermedades hipertensivas.
10. Infección por virus del VIH/sida.

En lo que respecta a la **morbilidad**, las 10 enfermedades más frecuentes por grupo de edad son:

Grupos de Edad	1	2	3	4	5
< 1 año	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Malformaciones, congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Influenza y neumonía	Enfermedades infecciosas intestinales	Desnutrición y anemias nutricionales
1-4 años	Influenza y neumonía	Malformaciones, congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Desnutrición y anemias nutricionales	Enfermedades infecciosas intestinales	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
15-19 años	Lesiones autoinflingidas intencionalmente suicidios	Agresiones homicidios	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	Accidentes de transporte terrestre	Embarazo, parto y puerperio
25-29 años	Agresiones homicidios	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	Lesiones autoinflingidas intencionalmente suicidios	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Enfermedades del sistema urinario
45-49 años	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Diabetes mellitus	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	Enfermedades del sistema urinario
80 y mas años	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Diabetes mellitus	Enfermedades hipertensivas

Grupos de Edad	6	7	8	9	10
< 1 año	Enfermedades respiratorias agudas excepto influenza y neumonía	Septicemia	Enfermedades Inmunoprevenibles	Apendicitis, hernia y obstrucción intestinal	Meningitis
1-4 años	Enfermedades respiratorias agudas excepto influenza y neumonía	Accidentes de transporte terrestre	Septicemia	Tumor maligno del encéfalo	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines
15-19 años	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Influenza y neumonía	Enfermedades cerebrovasculares	Eventos de intención no determinada	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
25-29 años	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	Accidentes de transporte terrestre	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Diabetes mellitus	Embarazo, parto y puerperio
45-49 años	Influenza y neumonía	Accidentes de transporte terrestre	Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Enfermedades isquémicas del corazón
80 y mas años	Influenza y neumonía	Enfermedades del sistema urinario	Tuberculosis	Septicemia	Accidentes de transporte terrestre

A manera de comparativa, como se mencionó antes, el porcentaje del PIB que Honduras destina a salud es mucho menor que la de otros países, y en la siguiente gráfica se observa de manera clara la diferencia entre dicho país y el nuestro.



Tomado de (Expansión, 2019).

Migración

“En Honduras, si no pagas, te mueres”. (Nazario, 2019)

Debido a la importancia de este fenómeno, no sólo por las implicaciones propias de la población hondureña al emigrar, sino también en el impacto que conlleva en nuestro país, creo relevante ahondar un poco más en este rubro, presentando las principales causas que impulsan a un hondureño a salir de su país.

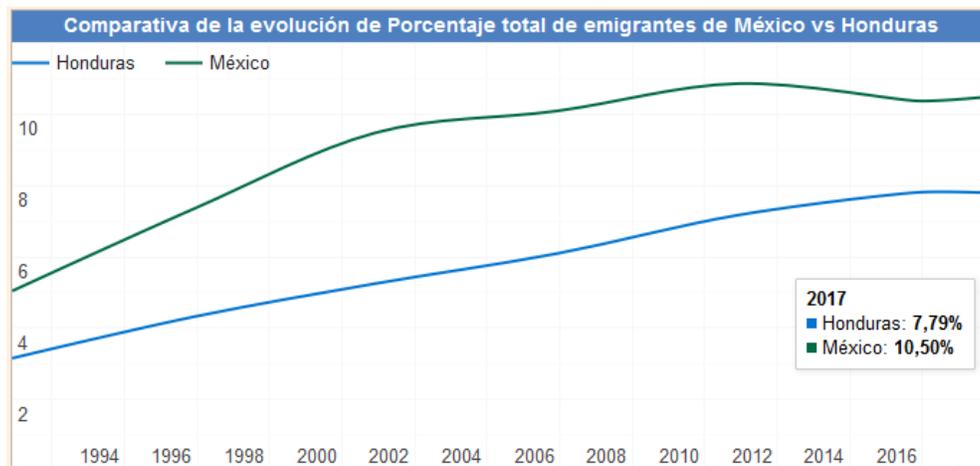
Dentro de los principales factores que provocan la migración es la corrupción, la sensación de que todo está podrido y que es muy poco probable que mejore, situación que se menciona de rutina durante las consultas que brindamos durante este año: violencia y economía.

Esto se ha visto reflejado en el número de personas que emigran de este país, puesto que **la cantidad de hondureños que son detenidos en la frontera sur de Estados Unidos se ha incrementado de 47,900 en 2017 a 205,039**, esta última cifra **durante la primera mitad de 2019**.

Tal crecimiento de la migración tiene sus **raíces en distintos eventos**: la **crisis política de 2009**, los altos índices de criminalidad y violencia, el **deterioro**

económico de la actividad agrícola, la dificultad del acceso a tierras y falta de servicios y medios de comunicación en las zonas más remotas, así como el **desempleo y el difícil acceso a vivienda**. (Ham, 2014)

Curiosamente, durante el 2017, las cifras de migración de Honduras vs México eran menores, como se observa en la siguiente gráfica:

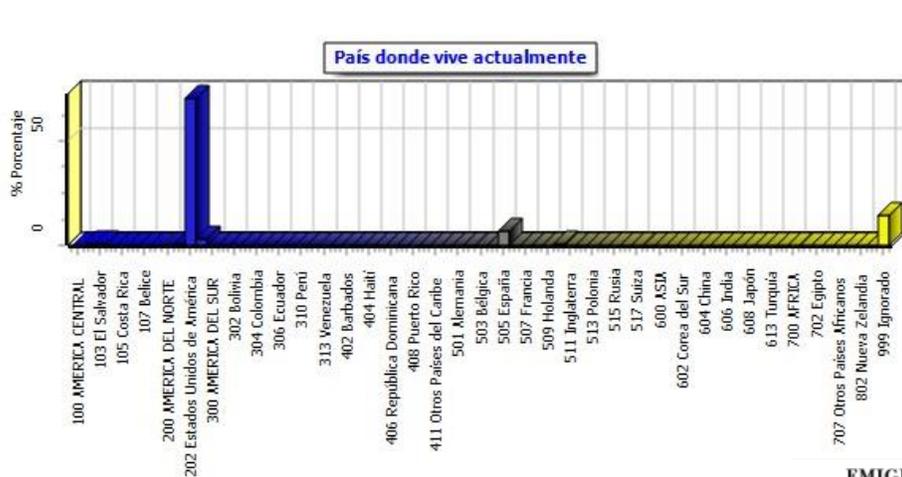


Tomado de (Expansión, 2019)

Por otro lado, el **fortalecimiento cada vez mayor de las pandillas en Honduras** (y sus “impuestos de guerra”, como denominan a los pagos por extorsión hacia cualquier comercio, trabajador o empresa dentro del territorio controlado por las pandillas) ha sido un **factor crucial** para la disminución de la calidad de vida de los hondureños, tanto así que oficiales de la fuerza antiextorsión de Honduras han comentado que simplemente no pueden meterse con la **MS-13 ni con Barrio 18** (las 2 principales y más peligrosas del país). (Nazario, 2019)

En respuesta a esta situación, el Gobierno expidió en el **2013** un decreto en el que se reconoció el desplazamiento forzado causado por la violencia. A raíz de esto se creó la **Comisión Interinstitucional para la Protección de las Personas Desplazadas por la Violencia** (CIPPDV), liderada por la Secretaría de Derechos Humanos (**apoyada por la ACNUR**), con la finalidad de **diseñar e implementar acciones de prevención, protección, asistencia humanitaria y soluciones**. (ACNUR, 2019)

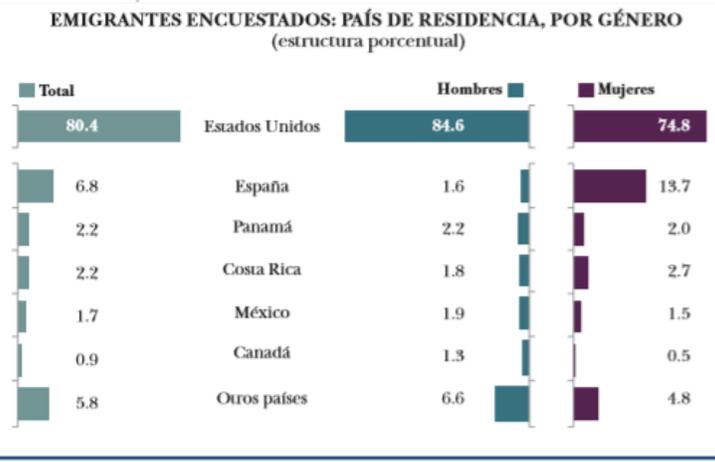
Según la estadística de **2013** del **INE** en Honduras, el **principal país en el que residen aquellos hondureños que emigran es EUA, seguido de España, y una mínima parte en México** (aunque **durante nuestro año de SS la diferencia fue mínima respecto a quienes esperan quedarse a vivir en nuestro país vs EUA**, posiblemente influenciado por los apoyos gubernamentales que se han brindado durante estos últimos años para con los procesos de asilo y económicos, así como al incremento del flujo migratorio).

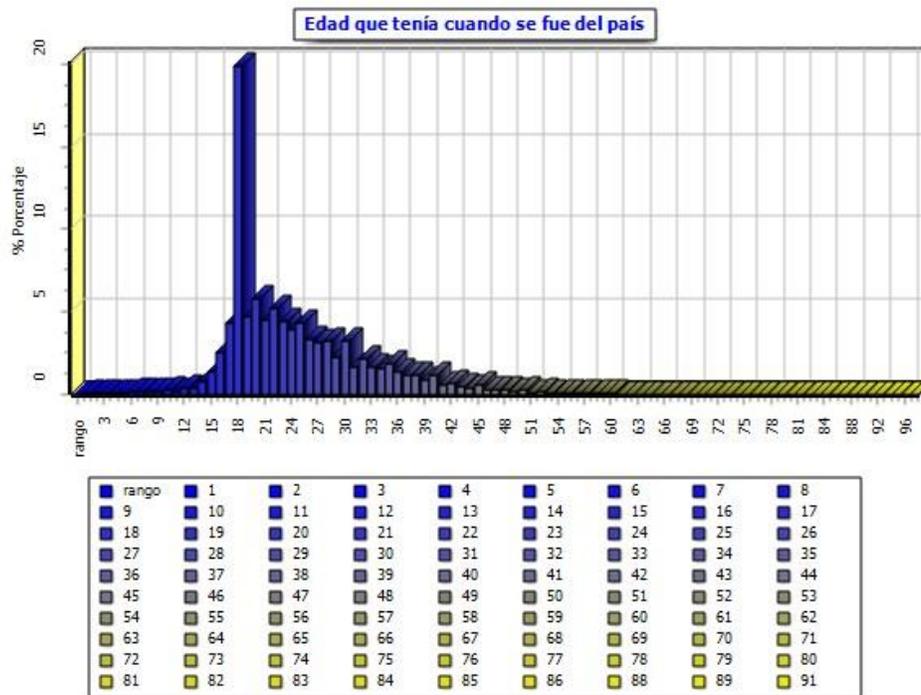


- 100 AMERICA CENTRAL
- 102 Guatemala
- 103 El Salvador
- 104 Nicaragua
- 105 Costa Rica
- 106 Panamá
- 107 Belice
- 120
- 200 AMERICA DEL NORTE
- 201 Canadá
- 202 Estados Unidos de América
- 203 México
- 300 AMERICA DEL SUR
- 301 Argentina
- 302 Bolivia
- 303 Brasil
- 304 Colombia
- 305 Chile
- 306 Ecuador
- 309 Paraguay
- 310 Perú
- 311 Venezuela
- 400 PAISES DEL CARIBE
- 312 Uruguay
- 313 Venezuela
- 401 Barbados
- 402 Cuba
- 403 Cuba
- 404 Haití
- 405 Jamaica
- 406 República Dominicana
- 407 Islas Caimán

Procesado con Redatam
Censo 2013 Ine-Honduras

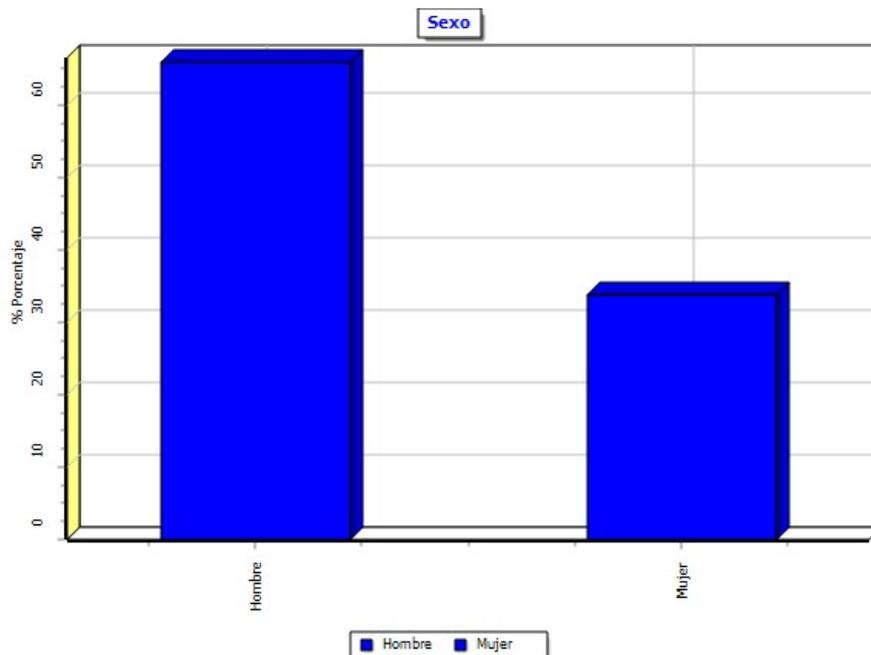
Tomados de (INE, Cervantes 2017).





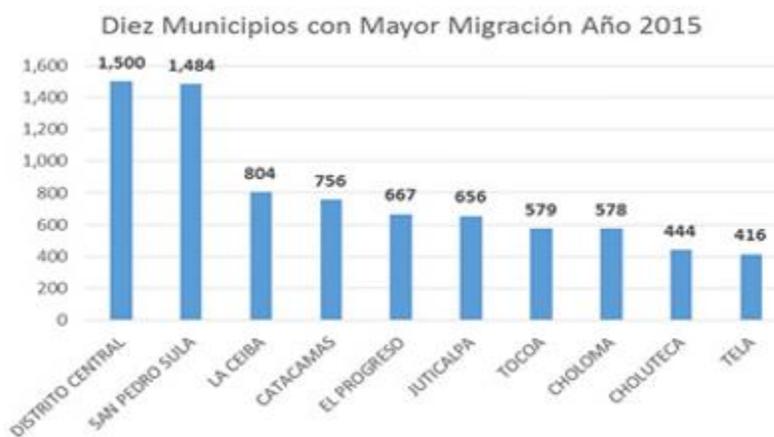
Procesado con Redatam
Censo 2013 Ine-Honduras

Asimismo, **la edad en la que principalmente comienzan a migrar es a los 18 años** (rango de 18 a 27 aproximadamente), lo cual coincide con población en edad productiva, y siendo principalmente el género masculino el que migra.



Procesado con Redatam
Censo 2013 Ine-Honduras

Siendo más específicos demográficamente, **10 de los 18 departamentos del país concentran el 85.47%** del total de personas repatriadas/retornadas a Honduras en 2016 (CENISS, Centro Nacional de Información del Sector Social). (Ortega 2018)



Conclusiones de la 2da sección

En este capítulo se abarcaron numerosos temas, desde la compleja concepción y ejecución del derecho a la salud, así como los tratados y convenios internacionales que lo respaldan, pasando por la historia de la medicina en nuestro país, y finalmente especificando datos demográficos, de salud y económicos del estado en el que realizamos nuestro SS (Chiapas), pero además haciendo un repaso por los principales eventos en Honduras (que ha sido el principal país de origen de los migrantes que atendimos) que han orillado a esta población a migrar en grandes caravanas hacia cualquier lugar que los acepte, pero con tal de no seguir sufriendo en su país.

Así, podemos reforzar que derecho a la salud es mucho más que un par de términos legales o políticos y que, estrechamente ligado a las determinantes sociales (indicadores creados con la finalidad de permitir explicar la mayor parte de las inequidades sanitarias tanto a nivel mundial como local), permiten a las personas ampliar sus opciones para decidir (de manera verdaderamente libre), el tipo de vida que desea vivir (ya que la salud inicia desde el tipo de vivienda y localidad, hasta el acceso a servicios y oportunidades o condiciones de trabajo, sin olvidar el ámbito

psicológico, que muchas veces se deja de lado). Es por esto la importancia de adecuadas políticas públicas en sanidad, y el trabajo en conjunto con los organismos económicos y sociales del país, puesto que justamente uno de los mayores problemas del sistema de salud en nuestro país es su fragmentación, que promueve una cobertura desigual entre los diferentes sistemas de aseguramiento, situación que finalmente afecta principalmente a la población más vulnerable o con menos recursos, con una gratuidad de servicios únicamente virtual y no realmente al alcance de la población.

Asimismo, otro punto importante (y que es eje de la nueva administración gubernamental del actual presidente), es el cese al desvío de recursos y la corrupción, además de la adecuada canalización, justificada y efectiva, de los presupuestos gubernamentales para cada rubro necesario (en este caso enfocado a salud, en donde dichos presupuestos han sido escasos o inclusive inexistentes, dificultando la aplicación correcta de programas, o bien el abastecimiento de clínicas y hospitales).

Para contrarrestar tanto la fragmentación de nuestro sistema de salud como en parte la malversación de recursos, la propuesta de un sistema de salud universal se ha posicionado como la mejor opción. Sin embargo, mientras no haya un trasfondo político y económico que permita su implementación con una adecuada logística y funcionamiento, éste será un fallo.

Es por esto que México tiene un largo camino por recorrer, y no solo en el ámbito de salud puesto que, como se expresó previamente, es un sistema de engranajes en el que, si una parte falla, el país entero se ve en imposibilidades de progresar.

Apegándonos a los datos económico-demográficos tanto de Honduras como de Chiapas, se puede observar que Honduras es un país relativamente pequeño (puesto que su población total es de 9 millones, mientras que sólo la de Chiapas es de 5 millones), con una esperanza de vida mayor a la de Chiapas (76.2 vs 73.1 años; nacional mexicana de 75.1 años), y con una edad media nacional similar a la de México (23 años).

Otro punto importante es el nivel educativo, en donde el nivel promedio de estudio es similar (ambos principalmente con primaria), situación semejante en lo que a tasa de analfabetismo respecta (12.9 vs 13% en Chiapas, esto considerando que Chiapas es uno de los estados con mayor rezago educativo, esto a nivel nacional).

En lo que respecta a economía, en Honduras hay una menor PEA ocupada (35% vs 44.5% en México), principalmente por la falta de empleos y la difícil situación ocasionada por las pandillas, como se detalló previamente. Asimismo, el porcentaje de pobreza en Honduras es similar al de Chiapas (61.8% vs 71%), considerando nuevamente que Chiapas es uno de los estados con mayor marginación y pobreza del país.

En materia de salud, alrededor del 75% de la población está asegurada (ya sea por instituciones gubernamentales o privadas, aunque éstas últimas solo cubren al 2.9%), mientras que en Chiapas el 93.2% está afiliado, con predominancia hacia el Seguro Popular (ahora INSABI).

En lo que respecta a la cantidad de médicos, encontré una discrepancia entre los datos de 2 fuentes (OMS vs Colegio Médico de Honduras), en donde la primer fuente indica que la proporción es de 10 médicos y 3.8 enfermeras por cada 1,000 habitantes (2013), mientras que la segunda fuente indica que hay 10.1 y 2 respectivamente por cada 10,000 (2008). Por parte de nuestro país, acorde a la CONEVAL hay 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes.

En lo que respecta a los perfiles de morbilidad y mortalidad en cada país, éstos son similares. Tanto en Honduras como en Chiapas, cabe hacer énfasis que en la población menor de 4 años las enfermedades infecciosas intestinales y desnutrición se encuentran dentro de los primeros 5 lugares, además de que en Honduras en la población adolescente dentro del lugar 10 está VIH (mientras que ni en Chiapas ni en nuestro país figura dicha enfermedad, inclusive dentro de las 20 enfermedades más frecuentes).

Finalmente, en el rubro de migración, la población mexicana principalmente emigra del país en busca de mejores condiciones económicas principalmente, o bien para reunirse con su familia, mientras que la violencia o inseguridad pública

representan la minoría del porcentaje. En contraparte, en Honduras principalmente emigran por violencia, extorsión o amenazas, mientras que buscar un mejor trabajo queda relegado hasta cierto punto a segundo plano, puesto que lo primordial es conservar su vida o la de sus seres queridos.

En resumen, la situación de un país entero (Honduras) es parecida a la de un solo estado mexicano, por lo que es una comparación bastante gráfica y útil para dimensionar las carencias hondureñas sobre todo en materia de salud. Así, ambos países necesitan mejoras en todos los niveles gubernamentales, así como en sus políticas de sanidad y salubridad, y principalmente una adecuada administración sin desvío de recursos y, en el caso de Honduras, sin amenazas o extorsiones al realizar prácticamente cualquier actividad.

3ra sección: Seguimiento de Programas y Perfil de Morbilidad

Introducción

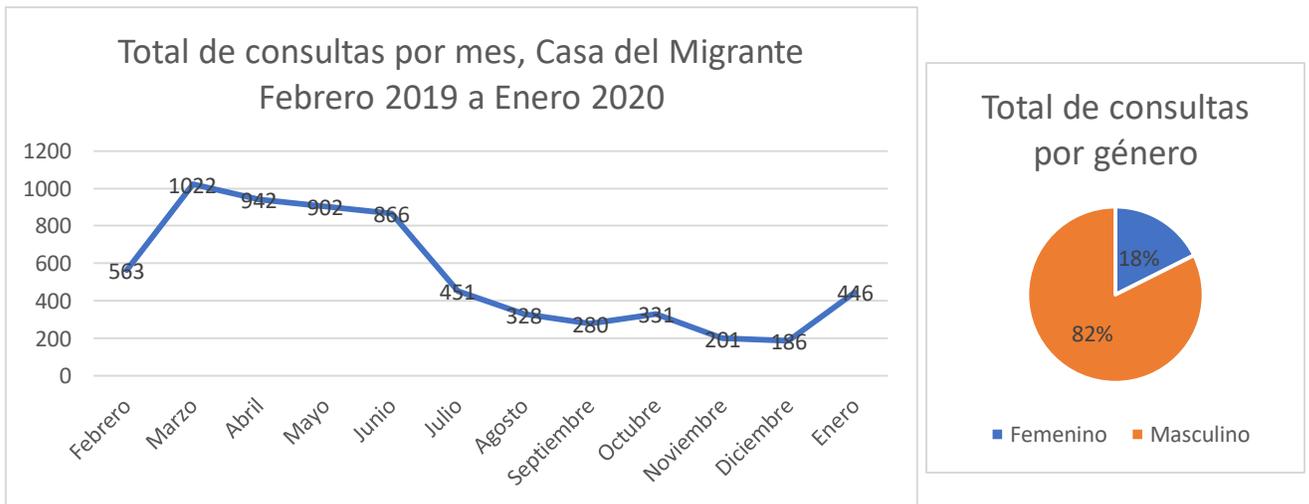
Durante este último apartado se mostrarán los datos obtenidos durante nuestro año de servicio social, comprendido de febrero de 2019 a enero 2020, empezando por la cantidad de consulta anual, y desglosando dichos datos por género. Además, se mencionarán las 10 principales enfermedades que afectaron a nuestra población, así como las 3 primeras por rango de edad, y dividiendo entre transmisibles y no transmisibles.

Por otro lado, en nuestro caso el único programa que tuvimos fue el de seguimiento de embarazo, parto y puerperio, ya que el resto de los programas eran imposibles de aplicar, principalmente por la corta estancia de los migrantes en el albergue (3 días), mismo que impedía un seguimiento de los mismos.

Finalmente se hará un análisis de los datos, tratando de explicarlos con los datos obtenidos en el apartado previo, y correlacionarlos entre sí.

Consulta total y apartados específicos

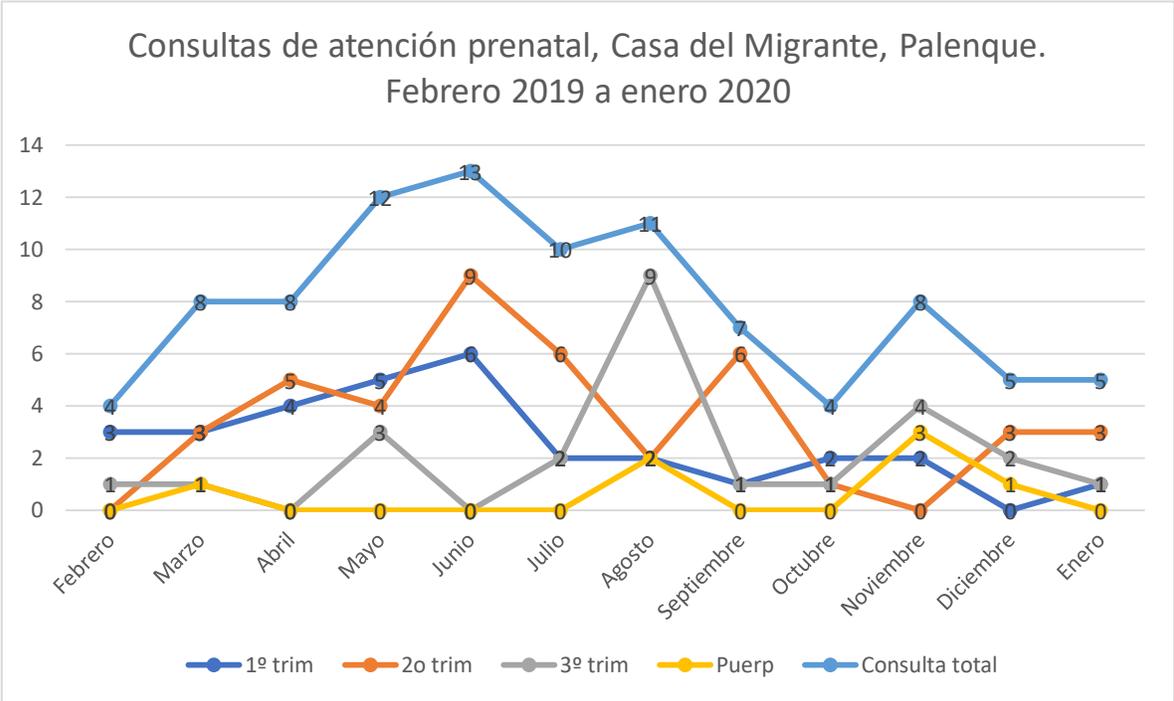
Durante el periodo previamente mencionado, se tuvo un **total de 6518 consultas (1147 mujeres y 5371 hombres)**, quedando de la siguiente manera:



Como se puede observar, durante la primera mitad del SS la consulta fue numerosa, pero disminuyó drásticamente a partir del mes de julio, esto posiblemente por las políticas migratorias implementadas en nuestra frontera sur,

además del constante incremento en la violencia y dificultades durante el viaje. Sin embargo, durante el último mes del servicio la consulta parece tender a incrementarse nuevamente, pudiendo ser por la caravana que en esos días ingresó a nuestro país. Esto sería interesante analizarlo a largo plazo, para ver si el patrón se mantiene constante (primeros meses del año con mucha consulta y últimos meses con descenso abrupto).

Del total de mujeres, 95 fueron consultas a embarazadas, tanto durante el embarazo, como en parto y puerperio.



Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

Aquí cabe ahondar en la **NOM 007-2016**, que es la relacionada a la “atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, cuya finalidad es prevenir y evitar complicaciones que puedan surgir durante la evolución de embarazo.

Esta establece que durante la primer consulta se debe realizar una historia clínica detallada, incluyendo antecedentes de relevancia, tanto personales como familiares (principalmente FUM, crónico degenerativos, abortos o malformaciones, complicaciones durante el embarazo, toxicomanías, prácticas de riesgo, etc.), esto

con la finalidad de hacer una evaluación de riesgo, y clasificarla acorde al semáforo de riesgo propuesto por la CONAMED.

Relacionado a esto, previo a nuestro SS no se contaba con ningún tipo de formato para registrar el seguimiento de mujeres embarazadas, por lo que diseñamos un formato para vaciar los datos de relevancia, así como para dar seguimiento a los USG o futuras complicaciones posteriores, mismo que se puede consultar en anexos.

Así mismo, la NOM indica que las consultas prenatales ideales deben ser con la siguiente frecuencia:

- ✓ 1 vez/mes hasta la semana 34
- ✓ Cada 15 días desde la 34-38
- ✓ Semanal desde la 38 a la 40
- ✓ 2 veces/semana desde la 40 a 42

O mínimo 5 consultas durante todo el embarazo.

De igual manera, en lo que a ecografía respecta, éstos deben ser durante las semanas:

- ✓ 8-12, para valorar edad gestacional y posibles malformaciones
- ✓ 18-20, para valorar crecimiento fetal y posibles malformaciones
- ✓ 34-36, para valorar maduración y nutrición fetal, o bien patología de la placenta.

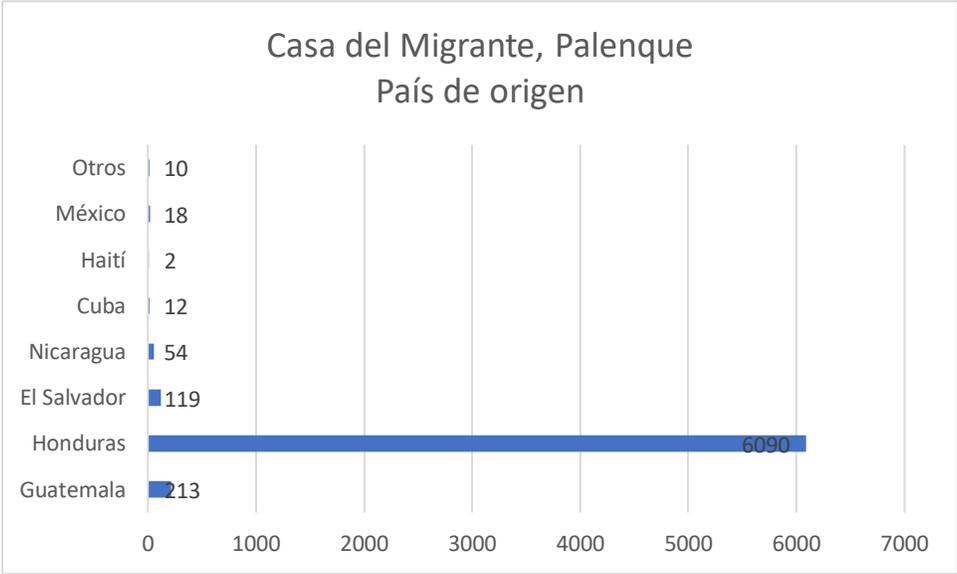
Respecto a esto, en nuestro caso trabajamos en conjunto con Casa de la Mujer, a donde hacíamos acompañamiento a nuestras pacientes embarazadas para que se realizaran sus ecografías.

Era importante dar un seguimiento adecuado, ya que muchas de nuestras pacientes presentaban factores de riesgo importantes: algunas eran adolescentes, otras habían sufrido traumas o violencia familiar durante el embarazo, o inclusive el embarazo era producto de una violación.

Además de la cantidad de consulta, en nuestro caso que trabajamos con población migrante (fenómeno sumamente importante, como mencionamos en el sección previa), para nosotros era indispensable saber de dónde venían, hacia donde se dirigían, y el número de intentos realizados (ya que inclusive algunos

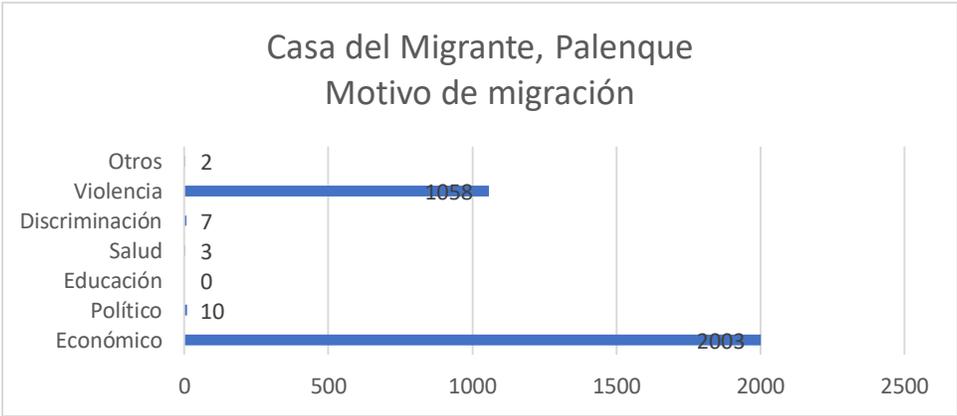
habían realizado el viaje hasta 10 o más veces), además de si venían solos o acompañados (ya que viajar solos representaba mayor riesgo, al estar expuestos más fácilmente a asaltos o violencia). Cabe aclarar que para algunos datos hay un sesgo de 4 meses (febrero a mayo) en los que no se registraron ciertos datos, ya que el formato final de registro se implementó hasta junio.

Así, se obtuvo lo siguiente:



Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

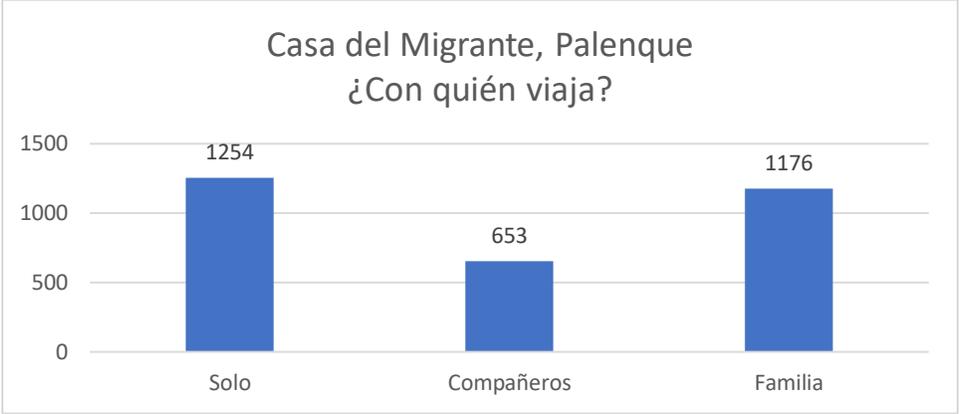
El principal fue Honduras, superando por mucho al segundo en frecuencia, que fue Guatemala.



Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

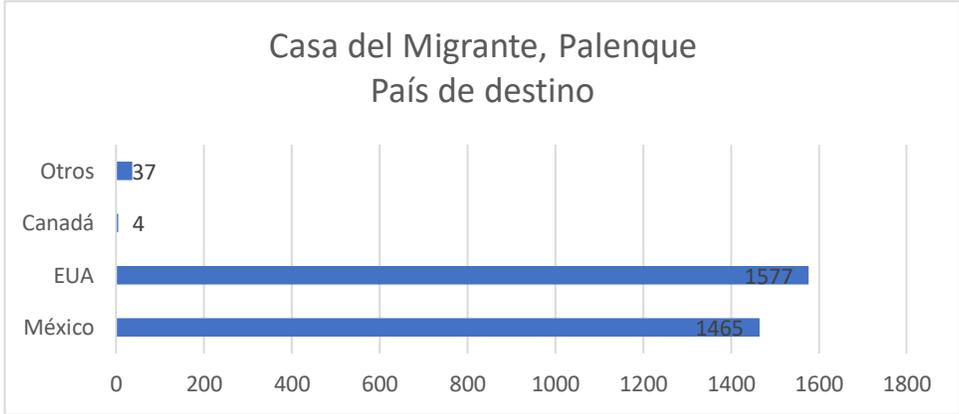
Económico y político fueron los principales motivos de emigración. Esto coincide con la situación del país, puesto que como se explicó en el apartado

anterior, las pandillas y los problemas sociales y políticos son los principales problemas de los cuales huye la población hondureña.



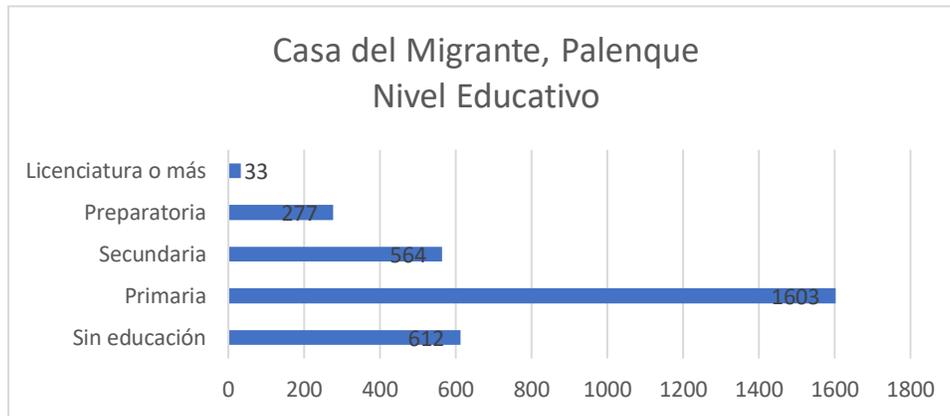
Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

Principalmente hacían el viaje solos o con familia. Esto es de suma importancia, puesto que entre mayor es el grupo de migrantes, menos se exponen a ser violentados durante su trayecto.



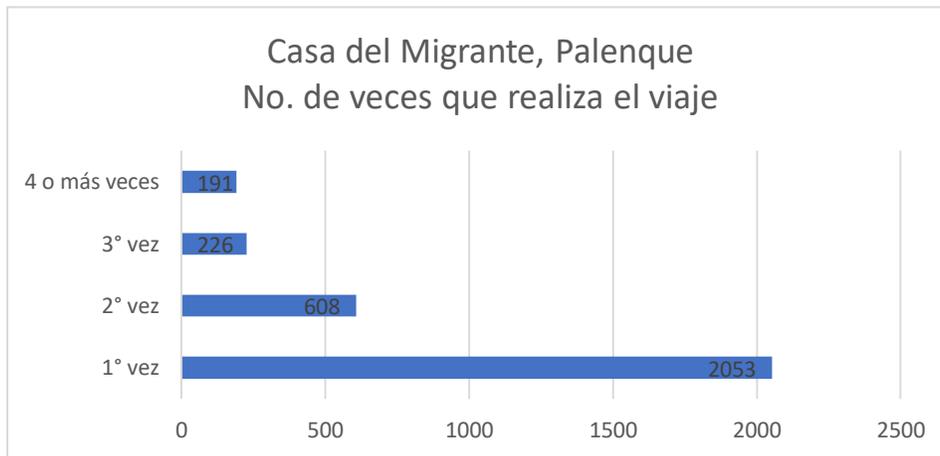
Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

La diferencia fue poca entre los que optaban por permanecer en nuestro país o continuar hacia EUA. Esto difiere con las estadísticas reportadas, puesto que como se vio previamente, México no solía ser su principal destino, sino que de hecho España estaba por encima de nuestro país, como lugar de destino. Puede haber un sesgo puesto que nuestra población se limitaba prácticamente a un solo país de origen, mientras que en otras ciudades (como Tapachula o Tuxtla) o estados los migrantes que arriban son una población mucho más variada.



Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

La mayoría de la población consultada únicamente contaba con primaria como nivel educativo. De igual manera, esto coincide con la estadística nacional hondureña, además de coincidir a su vez con la estadística regional del estado de Chiapas.

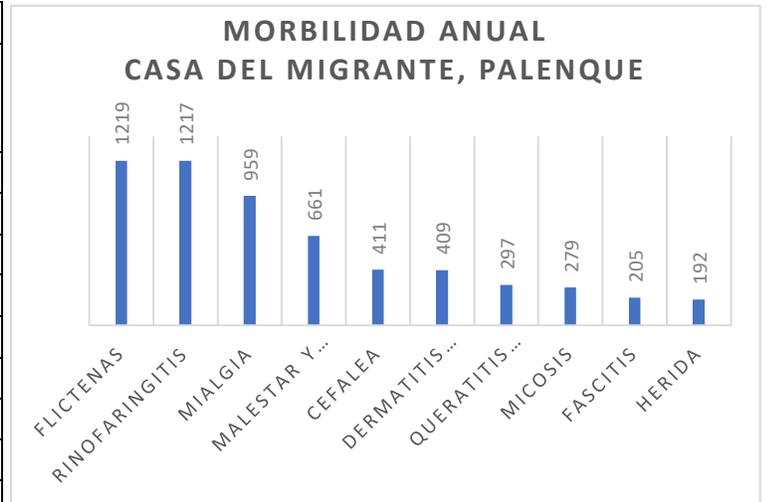


Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

Principalmente era la primera vez que realizaban el viaje. Quienes realizaban el viaje por 4 o más veces era porque habían sido deportados, porque habían regresado a su país de origen por las dificultades encontradas en el camino, o bien porque regresaron a ver a su familia y nuevamente emprendían el viaje.

Ahora bien, en lo que respecta a morbilidad, las 10 principales enfermedades en toda la población fueron las siguientes:

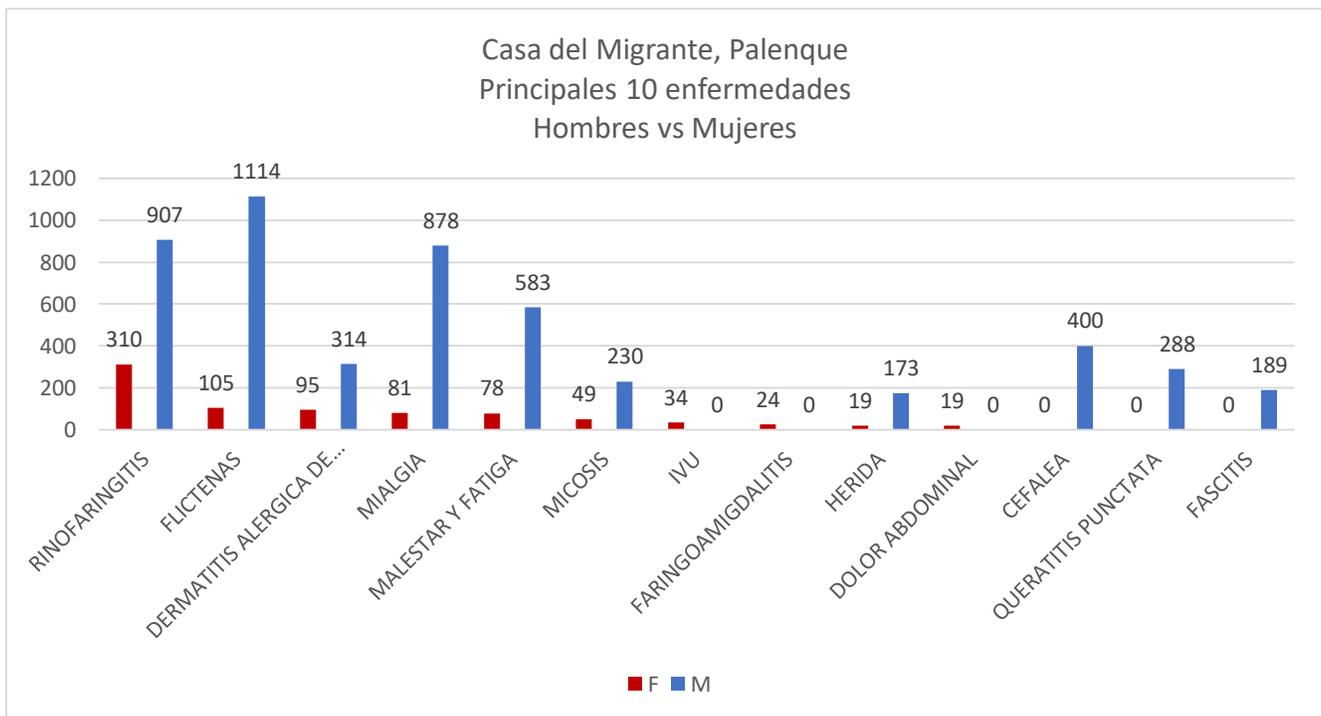
PERFIL DE MORBILIDAD ANUAL		
PATOLOGÍA	TOTAL	% del total de consulta
FLICTENAS	1219	18.7
RINOFARINGITIS	1217	18.6
MIALGIA	959	14.7
MALESTAR Y FATIGA	661	10.1
CEFALEA	411	6.3
DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO	409	6.2
QUERATITIS PUNCTATA	297	4.5
MICOSIS	279	4.2
FASCITIS	205	3.1
HERIDA	192	2.9



Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

Esta incidencia se debe a las características propias del viaje (pues caminaban durante horas o inclusive días hasta llegar a nuestro consultorio, además de enfrentar situaciones adversas climáticas, realizando su travesía bajo la lluvia intensa o el sol abrasador, ambos característicos de esta zona).

Dividiéndolo por género queda de la siguiente manera:

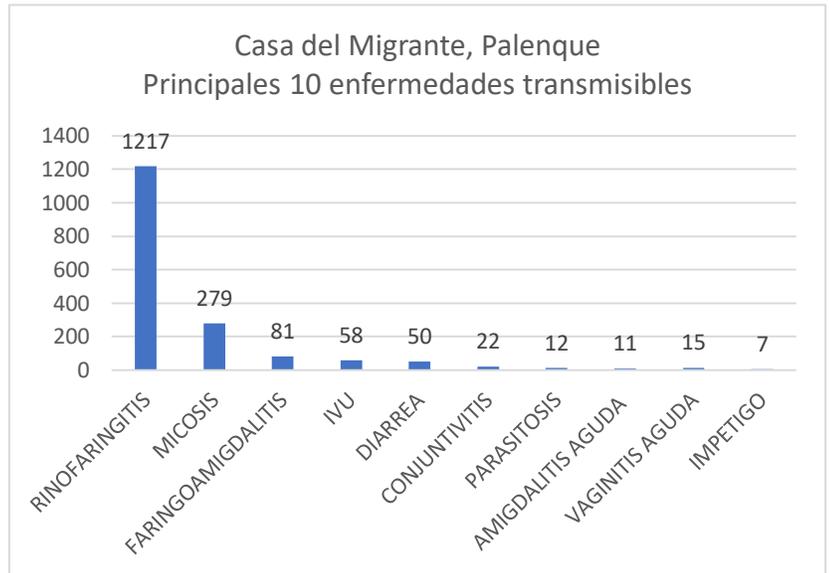


Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

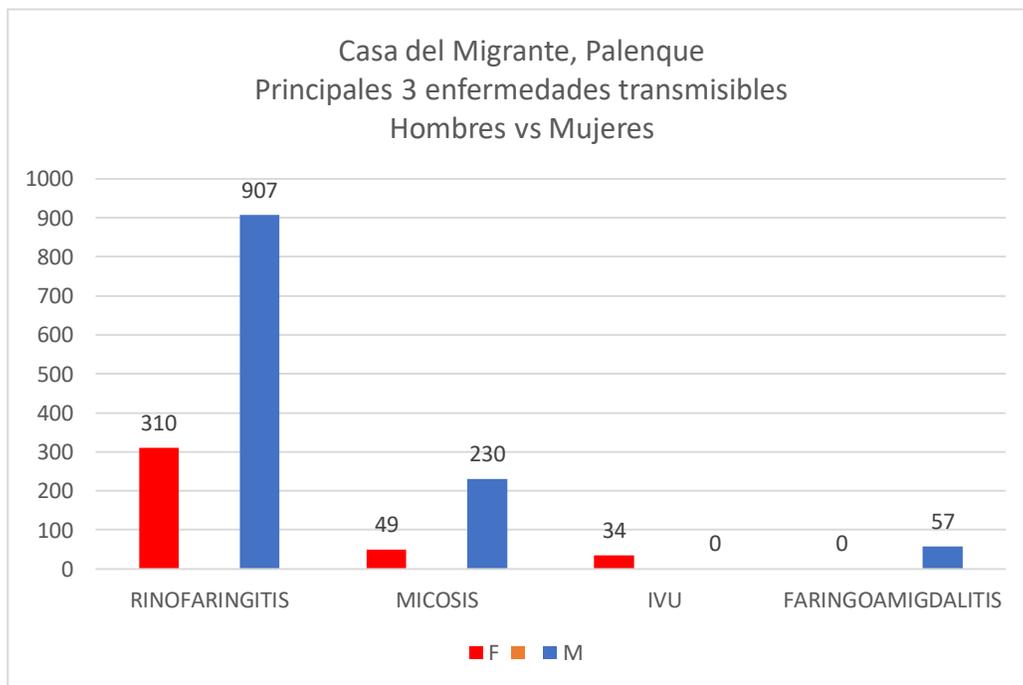
Podemos observar que las enfermedades son prácticamente las mismas, y que el orden varía de igual manera muy poco, esto debido a que ambos géneros se veían expuestos por igual manera a las adversidades del camino.

Si lo dividimos entre enfermedades transmisibles y no transmisibles, queda de la siguiente manera:

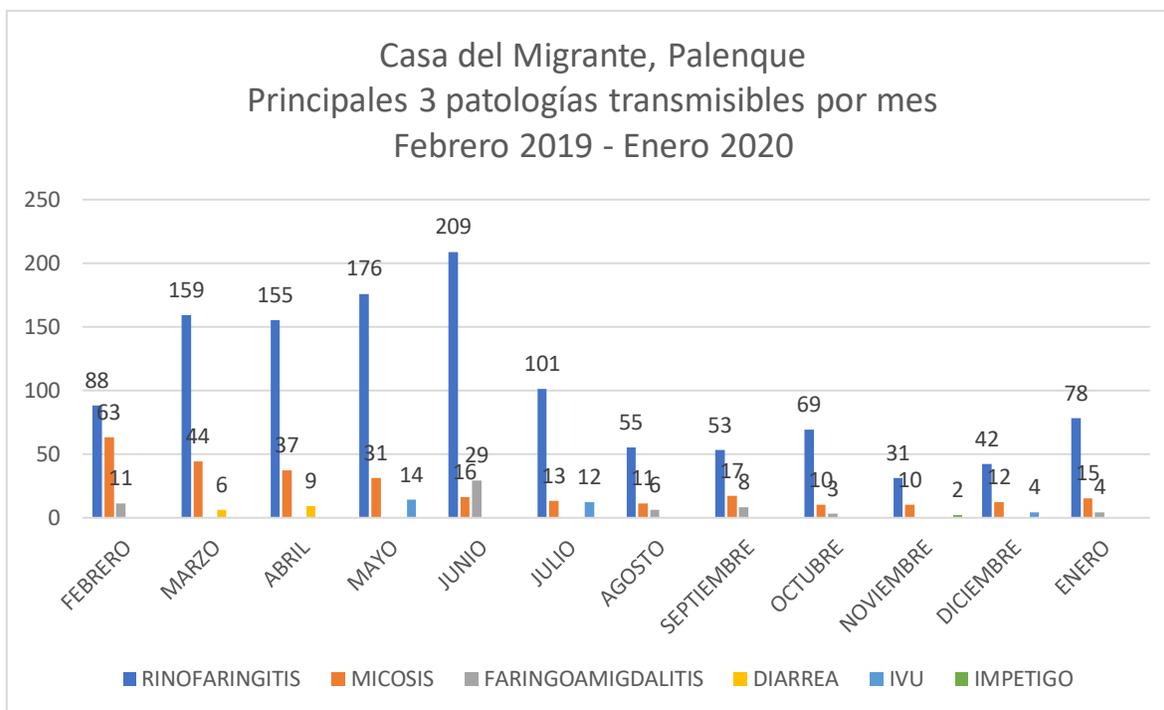
PERFIL DE MORBILIDAD: PATOLOGÍAS TRANSMISIBLES		
	TOTAL	% del total de consulta
RINOFARINGITIS	1217	18.6
MICOSIS	279	4.2
FARINGOAMIGDALITIS	81	1.2
IVU	58	0.88
DIARREA	50	0.76
CONJUNTIVITIS	22	0.33
PARASITOSIS	12	0.18
AMIGDALITIS AGUDA	11	0.16
VAGINITIS AGUDA	15	0.23
IMPÉTIGO	7	0.10



Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales



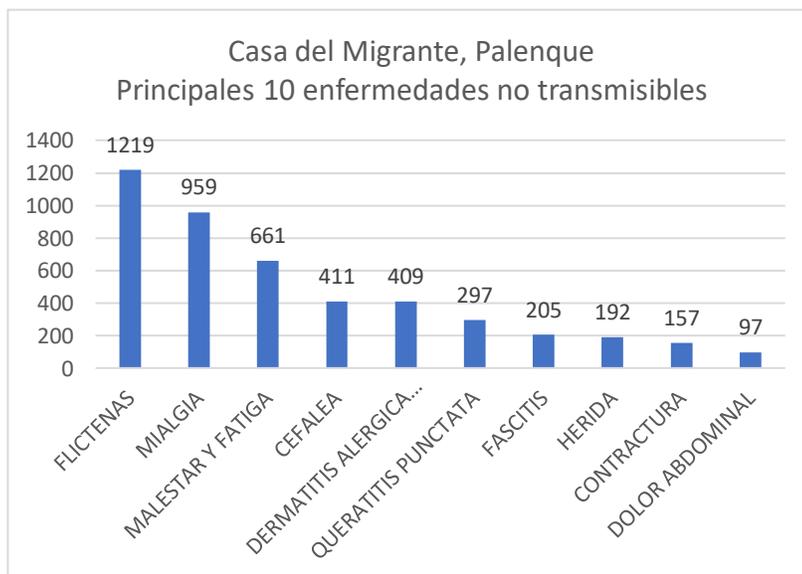
Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales



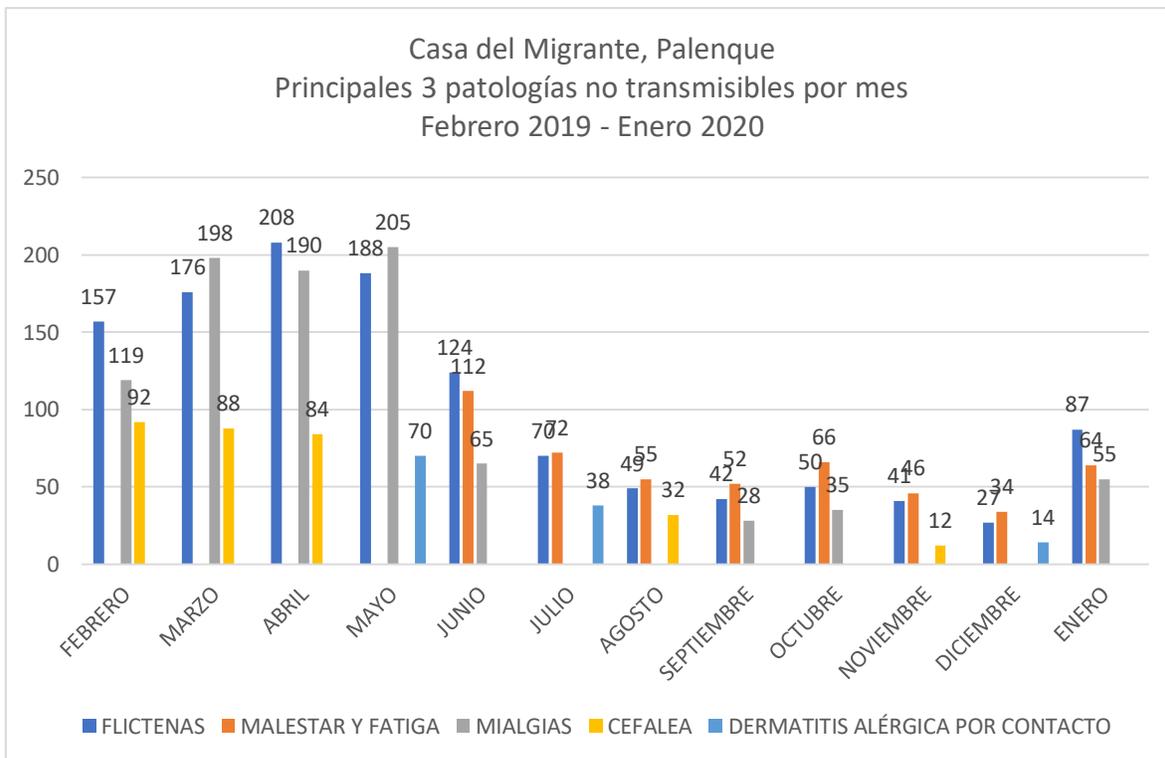
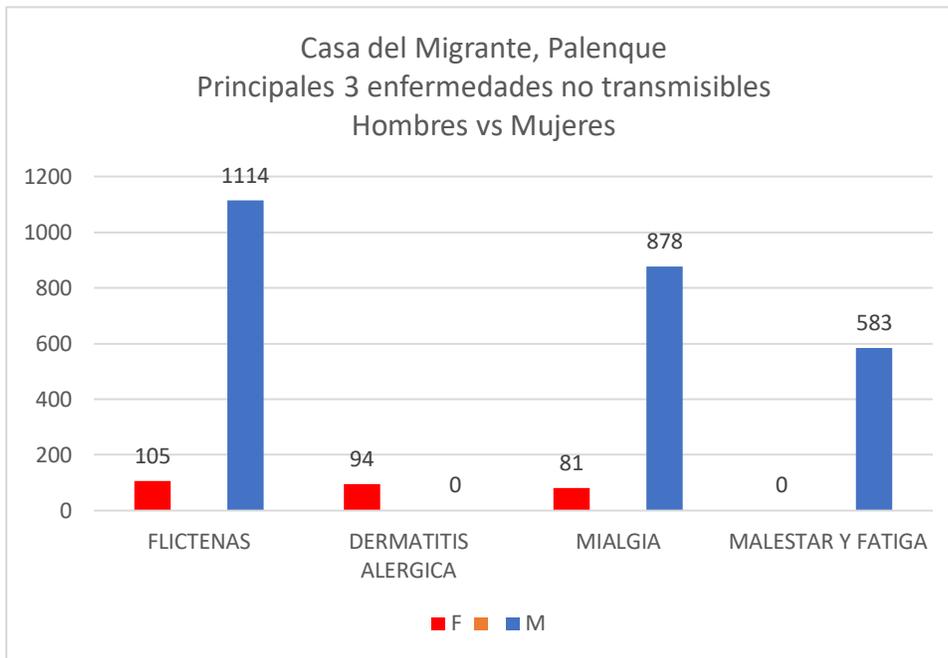
Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

Rinofaringitis y micosis son por mucho las principales enfermedades, tanto en población general como por género y mes, esto debido a los cambios de temperatura y clima a los que se veían expuestos, además de las largas caminatas y la falta de posibilidad de asearse por varios días.

PERFIL DE MORBILIDAD: PATOLOGÍAS NO TRANSMISIBLES		
PATOLOGÍA	TOTAL	% del total de consulta
FLICTENAS	1219	18.7
MIALGIA	959	14.7
MALESTAR Y FATIGA	661	10.1
CEFALEA	411	6.3
DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO	409	6.2
QUERATITIS PUNCTATA	297	4.5
FASCITIS	205	3.1
HERIDA	192	2.9
CONTRACTURA	157	2.4
DOLOR ABDOMINAL	97	1.4



Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

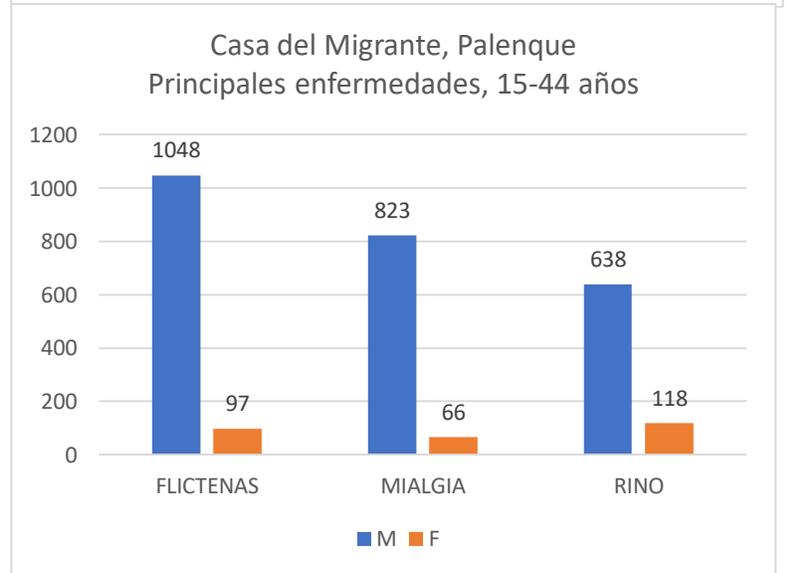
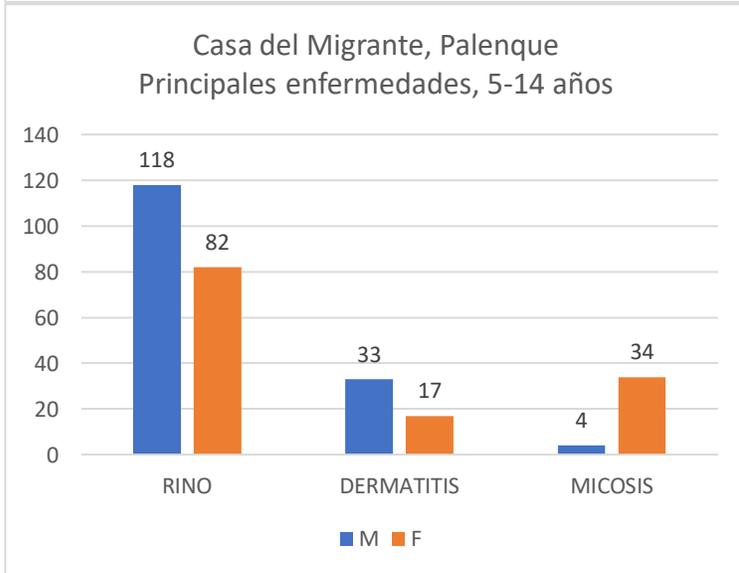
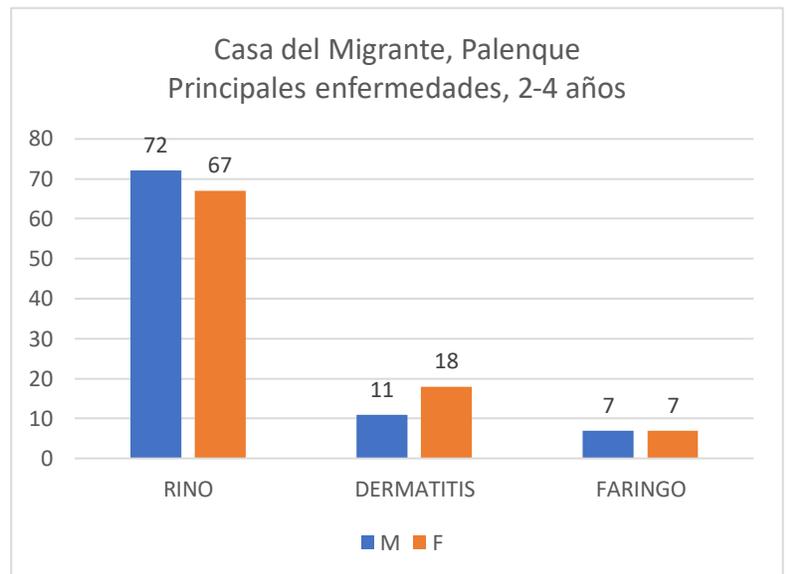
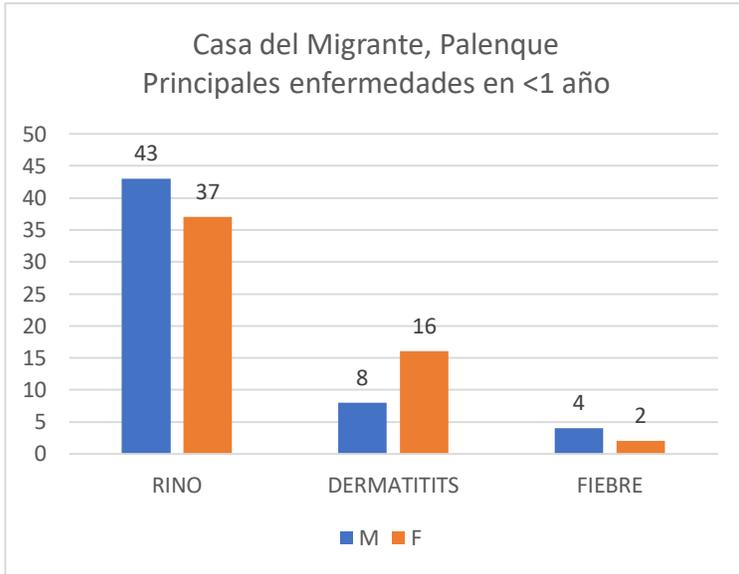


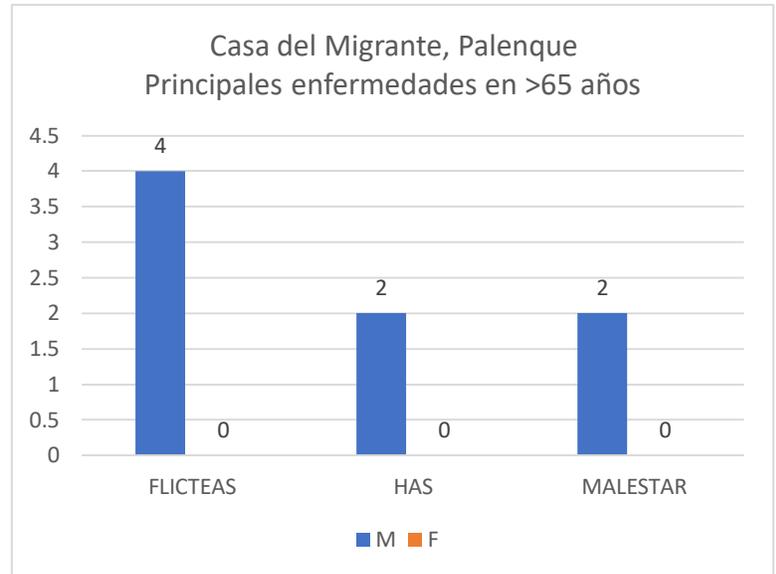
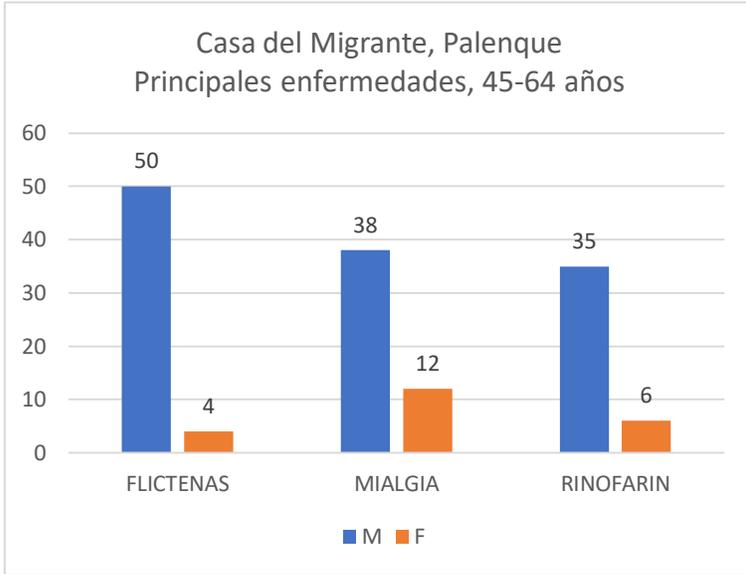
Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

En este rubro, los hombres son los que presentan los mayores números de casos respecto a las mujeres, por un amplio margen. Esto posiblemente por el amplio margen de diferencia entre la población masculina vs femenina (superando

en casi 5 veces la primera a la segunda). Asimismo, la incidencia de estas enfermedades se explica debido a las condiciones adversas del viaje.

Las 3 principales enfermedades por grupo etario y género quedaron distribuidas de esta manera:





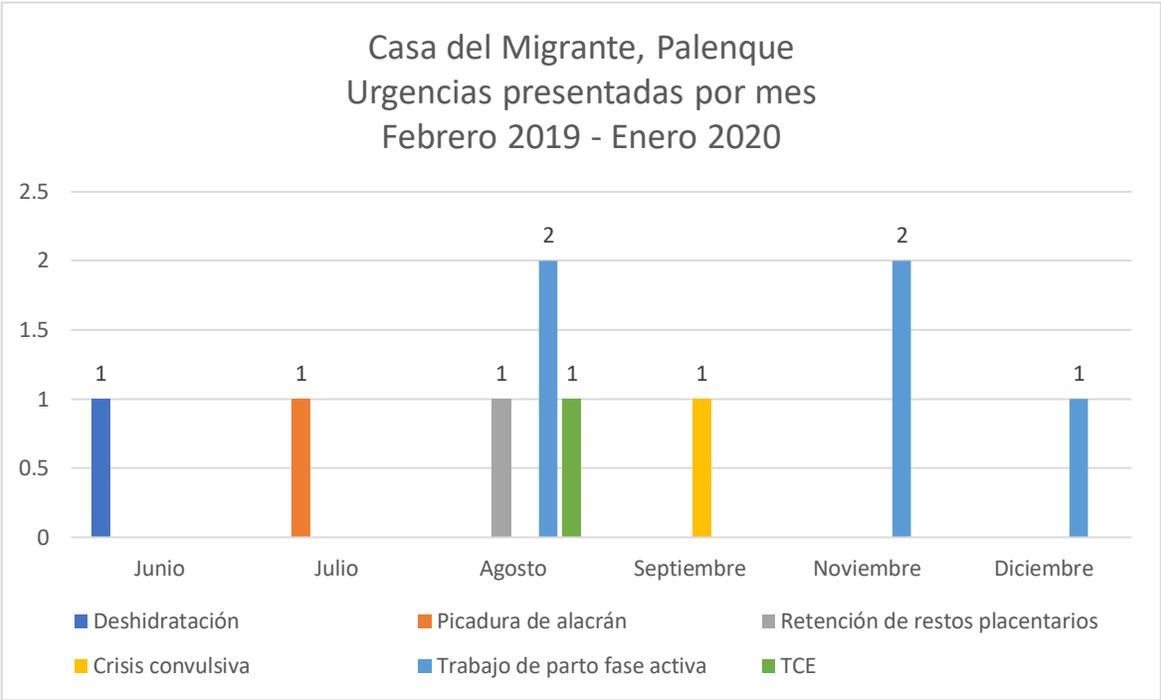
Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

Aquí podemos observar que la población que abarca desde los 0 a los 14 años presenta similitudes en las principales enfermedades, esto se explica a que esta población es más sensible a los cambios de temperatura y clima bruscos de la región, además de la ausencia de adecuada higiene y cambio de ropa o pañales durante su travesía.

Por otro lado, de los 15 a los 64 años las principales enfermedades son flictenas y mialgias, debido a las caminatas prolongadas de hasta 6 o 10 horas continuas, además de que eran los que más violencia sufrían (asaltos, secuestros, exceso de fuerza al ser detenidos).

En la población mayor de 65 años, aunque fueron pocas las consultas, resalta la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

En lo que respecta a las urgencias presentadas y que requirieron traslado hospitalario, las más comunes fueron las presentadas por trabajo de parto en fase activa (en total 5), como se muestra en la gráfica siguiente:



Fuente: Registro diario de consulta, MPSS Pérez/EPSS Morales

Evaluación personal

Sin duda alguna esta experiencia ha sido extremadamente enriquecedora, y no sólo desde el punto de vista de práctica, sino principalmente en el sentido humano. Esto porque cualquier persona que no esté en contacto estrecho con este tipo de población tiene una percepción muy errónea o sesgada de los motivos o penurias que los migrantes pasan al salir de su país. Así que conocer de primera mano todo este nuevo mundo es increíble, porque permite formar un juicio más acertado y, sobre todo, aprender a ayudar desde todos los ámbitos y sin importar las condiciones previas o actuales de la población que se atiende.

Así, considero que mis principales **fortalezas** han sido la capacidad de aceptar una realidad diferente a la mía, y comprender los motivos y razones por las cuales las personas migran, además de que el hecho de estar solo, sin un médico adscrito que te oriente en caso de dudas, ha promovido mi capacidad de indagar que puede o que no puede tener un paciente.

Dentro de mis **debilidades**, creo que la más importante fue adaptarme a estar tan lejos de mi familia, y además que en ocasiones los pacientes hablaban únicamente alguna lengua nativa de Honduras, y al no conocer dichos dialectos también fue difícil brindarles la atención médica.

Respecto a las **amenazas**, considero que las más importantes son la gran demanda de los servicios en este albergue, ya que en ocasiones la demanda sobrepasa por mucho a la oferta (tanto en dormitorios, cocina, logística y atención médica, además de por supuesto el ámbito económico). Por otro lado, los mismos agentes migratorios representan una amenaza para el bienestar de nuestros pacientes, puesto que el trato al intentar detenerlos casi nunca es el mejor ni el más humano.

Finalmente, este lugar brinda muchas **oportunidades**, ya que al ser la primera vez que se cuenta con un lugar para pasantes de medicina y enfermería, permite ampliar el panorama de la práctica en medicina en México, además de que permite analizar a una población que se ha relegado por mucho tiempo al olvido, y dándole voz con nuestros informes y experiencias.

Conclusiones finales

Si bien cada quien vive de manera diferente el servicio social, creo que la mayoría puede coincidir en que es un mundo aparte.

Al encontrarte solamente en primeros niveles, dejas de institucionalizar a la población y comienzas a ver la individualidad de cada persona que acude contigo. Así, comienzas a comprender realmente que no es una enfermedad, o un problema, sino que es un sinfín de componentes que se ensamblan para llevar a la persona enfrente de ti a la condición en la que lo estás entrevistando. Esto va de la mano con lo analizado en la segunda sección, en donde a través del recorrido histórico de la medicina en nuestro país, pasando por las políticas y posturas que han hecho posible la consolidación de la salud humana como un derecho, hasta desentrañar la intrincada relación entre determinantes sociales, política, economía, ambiente, trabajo, vivienda y las características de la persona en sí, que finalmente desemboca en una palabra aparentemente simple pero que detrás esconde todo lo mencionado previamente: salud.

En nuestro especial caso, el trabajar con población migrante nos ha permitido abrir los ojos a otro mundo, puesto que si considerábamos que la población marginada de nuestro país se enfrentaba a muchas carencias en materia de salud, la población migrante se enfrenta a problemas incluso mucho más graves.

Su importancia radica en que México se ha convertido en un punto muy transitado por migrantes, ya que es el sitio más cercano al “sueño americano”. Es por esto que cada año ha ido en aumento la cantidad de personas indocumentadas que atraviesan nuestro país.

Dentro de los principales problemas que identificamos en nuestra población durante este año de SS y que repercuten fuertemente en su salud mental y física, se encuentran el hecho de que el no contar con documentos legales en México implica numerosas complicaciones, tanto para transportarse, alimentarse, conseguir un lugar para descansar o asearse, como para atenderse en caso de alguna afección en su salud.

Todo esto **facilita el abuso, la discriminación, malas condiciones** al ser contratados en algún trabajo, extorsión, agresiones o amenazas, **robo, secuestros,**

robo de identidad, **violaciones**, y un sinfín más de violaciones a los derechos humanos.

Lo más preocupante es que **estos abusos no se limitan a ser ocasionados por otros migrantes o mexicanos**, sino que en ocasiones la misma autoridad migratoria o policiaca hace abuso de su poder y realiza detenciones arbitrarias, sin motivos aparentes y sin proporcionar información acerca de los derechos que los indocumentados poseen en el país, y todo esto motivado por las diferencias raciales.

A pesar de las iniciativas internacionales, en nuestro país **no hay suficientes programas** enfocados a la protección de migrantes en mayor vulnerabilidad (niños, mujeres, adultos de la tercera edad), aunado a la **carencia** en muchas ocasiones **de presupuesto para mantener los programas** vigentes en nuestro país.

Afortunadamente se cuenta con el apoyo de diversas organizaciones como **Grupo Beta, Cruz Roja, consultorios** ubicados en **albergues** de asociaciones civiles, y ahora con el INSABI, lo cual permite ofrecer mayores oportunidades en salud y una mejor condición migratoria durante su paso por nuestro país,

Por otro lado, después de ahondar en la situación político-económica del país (en nuestro caso específico Honduras, puesto que es el principal lugar de origen de nuestra población observada durante nuestro año de SS) es cuando se comienza a entender los motivos detrás de la masiva salida de personas, y que se comienza a vislumbrar que va más allá de la típica frase “en busca de una mejor vida”. La magnitud del problema se ve reflejada en que en algunos rubros (sobre todo salud y educación) un país entero (Honduras) se encuentra prácticamente en la misma situación que uno de los estados con mayor marginación y pobreza (Chiapas).

Esto nos lleva también a dimensionar los problemas que afectan a nuestro propio país, y nos incita a buscar y proponer soluciones para mejorarlos.

El conocer más a fondo los motivos detrás de la salida de un migrante de su país, así como las condiciones adversas a las que se ve expuesto durante su travesía, también es de vital importancia al analizar los datos recabados (principales enfermedades tanto en general como por género, motivos de emigración, país de

destino, etc.) puesto que se pueden correlacionar de una manera más lógica y efectiva, sabiendo que detrás de cada cifra hay un motivo claro y específico.

Así, podemos concluir en que sin lugar a dudas este primer año en que se le abrieron las puertas a pasantes tanto de medicina como de enfermería en la Casa del migrante ha sido una experiencia enriquecedora para ambas partes, puesto que para nosotros como personal del área de la salud nos ha permitido y permitirá conocer y analizar más a fondo el fenómeno migratorio, como para la población misma de la Casa, que ahora cuenta con atención de calidad durante todos los días del año, y nos vamos con la esperanza de que esta sede continúe por muchos más años, y que los futuros pasantes continúen proponiendo y desarrollando mejoras para este increíble lugar.

Bibliografía

1. Gómez F., Carina. El sistema de salud en México. Revista CONAMED, 22(3), 2017.
2. López M., Sergio. Derecho a la salud en México. UAM, 2015.
3. Charvel, Sofía. Derecho y salud en México. Propuestas para una relación eficaz. Gac Méd Méx, 145(5), 2009.
4. El derecho a la salud como derecho fundamental. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM, 2013. Pp. 1-10.
5. Lugo G., María Elena. El derecho a la salud en México, problemas en su fundamentación. CNDH, 2015.
6. Figueroa G., Rodolfo El Derecho a la Salud. 11(2), 2013, pp. 283-332. Centro de Estudios Constitucionales de Chile.
7. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Ciudad de México: CONEVAL, 2018.
8. ÁLVAREZ, Luz Stella C. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (17): 69-79, junio-diciembre de 2009.
9. CHAN, Margaret. Discurso en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 2011. Recuperado de http://www.who.int/dg/speeches/2011/social_determinants_19_10/es/.
10. LÓPEZ, Olivia A. ESCUDERO, José Carlos. CARMONA, Luz Dary. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social. 3(4): 323-335, noviembre 2008.
11. KLIKSBURG, Bernardo. Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud. En: Conferencia Mundial Sobre Determinantes Sociales De La Salud, Rio De Janeiro, Brasil, octubre 2011, pp. 1-36.
12. Panorama sociodemográfico de Chiapas 2015-2016. INEGI, 2016.

13. Medición de la pobreza multidimensional y gasto en ramo 3. Indicadores a nivel municipal, 2010 y 2015. Centro de Estudios de Finanzas Públicas, 2018.
14. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud. Ficha Técnica del Indicador. Componente "Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes". Servicios de Salud del Gobierno de México.
15. Base de datos en línea del INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=07#tabMCcollapse-Indicadores>.
16. Anuarios de Morbilidad y Mortalidad. Información epidemiológica. Secretaría de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-epidemiologica> y <http://187.191.75.115/anuario/html/anuarios.html>
17. Comparativa de datos demográficos, económicos y de migración entre México y Honduras. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/paises/comparar/mexico/honduras?sector=Porcentaje+total+de+emigrantes&sc=XE2F#tbl>
18. Plataforma de Información en Salud para las Américas. Disponible en línea en: <http://www.paho.org/data/index.php/es/analisis/perfiles-de-salud/275-perfiles-nacional-mortalidad-infantil-materna.html>
19. Instituto Nacional de Estadística. Honduras. Disponible en: <https://www.ine.gob.hn/V3/>
20. Encuesta permanente de hogares. Honduras, 2017. Disponible en: <http://170.238.108.227/binhnd/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=EPH2017&lang=ESP>
21. UNAH-MDD. Atlas Sociodemográfico, Desigualdades Educativas en Honduras, Tegucigalpa M.D.C. 2018.
22. Carmenate M., Lino, et. al. Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto. Archivos de Medicina, Vol. 12(4:10), 2016. DOI: 10.3823/1333.

23. Informe de País: Honduras. OPS/OMS. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2017/?post_t es=honduras&lang=es
24. Gargallo G., Francesca, et. al. Golpe electoral y crisis política en Honduras. CLACSO, 1a Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2018.
25. Cervantes G., Jesús A; Uribe, Ana Paola. Migración internacional, remesas e inclusión financiera El caso de Honduras. CEMLA, 1ra Ed. 2017. México.
26. Nazario, Sonia. Pagar o Morir. Opinión, The New York Times. 31 de Julio de 2019. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/interactive/2019/07/31/espanol/opinion/honduras-ms-13-corrupcion.html>
27. <https://www.acnur.org/honduras.html>
28. Protestas en Honduras: qué hay detrás de las manifestaciones que han paralizado escuelas y hospitales la última semana. 4 de Junio de 2019. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48506352>
29. Barreiro A., José Luis. Honduras, radiografía de un país olvidado. 2018. Disponible en: <https://www.entreculturas.org/es/honduras>
30. Ortega, Ana. Del despojo a la migración forzada, la dramática expulsión de miles de hondureños y hondureñas. Perspectivas, N° 4. 2018. Fundación Friedrich Ebert.
31. Ham, Andrés; Martínez M., Aldo. Los patrones de migración en Honduras: evolución, tendencias regionales e impacto socioeconómico. Revista de economía & administración, 11(1). Enero-Junio 2014.
32. Comunicado de prensa: “A partir del 1º. de enero, INSABI ofrece atención médica gratuita y sin restricciones”. Secretaría de Salud, 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/a-partir-del-1-de-enero-insabi-ofrece-atencion-medica-gratuita-y-sin-restricciones>
33. Comunicado de prensa: Las evidencias demuestran que los cuidados de la salud primaria de los migrantes no implican necesariamente grandes

desembolsos. OIM, 2018. Disponible en: <https://www.iom.int/es/news/las-evidencias-demuestran-que-los-cuidados-de-la-salud-primaria-de-los-migrantes-no-implican>

34. Global compact for safe, orderly and regular migration. Global Compact for Migration, OIM, 2018.
35. Documento de orientación sobre migración y salud. OPS/OMS. 2019.
36. Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2019.

Anexos

1. Formato de hoja de control prenatal (Anverso y reverso).

 CASA DEL MIGRANTE "JTATIC SAMUEL RUIZ GARCÍA"		 FECHA DE INGRESO A CONTROL TRIMESTRE 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		ANTECEDENTES FAMILIARES			
NOMBRE <input type="text"/> ENTIDAD DE NACIMIENTO <input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> EDAD <input type="text"/> TEL. <input type="text"/> ESTADO CONYUGAL <input type="text"/> ESCOLARIDAD NINGUNA <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> PREPARATORIA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA <input type="checkbox"/> FUM <input type="checkbox"/> FPP <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> ENF. HIPERTENSIVA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS NINGUNO <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PREECLAMPSIA <input type="checkbox"/> ECLAMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATÍA <input type="checkbox"/> NEFROPATÍA <input type="checkbox"/> VIH + <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> TOXICOMANIAS <input type="checkbox"/> TABACO <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>			
		ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS			
		GESTA <input type="checkbox"/> HIJOS NACIDOS <input type="checkbox"/> PARTOS <input type="checkbox"/> VIVOS <input type="checkbox"/> MUERTOS <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/> GRUPO SANGUÍNEO Y Rh <input type="checkbox"/> CESÁREAS <input type="checkbox"/> DETECCIONES EN LA EMBARAZADA U OTROS <input type="text"/> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			
FECHA	SDG	TA	FU	FCF	REPORTE DE USG
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 CASA DEL MIGRANTE "JTATIC SAMUEL RUIZ GARCÍA"		 FECHA DE INGRESO A CONTROL TRIMESTRE 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		ANTECEDENTES FAMILIARES			
NOMBRE <input type="text"/> ENTIDAD DE NACIMIENTO <input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> EDAD <input type="text"/> TEL. <input type="text"/> ESTADO CONYUGAL <input type="text"/> ESCOLARIDAD NINGUNA <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> PREPARATORIA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA <input type="checkbox"/> FUM <input type="checkbox"/> FPP <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> ENF. HIPERTENSIVA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS NINGUNO <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PREECLAMPSIA <input type="checkbox"/> ECLAMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATÍA <input type="checkbox"/> NEFROPATÍA <input type="checkbox"/> VIH + <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> TOXICOMANIAS <input type="checkbox"/> TABACO <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>			
		ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS			
		GESTA <input type="checkbox"/> HIJOS NACIDOS <input type="checkbox"/> PARTOS <input type="checkbox"/> VIVOS <input type="checkbox"/> MUERTOS <input type="checkbox"/> CESÁREAS <input type="checkbox"/> GRUPO SANGUÍNEO Y Rh <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/> DETECCIONES DE LA EMBARAZADA U OTROS <input type="text"/> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			
FECHA	SDG	TA	FU	FCF	REPORTE DE USG
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE ALARMA				
DOLOR DE CABEZA INTENSO	VISIÓN BORROSA	ZUMBIDO DE OÍDOS	EMPEZAR A VER LUCECITAS	CONVULSIONES
HINCHAZÓN DE PIERNAS DE APARICION RÁPIDA		SANGRADO O PÉRDIDA DE LÍQUIDO CLARO, OLOR A CLORO		
INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO (TRIMESTRE, Dx, Tx)				
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES POR MÁS DE 3H				

2. Formato de hoja de referencia.

 <p>CASA DEL CAMINANTE "JTATIC SAMUEL RUIZ GARCÍA"</p> <p>PALENQUE, CHIAPAS</p>		NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/>
	EDAD <input type="text"/> SEXO <input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>
HOJA DE REFERENCIA		
FECHA Y HORA DE REGISTRO <input type="text"/>		
FICHA DEL PACIENTE		
NOMBRE <input type="text"/>	EDAD <input type="text"/>	SEXO <input type="text"/>
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE <input type="text"/>	PARENTESCO <input type="text"/>	
TELÉFONO <input type="text"/>		
UNIDAD A LA QUE REFIERE		
<input type="text"/>		
DIAGNÓSTICO		
<input type="text"/>		
MOTIVO DE LA REFERENCIA/ TRASLADO		
<input type="text"/>		
ESTUDIOS PARACLÍNICOS		
<input type="text"/>		
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA / CONTRARREFERENCIA		
<input type="text"/>		
PERSONAL QUE REFIERE	PERSONAL QUE CONTRARREFERENCIA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

3. Formato de botiquines.

A petición de la hermana, casi al final de nuestro SS nos indicó que armáramos 2 botiquines, mismos que administrarían los guardias en turno, esto para facilitar el apoyo médico básico a quienes ingresaran fuera de nuestro horario de servicio.

MEDICAMENTO	DOSIS	INDICACIONES
PARACETAMOL solución	2 gotas por Kg, o 10mg/kg por toma	Principalmente fiebre.
PARACETAMOL tabletas 500mg	½ tab. en niños de 5-8 años, 1 tableta en mayores, cada 8h	Fiebre, dolor de cuerpo
FROSDM	1 tab. cada 8h	Gripe
DIFENIDOL	2 tab. en la primer toma, después 1 tab. c/4-6h	Vómito, Náusea, Mareo
ÓXIDO DE ZINC	1 bolsita	Ampollas, desaformado, irritación por el pañal
HIDROXIZINA	1 tab. cada 6h	Ronchas, alergia
BUTILHIOSINA	1 tab. cada 8h	Principalmente cólicos menstruales, también dolor de cabeza
NAPROXENO	1 tab. cada 12h	
TRIBEDOCE	1 tab. cada 8h	Principalmente dolor de cabeza
MUPIROCINA	Aplicar 2 veces al día, después de lavar la herida	Heridas, quemaduras
NAFAZOLINA	2 gotas en cada ojo afectado cada 6-8h	Ojo rojo, irritado por el sol o el polvo
POMADA A	1 bolsita	Dolor muscular o articular
SENÓSIDOS	1 tab. por las noches	Estreñimiento (+ consumo de agua 2-3L)
ENTERODAR	1 tab. cada 6h	Diarrea
VSO	Tomar 1 taza después de cada evacuación o vómito.	Preparar 1 sobre, en 1L de agua, dura únicamente 1 día.
HIDRÓXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO	10ml por las mañanas, o antes de cada comida	Agruras, malestar estomacal

Se entrega botiquín con 1 caja o frasco de cada 1 (excepto 4 VSO, 3 vendas, 1 termómetro, gasas y guantes). Favor de reportar cuando el insumo o medicamento se vaya a acabar. Lavar el vasito o gotero después de usarlo.

NOMBRE	EDAD	PAIS	DEST.	MO TIVO	VIA JA CON	INT.	EDUCA CIÓN	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO

Responsables:

6. Por último, anexo algunas fotos de nuestro lugar de trabajo, así como de las actividades realizadas durante nuestro año de SS.



Algunas actividades con los niños para evitar que se aburrieran, así como una vista al comedor del albergue.



Escenas cotidianas de migrantes al subirse a “la bestia” (como comúnmente se le denomina al tren), y esperando a que la locomotora comience a moverse.



La entrada al albergue, y el nivel inferior del mismo (en donde se ubicaban las personas que permanecerían por 45 días, mientras realizaban sus trámites de asilo).

Por último, algunas actividades realizadas: Lactancia Materna, signos de alarma en el embarazo, métodos anticonceptivos, desparasitación, higiene de manos y salud bucal, son algunos de los llevados a cabo.





Vistas aéreas del albergue, y su construcción estratégica al estar a escasos metros de las vías del tren.

