



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA

Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

“Informe Final de Servicio Social, plaza en Sanando Heridas A.C. en la Región de Los Altos de Chiapas, México, periodo 1 agosto 2019 – 31 de julio 2020”

Médico Pasante de Servicio Social:

César Uriel Vázquez Ramírez

Matrícula:

2142030860

Asesor:

Dr. Joel Heredia Cuevas

San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México a 19 de septiembre de 2020



SANANDO
HERIDAS



*“El que no sabe gozar de la
aventura cuando le viene, no
debe quejarse si se pasa”*

Miguel de Cervantes Saavedra

Cascadas del Chiflón, autoría propia

Índice

El servicio social en México: licenciatura en medicina	7
Primera Sección: “Proceso de Adaptación al Servicio Social”	8
Personal	8
Relación médico paciente	13
Comunitario	14
Institucional.....	18
Modelo de trabajo de Sanando Heridas A.C.....	19
Misión	20
Visión.....	20
Valores	20
Papel como médico pasante dentro de la organización.....	22
Evaluación	24
Debilidades:.....	24
Amenazas:	24
Fortalezas:	24
Oportunidades:	25
Sección 2: Diagnóstico de Salud	26
Introducción	26
Derecho a la Salud.....	26
Derecho a la salud según la OMS	27
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	28
Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).....	30
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	34
Ley General de Salud.....	35
Interculturalidad	36
Determinantes sociales	38
México.....	39
Demografía.....	39
Natalidad	40
Mortalidad.....	40
Morbilidad.....	41
Migración	42
Educación	42
Vivienda.....	44
Alimentación	47

Religión.....	47
Servicios de salud	48
Población económicamente activa (PEA)	48
Población Económicamente Activa Ocupada (PEAO)	49
Población No Económicamente Activa (PNEA).....	49
Salario Mínimo	49
Doble Jornada en Mujeres	50
Etnicidad y lengua	51
Chiapas.....	52
Población.....	53
Natalidad	54
Mortalidad.....	54
Morbilidad.....	55
Migración	55
Educación	56
Vivienda.....	57
Alimentación	59
Religión.....	60
Salud.....	60
Población económicamente activa (PEA)	61
Salario mínimo	61
Jornadas dobles en Chiapas	62
Etnicidad y lengua	63
Región V de los Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas	64
Alimentación	65
Religión.....	66
Servicios de salud	66
Indicadores económicos.....	67
Población económicamente activa (PEA)	68
Población Económicamente Activa Ocupada (PEAO)	68
Población No Económicamente Activa (PNEA).....	69
Indicadores políticos	69
Partidos políticos.....	70
Etnicidad y lengua	70
Los Tsotsiles	71
Municipios.....	74

San Cristóbal de las Casas.....	74
Educación	74
Los llanos.....	75
Chamula	75
Santa Ana	76
Educación	76
Teopisca	77
San Isidro Chichihuistan	77
Educación	78
Chenalhó	78
Población.....	79
Naranjatic Alto	79
Poconichim.....	79
Educación	79
Chalchihuitán	80
Demografía.....	80
Canalumtic	80
Educación	81
Principales indicadores municipales.....	81
Demografía.....	81
Natalidad	82
Mortalidad.....	82
Vivienda.....	83
Conclusiones	84
El pasante en tiempos de pandemia	87
¿Cómo afecta esta situación al pasante de medicina en servicio social?	88
El cubrebocas, la nueva moda	90
Gobierno y Sociedad	91
Fumigación: Covid vs dengue	92
Tercera parte.....	94
Introducción	94
Organización Mundial de la Salud	94
México y los Objetivos de Desarrollo del Milenio	95
Objetivos de Desarrollo Sostenible	96
Banco mundial.....	98
Banco Mundial y Salud	99

Estrategia	99
Esferas de interés del banco mundial.....	100
Políticas de salud: Programa sectorial de salud 2019-2024.....	100
Acceso efectivo, universal y gratuito	101
Mejora continua	102
Capacidad y calidad	103
Vigilancia epidemiológica y salud sexual y reproductiva	103
Salud para el bienestar	104
Sanando Heridas A.C	106
Programas de Sanando Heridas A.C.	106
Gestión para la atención médica	106
Educando.....	112
Consulta médica en San Cristóbal de las Casas	115
Consulta médica en la comunidad.....	118
Grupos de vigilancia	121
Crecimiento y Desarrollo (CyD)	121
Vigilancia del Embarazo Parto y Puerperio (VEPP)	126
Planificación Familiar (PF)	130
Perfil de morbilidad.....	134
Población de Sanando Heridas	134
Causas de morbilidad	136
Patologías transmisibles y no transmisibles	139
Principales patologías por grupo etario y género.....	140
Acciones realizadas por Sanando Heridas A.C durante el periodo Abril – Julio ante el covid-19	144
Conclusiones	147
Anexo	148
Referencias.....	150

El servicio social en México: licenciatura en medicina

En México, el servicio social de medicina es un requisito indispensable para obtener el título de Médico Cirujano. El antecedente histórico que marcó su inicio ocurrió en 1936, cuando los titulares del Departamento de Salubridad Pública y la Escuela Nacional de Medicina firmaron un convenio para brindar atención médica asistencial a los habitantes de las localidades rurales marginadas. Fue así que, en agosto de ese año, 248 pasantes de la carrera de médico cirujano eligieron diversas localidades de una lista previamente elaborada y permanecieron en ellas brindando su servicio social por un periodo de cuatro a cinco meses, con el goce de una beca mensual de noventa pesos. (Elda Montero Mendoza, 2014)

“El Servicio Social inició en la época en que era presidente de la República el general L. Cárdenas (1934-1940); en 1935 debido a la reacción de la Universidad ante la reforma del artículo 3.o, que establecía la educación socialista, la institución fue considerada como antirrevolucionaria y opositora al proyecto educativo del Estado.” (López C. R., 2012)

Por esta razón la universidad comenzó a perder prestigio, a ver amenazada su autonomía y a ver disminuidos sus recursos económicos.

Las acusaciones contra la Universidad eran infundadas, pues la institución, desde la Ley Orgánica de 1929, tenía como uno de sus fines extender los beneficios de la cultura hacia aquellos que no podían pisar sus aulas (López C. R., 2012)

El servicio social surgió tanto como una necesidad de cubrir el derecho a la salud y una necesidad propia de la Universidad para conservar su autonomía y captación de recursos.

A partir del establecimiento del Servicio Social, la Universidad no tuvo que pelear más por apoyo económico, sino fue el valor económico de este servicio el que permitió a la Universidad obtener los recursos para continuar su desarrollo, en un periodo en que la restricción del subsidio se lo impedía. (López C. R., 2012)

Los objetivos del servicio social entonces fueron postulados de la siguiente manera:

- Contribuir a lograr una distribución conveniente de los médicos en el territorio Nacional.
- Hacer labor de educación higiénica y médica;
- Proporcionar servicio profiláctico individual y colectivo;
- Proporcionar servicio médico curativo;
- Hacer investigación científica y sanitaria, aplicable en la práctica en la región y
- Colaborar efectivamente con el Departamento de Salubridad para la formación de estadísticas, censos, gráficas y mapas (IPN, 2013)

Por otra parte, el 3 de febrero de 1983 se eleva a rango constitucional el Derecho a la protección de la Salud, que tiene que ver con la cobertura y acceso de las personas a los servicios de salud, lo cual se hizo mediante reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación. (Garfias, 2020)

Es desde 1936 hasta la fecha que el pasante de medicina cumple con el deber moral de regresar al pueblo lo que con sus impuestos ha invertido en su formación, debe ser partícipe del proceso de prevención activa de las enfermedades dentro de su medio laboral, cumplir y fomentar la prevención de enfermedades en todos los rincones de México, contribuir al desarrollo de la epidemiología, formar parte de campañas de prevención y defender el derecho de todos los mexicanos a vivir una vida plena garantizando el acceso a la salud.

Primera Sección: “Proceso de Adaptación al Servicio Social”

Personal

Iniciaré esta sección respondiendo la siguiente pregunta: ¿Qué representa para mí el servicio social?

El año de servicio social, es un periodo de tiempo por el cual todo médico en formación debe de pasar, es la forma moral en la que cada estudiante regresa a la sociedad un poco de su contribución a nuestra formación en una universidad pública, pero sin olvidar que es la forma que tiene el gobierno federal, de garantizar la cobertura en salud a todos los sitios del país, cerca, lejos y en mi caso, aún más lejos.

Es el año que culmina toda tu formación académica, puesto que ya no eres estudiante, pero aún no tienes el título de “profesionista”, te encuentras en el limbo entre el mar de ilusiones y temores que es enfrentarte a la vida adulta, al pararte frente a otra persona la cual acude a ti con la esperanza de encontrar un alivio a los males que le aquejan, mientras tu esperas tener el acierto de poder entender e interpretar sus emociones, brindarles un buen trato, aparentar serenidad y estoicismo ante el abismo de nerviosismo que te invade y poder dar solución a las necesidades de las personas.

Sin duda, es un año difícil, cargado de enseñanza, aprendizajes, retos personales, dudas, buenos y malos momentos, pero de un inmenso crecimiento personal, sabía que pondría a prueba mis conocimientos, mis habilidades clínicas, mi juicio y confianza en mí mismo, pero lo que no imaginaba, era que más que mis habilidades técnicas, éste año pondría a prueba mi humanidad, mi imaginación, explotaría mi capacidad de relacionarme con otras personas, retaría mi paciencia y cuestionaría en lo más profundo mi manera de entender la vida, de ser empático ante las necesidades de otros, y sobre todo y debo admitir fue lo más lindo, abrió mi entendimiento hacia una realidad distinta a la mía, hacia

un mundo de experiencias diferentes, donde mi primer contacto con la visión de las personas de ésta región fue un saludo en tzeltal, el cual traducido al español significa: “que siente hoy tu corazón”. Frase que peca de simpleza, sin embargo, es capaz de cuestionarte tu humanidad misma. El tratar de entender su sincretismo religioso, sus costumbres, su visión simple y en armonía de la vida me hizo preguntarme a mí mismo ¿qué es lo que has estado valorando en tu vida?

Bien, el proceso de elección de plaza para el servicio es una competencia bastante fuerte entre amigos de la carrera, dado que el modelo educativo te hace competir para asegurar tu beneficio propio, a mejor promedio mejor opción para elegir, en mi caso, yo tenía pensado realizar mi servicio social en alguna comunidad, donde yo pudiera ser el encargado de tomar mis propias decisiones tanto personales, como diagnósticas y terapéuticas, cuando me enteré que la universidad tenía un espacio en el estado de Chiapas decidí que era ahí donde quería realizar mi pasantía, si bien mi promedio me permitía aspirar a cualquier plaza, yo estaba decidido a irme a Chiapas, decisión que impresionó a algunos compañeros, pero a mí no me importaban las opiniones externas, mi aspiración era ser “el médico pasante del pueblo”.

Junto a otros 4 amigos decidimos emprender esta aventura, cada uno asignado a un sitio diferente dentro del proyecto de “crecimiento y desarrollo humano” de la universidad, al principio yo aspiraba a una plaza diferente a la que fui asignado, pero la vida se encarga de ponernos a todos en el lugar que nos corresponde y debo confesar, fue la mejor elección de mi vida.

Emprendimos todos los pasantes juntos el viaje hacia Palenque, Chiapas, 6 horas antes viajé desde mi casa en Guanajuato a la ciudad de México, donde nos encontramos en la terminal del norte, pues por el tiempo y demás imprevistos decidimos viajar por tierra todos juntos, así evitaríamos contratiempos, y nos aseguraríamos de llegar todos sin problemas, juntos y a salvo hacia un estado en el cual ninguno había estado antes, el viaje por tierra tardó 14 horas, y varias paradas donde nos íbamos constantemente preguntando cómo sería nuestra estancia, cómo serían las personas, qué problemas tendríamos para relacionarlos y entenderlos, podríamos siquiera con la experiencia del “pasante rural” dónde dormiríamos, qué comeríamos y un tema actual y muy sonado, ¿estaremos seguros en nuestras plazas?

Al llegar a Palenque, abordamos un taxi y nos dirigimos a las instalaciones de Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC), al llegar lo primero que notamos fue el calor, al cual ninguno estaba acostumbrado, un sol que quema, y una vegetación con verdes rutilantes que contrastan con las estructuras urbanas, cada espacio o terreno baldío era un firme recordatorio de que la ciudad se ha levantado sobre la selva maya y el avistamiento casual de iguanas de tamaños sumamente respetables, algunos monos en los árboles justo frente a SADEC nos recordaban que aquí los intrusos somos nosotros. Nuestra estancia en SADEC fue bastante agradable, se nos explicó cuál era nuestra función como pasantes, se nos recibió con entusiasmo, fuimos llevados a cenar a un restaurante representativo de

Palenque y se nos instruyó sobre cómo llegar a nuestras plazas, en mi caso, a Sanando Herida A.C. en San Cristóbal de las Casas, a 9 horas de viaje nocturno en OCC, pues no conocíamos la ruta terrestre más corta.

Al llegar a San Cristóbal de las Casas, lo primero que hicimos fue buscar casa para rentar y vivir, al iniciar éramos 3 pasantes, 2 pasantes de medicina y una pasante de estomatología, por diversos motivos terminamos viviendo cada quien por su cuenta, en algún sitio cercano a su sede de servicio.

Al presentarme a mi sede, Sanando Heridas A.C. fui bien recibido por todos los miembros del equipo, desde la jefa operativa, la Dra. Beatriz de Angoitia, la jefa del área de salud la Dra. Sandra Lee Bedolla, el equipo administrativo, de educación y el equipo de salud, noté que la convivencia diaria era muy amena, no existen los rangos o jerarquías más que en lo que a organización respecta, pues todos tienden a ser amigos, no hay distinciones entre médicos y enfermeras, existe un trato horizontal y de reciprocidad, existe un apoyo mutuo tanto por parte del equipo de enfermería quienes fungen como enfermeras y traductoras del tzotzil al español, hasta la jefa operativa, me sentí en total confianza de expresar mis dudas y solicitar apoyo en caso de sentir que lo necesitaba, siempre con un trato ameno y con un apoyo casi maternal al pasante recién llegado.

El resto de mi estancia dentro de la organización ha transcurrido ameno, agradable y en muy buenas condiciones, he logrado ser partícipe de un sinnúmero de experiencias, algunas mejores que otras, las personas de las comunidades acogieron bien al “doctor”, dado que en Sanando Heridas A.C. nunca antes había existido un pasante hombre, todo estaba a la expectativa, casi el 100% de la consulta es a mujeres, mujeres que llevan a sus hijos, y a mujeres embarazadas, por lo que las interrogantes estaban presentes incluso antes de mi llegada: ¿Cómo reaccionarán las mujeres a la consulta con un hombre?, ¿Las embarazadas permitirán que las revise?, ¿Hablarán de temas “femeninos” con el pasante hombre? Y pues si, efectivamente no sentí cohibición alguna por parte de la población, siendo atento y explicando y siempre con la compañía de una de las enfermeras, las usuarias de la consulta llegaron a tenerme un buen grado de confianza.

Adaptarse al modo de trabajo de Sanando Heridas A.C. fue bastante complejo, debo admitirlo, me presenté un día lunes a la clínica de San Cristóbal, la cual se encuentra en la Calzada de la escuela, carretera a San Juan Chamula, comparte instalaciones con Fundación León XIII, llegué 10 minutos antes de la hora en que fui citado, a manera de prevención ante cualquier imprevisto, o si llegara a perderme y por otro lado, como muestra de respeto, al llegar puntual a mi primer día de servicio, ese día, me recibió la pasante actual, Frida, cabe mencionar que es la primera vez en la historia de la asociación en que existen 2 pasantes al mismo tiempo, ese día estuve observando cómo se lleva a cabo la consulta, observé mientras Frida atendía a los pacientes en el consultorio, eventualmente me dejó dar la consulta, descubrí que se llena una historia clínica a los pacientes de primera consulta, así como se lleva un registro bastante detallado de las

consultas, cada persona tiene un expediente, un folio único, un registro de consultas, y cada consulta es capturada en el sistema electrónico, por lo que es posible acceder al registro de cada paciente en el momento que se desee.

Llegué en un momento de muchos cambios para la asociación, cuando llegué y comencé a atender a los pacientes muchos datos se me escapaban, apuntar algunos detalles como “MG” que significa “consulta de Medicina General”, preguntar el nombre de alguno de los padres de un niño, el responsable por alguna persona, el número de consulta actual del paciente, éste último volvió a cambiar durante mi estancia, ya que al llegar se escribía el número de la consulta durante el año vigente, y tiempo después se nos solicitó anotar el número de consultas totales, desde el inicio del expediente del paciente en Sanando Heridas A.C. lo que obligaba a contar cada consulta individualmente y llegar a un resultado.

Existían grupos en los cuales se dividían a los pacientes, que eran identificados por diferentes colores de carpetas en el expediente físico, por ejemplo: enfermos crónico- degenerativos en carpeta azul, embarazadas en carpeta rosa, casos especiales en carpeta verde; éste sistema cambió justo cuando comenzaba a acoplarme a la rutina, los grupos existentes se cambiaron por nuevos grupos de vigilancia, los cuales se enfocaban en 3 ejes, los cuales ostentaban los títulos de: Vigilancia de embarazo parto y puerperio, Planificación familiar y crecimiento y desarrollo, cada uno con su propio color en las carpetas del expediente físico correspondiendo los colores rosa, amarillo y verde respectivamente. Con el paso del tiempo estos grupos se fueron refinando en base a las respuestas de las comunidades.

Paralelamente a todos estos cambios administrativos, estadísticos y de organización, yo estaba teniendo mi propio proceso de “mimetismo” con la forma de trabajo de Sanando Heridas A.C. con las comunidades, con las costumbres y con mis metas y expectativas, noté que mi consulta tardaba mucho tiempo, más del que era deseado, yo simplemente no lograba llegar a un método que permitiera la relación médico paciente con un intermediario, que en éste caso, era alguna de las compañeras enfermeras que fungía como traductora, no lograba integrar diagnósticos a la primera, ya que la traducción de los síntomas, la interpretación, y la forma en que los pacientes se expresaban era un inmenso abismo de diferencia a lo que estaba acostumbrado, ellos no referían datos clásicos, o comunes, sino que expresaban términos superfluos, mágicos e incluso algunos expresaban sintomatología con la que yo mismo pensaba “regrésenme a la UAM, porque no aprendí nada” ideé un método, en el cual yo interrogaba y daba libre tribuna a mis pacientes, y preguntaba cosas que yo consideraba datos pivote para sus enfermedades lo que acompañaba de una exploración detallada y dirigida para tener una aproximación fidedigna sobre el padecimiento real de las personas, por dar algunos ejemplo puedo citar los siguientes: “siento una bola en mi pansa que se mueve, luego se para, luego no la siento y después me da sueño” diagnóstico, embarazo intrauterino de 18 semanas de gestación, siento mucho ardor en mis ojos, por las mañanas, a medio día y por las noches, --¿algún otro síntoma?-- no, ninguno, --¿haces algo

cuando te duelen los ojos?— ¡sí! --¿Qué haces? —veo fijamente al fuego “. Un consejo que me dio la Dra. Beatriz fue: “cuando no tengas idea de que tienen, pregunta, ¿Qué creé usted que le genera la molestia? O ¿Qué creé que se lo inició?” y efectivamente, ese pequeño dato demostró fehacientemente que la experiencia es infinitamente mejor que el más minucioso técnico.

La consulta en las comunidades fue otra experiencia completamente nueva y diferente, ya que existe una hora de salida, y una hora de regreso, y una cantidad definida de pacientes que hay que atender, 30 si van 2 médicos, y 25 si va un solo médico, además de que la consulta es más rápida pues tenemos que poder regresar antes de que anochezca, y las personas en las comunidades tienen otras cosas que hacer durante su día, a todo esto debemos sumarle otro pequeño detalle, la consulta se da en tzotzil, para lo cual es importantísimo la compañía de las enfermeras pues ellas son el intermediario entre el pasante y el paciente, y debes ser rápido tanto en llegar a un diagnóstico, como en la prescripción de los medicamentos, cosa que poco a poco fui manejado y acoplándome al ritmo.

Por otra parte, adaptarme a una nueva ciudad, no fue difícil, ya que estoy acostumbrado a vivir solo desde tiempo antes de la universidad, sin mencionar que el clima es muy similar al de mi pueblo, y San Cristóbal es una especie de mezcla entre San Miguel de Allende y Dolores Hidalgo, siendo éste último mi pueblo natal, tanto las calles como cierta parte de su arquitectura y geografía semejaban un poco al de mi estado, a excepción de la vegetación ya que en San Cristóbal abundan las regiones boscosas y en mi estado la región semiárida, de ahí en más, hasta el clima era igual, por lo que no me sentí en un sitio nuevo, como todo buen turista los primeros días y semanas me la pasé recorriendo el centro, algunas de sus iglesias, museos, y una de las paradas obligadas, las cafeterías, simplemente no puedes pasar por Chiapas sin probar su café, desde el hecho por familias y que se vende en el mercado viejo, hasta las cooperativas que reúnen a varios productores y ofrecen café gourmet. Admito que fui y soy feliz de haber llegado a un estado donde el café es rico, natural y barato.

Con el paso del tiempo fui dejando mis costumbres ciudadinas, como el desconfiar de las personas a mi alrededor, o no andar solo por las noches, pues en la ciudad de México es normal el tratar de cuidarse y desconfiar del prójimo lo más que se pueda, “piensa mal y acertarás” es un dicho que ejemplifica los primeros días de mi estancia en Chiapas, con el paso del tiempo fui confiando poco a poco en las personas, podía salir tarde sin miedo, sin temor a ser asaltado, no tenía por qué esconder mis cosas, pues un asalto era cosa poco probable, más no imposible, llegué al punto de al salir de mi casa no cerrar la puerta, o dejar la llaves y la cartera cerca de la entrada, para no olvidarlas antes de salir, me sentí bastante cómodo, un lugar lejos del bullicio de las grandes ciudades, sin las preocupaciones o las carreras que implica la vida en una gran urbe, no sentir miedo por cuidar mis pertenencias y la completa seguridad de que nada malo le pasaría a mi integridad física, en pocas palabras, redescubrí un sentimiento de

seguridad que solamente sentía en mi pueblo natal, es decir, me sentía como en casa.

Relación médico paciente

“La relación entre el médico y enfermo se desarrolla como un acto cerrado en el espacio y en el tiempo. Es un coloquio singular, un dialogo entre dos únicos personajes. Comienza por una confidencia, por una confesión, prosigue con un examen y finaliza en la prescripción de un tratamiento “(Suros, 0000)

Conforme a la educación que se imparte en todas las escuelas de medicina, y me atrevo a decir, en la mayoría de escuelas en México, la relación entre el médico y el paciente se imparte como un trato bilateral, donde se encuentran 2 personas a discutir sobre los males de uno y las soluciones por parte del otro, sin embargo, durante mi internado me di cuenta que raro es aquel médico que respeta dicho contrato, más bien, es una relación hegemónica donde el médico en calidad de rector y juez escucha y dirige el interrogatorio a su antojo, con un lenguaje técnico-coloquial, con la intención de sorprender al paciente y enmarcar su autoridad diagnóstica y terapéutica, dejando al paciente la opción única de acatar ciegamente las disposiciones de su médico.

Si bien, construir esta relación entre personas con nivel educativo similar, condiciones sociales, culturales y económicas casi iguales es un acto difícil, aún más es construirlo en un ambiente distinto al propio, con diferencias socioeconómicas importantes y culturales aún mayores, a esto hay que agregarle una lengua distinta y una tercer persona involucrada en la relación médico paciente, siendo el tercero en discordia quien funge como traductor; es un escenario difícil, más no imposible, conforme me acostumbre a escuchar en repetidas ocasiones el tzotzil, fui capaz de imitar expresiones sencillas, coloquiales, un saludo, una instrucción, alguna broma, noté como las personas se sorprendían ante mis burdos intentos por pronunciar el tzotzil, algunos entre risas amistosas me corregían y hablaban en español.

Construir una relación de iguales durante una consulta con tantos factores en contra, no es sencillo, implica el conocimiento mínimo del modo de pensar de la comunidad, de lo socialmente aceptado y posible, del entendimiento de cada persona y sobre todo de la confianza que uno logre plasmar en cada persona, lentamente y con apoyo de las compañeras enfermeras cuyos nombres son: Verónica, Silvia y Patricia, conseguía preguntarles si ciertas acciones eran posibles, o que cosas podía yo hacer o decir dentro de cada comunidad, pues cada comunidad es un mundo, un mundo completamente diferente al anterior a pesar de estar separados por escasos kilómetros, una de mis comunidades favoritas, por dar un ejemplo, fue la comunidad de Chichihuistan, municipio de

Teopisca, donde todos sus habitantes hablan tzotzil, pero se comunican en español, aquí me sentí más libre de dar la consulta, pues no necesitaba la ayuda de un traductor, podía entenderlos y ellos a mí, y eso me permitía tener más fluidez durante las consultas.

Otro aspecto que considero fue esencial para lograr establecer una buena relación con los pacientes fue el contacto físico, yo sabía lo que es entrar a un consultorio donde el médico no te dirige la mirada más que para decirte adiós, por lo que decidí que aunque ellos no pudieran entenderme, yo les hablaría y explicaría sus dudas y tratamientos, los miraría a los ojos y no tendría reparos o malas caras al tener que revisarlos, en pocas palabras, trataría de darles el trato más ameno que el tiempo y otros factores me permitiera, tal como a mí me gustaría que alguien me revisara, con interés y cuidado.

Comunitario

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

(OMS, 1943)

Tal como nos dice la OMS, el concepto de salud nos enfoca a un concepto bio-psico-social, viendo al ser humano como un ente integral, el cual no solo necesita estar libre de enfermedades para ser “sano”, sino que precisa estar en un estado mental favorable y poseer buenas relaciones interpersonales, económicas y sociales, para poder considerarse “sano”, si bien, es un concepto dinámico, debemos comprender que cualquier variación de alguna de éstas tres variables puede generar distintas repercusiones en cada ser humano, por lo tanto el concepto de salud y enfermedad es diferente para cada persona y cultura en el mundo.

“ Definir medicina tradicional indígena es muy difícil, debido a que cambia de acuerdo con el lugar donde uno se encuentre, no todas las culturas ni los grupos sociales manejan los mismos parámetros para determinar cuando una persona está sana o no lo está; además de que en cada lugar existen muchas enfermedades de las denominadas normales y culturales, con sus respectivas especialidades médicas y diferentes recursos terapéuticos, por ello la medicina tradicional indígena debe ser interpretada de acuerdo con la cosmovisión del grupo social ” (Lopez Hernández, La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena, 2006)

Tal y como lo menciona López Hernández, no todas las culturas tienen los mismos parámetros para determinar cuando una persona está sana, y la región de los altos de Chiapas es un ejemplo tangible de esta realidad.

El inicio de los síntomas puede ser súbito, insidioso o incluso anecdótico, ya que no siempre debe existir una enfermedad actual para sentirse mal, la enfermedad

pudo haberse presentado hace días, meses, incluso años, y ellos sentir que la causa de sus males se encuentra en aquella ocasión, cuando hace años, se sintieron de alguna manera enfermos; en otras ocasiones la enfermedad puede aparecer tan pronto como “hace un rato” o “todavía” que implica algunas veces haberse sentido diferente por un instante, aunque éste haya sido perecedero.

El primer paso, es intentar tomar acciones propias, según sus creencias, según su medicina y sus costumbres, se acude a distintos “especialistas” en la medicina tradicional, y si las plantas o los especialistas fallan, acuden al médico como último recurso ante un mal persistente.

“Su medicina conserva muchas de las características de origen, tiene su base en una particular concepción del mundo, naturaleza, el cuerpo humano de la persona, la salud, enfermedad, la curación o la muerte. Pero a la vez se encuentran unidos a dicha concepción, nuevos elementos de otras medicinas o técnicas que gradualmente son incorporadas, reinterpretándose y ajustándose a su propia forma de comprender el mundo” (Lopez Hernández, La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena, 2006)

Durante éste tiempo, el tratar de comprender el concepto de salud de los tzeltales fue un proceso complejo para mí, si bien muchos de sus padecimientos me parecían banales, eran muchas veces de suma importancia para las personas, quienes podía observar se sentían inquietas al observar sus síntomas, y creen que la medicina es una especie de contrato entre “efecto y solución” en vez de un eterno “causa y efecto”, en repetidas ocasiones la población acude con un malestar, esperando una pastilla o jarabe que sea capaz de desaparecer sus molestias, algunos creen fehacientemente en que para todo problema existe una pastilla que lo solucionará, o algunas gotas, por ejemplificar, en alguna ocasión llegó a la consulta un hombre de unos 45 años aproximadamente, quien refería tener síntomas como vista cansada, imposibilidad para ver las cosas “de cerquitas” y ardor y molestia en sus ojos, le expliqué que lo que él tenía se llama presbicia, que es algo normal que sucede con la edad, y que el único tratamiento era usar unos lentes, él me preguntaba con bastante anhelo “¿no tendrá unas gotas pa´que se me quite?” a lo que yo le respondí “ si hubiera gotas, ¿no creé que ya me las habría puesto yo?” (Haciendo referencia a que yo utilizo lentes), la cara del señor fue de mucha decepción y un poco de risa.

Algunas otras personas no ven en determinadas circunstancias la gravedad de algún padecimiento, ya que si éste les permite vivir, trabajar y comer, no tiene la mayor importancia, estos son, por mencionar dos ejemplos, el caso de una adolescente de la comunidad de Canalumtic, municipio de Chalchihuitan, quien cierto día acudió a la consulta por presentar cefalea, y síntomas de coriza, desde el momento en que entró, noté que algo no estaba bien en su apariencia física, pero esto a ella no le interesaba, el problema era la cefalea y la coriza, aunque durante la exploración física descubrí un soplo cardiaco importante, alteraciones del ritmo y ectrodactilia, los cuales para mí eran motivo suficiente para llevarla a

un hospital, pero como no le impedían su vida diaria, para ella no era una necesidad.



Paciente femenina con ectrodactilia, autoría propia

En otra ocasión, logre captar una preescolar con lo que para mí es un estrabismo congénito convergente, el motivo de consulta, fue que la menor presentaba tos y gripe de hace varios días de evolución, durante la consulta y la exploración física no logré constatar signos de infección respiratoria superior, pero era evidente el estrabismo en ojo izquierdo, por lo que traté junto con la enfermera del equipo de concientizar a la madre para que tratara a la pequeña, a lo que su respuesta fue “eso implica varias vueltas, y yo no tengo tiempo de estar saliendo tan seguido” ante la negativa de la madre no tomamos ninguna actitud aversiva, simplemente aceptamos su decisión y le dimos tratamiento sintomático para el motivo de su consulta.



Preescolar con estrabismo congénito convergente, autoría propia

En otras palabras, el concepto de salud-enfermedad para muchas de las personas de la comunidad implica el sentimiento de plenitud, de sentirse bien consigo mismo, de poder trabajar, poder comer sin sentir molestias, poder comunicarse con los demás miembros de la comunidad, los aspectos físicos o estéticos pueden relegarse a un segundo plano, algunas enfermedades crónicas degenerativas también pueden dejarse en segundo plano, pues las personas se acostumbran a ello, a vivir con limitaciones o alguna molestia que saben “no se quita”.

Muchas de sus preocupaciones y malestares son causadas por el mismo trabajo, ejemplos de esto es el dolor de espalda o el dolor de piernas al tener que cargar cosas pesadas, en el caso de los hombres costales de frijol, maíz o café que llegan a pesar 70 kilogramos, en caso de las mujeres, el cargar a los hijos o el estar bajo el sol. El dolor de cabeza es muy frecuente, y la ingesta mínima de agua también lo es, ya que el tomar agua implica el orinar frecuentemente, cosa que muchas personas no están dispuestas a hacer, y lo comprendo, el baño más cercano está al alcance del primer árbol, así que, por motivos de higiene, pudor o lo que sea, comprendo en gran medida no les agrade del todo.

Un hecho que me sorprendió, fue el uso de las nuevas tecnologías por parte de las comunidades, quiero decir, el uso indiscriminado y fe en los estudios de imagen y de laboratorio, no fue aislado quien llegó y me solicitó mandarle un ultrasonido para ver que tenía, y en muchas ocasiones, llegaron a solicitarme les mandara una “TAC” porque “dicen que con eso sale todo”, noté que muchas veces las personas buscan una explicación a un dolor espontáneo, o un síntoma difuso, se rehúsan a creer que están sanos y si yo no puedo decirles que padecen algún mal, estoy seguro que van con alguien más que les confirme sus sospechas.

El proceso de la enfermedad y los métodos para solucionarla, han sido variados dentro de la cultura y creencias tzotziles, y como perfectamente lo describe López Hernández en su artículo “La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena.” La medicina tradicional ha tenido un proceso de modernización y aculturación teniendo como expresión: “Aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto continuo y de primera mano, con cambios subsecuentes en los patrones culturales”. (Lopez Hernández, La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena, 2006)

Institucional

Sanando Heridas A.C. es una organización civil sin fines de lucro, cuyo origen tiene lugar en San Cristóbal de las Casas en 2007, Se constituye en 2008 con la formación de una organización que pudiera responder a necesidades de la región de Los Altos. Se dio una imagen a la organización creando una clínica en San Cristóbal de las Casas, se conformó un equipo médico de trabajo y estructuró un patronato. (Sanando Heridas, 2020)

El modo en que se lleva a cabo la función y operación de Sanando Heridas A.C. se divide en 2 grandes rubros: la parte administrativa, la cual cuenta con su sede en la Ciudad de México, desde donde se lleva a cabo la recaudación de recursos mediante el apoyo de distintos patrocinadores y donaciones individuales, y la parte operativa, que consiste en un equipo de profesionistas capacitados con sede en San Cristóbal de las Casas, el cual se dedica a brindar atención médica de primer nivel y programas de educación en salud a varias comunidades de la región de los altos de Chiapas.

Todo el trabajo se realiza bajo un ambiente de cooperación, respeto hacia la autonomía de las comunidades, las decisiones personales de cada individuo respecto a su salud, y un fuerte ámbito de interculturalidad, trato digno y el rechazo a toda forma de discriminación.

Modelo de trabajo de Sanando Heridas A.C.



Misión

“Mejorar la calidad de vida de los habitantes y comunidades en desventaja de la región de los Altos de Chiapas, mediante programas de atención médica y educación en salud, desde un enfoque de derechos y una perspectiva intercultural.” (Sanando Heridas, 2020)

Visión

“Ser modelo de atención integral para la salud, fomentar la corresponsabilidad comunitaria, así como generar y potenciar capacidades y actitudes que favorezcan estilos de vida saludables. “ (Sanando Heridas, 2020)

Valores

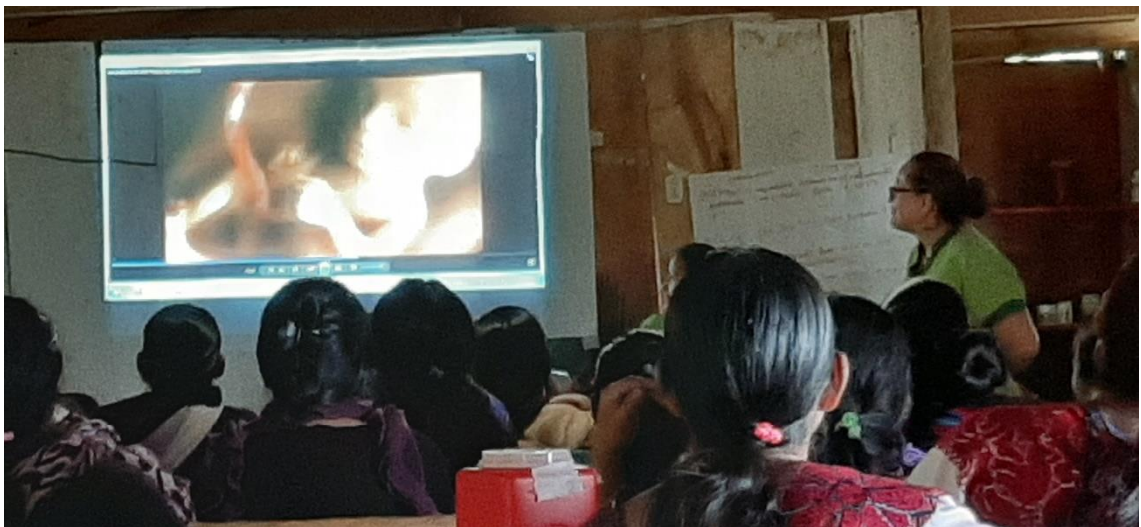
- Honestidad
- Excelencia
- Profesionalismo
- Corresponsabilidad
- Respeto a los derechos humanos y a la interculturalidad
- Respeto al medio ambiente
- Confidencialidad
- Transparencia

(Sanando Heridas, 2020)

El trabajo dentro de la organización se puede dividir en dos grandes áreas, el área de salud y el área de educación:

1. Área de Salud: su principal objetivo es brindar atención médica de primer nivel a la población de la región de los altos de Chiapas, de calidad, sin costo y en su propia lengua, el tzotzil, ayudar a la prevención y el diagnóstico oportuno de enfermedades que podrían significar un gasto catastrófico para las familias de la región, a su vez podemos subdividir esta área en distintos rubros:
 - a. Médico en la comunidad: consiste en garantizar la presencia quincenal de un médico en comunidades que no cuentan con acceso a los servicios de salud en su localidad, con el fin de proveer consulta en lengua originaria, sin costo, tratar las enfermedades más comunes, captar y derivar padecimientos que precisen atención en otro nivel de salud.
 - b. Clínica en San Cristóbal: de igual forma se brinda atención médica en la sede operativa de la asociación, los días lunes y miércoles, es un sitio cuya infraestructura es más adecuada para brindar atención de calidad y calidez en un ambiente confortable. Se recibe a población que no resida en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, con una cuota de recuperación mínima.

- c. Programa de gestión de atención médica: la cual consiste en captar pacientes cuyas patologías de base requieran el apoyo tanto presencial como económico para su resolución y que por motivos propios del paciente no puedan ser resueltos; implica el apoyo por parte de personal de Sanando Heridas A.C. quien funge como intermediario, traductor, facilitador y acompañante en distintos trámites administrativos o estudios de laboratorio que el paciente necesite, vinculando al paciente con otras instituciones públicas y de apoyo social, que permitan la resolución y/o mejoría del padecimiento actual.
- d. Programa de gestión territorial asociado: Involucrar a diversos actores, en asambleas y con diagnósticos comunitarios como parte del modelo, buscando mejorar la gestión para la salud y formar estructuras para traslado en casos de emergencias maternas o de niñas, niños y adolescentes. Fortalecer competencias en la prevención primaria y secundaria de los problemas de salud, epidemiológicamente relevantes, en el contexto de la población con actores de organizaciones aliadas.
- e. Grupos de vigilancia: creación de grupos de pacientes que comparten una condición específica, existiendo los grupos de “Crecimiento y desarrollo, Vigilancia de Embarazo Parto y Puerperio, y Planificación Familiar” los cuales consisten en la vigilancia continua y periódica de cada uno de éstos rubros mediante acciones que permitan conocer el estado del paciente aunque éste no asista a consulta. (Sanando Heridas, 2020)



Consulta a grupo de Vigilancia platica sobre Embarazo y Control prenatal, Canalumtic, Chalchihuitan, Chiapas

2. Programa educando: Educación en lengua originaria (tzotzil) con metodología de Educación Popular para niñas, niños, mujeres y sus familias, para la generación de hábitos, aptitudes y capacidades, enfocados a la prevención de enfermedades primarias ocasionadas por malos hábitos de higiene, detección y atención tardía de enfermedades comunes como diarrea, gripa y prevención de enfermedades como hipertensión, diabetes, asesoría en lactancia y planificación familiar.
(Sanando Heridas, 2020)



Taller de órganos reproductores, Chichihuistan, Teopísca, Chiapas

Papel como médico pasante dentro de la organización.

Mis actividades como pasante de medicina se enfocaron casi por completo al área médica de la organización, eventualmente llegué a participar como apoyo al área de educación en distintos talleres.

Los lunes y miércoles se da consulta en la clínica de San Cristóbal, en horario de 9 a.m. a 4 p.m., donde mi función es atender a la población que acuda, cumpliendo con el horario estipulado por la clínica. Los días martes, miércoles y jueves, la consulta se da en las comunidades, para ello se procura salir 2 hr antes pues el horario de consulta en comunidad inicia a las 9 a.m., se utiliza una camioneta que funge como unidad móvil, es necesario el cargarla con todos los insumos necesarios dígame medicamentos, material de curación, material didáctico, etc., los días viernes nos dedicamos a rellenar cajas con medicamentos para las siguientes “salidas” que son las consultas en comunidad, procedemos a capturar los datos de las consultas de grupos de vigilancia en el “censo de médicos” donde capturamos los datos de la última consulta de los asistentes a los grupos de vigilancia, en algunas ocasiones contadas, también ayudé a capturar las consultas realizadas, un trabajo que hace enfermería después de cada día de consulta, para así tener registro preciso de cada paciente atendido, sus diagnósticos y tratamientos dados.

Una vez al mes se realiza el inventario de medicamentos de almacén, y al recibir pedidos de medicinas procedemos a contarlos, y ordenarlos en farmacia, verifico cada viernes que no falte material de curación y que las cajas con medicamentos estén surtidas.

En general, mi papel como pasante no se limita a atender pacientes, es ayudar en lo posible al correcto funcionamiento de la clínica y los programas, abarcando acciones tan distantes como armar despensas cada que se recibe donación, hacer inventarios, ir por la comida, limpiar materiales, ser cargador, chofer, etc. Todo siempre con la mejor disposición de ayudar a mis compañeros de trabajo.



Equipo operativo de Sanando Heridas A.C. febrero 2020, San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Evaluación

Debilidades:

Como todo pasante anterior a mí, y me atrevo a decir, las generaciones siguientes comentarán, la principal dificultad es la lengua originaria, es todo un reto para todo pasante que solo hable español, otra posible debilidad es el limitado personal de la asociación, ya que se atiende un número bastante grande de pacientes, y contamos con un tiempo limitado para ofrecer consulta, en ocasiones la demanda de atención supera la capacidad del equipo de trabajo y debemos rechazar pacientes.

Amenazas:

Un factor de riesgo es el económico, recordando que como organización no gubernamental, se depende de fondos que no siempre están garantizados, se depende de la donación de patrocinadores, de donaciones individuales, las cuales no siempre son seguras, lo que implica la constante búsqueda de recursos financieros que solventen el gasto de transporte, sueldos, becas, medicamentos y equipos diagnósticos para brindar una atención de calidad y sin costo a personas que lo necesiten.

Fortalezas:

El factor social en las comunidades y su forma de autogobierno es un asunto delicado, que requiere de un tacto especial para no generar conflictos ni interferir con su toma de decisiones. En la asociación estamos sujetos a sus normas, y disponibilidad de tiempo y permisos teniendo que ajustarnos a las disposiciones de cada comunidad. Lo cual se ha realizado en común acuerdo y se realiza de manera eficiente en Sanando Heridas A.C.

El equipo de trabajo consta de varias personas bien capacitadas para realizar trabajo comunitario, que conocen la forma de organización social y tienen un alto grado de resolución de problemas, la asociación cuenta con una trayectoria de varios años, durante los cuales, el reconocimiento y la confianza que la población ha depositado en la Dra. Beatriz y en Sanando Heridas A.C. es un importante respaldo como pasante, ya que la confianza de las personas no es algo que puedas obtener inmediatamente, sin embargo somos bien recibidos gracias al trabajo tangible y constante de la asociación.

Si en algo se puede distinguir Sanando Heridas, es la peculiar forma de trabajo, cuyo principal fuerte y motivo de orgullo es el brindar atención médica en lengua tzotzil, el poder hacer sentir a los beneficiarios que pueden expresar libremente

su sentir, sin barreras y sin temor al no entendimiento o discriminación, es una labor digna de reconocer.

El programa de gestión de atención médica ayuda a los pacientes a ingresar a instituciones públicas a las cuales no tendrían acceso por distintas limitantes, proporcionando confianza, apoyo y guía durante todo el proceso de atención médica, fungiendo como traductores, compañeros, en ocasiones amigos y consejeros.

Es un área de trabajo amena, con un gran sentido de colaboración y ayuda mutua, considero que el ambiente de trabajo es ideal para desarrollarse, aprender y compartir conocimientos.

Oportunidades:

Con todo el gran trabajo logístico y administrativo que es llevado a término por un equipo de solo 12 personas, considero que el aumento de personal podría ser un factor que mejore el alcance de los servicios y atenciones que aquí se brindan, la incorporación, por ejemplo de un pasante de estomatología ayudaría de sobremanera a mejorar la calidad de vida de las personas de la región de los altos, una probable inclusión de un pasante de psicología también podría ayudar a mejorar la atención, añadiendo la salud mental para contribuir al equilibrio bio-psico-social que pregonan la OMS. Ya que buena parte de los pacientes acude por referir somatización de algún evento estresante o alteraciones del estado de ánimo.

Sección 2: Diagnóstico de Salud

Introducción

La razón de ser de esta segunda parte consiste en realizar una revisión bibliográfica sobre la historia del derecho a la salud, tomando en cuenta diferentes visiones y etapas, siguiendo las normativas del órgano regente, la Organización Mundial de la Salud, hasta las disposiciones internacionales, pasando por el marco legal nacional.

Se cuestionará y pondrá en perspectiva como es que dichos lineamientos, recomendaciones y leyes se llevan a cabo en la población perteneciente a la región de los altos de Chiapas y se abordará un tema tomado importancia en los últimos años, el llamado enfoque de interculturalidad.

Para finalizar se hará análisis comparativo de los aspectos sociales, ambientales, culturales, económicos, la demografía propia de la zona y la geografía de cada una de las localidades de influencia de Sanando Heridas A.C.

Se intentará ofrecer una visión general que pueda orientar al lector a un panorama de las condiciones de calidad de vida que tienen los habitantes de dicha región, cómo sopesan el binomio salud enfermedad y con qué recursos cuentan para solventar dicha necesidad.

Derecho a la Salud

Para comprender qué significa “derecho a la salud” primero, debemos tener claro dos conceptos fundamentales: ¿Qué es un derecho? Y ¿Qué es salud? Preguntas que serán respondidas a continuación:

- **Derecho.** ‘Posibilidad legal o moral de hacer algo’. (RAE, 2005)
- **Derecho.** ‘Gral. Conjunto de principios, normas, costumbres y concepciones jurisprudenciales y de la comunidad jurídica, de los que derivan las reglas de ordenación de la sociedad y de los poderes públicos, así como de los derechos de los individuos y sus relaciones con aquellos. *En este sentido, derecho, es una noción equivalente a ordenamiento o norma general*’ (DEJ, 2020)

Ambas definiciones citadas de la Real Academia Española coinciden en que el “derecho” es una garantía legal, que puede ser dada por una costumbre, una ley o norma e inclusive puede ser ganado con méritos propios, de lo cual podemos concluir que un derecho es un estado legal en el cual un individuo es capaz de ser acreedor a cierta libertad ya sea por norma costumbre o mérito propio.

- **Salud.** «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (OMS, 1948)

Como menciona la OMS en su definición, que entró en vigor desde el 7 de abril de 1948 y ha permanecido sin cambios desde entonces, la salud es un equilibrio bio-psico-social, donde el individuo debe estar en armonía con su medio interno,

su medio social y su medio mental y/o espiritual para encontrarse en pleno estado de salud.

Cabe mencionar el aspecto espiritual, ya que en el medio donde se desarrolló mi servicio social, es parte importante de la vida cotidiana el que hacer místico – religioso, ya que muchos de los pobladores no solo ven el mundo y la salud desde la mente, el cuerpo y la razón, si no, que añaden un último componente a dicha definición: la espiritualidad; lo cual para mi grata sorpresa, es un complemento humano que pocas veces tomamos en cuenta la mayoría de personas.

Teniendo claros estos dos conceptos, podemos formular que el derecho a la salud es la garantía, libertad y ley que dicta que cada individuo debe tener acceso a un estado de bienestar físico, psíquico y social. Pero como vimos anteriormente, salud no es lo mismo para cada cultura y persona.

En las siguientes páginas se citará y hablará sobre el derecho a la salud, su definición según distintos organismos, así como una serie de derechos que considero importantes para llevar al individuo a un estado de “equilibrio bio-psico-social”

Debemos tener siempre presente que hablar de salud no nos referimos a la ausencia de la enfermedad, pecaríamos de simpleza si creyéramos que a estas alturas del desarrollo humano, un concepto tan ambiguo, amplio, y hasta cierto punto incomprendido incluso por quienes practicamos algún oficio ligado a ella, se puede englobar en un concepto tan escueto, si bien se trata de abarcar otros conceptos y derechos ligados al derecho a la salud, es claro que cualquier aproximación que yo haga dentro de los siguientes renglones es inclusive pobre y dista de englobar la totalidad del concepto de salud.

Derecho a la salud según la OMS

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

Se relaciona con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y a la participación. (OMS, 2017)

Se deben adoptar medidas políticas y programas que respondan a las necesidades sociales, para así garantizar las condiciones de vida idóneas de los habitantes.

Este derecho abarca tanto libertades como derechos:

- **Libertades:** derecho a controlar su salud y cuerpo (derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias.
- **Derechos:** al acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todos las mismas oportunidades de disfrutar el grado máximo de salud posible.

Ciertos grupos de población, como la indígena, están expuestos a mayores tasas de enfermedad, mayor dificultad para acceder a una atención digna, de calidad y asequible. (OMS, 2017)

Al ser la salud un derecho humano universal, su objetivo es mejorar toda estrategia y programa con la finalidad de mejorar poco a poco y garantizar su correcta implementación, para lograr esto, la OMS propone los siguientes postulados:

- No discriminación
- Disponibilidad (suficiente número de recursos y establecimientos)
- Accesibilidad
 - Calidad: apropiados desde el punto de vista médico y científico
 - Rendición de cuentas; el estado debe garantizar la vigilancia de los derechos humanos
 - Universalidad: toda persona, de todo el mundo debe poder ejercerlo. (OMS, 2017)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Es un acuerdo entre diversos países que entró en vigor el día 3 de enero de 1976 donde se hace constar y se reconoce que los derechos que en su título ostenta, se desprenden de la dignidad que es inherente a la persona humana, es decir, forman parte de su naturaleza y no dependen de factor externo para llevarse a cabo.

Hace especial énfasis en que no se puede realizar el ideal de un ser humano libre, sin temor y sin miseria, a menos que se creen las condiciones apropiadas que permitan a cada individuo gozar de sus derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. (Naciones Unidas, 1977)

Este decreto consta de 31 artículos, los cuales a su vez se subdividen en 5 partes, de los cuales tomaremos los siguientes artículos debido a su relación con el derecho a la salud:

- Parte I, artículo 1:
 - 1. Todos los pueblos tienen el derecho de libre determinación.

- 3. Promover el derecho a la libre determinación.
- Parte II, artículo 3:
 - Asegurar a todo hombre y mujer el goce a los mismos derechos económicos, sociales y culturales.
 - Artículo 5.2. No podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un país en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, a pretexto de que el presente pacto no los reconoce o reconoce en menor grado.

- Parte III, Artículo 6:
 - Se reconoce el derecho a trabajar, ganarse la vida mediante un trabajo libre y aceptado.
 - Artículo 7: Derecho al goce de trabajo remunerado, salario equitativo, e igual para hombres y mujeres, con seguridad e higiene del trabajo, descanso y goce del tiempo libre.
 - Artículo 9. Se reconoce el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.
 - Artículo 10.1 Conceder a la familia la más amplia protección y asistencia posibles.
 - Artículo 10.2. Proteger a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto, licencia con remuneración o prestaciones adecuadas de seguridad social.
 - Artículo 10.3. Adoptar medidas especiales de protección a los niños y adolescentes sin discriminación, contra la explotación económica y social.
 - Artículo 11.2. Toda persona debe de estar protegida contra el hambre.
 - Artículo 11.2.b. Asegurar la distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades entre países que importan y exportan alimentos.
 - Artículo 12.1. Toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
 - Artículo 12.2. Medidas enfocadas a reducir la mortalidad y mortalidad infantil.
 - Artículo 13.1. Se reconoce el derecho de toda persona a la educación.
 - Artículo 13.2.a. La enseñanza primaria debe ser obligatorio y asequible a todos gratuitamente
 - Artículo 13.2.b. La enseñanza secundaria debe ser generalizada.
 - Artículo 13.2.c. La enseñanza superior debe hacerse igualmente accesible a todos, sobre la base de la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean apropiados.
 - Artículo 15.1. Toda persona tiene derecho a la vida cultural y gozar de la ciencia y sus aplicaciones.

(Naciones Unidas, 1977)

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)

Organismo constitucional y autónomo, creado en la Ciudad de México, México el 6 de junio de 1990, es una institución cuya finalidad es proteger, resguardar y defender los derechos humanos de cualquier tipo de abuso o perpetración.

Dicha comisión, contempla la historia de los derechos humanos, haciendo referencia a las 3 generaciones, estas en función del momento histórico en que surgieron:

- Primera generación: Derechos políticos y civiles.
- Segunda generación: Derechos económicos, sociales y culturales.
- Tercera generación: Grupos de personas o colectivos que comparten intereses comunes.

Actualmente, es más aceptado clasificar los derechos humanos como civiles, económicos, sociales, culturales y ambientales.

A continuación, se enunciarán los derechos relacionados con la salud, según el enfoque descriptivo de la CNDH. (CNDH, 2020)

- **Derecho a la vida:** toda persona tiene derecho a que su vida sea respetada.
- **Derecho a la igualdad y prohibición de discriminación:** se prohíbe toda exclusión o trato diferenciado motivado por razones del origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.
- **Igualdad entre mujeres y hombres.**
- **Igualdad ante la ley,**
- **Libertad de persona:** se prohíbe la esclavitud, trabajos forzosos y gratuitos o no pagados.
- **Libertad de trabajo, profesión, industria o comercio:** el ejercicio de esta libertad sólo podrá limitarse por determinación de autoridad competente y dentro de los términos que marque la ley, nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.
- **Libertad de expresión.**
- **Libertad de conciencia:** toda persona tiene derecho a creer y pensar libremente según sus ideas y convicciones.

- **Libertad religiosa y de culto.**
- **Derechos sexuales y reproductivos:** toda persona tiene derecho a que sea respetada su identidad de género y a ejercer su sexualidad con plena libertad, seguridad y responsabilidad. Las personas tienen el derecho a decidir de manera libre e informada el número de hijos que deseen tener y el espaciamiento de los mismos.
- **Derecho a la salud:** toda persona tiene derecho a la protección de la salud; si las personas hacen uso de los servicios de salud tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables el estado otorgará servicios de salud a través de la federación, estados y municipios de acuerdo a lo establecido en la ley.
- **Derecho a la vivienda:** toda persona tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa.
- **Derecho al agua y saneamiento:** toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y fácil de obtener.
- **Derecho a la alimentación:** toda persona tiene el derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El estado tiene la obligación de garantizar este derecho.
- **Derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado**
- **Derecho a la identidad y al libre desarrollo de la personalidad:** Derecho a tener un nombre y los apellidos de los padres desde que nazca, así como ser inscrito en el registro civil. Tener una nacionalidad, conocer su filiación y origen, pertenecer a un grupo cultural y compartir con sus integrantes religión, idioma o lengua, sin que eso pueda ser entendido como razón para contrariar sus derechos.
- **Derechos de los pueblos y comunidades indígenas:** Los pueblos y comunidades indígenas tienen derecho a la autonomía y a la libre determinación consuetudinaria (derecho a regirse por sus tradiciones), a su lengua, a la consulta previa, a la preservación de su cultura y al acceso a la tenencia de la tierra y al uso y disfrute racional de los recursos naturales.
- **Derecho a la seguridad social:** el estado debe realizar las acciones pertinentes para proporcionar servicios médicos, protección económica por enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, desempleo, invalidez o vejez.

(CNDH, 2020)

Realicemos un paréntesis hasta este punto y recapitulemos un poco antes de continuar con las leyes constitucionales de México en materia de salud.

Como puede cerciorarse el lector, hasta este punto solo hemos hablado sobre derechos, pero debemos recordar que un derecho siempre está ligado a una obligación, como bien solía decir el filósofo Jean Paul Sartre: "*Mi libertad se*

termina dónde empieza la de los demás", siendo este un detalle que no quería dejar pasar, y habiéndolo mencionado, podemos continuar.

Se definió el derecho como una cualidad unida estrechamente al ser humano, un "privilegio" que puede ser inclusive adquirido por mérito propio, a éste concepto se le agrega el de "derechos humanos" que como menciona la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), son derechos ligados a la sola existencia del individuo, irrefutables y que no pueden ser retirados o perpetrados, al contrario, deben ser protegidos, respetados y validados por las autoridades de cada sitio y país.

Teniendo en claro lo que es derecho, pasemos con la salud, que como ya observamos, es tanto un concepto como un derecho humano, consiste en que cada individuo tenga el grado máximo de salud posible, logrando un equilibrio biológico, psicológico o mental y social; para esto deben de cumplirse varios aspectos que la OMS sugiere, el Pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales reafirma y la CNDH defiende, dentro de ellos encontramos principalmente el derecho a la alimentación saludable, nutritiva y la protección contra el hambre, al trabajo digno y remunerado, la equidad de género, la educación, el acceso a los sistemas de salud, al agua potable, a la libertad de pensamiento y expresión y a la educación.

La mayoría de estos derechos pueden verse obvios, como el derecho a la vida, pues si no existe vida no puede existir salud, pero otros derechos como el derecho al trabajo digno pueden llegar a verse menospreciados, sin embargo, sin un trabajo digno, sin buen goce de salario, protección social nula, es obvio que no habrá salud, ni física ni mental.

Si bien es cierto que los servicios públicos como agua potable, luz eléctrica, drenaje, gas natural, están bastante distribuidos, aún existe un número nada despreciable de comunidades y hogares en donde no se cuenta con ellos, en cantidad variable, exponiéndose a biomasas, haciendo uso de letrinas, y sitios donde conseguir el agua potable es una odisea física y almacenarla un problema, con todos estos problemas en existencia, no pierdo la esperanza de que algún día la "civilización" alcance cada uno de los hogares y comunidades de los altos de Chiapas.

Dos puntos que me parecen oportunos de mencionar son: el derecho a un ambiente sano y el derecho al acceso y beneficio de las tecnologías de la información y los avances tecnológicos. La primera se enfoca a un ambiente geográfico apropiado, es decir un ambiente libre de violencia, libre de crímenes, seguro para el desarrollo, para la deambulacion, para el ocio y el esparcimiento, numerosos artículos mencionan inclusive el número de árboles que debe haber por cada individuo y los metros de áreas verdes por individuo para su sano desarrollo, difiero un poco sobre el enfoque basado en que el gobierno tiene la obligación de realizar una buena planeación territorial y ofrecer éste derecho; contribuye en buena parte de este, pero es responsabilidad de la sociedad misma mantener el recurso, es decir contribuir a la limpieza de sus calles con

acciones simples como el no arrojar basura, respetar la naturaleza e inculcar a los menores en el uso de éstos valores.

Por otra parte, el acceso a los avances tecnológicos si bien es un derecho y una libertad tiene implícito un costo monetario, que la mayoría de las personas que habitan en comunidad no pueden solventar, ciertamente el uso de la telefonía celular tiene un avance significativo en la población rural, aun es limitado su uso debido a la baja cobertura de las antenas de radiofrecuencia, el acceso a la luz eléctrica en ocasiones limitado, la educación básica deficiente siendo bajo el número de personas que sabe leer español, sabiendo esto podemos inferir que el uso del internet, un recurso que en la actualidad se considera un derecho humano, es incluso más descabellado pensar en su uso por parte de las comunidades, los altos costos de un equipo de cómputo son cuestiones que nos hacen pensar que algunos derechos están, existen, son libres para todos, pero no todos pueden acceder a ellos.

Para poder proseguir hablaré brevemente de los derechos de los pueblos originarios, ya que más adelante hablaremos de ellos, es un tema actualmente en auge, el derecho de los pueblos indígenas y la interculturalidad, el derecho a los pueblos a autogobernarse es una realidad en el estado de Chiapas, cada comunidad en la región de los altos se rige de forma diferente, cada una tiene sus leyes, dirigentes y forma de satisfacer sus necesidades, en el ámbito de la salud, cada pueblo tiene sus propios proveedores, desde parteras, huseros, yerberos, sanadores, curanderos, rezanderos, hasta chamanes y brujos, los cuales cumplen con las necesidades físicas y espirituales de su población y aún más importante, en su propia lengua, allá, donde no hay doctor y la medicina moderna es un ente que se aparece cada cierto tiempo, o hay que estar muy grave para pensar en buscarla ya sea por su costo, su distancia o el temor a la discriminación.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La carta magna, rige cada uno de los principios de nuestro país, en ella se encuentra el conjunto de leyes, derechos, obligaciones y libertades de los cuales goza todo mexicano e individuos que pisen territorio nacional, desde su publicación en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, por el entonces jefe del ejército constitucionalista Venustiano Carranza, junto a los miembros del Congreso Constituyente.

Procederemos a resumir los artículos donde se ve implicado el derecho a la salud, así como las modificaciones más recientes que haya tenido el artículo en cuestión.

- Título primero, capítulo 1 De los derechos Humanos y sus garantías

El artículo 1º da clara referencia de que los mexicanos gozan de los derechos implícitos en todo tratado del que México forme parte, se reconoce la pluriculturalidad del país y esto es un avance agigantado, ya que se les conceden especiales beneficios y derechos a los pueblos originarios y se les permite una forma de autogobierno, se insta a proteger sus tradiciones, lengua e instituciones, y se condena la discriminación hacia ellos. [Párrafo adicionado DOF 10-06-2011] (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917)

El artículo 3º me parece crucial mencionar la idea de que la educación tenga como fin exaltar la dignidad humana, crecer en un enfoque de derechos y respetar las diferentes culturas que integran la nación, al menos en la teoría, este punto me pareció sumamente acertado. Párrafo reformado DOF 10-06-2011, reformado y reubicado (antes párrafo segundo) DOF 15-05-2019.

El artículo 4 se basa puramente en la salud, y como notaron a grandes rasgos se basa en las disposiciones internacionales vigentes, refuerza las acciones que el estado debe propiciar y de forma indirecta reconoce a la salud como un complejo de rasgos que no solo engloban la salud física.

Dicho artículo es basto y ha sufrido diversas adecuaciones en la última década, hace alusión al derecho libre sobre el número y espaciamiento de los hijos, derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, la protección de la salud, al medio ambiente sano, garantizar el acceso al agua potable para uso personal, el goce de vivienda digna y decorosa, a la identidad y a los derechos de niños y adolescentes, el derecho al acceso a la cultura, la cultura física y el deporte. Párrafo reformado DOF 06-06-2019 Otros que quizá vale la pena mencionar son los artículos quinto y sexto, cuyo dogma central se basa, respectivamente, en el derecho a un trabajo digno, con prestaciones de ley y el

siguiente a la libre manifestación de ideas y pensamientos, añadiendo el derecho inherente que tiene el ser humano al uso de las nuevas tecnologías para su uso, goce y beneficio.

(Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917)

Ley General de Salud

Esta ley, se creó el 7 de febrero de 1984 por el presidente entonces Miguel de la Madrid Hurtado exclusivamente para responder y normar lo establecido en el artículo 4º constitucional, cuya última modificación en el Diario Oficial de la Federación ha sido el 29 de noviembre del 2019 por el presidente de la República Andrés Manuel López Obrador.

En vista de lo extenuante y detallado de este decreto, que consta de 472 artículos, me limitaré a hacer un análisis superfluo de algunos artículos de importancia.

El artículo 1º, de las disposiciones generales, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona conforme a las bases del artículo 4º de la constitución.

Artículo 2º orienta sobre la finalidad de la ley al procurar el bienestar físico, mental, el mejoramiento de la calidad de vida humana, el disfrute a los servicios de salud, y desarrollo de la enseñanza e investigación en salud.

Capítulo segundo, disposiciones comunes, artículo 6º. El sistema nacional de salud tiene por objetivo proporcionar servicios de salud a toda la población, atendiendo los problemas prioritarios, con énfasis en la prevención. Impulsar el desarrollo de la familia, y modificación de hábitos dañinos para la salud.

Título tercero, artículo 25. Se garantiza la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, dando prioridad a los grupos más vulnerables de la población.

Artículo 27, sobre educación para la salud, la cual debe abarcar la prevención y control de las enfermedades, la atención médica, la atención materno infantil, la enseñanza sobre planificación familiar, la salud mental, la correcta nutrición y la asistencia social.

Capítulo V, atención materno infantil, artículo 33, establece que la atención materna es prioritaria teniendo como ejes la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, debiéndose garantizar todo tamizaje y cribado en el recién nacido con el fin de diagnosticar enfermedades tratables.

(Ley General de Salud, 2019)

Interculturalidad

Un concepto no tan nuevo, pero que en épocas modernas comienza a cobrar gran importancia, sobretodo en el contexto del abatimiento del racismo, clasismo, discriminación, igualdad de oportunidades y derechos, es la interculturalidad que tal y como textualmente lo define la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) significa:

“Se refiere a la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y a la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo.” (Convención sobre la protección de la diversidad de las expresiones culturales, 2005)

Dicha definición es tomada del artículo 4 de la Convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales, celebrada en París, durante el 2005.

Aquí se tocan varios puntos sobre los pueblos originarios del mundo, reconociendo la cultura como un elemento humano por excelencia, libre, rico y variado, por lo cual plantea como parte de las estrategias de cada gobierno el proteger la riqueza y diversidad cultural como monumento inmaterial y material, incluirlos en sus planes de desarrollo con base en los objetivos del milenio planteados en el año 2000 (los cuales cambiaron a los “Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030”) teniendo como objetivos la resolución y erradicación de la pobreza, entre otros varios puntos.

Grosso *modo* invita a proteger y crear las condiciones ideales para el florecimiento y expansión de las culturas originarias, garantizar los intercambios interculturales en un contexto de paz y respeto.

El mismo artículo 4 también hace mención a las “Actividades, bienes y servicios culturales” es decir, toda actividad o servicio que puede o no tener valor comercial, y pueda contribuir a la producción de bienes y cultura. (Convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales, 2005)

Esto es importante, pues para nuestros fines, un legado cultural immaculado son los oficios relacionados con la salud, cualquiera que sea su denominación, cumplen con la función social de brindar salud y guía, ya sea física o espiritual.

Frente al contexto de interculturalidad debemos ser conscientes del tremendo choque cultural que genera la inserción de un médico hegemónico en las comunidades Tsołtsiles, y más que llegar a intentar imponer nuestra forma concienzuda cual vil intento de colonización, debemos ser empáticos y respetuosos ante la medicina tradicional, debemos ser capaces de puentear la brecha entre el empirismo y el método científico que se nos ha arraigado en las aulas universitarias, ser conscientes que muchas veces se pueden lograr resultados exquisitos si se combina la experiencia ancestral con el conocimiento moderno, darse la oportunidad de ampliar la propia realidad a través de los ojos

de otro ser humano, como bien dijo Albert Camus *“No puedes adquirir experiencia haciendo experimentos. No puedes crear la experiencia. Debes experimentarla”*.

El respetar las creencias locales, el modo en que perciben la enfermedad y el tratar de assimilarlas para beneficio mutuo y crecimiento personal, nos lleva a una nueva palabra, la aculturalización, que no es más que el proceso de mezclar y enriquecer nuestro propio pensar y sentir, con el de otro.

Aterrizando el concepto a la práctica, en la región de los altos aún prevalece un temor de las comunidades hacia los servicios de salud gubernamentales, esto se debe a la poca sensibilidad presente en el gremio médico hacia los grupos indígenas ya que se sigue obviando las explicaciones y el trato sensible a sabiendas de la limitación del lenguaje, aunque el paciente no logre entender bien lo que el medico sentencie o caso contrario, el médico no sepa descifrar las explicaciones de los pacientes. La satanización hacia la medicina tradicional y la ridiculización del huso de hierbas medicinales, la desacreditación directa a las autoridades sanitarias comunitarias (partera, sanador, chaman etc.) genera un distanciamiento y un resentimiento social difícil de flanquear con el paso del tiempo. Aunque todo este panorama parezca sombrío también es un campo fértil para crear políticas y enseñanzas sobre la interculturalidad.

Determinantes sociales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y mueren, resultado de las condiciones ambientales, distribución del dinero, el poder y las políticas gubernamentales.

En el 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que a su vez creó en 2008 un informe proponiendo como recomendación general:

3. Mejorar las condiciones de vida cotidiana
4. Luchar contra la distribución desigual del poder, dinero y los recursos
5. Medición y análisis del problema

(Commission on Social Determinant of Health, 2008)

Todo esto se utiliza para medir distintos índices de desarrollo y crecimiento, de los cuales abordaremos alguno en las siguientes páginas.

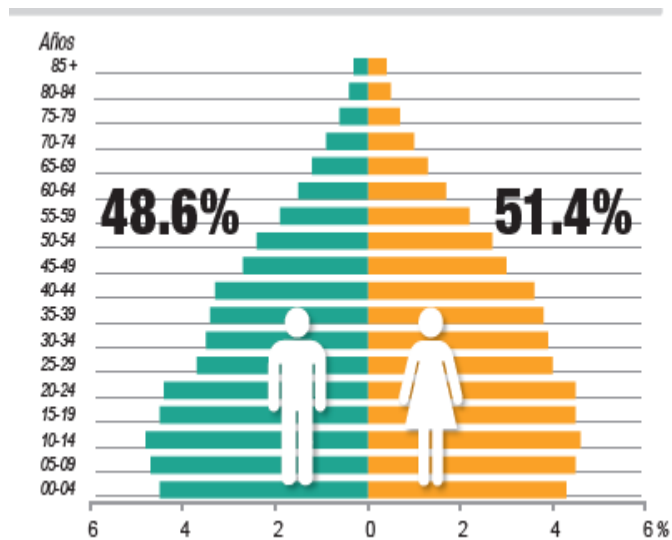


Imagen tomada de la presentación de la comisión de la OMS sobre determinantes sociales, 28 de agosto de 2008 (Commission on Social Determinant of Health, 2008)

México

Demografía

En México, según la encuesta intercensal realizada por el INEGI en 2015, la población era de 119, 530,753 habitantes, de los cuales 58, 056,133 son hombres, es decir el 48.6% y el 51.4% que corresponde a 61, 474,620 habitantes son mujeres, en otras palabras, por cada 100 mujeres existen 94.4 hombres en nuestro país.

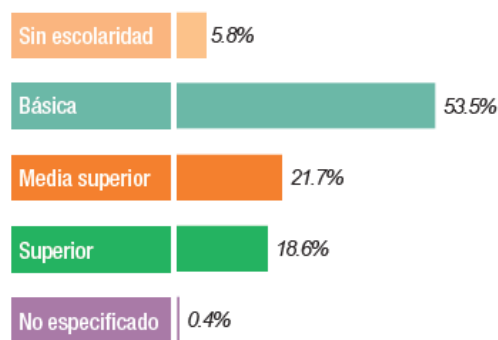


Pirámide poblacional, INEGI 2015

La mediana de edad es de 27 años a nivel nacional, lo cual corrobora que nuestro país está formado principalmente por jóvenes. (INEGI, 2015)

El nivel de alfabetización en edades mayores a los 25 años es del 92.1%, lo cual sugiere que la gran mayoría de la población debiera contar con educación básica y es capaz de leer y escribir.

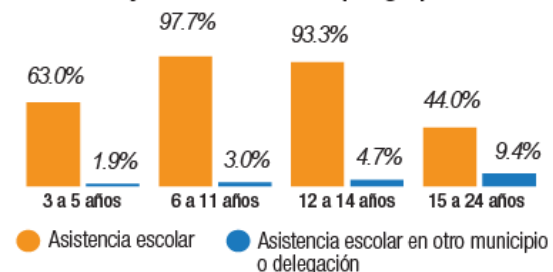
Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



Tasa de alfabetización por grupos de edad



Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad



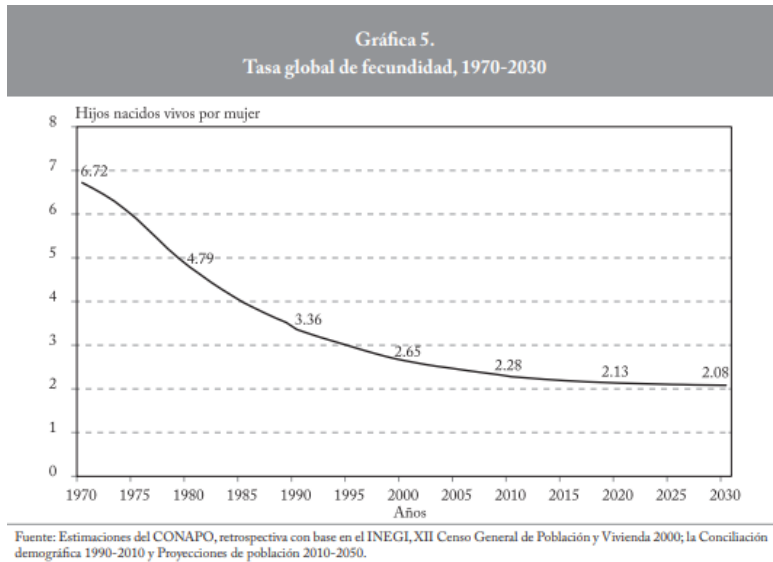
Escolaridad por grupo etario, INEGI 2015

A nivel nacional se estima una amplia cobertura de los servicios de vivienda, ya que muestra que el 98.7% posee electricidad siendo éste el servicio mejor distribuido, y el agua entubada el menos difundido con un 74.1% de alcance en la población.

La tasa de fecundidad nacional (promedio de hijos nacidos vivos) es de 1.7% contra la tasa de mortalidad en los mismos es de 2.7%

Natalidad

Hacia el año 2019 la CONAPO (Secretaría General del Consejo Nacional de Población) presentó cifras que ubicaban la ciudad de México con una tasa global de fecundidad de 1.47. (López M. F., 2013)



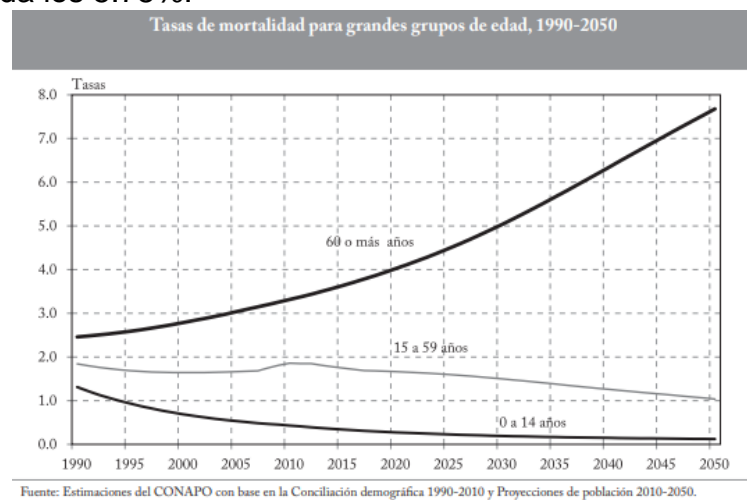
Desde 1990 hasta el 2010 el descenso en la tasa de fecundidad fue disminuyendo hasta alrededor de 1 hijo por mujer, y se espera que en 20 años más, alrededor del 2030 se logre el reemplazo generacional, es decir 2.1 hijos por mujer.

. (López M. F., 2013)

Mortalidad

En la república mexicana durante el 2018 el INEGI reportó 722,611 defunciones, de las cuales el 407,736 corresponden a hombres y 314,499 a mujeres, con una tasa de mortalidad que ronda los 5.78%.

A medida que la población envejece, el número de defunciones se inclina hacia los extremos más viejos de la sociedad, sin embargo, al inicio del siglo XXI, el porcentaje mayor de defunciones fue en individuos de edad laboral, esto debido a la violencia gestada en la sociedad. (López M. F., 2013)



Las principales causas de muerte en México en la población general son:

- Enfermedades del corazón (20.1%)
- Diabetes mellitus (14.1%)
- Tumores malignos (12%)
- Enfermedades del hígado (5.5%)
- Accidentes (5.2%)

(INSP, 2017)

Morbilidad

Conforme a las cifras descritas por la Dirección General de Epidemiología, en 2018, México es un país en transición, donde las causas de enfermedad infecciosa están siendo desplazadas por las enfermedades crónico degenerativas, a pesar de esta tendencia, en el mismo año, la principal causa de morbilidad siguen siendo las infecciones respiratorias agudas a nivel nacional, la siguen de cerca las infecciones intestinales, las de vías urinarias, úlcera gástrica y duodenitis, así como las enfermedades bucodentales en 5º lugar siendo la gingivitis y la periodontitis quienes reclaman esa posición. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus ocupan respectivamente los lugares 10 y 11 a nivel nacional. (Secretaría de Salud, 2018)

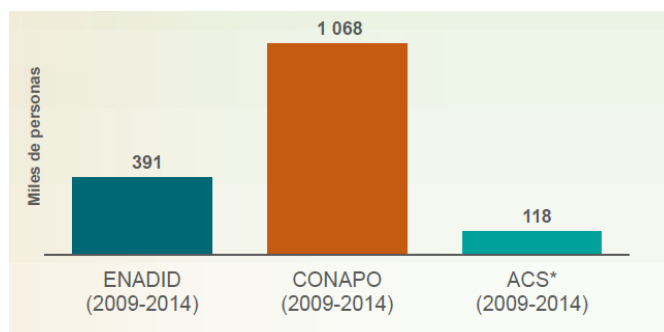
Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos 2018
Población General

Número	Padecimiento	Código de la lista detallada CIE10a. Revisión	Grupos de edad							
			< 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 44	45 - 49
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	1 643 805	4 240 755	3 203 846	2 030 118	1 477 300	1 567 903	4 400 630	1 427 064
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09 excepto A08.0	233 988	769 882	557 546	422 651	373 711	468 936	1 172 407	359 252
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	16 073	121 279	176 337	150 676	321 072	468 276	1 300 034	399 715
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	1 910	5 740	26 607	76 282	117 636	156 158	436 509	167 334
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	980	12 270	46 132	65 738	103 766	132 802	357 699	107 367

(Secretaría de Salud, 2018)

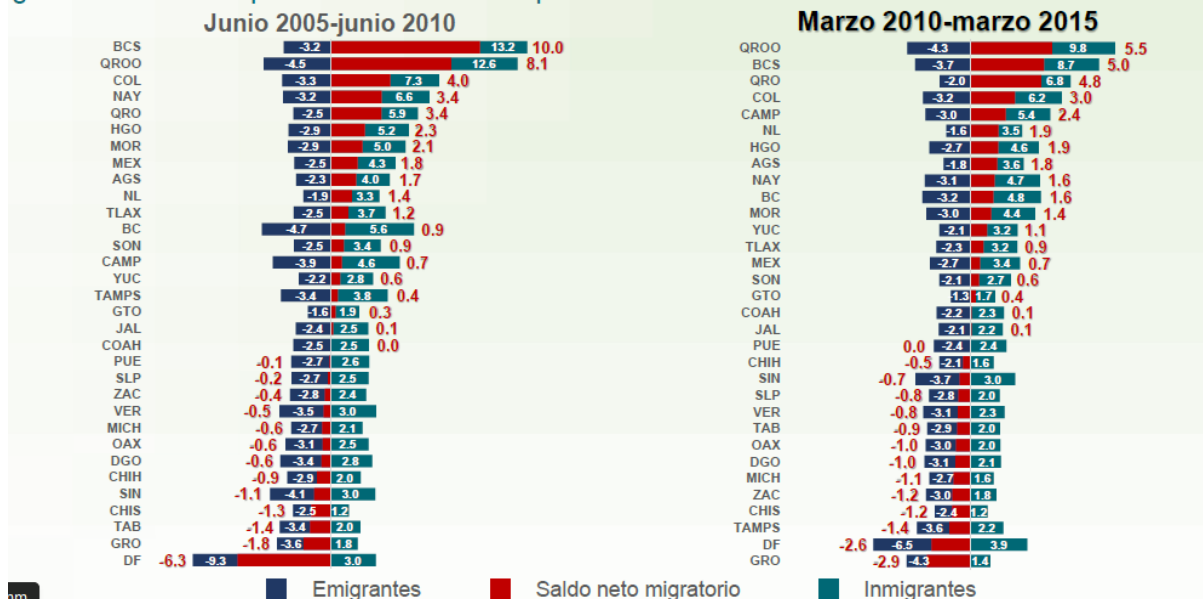
Migración

La Encuesta intercensal 2015 indica que en el periodo de 2009-2014 se dio una pérdida de población por migración internacional que varía desde los 118 habitantes hasta los 1 068 habitantes, dependiendo de la institución investigadora.



(INEGI, 2015)

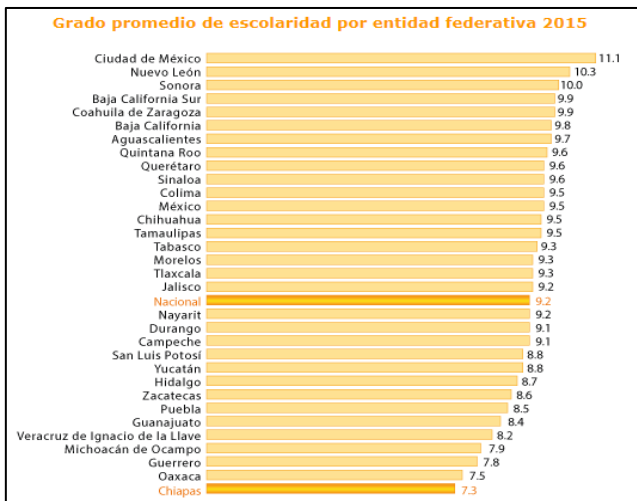
¿Cómo se movió la población al interior del país?



(INEGI, 2015)

Educación

En 2015, México presentaba una tasa de alfabetización del 98.2% en población de 15 a 24 años, y de 92.1% en mayores de 25 años, los años de estudio en promedio eran de 9.2, lo que equivale a que la población mexicana ronda con una educación promedio a nivel secundaria.



En la tabla comparativa del promedio de escolaridad podemos ver que la ciudad de México cuenta con el primer lugar, con un promedio de 11.3 años de estudio, la media nacional se encuentra en 9. (INEGI, 2015)

Educación, INEGI 2015

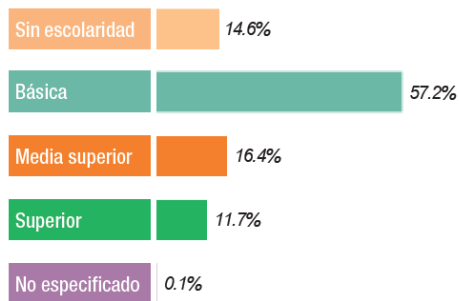
Panorama sociodemográfico de México 2015



Características educativas



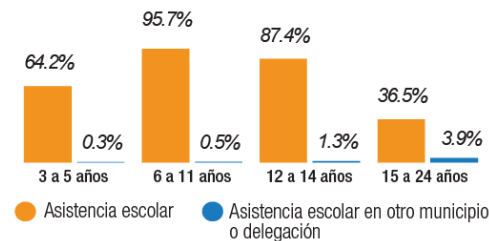
Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



Tasa de alfabetización por grupos de edad

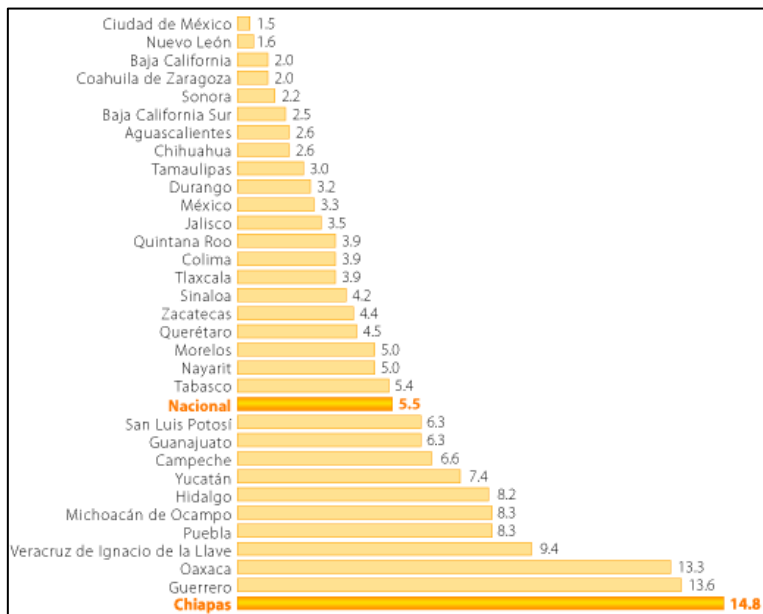


Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad



Educación, INEGI 2015

Las gráficas anteriores nos muestran como en efecto, el 57.2% de la población cuenta apenas con educación básica en contraste con la educación superior que es del 11.7% existen más personas sin ningún grado de estudios llegando esta cifra hasta un 14.6%



Educación, INEGI 2015

Otro indicador importante que nos muestra el rezago educativo es la población analfabeta, es decir, mayores de 15 años que no sabe leer ni escribir, el promedio nacional es de 5.5 personas por cada 100 habitantes. (INEGI, 2015)

Durante el año 2010 el grado promedio de escolaridad a nivel nacional era de 8.6 grados, para el año de 2015 aumentó a 9.1 grados, lo cual significa secundaria terminada, el grado de los hombres ronda los 9.3 grados, cifra un poco mayor a los 9 grados de las mujeres.

En 2010, la población analfabeta fue de 5, 393,665 el 6.9% de la población la cual se logró disminuir en 2015 a 4,749,057 es decir al 5.5% de la población logrando un descenso del 1.4% en 5 años. (INEGI, 2015)

Vivienda

Antes de entrar de lleno con los indicadores de vivienda, debemos recordar que como vimos en un principio, parte de las determinantes del concepto de salud, es el poseer una vivienda digna, como lo establece el artículo 4º constitucional, sin embargo, este artículo no nos revela que es considerado una “vivienda digna”

Para definir todo esto, se creó la ley de vivienda, donde en su artículo 2º describe las condiciones para una vivienda “Digna y decorosa”

A grandes rasgos una vivienda digna, debe ser un espacio habitable, salubre, que cuente con los servicios básicos, y brinde seguridad jurídica en cuanto a su legítima posesión, contemple criterios para la prevención de desastres y de protección física a sus ocupantes ante los elementos naturales potencialmente agresivos (Congreso de la Unión, 2019)

Así mismo la CONAVI considera como población con carencia a las personas que residan en viviendas con al menos una de las siguientes características:

- El material del piso es tierra
- El material del techo es de lámina, cartón o desechos
- El material de los muros es de barro, bajereque, carrizo, bambú o palma; lámina de cartón, metálica, asbesto o deshecho
- El hacinamiento es mayor a 2.5 personas por cuarto

Referente a los servicios básicos de vivienda, se considera que son adecuados cuando se cuenta con:

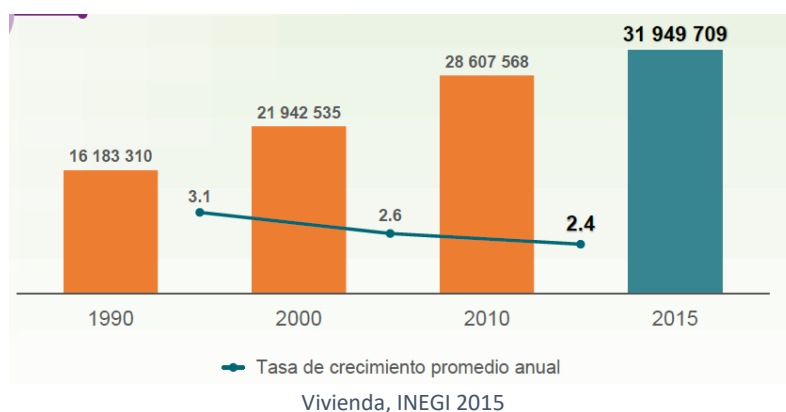
Agua entubada ya sea dentro o fuera de la vivienda, pero dentro del terreno

Tenga drenaje conectado a la red pública o a una fosa séptica

Electricidad proveniente del servicio público, paneles solares, planta particular u otra fuente

Que para cocinar utilice combustible como gas LP o natural, electricidad. En el caso de estufa de leña o carbón, este deberá contar con chimenea.

En México hasta el 15 de marzo de 2015 existían en el país 31,949,709 viviendas, respecto al año 2010 en que hubo un número de 28,607,568 viviendas, es decir, hubo un aumento de 3,342,141 viviendas con una tasa de crecimiento al año de 2.4.



La cantidad de habitantes por vivienda de igual manera ha decrecido de 3.9 a 3.7 habitantes por vivienda, siendo este el promedio nacional

Tenencia de la vivienda



- 67.7% Propia
- 15.9% Alquilada
- 14.1% Familiar o prestada
- 1.5% Otra situación
- 0.8% No especificado

De ese total el 37.7% posee casa propia mientras que el 15.9% alquila

(INEGI, 2015)

En torno a los servicios básicos, con respecto al 2010, en el 2015 el porcentaje de viviendas con electricidad aumento en un porcentaje de 0.9% pasando de 97.8% a 98.7% en 5 años siendo uno de los servicios más universales en el país. El agua intubada dentro de las viviendas aumentó de un 69.5% a un 74.1% del 2010 al 2015, de igual forma el número de personas que no contaban con drenaje bajo del 9% a un 6.1%

En 2010 37 de cada 100 hogares tenían piso con algún recubrimiento que aumento en 43 por cada 100 al año 2015 y aunque en las estimaciones, el porcentaje de viviendas con piso de cemento disminuyo respecto al 2010, el piso de algún otro material como mosaico o madera aumento, logrando la reducción del 6.2% a un 3.6% el piso de tierra entre las quinquenas del 2010 y 2015. (INEGI, 2015)

Para los servicios de eliminación de basura entre el 2010 y el 2015 la recolección de basura a nivel nacional tiene como principal medio de desecho el camión recolector cuyo alcance aumento del 78.6% al 79.4% respectivamente, el porcentaje de basura quemada se logró disminuir de 14.9% a 12.3% lo cual repercute positivamente en la ecología, inclusive el porcentaje de personas que tiraban basura en otros lugares se redujo del 2% al 1.3%



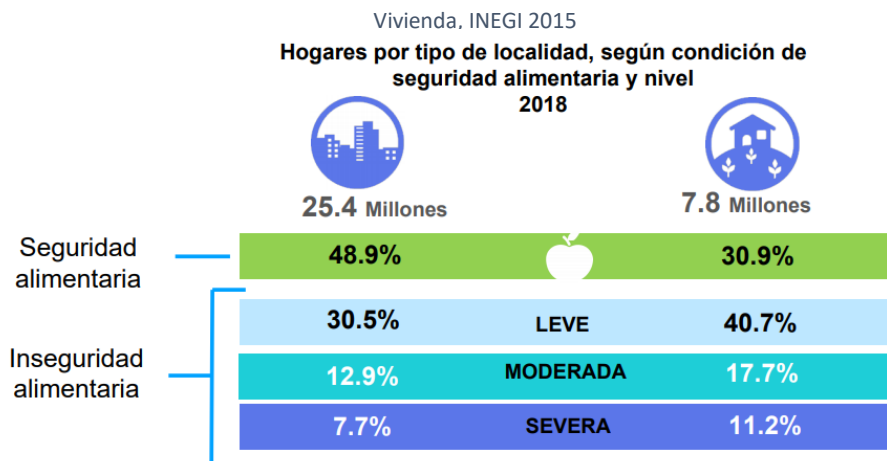
Viviendas con materiales de construcción precarios



Vivienda, INEGI 2015

Alimentación

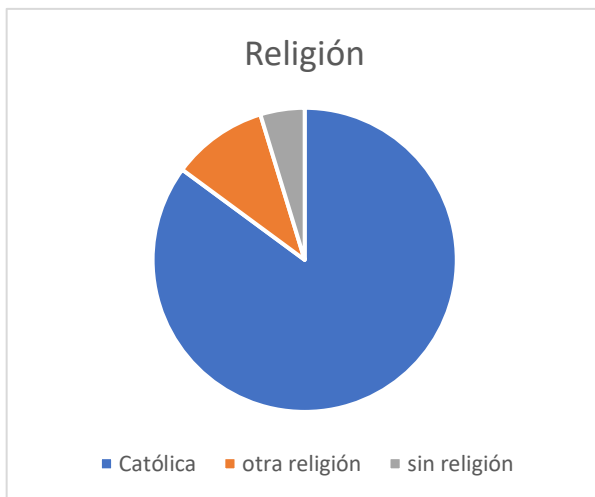
De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, el 44.5% de los hogares en México se identificaron con seguridad alimentaria contra el 22.6% que presenta inseguridad alimentaria en grados moderada y severa, el restante presenta inseguridad leve. (ENSANUT, 2018)



Alimentación, ENSANUTI 2018

Religión

En el censo del INEGI del 2010 de población y vivienda se muestra que el 89.3% de la población mayor a 5 años profesa la religión cristiana, el 8% profesan alguna religión protestante y el restante 2.5% tiene otra religión. (INEGI, 2010)



- Católica: 84, 217,138 habitantes
- Otra Religión: 10, 076,056 habitantes
- Sin religión: 4, 660,692

(INEGI, 2010)

Religión, INEGI 2010

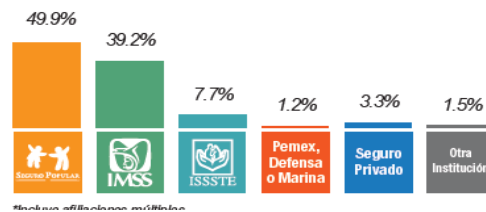
Servicios de salud

A nivel nacional se registraron 98, 224,540 habitantes afiliados a un servicio de salud, equivalente a un 82.2% de la población, en comparación con el 2010 donde un 64.6% de la población estaba afiliada a un servicio de salud, esto implicó un aumento de 17.6% de la población en 5 años. Varias de estas personas incluso tenían múltiples afiliaciones correspondientes a los siguientes sistemas de salud:

- Seguro popular 49.9%
- IMSS 39.2%
- ISSSTE 7.7%
- Institución privada 3.3%
- Otra institución 1.6%
- PEMEX 1.2%

(INEGI, 2015)

El acceso a los servicios de salud es amplio, tristemente, aún existe un 17.8% de población que no es derechohabiente de ningún sistema de salud. (INEGI, 2015)



Acceso a servicios de salud, INEGI 2015

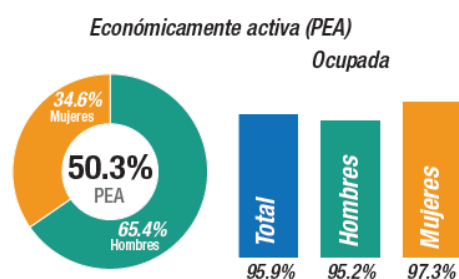
Población económicamente activa (PEA)

Se define con este nombre a un conjunto de la población que a partir y hasta la edad que cada estado fija como límites mínimo y máximo para ingresar y egresar del mundo laboral, se encuentra efectivamente trabajando o está buscando activamente un puesto de trabajo.

Población Económicamente Activa Ocupada (PEAO)

Conjunto de personas que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de referencia ha trabajado como mínimo una hora (en una actividad económica). El criterio de una hora trabajada, además de preservar la comparabilidad con otros países, permite captar las múltiples ocupaciones informales y/o de baja intensidad que realiza la población.

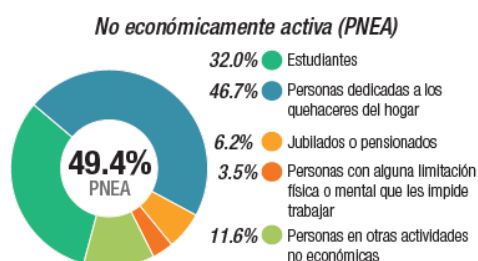
Población de 12 años y más



A nivel nacional, el 50.3% de la población es económicamente activa, de los cuales la mayoría (64.4%) son hombres y el 34.6% restante mujeres. (INEGI, 2015)

Población No Económicamente Activa (PNEA)

La población económicamente inactiva abarca a todas las personas de 16 o más años, no clasificadas como ocupadas ni paradas ni población contada aparte durante la semana de referencia. Abarca personas que se dedican a su hogar, estudiantes, personas que realizan servicio social o actividades sin remuneración, jubilados, incapacitados para trabajar o que no ejercen ninguna actividad económica y reciben ayuda / ingresos del gobierno.



Porcentaje de la población de 12 años y más con condición de actividad no especificada 0.3%.

Podemos observar que en México casi la mitad (49.4%) de la población cae dentro de la PNEA, siendo la abrumante mayoría de éstos (46.7%) personas dedicadas al hogar seguidos muy de cerca por población estudiantil. (INEGI, 2015)

Salario Mínimo

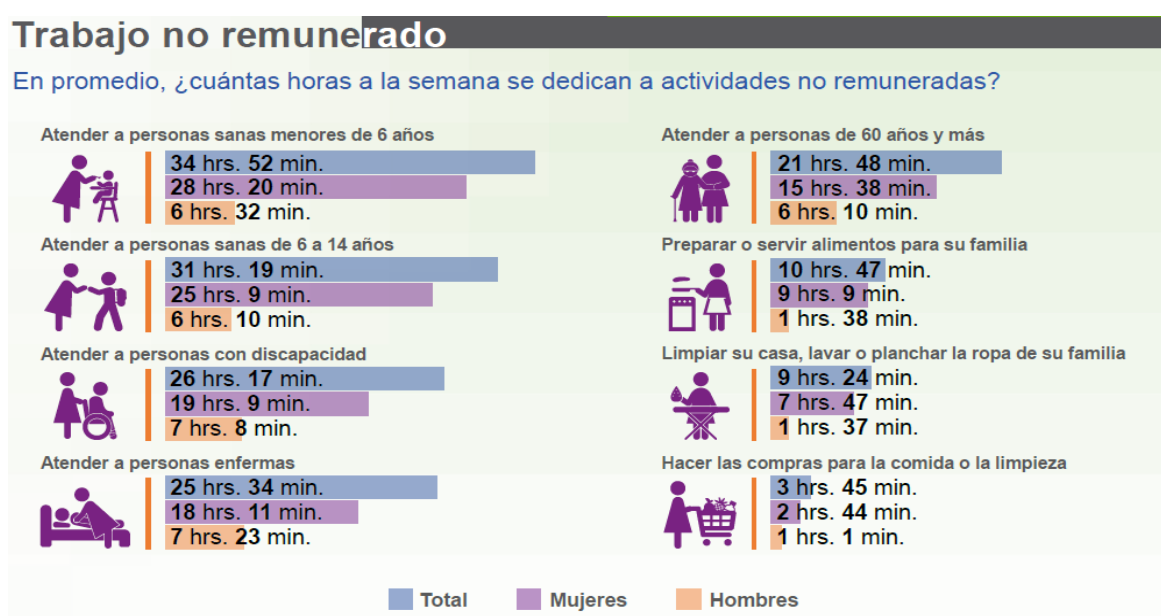
A decir por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI), cuyo último ajuste salarial tuvo entrada en vigor el día 1 de enero del 2020, establece

que el salario mínimo general a partir del 1 primero de enero del 2020 es de 128.41 pesos el salario nominal mínimo, de 128.41 el salario mínimo real con una variación real del 18.1%.

Presenta además una lista con 59 oficios con su respectivo ajuste en la frontera norte y el resto del país. (Secretaria de Trabajo, 2020)

Doble Jornada en Mujeres

Éste es un concepto que hace referencia a la suma de una jornada remunerada más una jornada dedicada principalmente a las tareas del hogar y cuidado de personas dependientes, llámense estas niños o ancianos.



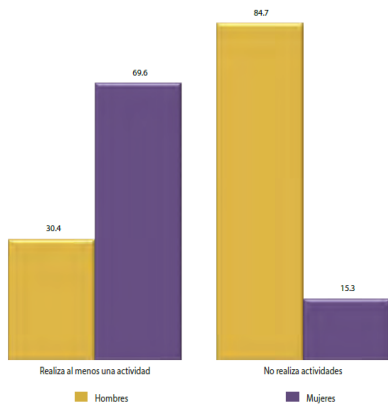
Doble jornada, INEGI 2015

En México la mayor parte de este trabajo lo realizan las mujeres, por no decir que es un quehacer culturalmente relegado a la mujer, llámese cultura, machismo, inequidad de género, o el adjetivo que gusten, en el censo poblacional de 2015 se deja claro que el papel de la mujer en las jornadas dobles es una actividad que ocupa casi tantas horas y en algunos casos más que un empleo remunerado.

Por poner un ejemplo, una mujer mexicana ocupa 28 horas y 20 minutos en promedio en cuidar a un menor de 6 años, mientras que un hombre mexicano gasta en promedio 6 horas con 32 minutos a la semana en realizar la misma actividad. (INEGI, 2015)

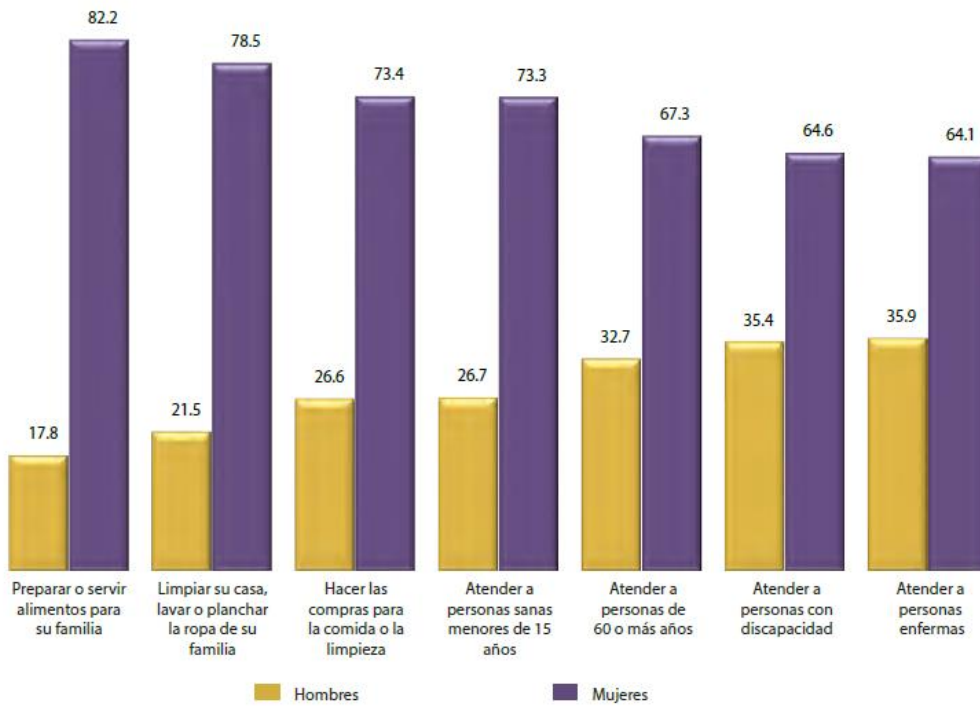
La importancia del trabajo no remunerado, o doble jornada es que en él se basa el correcto funcionamiento de la sociedad, sin embargo, existe una grave inequidad, ya que de cada 100 personas que lo realizan, 70 son mujeres. (INEGI, 2015)

Distribución porcentual de la población de 12 años y más según condición de actividad no remunerada y sexo



Doble jornada, INEGI 2015

Distribución porcentual de la población de 12 años y más que realiza trabajo no remunerado según tipo de actividad y sexo



(INEGI, 2015)

Etnicidad y lengua

En el 2015, de los 119,530,753 habitantes, el 21.5% se consideran indígenas (25,699,111 habitantes) casi un cuarto de la población total, sin embargo, solo el

6.52% habla una lengua indígena y de estos el 12.32% no hablan el español. (INEGI, 2015)

Población que se considera indígena

21.50%

Población que se considera afrodescendiente

1.16%

Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena

6.52%

12.32%

de los hablantes de lengua indígena no hablan español.

Chiapas

Localizado al sureste de México, se anexó a la república después de la caída del primer imperio mexicano el 14 de septiembre de 1824.

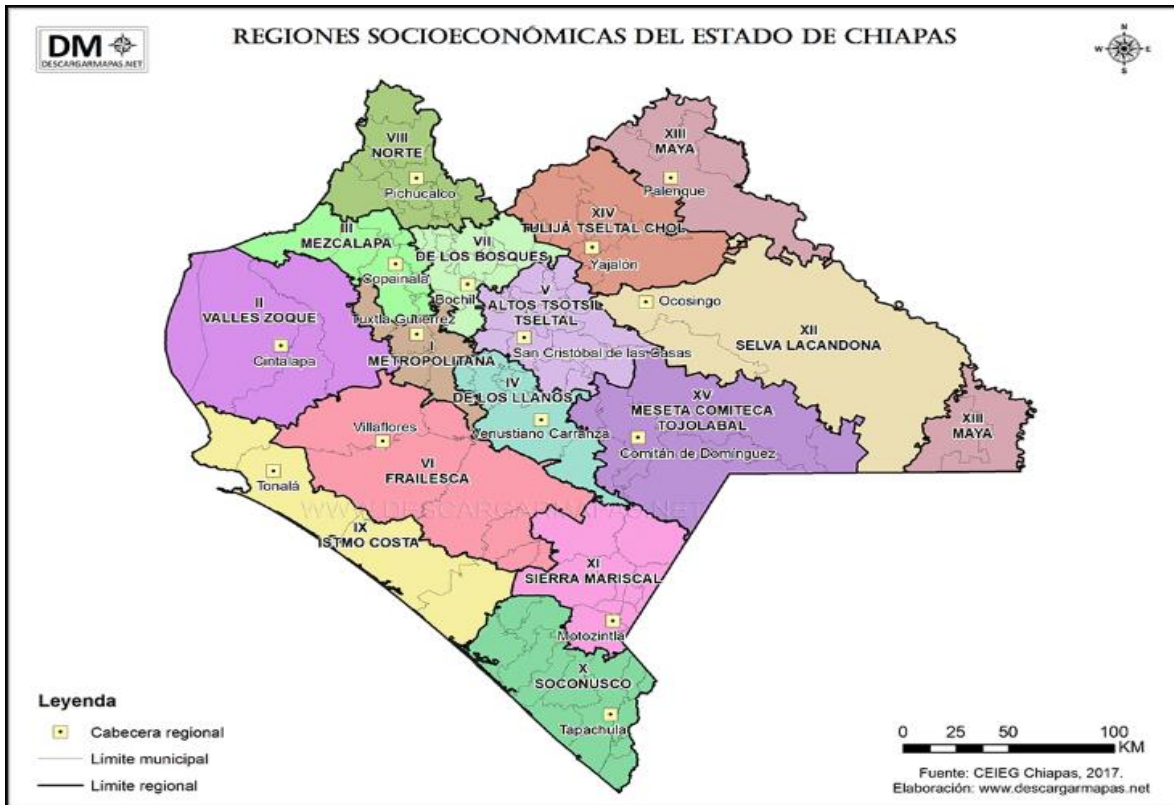
Colinda al norte con Tabasco, al oeste con Veracruz y Oaxaca, al sur con el océano pacífico y al este con la República de Guatemala. Al norte $17^{\circ}59'$, al sur $14^{\circ}32'$ de latitud norte; al este $90^{\circ}22'$, al oeste $94^{\circ}14'$ de longitud oeste.

Su extensión territorial es de 74,415 km², siendo el octavo estado más grande de la república mexicana, que representa el 3.8% de la superficie del país, posee además 658.5 km (57.3%) de la frontera sur. Cuenta con 260 km de litoral y 123 municipios divididos en 15 regiones.

Su ciudad capital es Tuxtla Gutiérrez

Posee pueblos Tseltales, Tsotsil, Ch'ol, Tojol-ab'al, Zoque, Chuj, Kanjobal, Mam, Jacalteco, Mochó, Cakchiquel y Lacandón o Maya Caribe; 12 de los 62 pueblos indios reconocidos oficialmente en México. (Gobierno de Chiapas, 2020)



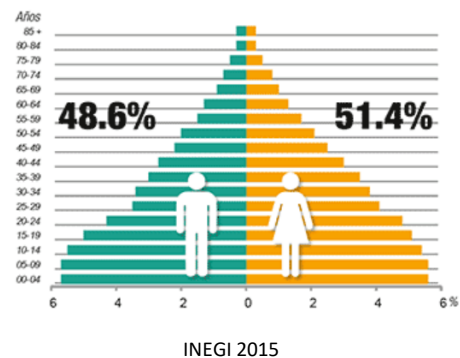


Población

En el estado de Chiapas, en el año 2015 según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó que en el estado vivían 5, 217,908 habitantes, de los cuales 2, 681,187 eran mujeres y 2, 536,721 eran hombres.

Ocupando el 7 lugar en número de habitantes. (INEGI, 2015)

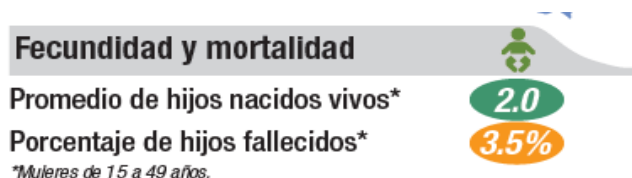
Habitantes por edad y sexo



Cuenta con una tasa de crecimiento del 1.8 anual, (INEGI, 2015), por cada 100 mujeres en el estado existen 95 hombres, la edad media estatal es de 23 años. (INEGI, 2015)

Natalidad

Hacia el año 2019 la CONAPO (Secretaría General del Consejo Nacional de Población) presentó cifras que ubicaban a Chiapas con un promedio de hijos por entidad del 2.71, mientras que la ciudad de México se encontraba con un promedio de 1.47, de acuerdo con las tendencias de los últimos decenios, para el año 2030 Chiapas se colocara como la entidad con mayor tasa global de fecundidad siendo de 2.48 hijos por mujer. (López M. F., 2013)



(INEGI, 2015)

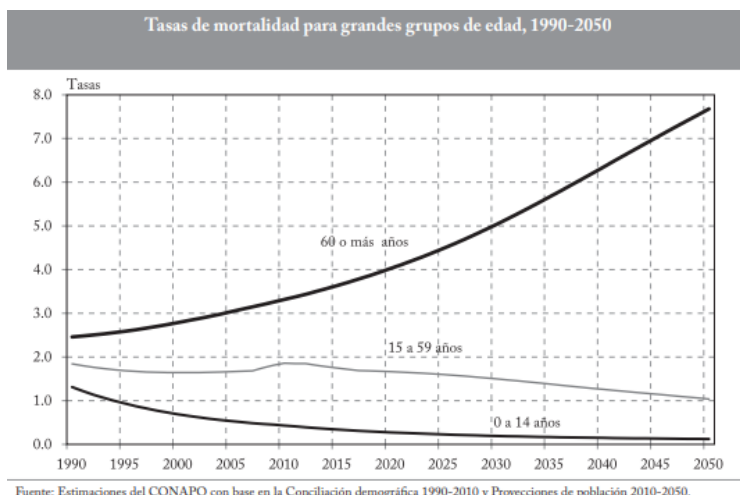
Hacia el año 2019 la CONAPO (Secretaría General del Consejo Nacional de Población) presentó cifras que ubicaban a Chiapas con tasa global de fecundidad del 2.71, mientras que la ciudad de México se encontraba con un promedio de 1.47, de acuerdo con las tendencias de los últimos decenios, para el año 2030 Chiapas se colocara como la entidad con mayor tasa global de fecundidad siendo de 2.48 hijos por mujer. (López M. F., 2013)

Mortalidad

En Chiapas, al 2015 se registraron 27,213 defunciones, siendo 14,914 hombre y 12,296 mujeres con una tasa de mortalidad de 5.12% (INEGI, 2018)

A medida que la población envejece, el número de defunciones se inclina hacia los extremos más viejos de la sociedad, sin embargo, al inicio del siglo

XXI, el porcentaje mayor de defunciones fue en individuos de edad laboral, esto debido a la violencia gestada en la sociedad. (López M. F., 2013)



Las principales 5 causas de muerte en Chiapas durante el 2018 son las siguientes:

1. Enfermedades del corazón
2. Diabetes mellitus
3. Tumores malignos
4. Enfermedades del hígado
5. Enfermedades cerebrovasculares

Siendo más específicos, los hombres tienen las mismas 4 primeras causas de muerte, la 5ª causa cambia por accidentes principalmente de tráfico vehicular, las mujeres conservan iguales las 5 principales causas de muerte. (INEGI, 2018)

Morbilidad

Las primeras 5 causas de enfermedad en el Estado de Chiapas son:

- Infección respiratoria aguda
- Infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas
- Infecciones de vías urinarias
- Úlcera gástrica y duodenal
- Gingivitis y enfermedad periodontal.

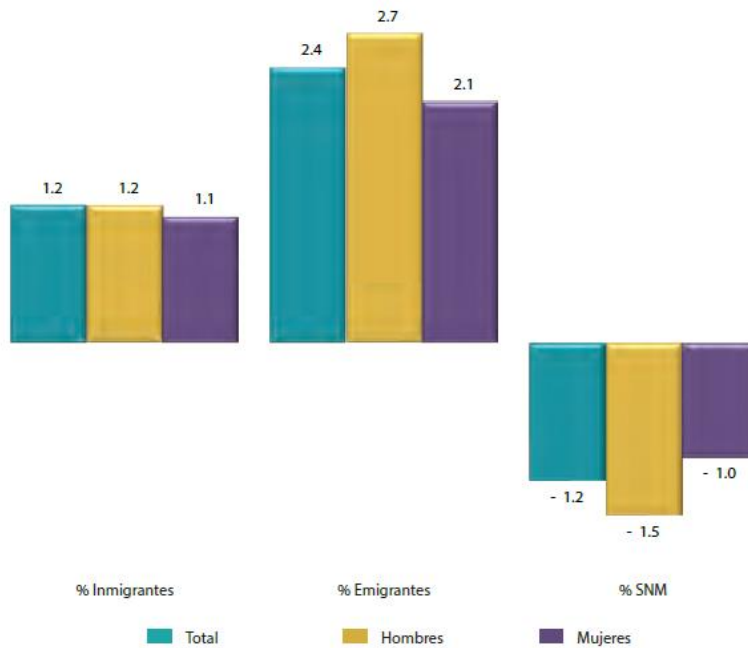
(Secretaría de Salud, 2018)

Todas estas favorecidas por el contraste climático tan amplio entre las diferentes regiones de Chiapas, las características propias de la montaña, la selva, la distribución desigual de las poblaciones y el acceso universal deficiente a los servicios de saneamiento público.

Migración

En los últimos 5 años se ha visto que el estado de Chiapas no ha sido un estado atractivo para la población migrante, en los últimos 5 años 1.2% de personas llegaron a la entidad contra el 2.4% que salieron en ese mismo periodo, dando un saldo neto migratorio (SNM) negativo de 1.2%, la principal población que migra son hombres, esto buscando fuentes de empleo en los estados colindantes y en algunos casos a la región del bajo y norte de la república. (INEGI, 2015)

Porcentaje de población inmigrante, emigrante y saldo neto migratorio interno por sexo

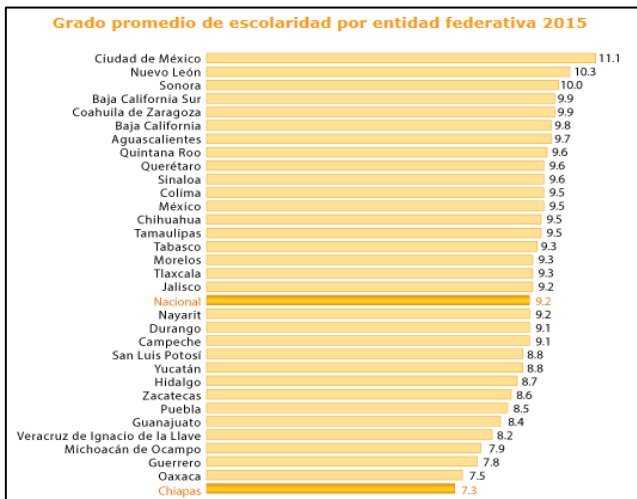


Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Migración, INEGI 2015

Educación

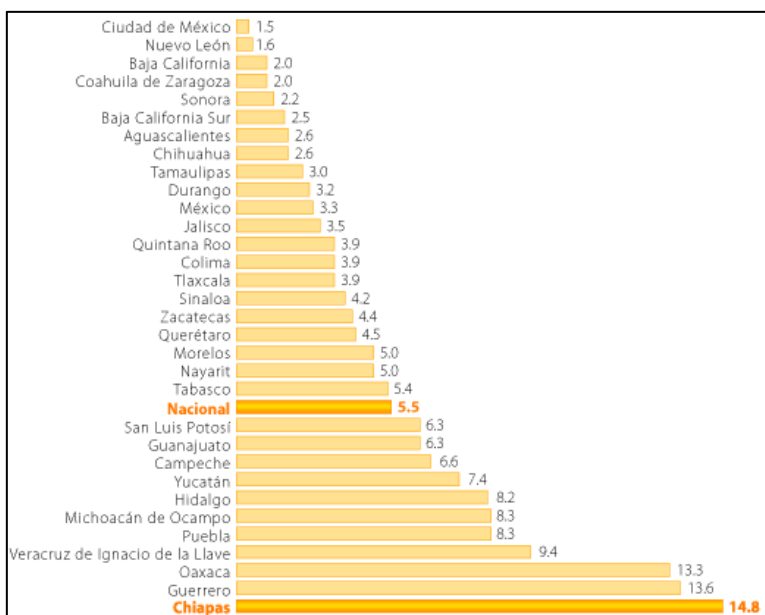
Chiapas cuenta con una tasa de alfabetización del 95.5% en población de 15 a 24 años y del 79.6% en población de 25 años y más, con un promedio de 7 años de estudio, nos damos cuenta que equivale a que la población mexicana ronde con una educación en promedio a nivel secundaria, mientras que en Chiapas, significa una educación primaria terminada.



Educación, INEGI 2015

En la tabla comparativa del promedio de escolaridad podemos ver que la ciudad de México cuenta con el primer lugar, con un promedio de 11.3 años de estudio, la media nacional se encuentra en 9.2 y Chiapas ocupa el último lugar de los 32 estados con 7.3 años en promedio. (INEGI, 2015)

Otro indicador importante que nos muestra el rezago educativo de la región, es el comparar la población analfabeta, es decir, mayores de 15 años que no sabe leer ni escribir, ya que el promedio nacional es de 1.5 personas por cada 100 habitantes, sin embargo, Chiapas multiplica esta cifra por 15, ya que por cada 100 habitantes, existen 15 que no saben ni leer ni escribir. (INEGI, 2015)



Educación, INEGI 2015

Chiapas mostraba un porcentaje de analfabetismo en 2010 de 550,844 es decir del 17.8% de la población la cual se logró disminuir a 515,648 es decir 14.8% de la población, si bien fue un avance casi acorde a la media nacional con un 3% de disminución en 5 años, las cifras no dejan de estar a más del doble del promedio nacional, destacando que como indican las estadísticas, la población con mayor número de analfabetismo por sexo siguen siendo las mujeres alcanzando un porcentaje de 64.4% contra el 35.6% de hombres, tan solo en el estado de Chiapas. (INEGI, 2015)

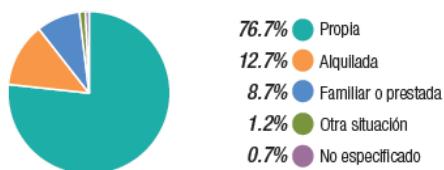
Vivienda

Las viviendas conforme a lo señalado en la ley de vivienda, al tener al menos un elemento de material precario para la construcción pierde la categoría de “vivienda digna”, en Chiapas, el 3.5% de las viviendas tienen un material perecedero en sus paredes, el 0.7% en el techo y el 10.6% de los hogares aun cuentan con piso de tierra, todo esto es el caldo de cultivo perfecto para desarrollar enfermedades infecciosas u disminuir la calidad de vida de los habitantes al existir la posibilidad de que sus hogares no les brinden una protección física eficiente contra los elementos climáticos y de su ambiente.

La cantidad de habitantes por vivienda de igual manera ha decrecido de 3.9 a 3.7 habitantes por vivienda, siendo este el promedio nacional, por su parte

Chiapas es el estado que mayor número de habitantes tiene por vivienda siendo de 4.2 habitantes por vivienda.

Tenencia de la vivienda



Vivienda, INEGI 2015

De ese total el 37.7% posee casa propia mientras que el 15.9% alquila

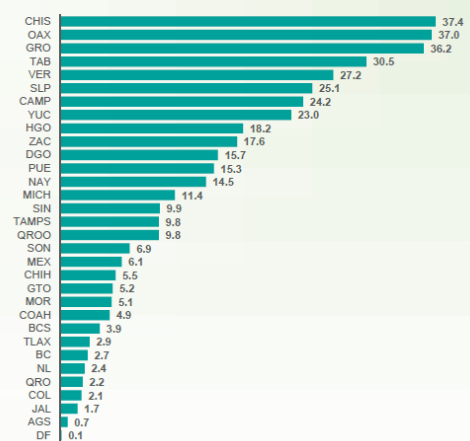
(INEGI, 2015)

En torno a los servicios básicos, con respecto al 2010, en el 2015 el porcentaje de viviendas con electricidad aumento en un porcentaje de 0.9% pasando de 97.8% a 98.7% en 5 años siendo uno de los servicios más universales en el país. El agua intubada dentro de las viviendas aumentó de un 69.5% a un 74.1% del 2010 al 2015, de igual forma el número de personas que no contaban con drenaje bajo del 9% a un 6.1%

En 2010 37 de cada 100 hogares tenían piso con algún recubrimiento que aumento en 43 por cada 100 al año 2015 y aunque en las estimaciones, el porcentaje de viviendas con piso de cemento disminuyo respecto al 2010, el piso de algún otro material como mosaico o madera aumento, logrando la reducción del 6.2% a un 3.6% el piso de tierra entre las quinquenas del 2010 y 2015. (INEGI, 2015)

Para los servicios de eliminación de basura entre el 2010 y el 2015 la recolección de basura a nivel nacional tiene como principal medio de desecho el camión recolector cuyo alcance aumento del 78.6% al 79.4% respectivamente, el porcentaje de basura quemada se logró disminuir de 14.9% a 12.3% lo cual repercute positivamente en la ecología, inclusive el porcentaje de personas que tiraban basura en otros lugares se redujo del 2% al 1.3%

Porcentaje de viviendas en que los ocupantes queman o entierran la basura por entidad



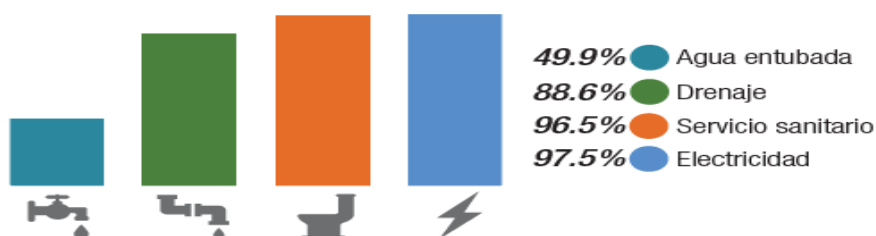
Aún con todo esto, Chiapas es el estado donde más se quema y entierra basura de la república con un porcentaje de 37.4%, le siguen de cerca Oaxaca y Guerrero, estos tres estados tienen en común el ser los estados más pobres del país. (INEGI, 2015)

Vivienda, INEGI 2015

En Chiapas el total de viviendas fue de 1, 239,007, lo cual representa el 3.9% del total de viviendas del país, el promedio de ocupantes por vivienda es de 4.2, mientras que el promedio de habitantes por cuarto es de 1.4.

El acceso de este estado a los servicios básicos es aún precario, compitiendo casi a la par con Oaxaca y Guerrero, el 49.9% de su población apenas cuenta con agua entubada y la electricidad es el servicio mayormente difundido con un 97.5%, estas características son indicios de las principales enfermedades que podemos encontrar en la población.

Disponibilidad de servicios en la vivienda



Las viviendas conforme a lo señalado en la ley de vivienda, recordaremos que al tener al menos un elemento de material precario para la construcción pierde la categoría de “vivienda digna”, a nivel estatal, el 3.5% de las viviendas tienen un material percedero en sus paredes, el 0.7% en el techo y el 10.6% de los hogares aun cuentan con piso de tierra, todo esto es el caldo de cultivo perfecto para desarrollar enfermedades infecciosas u disminuir la calidad de vida de los habitantes al existir la posibilidad de que sus hogares no les brinden una protección física eficiente contra los elementos climáticos y de su ambiente.

Viviendas con materiales de construcción precarios



Vivienda, INEGI 2015

Alimentación

Según el departamento de Sociedad y Cultural de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) en su investigación “Miradas sobre la vulnerabilidad en el sureste de México; megadiversidad y prácticas alternativas para el bienestar” llevado a cabo en municipios rurales de Chiapas, integran que las zonas rurales se han fusionado con la cultura de alimentos industrializados, lo cual ha modificado las prácticas y costumbres de la población. (Gómez, 2018)

Derivado de lo anterior, los perfiles de morbilidad han virado hacia la diabetes y enfermedades cardiovasculares que convergen con la desnutrición y la obesidad. (Gómez, 2018)

En el contexto de la pobreza, ha disminuido la producción de alimentos para el autoconsumo, aunado a la penetración de alimentos altos en grasas y carbohidratos. (Gómez, 2018)

Así mismo, los apoyos gubernamentales que promueven el uso de fertilizantes han dañado en gran medida la biodiversidad y el uso de los suelos, derivando en que las estrategias de compra y venta de maíz, frijol y hortalizas sea insuficiente para cubrir sus necesidades.

(Gómez, 2018)

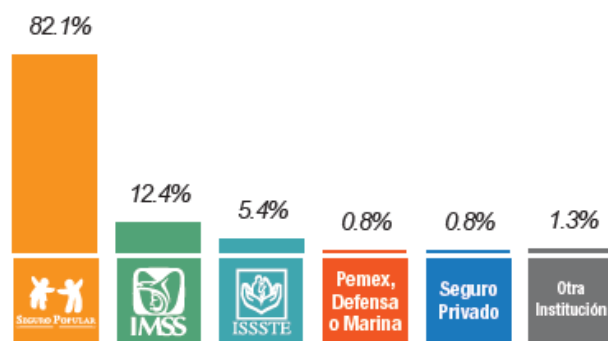
Religión

En Chiapas, durante el 2010, el censo de población y vivienda reveló que el 58% de la población profesa la religión católica. La población en 2010 en Chiapas era de 5 217 908 habitantes lo que quiere decir que solo 3, 026,386.64 profesaban la religión católica. (INEGI, 2010)

Salud

Afiliación a servicios de salud

Población afiliada* **82.3%**



*Incluye afiliaciones múltiples.

De los 5, 217,908 de habitantes con que contaba Chiapas en 2015 el 82.3% de ellos contaba con algún sistema de salud en caso de enfermedad, es decir, 4,294,338 habitantes.

La suma total de cada institución receptora supera el 100% ya que algunos individuos cuentan con múltiples afiliaciones.

(INEGI, 2015)

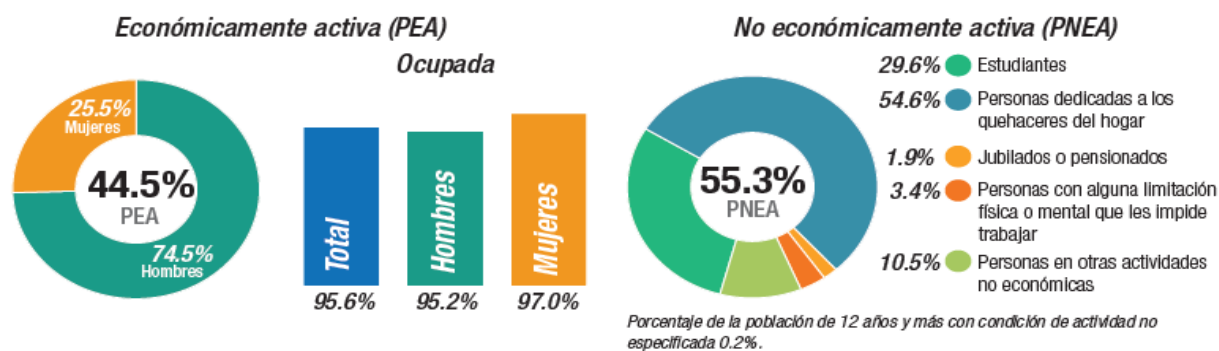
Población económicamente activa (PEA)

Según el censo de población de 2010, la PEA en la región de los altos es de 193,299 habitantes, de los cuales 73.62% son hombres y 26.38% son mujeres. De los cuales 189,613 se encuentran dentro de la PEAO. (Gobierno de Chiapas, 2013)

Características económicas



Población de 12 años y más



(INEGI, 2015)

Contrario a lo que sucede con el promedio nacional, el Estado de Chiapas cuenta con un porcentaje mayor de población no económicamente activa (55.3% de la población) siendo en su gran mayoría personas dedicadas al hogar (54.6%) y el porcentaje de estudiantes cercano al 30% de la PNEA. Vale la pena notar la abrumadora mayoría de PEA masculina, correspondiendo a la aún existente desigualdad laboral por género y las usanzas de los roles femeninos fuertemente marcados en la población.

Salario mínimo

Contrario a lo que la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI) dicta, el salario en la práctica real, y en mi experiencia con la población indígena y rural es inferior a los 128.41 pesos, llegando inclusive a ser de cifras de 50 pesos mexicanos a día en caso de las mujeres, por lo cual el poder adquisitivo, y el precio de la canasta básica supera con creces cualquier pago salarial en habitantes que se dedican al campo, la agricultura y la siembra de café.

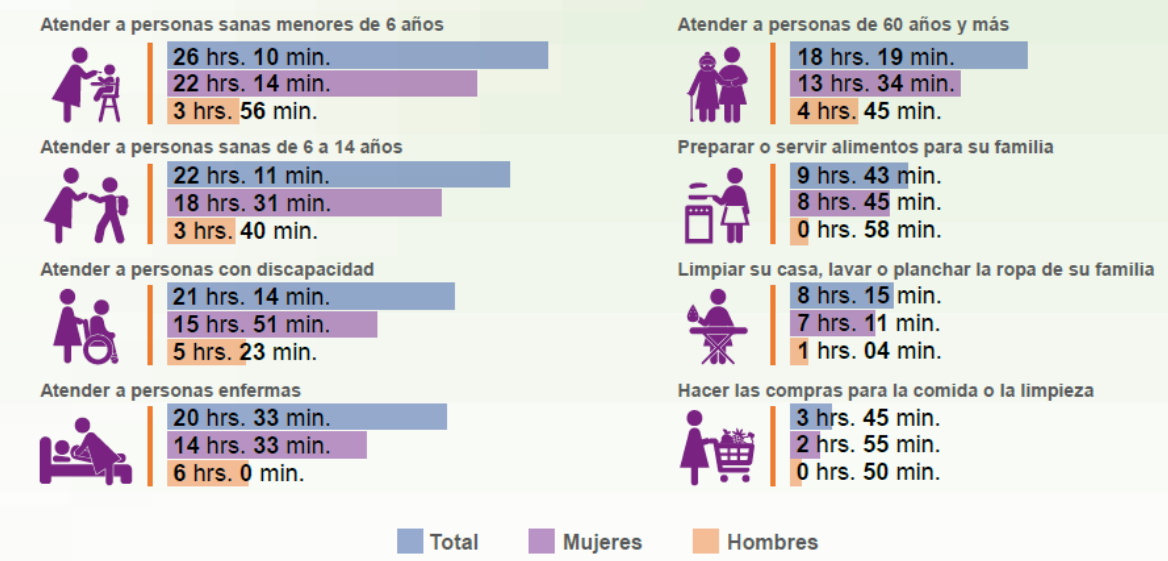
Jornadas dobles en Chiapas

Pesé a que la cultura y las situaciones socioculturales del estado de Chiapas difieren en gran medida de las de cualquier otra parte de la república, el papel en las dobles jornadas de la mujer se mantiene casi a la par, inclusive el papel del hombre en estas actividades tiene variaciones mínimas.

A pesar de que muchas de las mujeres Chiapanecas, que forman parte de un pueblo originario tienen trabajos frecuentemente relacionados con el campo y la agricultura, trabajo pesados, muchas veces tienen que hacerlos con su pequeño hijo en la espalda, lo que implica que el hecho de cuidar a un menor de edad a veces no es una tarea que se pueda obviar por al menos una parte del día, sino que es una tarea titánica y continua (INEGI, 2015)

Trabajo no remunerado

En promedio, ¿cuántas horas a la semana se dedican a actividades no remuneradas?



Doble jornada, INEGI 2015

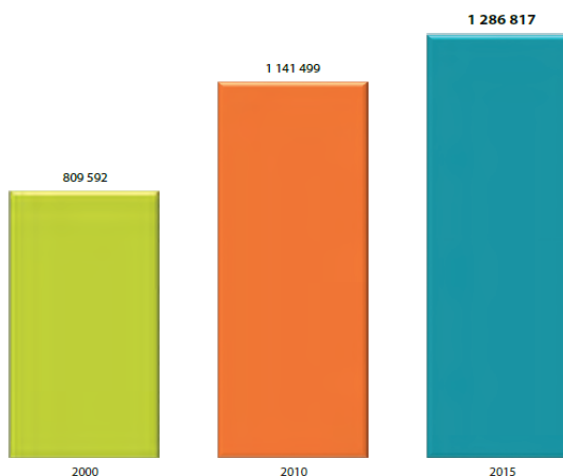
Etnicidad y lengua

En Chiapas, por cada 100 habitantes, 36 se consideran indígenas

Al igual que los censos de población y vivienda, en la encuesta intercensal la identificación de la población indígena se realiza mediante la condición de hablante de lengua indígena.

Hacia el año 2000 la población hablante de lengua indígena mayor de 5 años era de 809.6 mil, y ascendió a 1.1 millones, durante el 2015 se esperaba un crecimiento a 1.3 millones de hablantes de 5 años y más siendo 27.8% de la población de 5 años y más. (INEGI, 2015)

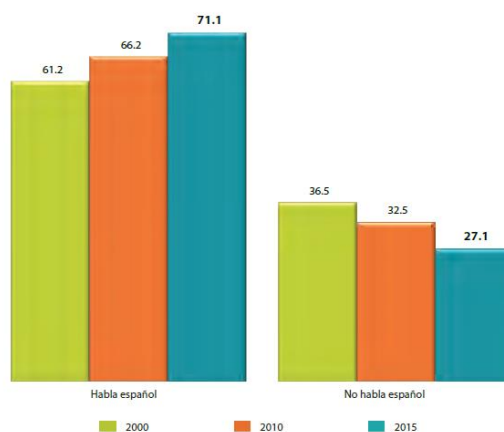
Población de 5 años y más hablante de lengua indígena, 2000, 2010 y 2015



Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010; Encuesta Intercensal 2015.

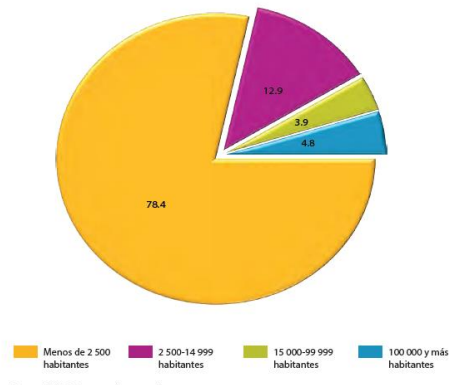
Desde el 2000 hasta el 2015 la población indígena que habla español ha aumentado desde un 61.2% en el 2000 hasta un 71.1% en 2015, a su inversa la población indígena que no habla español ha disminuido desde un 36.5% hasta un 27.1%, probablemente por la necesidad de integrarse a la sociedad, cuyo idioma oficial es el español.

Distribución porcentual de la población de 5 años y más que habla lengua indígena según condición de habla española, 2000, 2010 y 2015



Lengua indígena, INEGI 2015

Distribución porcentual de la población de 3 años y más hablante de lengua indígena según tamaño de localidad



habitantes.

La distribución de los hablantes de lengua indígena mayor de 3 años reside principalmente en localidades de menos de 2500 habitantes, donde se estima viven 78 de cada 100 hablantes de lengua indígena.

Solo 13 viven en áreas de 2500 a 149999 habitantes

Solo 9 hablantes viven en localidades de 15000 y más

Esto se debe a la permanencia de los indígenas en sus comunidades de origen, en cuanto a la población indígena en áreas más pobladas pueden ser nacidas en las ciudades o migrantes de pequeñas localidades hacia otras más grandes. (INEGI, 2015)

Las lenguas más habladas en Chiapas son el Tseltal que lo habla el 39.5% de la población, el Tsotsil en un 34.5% y el Ch'ol con un 15.4% de hablantes de la población. (INEGI, 2015)

Región V de los Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas

El hablar de la región de los Altos, es hablar de una región montañosa, cuyas mayores cumbres son los volcanes de Tzontehuitz y Huitepec, el clima es templado, subhúmedo, con abundante lluvia en verano, la vegetación es boscosa abundante en pino y encino, sobre los 2000 msnm la temperatura desciende, en promedio, el clima de la región oscila los 14° a 20° Celsius. (CIEG, s.f.)

En específico, la región de los altos se encuentra a una altura sobre el nivel del mar entre los 2000 y 3000 metros. (Dirección de información geográfica y estadística, 2017)

La región V, posee una superficie de 3,723.58 km², equivalente al 5% del territorio estatal según datos del INEGI 2010, consta de 17 municipios, su cabecera municipal es la ciudad de San Cristóbal de las Casas.

Cuenta con un total de 601,190 habitantes, distribuidos en 1182 localidades, de las cuales 23 son urbanas y el resto rurales, equivalente al 12.04% del estado y cuenta con una densidad de población por kilómetro cuadrado de 161.46 habitantes. (CEIEG, 2012)

Cuenta con un total de 601,190 habitantes, distribuidos en 1182 localidades, de las cuales 23 son urbanas y el resto rurales, equivalente al 12.04% del estado y cuenta con una densidad de población por kilómetro cuadrado de 161.46 habitantes. (CEIEG, 2012)



(CEIEG, 2012)

Alimentación

En el comparativo de 2010 coloca a la región de los Altos como un sitio con pobreza en el 88% de la población, pobreza extrema en 56% y pobreza moderada en 32% (CONEVAL, 2010), el CONEVAL mide los siguientes indicadores:

- Población con ingreso inferior a la línea de bienestar: valor monetario de una canasta alimentaria y no alimentaria de consumo básico.
- Línea de bienestar mínimo: valor monetario en un mes determinado de una canasta alimentaria básica. Para medirla se toma como referencia el valor de la canasta del mes de agosto de cada año en que se hace la medición y se calcula para los ámbitos rural y urbano (Gobierno de Chiapas, 2012)

Califica a la región de los altos como una zona con un ingreso inferior al costo de la canasta básica, encontrándose en esta categoría el 89% de la población, y el 66% se encuentra con una línea de ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo, por lo que al 2010 el 89% de la población se encontraba en pobreza alimentaria. (Gobierno de Chiapas, 2012)

Teniendo en perspectiva la inseguridad alimentaria que se vive, junto a los bajos ingresos se puede intuir porque la alimentación consiste en productos regionales, siendo principales el maíz, el frijol, el chile y la tortilla, también se consumen algunas verduras de temporada, quelites y frutos de temporada, existe un consumo ocasional de proteína animal en forma de huevo y carne de pollo, la carne de res y la leche no se frecuentan ya sea por su elevado costo o por el hecho de que a la mayoría de la población “no les gusta” o “les provoca diarrea”, a pesar de la limitación monetaria para la adquisición de alimentos, los alimentos chatarra tienen un papel primordial en la mesa de la población, los principales son los jugos, los llamados “chicharrines” y la coca cola.

Religión

San Cristóbal de las Casas, cabecera y centro rector de la región V de los altos Tsotsil-Tseltal, cuenta con una variedad de más de 200 religiones, es quizá una de las ciudades con mayor diversidad religiosa del país, es posible encontrar musulmanes, budistas, judíos, presbiterianos, nazarenos, asamblea de Dios, etc, donde la religión católica domina por un estrecho margen, es difícil hacer una estadística fiable, ya que sus fieles cambian constantemente de religión, hacia el 2010 el 58.30% dijeron ser católicos mientras que el promedio nacional es del 83%. (INEGI, 2010)

Servicios de salud

En la región de los altos, existen 6 unidades médicas de hospitalización, todas concentradas en la Ciudad de San Cristóbal de las Casas, contando con 1 hospital del ISSSTE, 1 hospital del ISSTECH, 2 hospitales IMSS oportunidades. 1 hospital de instituto de Salud (ISA) y 1 hospital ISA en el municipio de Larráinzar.

En cuanto a unidades de consulta externa cuenta con 17 unidades, distribuidas de la siguiente manera: 1 unidad del IMSS 1 del ISSSTE y 1 del ISA en el municipio de Alcala, 1 unidad del ISA en Chiapilla, 2 unidades del Isa en Socoltenango, 1 unidad del ISA en Totolapa, 1 unidad del IMSS 2 del ISSSTE y 7 del ISA en Venustiano Carranza.

En total se cuenta con 85 unidades del IMMS oportunidades, el punto en contra es que se encuentran distribuidos en el principal municipio de la región, por lo

que el 92% de la población presenta carencia por concepto de acceso a la seguridad social y el 34% carencia por acceso a la salud. (Gobierno de Chiapas, 2015)

Localidad	Población afiliada	Seguro popular %	IMS S %	ISSST E %	PEMEX %	Institución privada %	Otra %
San Cristóbal de las Casas	73.5	69.2	11.6	16.6	0.5	1.7	1.9
Chamula	79.2	98.2	2.1	0.1	0.0	0.1	0.3
Teopisca	84.2	87	0.8	1.2	0.0	0.1	11.4
Chenalhó	80.4	96.1	2.9	0.3	0.0	0.7	1
Chalchihuitán	82.6	94.7	5.5	0.1	0.0	0.1	0.0

(INEGI, 2015)

Las sumas dan porcentajes mayores al 100% ya que varias personas tienen afiliaciones múltiples.

Indicadores económicos

En la Región de los Altos, San Cristóbal de las Casas se alza como el centro rector de la economía regional, siendo el sitio de reunión y coacción cultural y educativa de la región, atrayendo turismo, inversión y producción de recursos.

Sin embargo, en el 2010 el censo del INEGI determinó que esta región tenía una población de 601, 190 personas, el 12% del total estatal, con una densidad de 161 habitantes por km, encontrándose poblaciones de menos de 250 personas en la porción norte de la sierra de los altos y las montañas del norte, esta distribución cercana a los ríos permite un uso agrícola en las regiones como Chalchihuitán, mientras que las llanuras presentan una importancia vital en la actividad agropecuaria. (Gobierno de Chiapas, 2013)

En la zona se encuentran áreas de cultivo agrícola y de café, siendo el 7 lugar a nivel estatal en productos agrícolas. De igual forma la ganadería es principalmente de bovinos y aves en las cabeceras de San Cristóbal y Teopisca, enfocadas al abasto local siendo el 15º lugar en importancia estatal, su principal producto es la leche llegando a una producción de 1 100 000 litros al año. (Gobierno de Chiapas, 2013)

En San Cristóbal se encuentra de igual forma un establecimiento de piscicultura.

La industria maderera se reparte entre San Cristóbal, Pantelhó, Teopisca y Oxchuc, encontrando fábricas y aserraderos.

Por su parte, la industria floricultora se ha establecido en Zinacantan además de ser junto a San Juan Chamula y San Cristóbal de las Casas importantes sitios turísticos. (Gobierno de Chiapas, 2013)

Población económicamente activa (PEA)

Según el censo de población de 2010, la PEA en la región de los altos es de 193,299 habitantes, de los cuales 73.62% son hombres y 26.38% son mujeres. De los cuales 189,613 se encuentran dentro de la PEAO. (Gobierno de Chiapas, 2013)

Localidad	PEA %	HOMBRES %	MUJERES %
Chiapas	44.5	745	25.5
San Cristóbal de las Casas	55.4	60.1	39.9
Chamula	44.1	72.2	27.8
Teopisca	45.4	80.6	19.4
Chenalhó	39.1	85.1	149
Chalchihuitan	26.4	943	5.7

Población Económicamente Activa Ocupada (PEAO)

En la región, se encuentran cerca de 193,299 habitantes dentro de la PEA, de los cuales 189,613 se encuentran dentro de la PEAO.

San Cristóbal de las Casas es el sitio con mayor PEA, con 74,452 habitantes de PEA y 72,589 habitantes dentro de PEAO. (Gobierno de Chiapas, 2013)

Localidad	PEA %	HOMBRES %	MUJERES %	PEAO%	HOMBRES %	MUJERES %
Chiapas	44.5	745	25.5	95.6	95.2	97
San Cristóbal de las Casas	55.4	60.1	39.9	96.7	94.6	97.1
Chamula	44.1	72.2	27.8	95.6	94.7	98
Teopisca	45.4	80.6	19.4	95.1	94.5	97.5
Chenalhó	39.1	85.1	149	96.8	96.7	97.2
Chalchihuitan	26.4	943	5.7	86.7	86.5	88.7

Población No Económicamente Activa (PNEA)

Podemos ver la estadística general de los municipios donde Sanando Heridas A.C tiene influencia.

Localidad	PNEA %	ESTUDIANTES %	HOGAR %	JUBILADOS %	LIMITACION PARA TRABAJAR %	OTRAS ACTIVIDADES NO ECONÓMICAS
Chiapas	55.3	29.6	54.6	1.9	3.4	10.5
San Cristóbal de las Casas	44.4	37.7	47.3	4.9	2.3	7.8
Chamula	55.7	19.7	62.5	0.2	1.6	16
Teopisca	54.3	21	65.9	0.3	1.8	11
Chenalhó	60.6	21.4	60.7	0.3	1.5	16.1
Chalchihuitan	73.3	18.1	58.3	0.1	1.3	22.2

(INEGI, 2015)

Dentro de este grupo, observamos cómo Chalchihuitan es quien posee el mayor número de PNEA con un 73.3% de su población, siendo 58.3% personas dedicadas al hogar, así como el menor número de estudiantes a comparación de los demás municipios.

Indicadores políticos

En la región de los Altos, en específico, los sitios donde Sanando Heridas presta atención, son comunidades con un sistema de organización comunal, es decir, la comunidad se organiza a sí misma, se encarga de asignar roles mediante votaciones comunales, ahí eligen a distintos miembros de la comunidad, los cuales tendrán a su cargo satisfacer alguna necesidad propia de la comunidad.

En este sentido, se nombran agentes municipales, quienes fungen un papel similar al de un alcalde o un presidente municipal, así mismo se nombran secretarios de distintos temas, como el secretario de salud, el tesorero, el agente o secretario de educación.

Todos estos personajes sociales en conjunto reciben el nombre de comité, cada comunidad es diferente, cada una tiene su propia forma de organización, cada comunidad define los tiempos de estancia de cada agente y se encarga de comprobar que realice sus funciones.

Estos comités, son el puente entre la comunidad y el gobierno regional, estatal, federal, cual fuese, pues entre sus actividades, una de las principales es conseguir apoyos gubernamentales para mejora de la comunidad, ofrecer un salvoconducto ante los tramites institucionales llámense registro civil, instituciones de salud, servicios públicos y cumplimiento de la ley.

Partidos políticos

Las comunidades Tsotsiles de la región de los altos de Chiapas, son un grupo de personas con un sistema de organización ancestral, se puede decir que ellos existieron antes que la propia noción de México como país, tuvieron formas de organización propias basadas en tradiciones y costumbres.

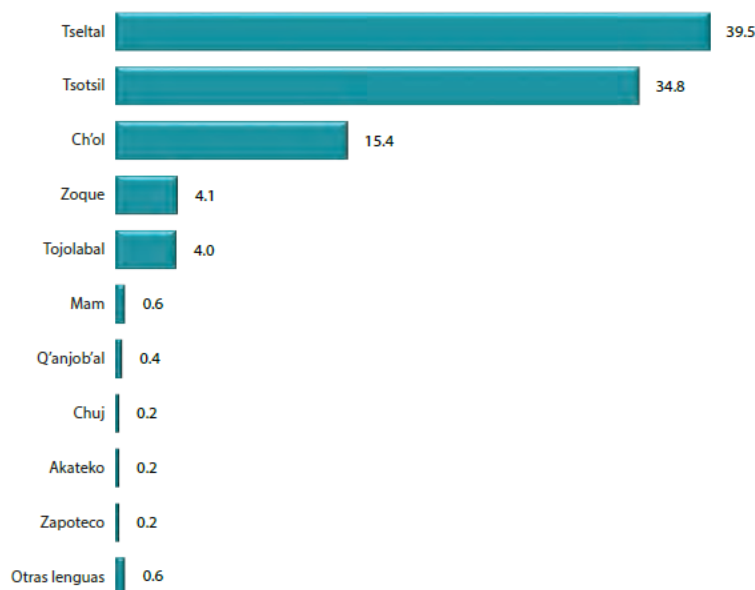
Lastimosamente, la indiferencia gubernamental, la discriminación y la falta de apoyo y reconocimiento por parte de los partidos federales hicieron que la población perdiera fé y respeto por la política mexicana.

Hay muy poca o casi nula población Tsotsil afiliada a algún tipo de partido político.

Etnicidad y lengua

En la región de los altos predomina la etnia y la lengua Tsotsil, en todas las comunidades donde Sanando Heridas A.C. tiene presencia, un elevado porcentaje, que ronda entre el 80% o más de las consultas se dan en lengua Tsotsil, con ayuda de alguna de las compañeras enfermeras traductoras.

Distribución porcentual de la población de 3 años y más hablante de lengua indígena según principales lenguas



Los Tsotsiles

El pueblo Tsotsiles, es un grupo de personas que habla variantes lingüísticas de la familia lingüística maya.

Son uno de los grupos mayoritarios en Chiapas, la mayoría habita en la región de los Altos y un número menor en la región del norte, la región de los altos se encuentra en la cadena montañosa central, constituye un macizo montañoso con numerosas cumbres, sus ríos son pocos y el terreno no es apto para la agricultura.

Desde la colonia hasta la revolución, los indígenas tsotsiles y tzeltales fueron obligados a trabajar en minas, molinos y haciendas, la marginación económica continuó hasta el inicio del movimiento zapatista en 1994.

La religión y cosmovisión es un fuerte sincretismo entre la religión católica y la autóctona, conviven al mundo como un todo y lo llaman cielo tierra o Vinajel – balamil, toda la vida se desarrolla en la superficie del cielo y la tierra, mientras que los sueños transcurren en el “otro cielo - tierra” solo los curanderos pueden verlo.

Por una parte, existe la jerarquía sacerdotal cristiana, pero por otra parte existen los iloletik o curanderos, cuyo principal papel es interceder entre los hombres y lo divino.

Los tsotsiles creen en cuatro formas fundamentales de la divinidad, los los totilme'iletik (Padres y madres) que son dioses ancestrales apreciados como indígenas que viven en lugares sagrados, otorgan el sustento, recompensan o castigan. (Atlas de los pueblos indígenas de México, 2018)

El vestido y la indumentaria Tsotsil es muy variada, se hace principalmente en telar de cintura, y su color y forma depende de cada comunidad.



Traje Tsotsil, Zinacantan, Chiapas



Telar de cintura, Zinacantan, Chiapas



Traje típico hombres en Chamula, Chiapas, el color blanco significa un cargo político o religioso



Traje típico de Chalchihután, Chiapas



Traje típico de Chenalhó, Chiapas

Las mujeres Tsotsiles son extraordinarias tejedoras, que elaboran su indumentaria finamente tejida a mano y en telar de cintura.

Hay tres tipos de especialistas: el ts'akbak que cura la carne y los huesos; el 'ilol que trata enfermedades sobrenaturales, del espíritu y hechicería, y diagnostica la enfermedad tomando el pulso del paciente. El me'santo practica rituales mágico-religiosos de la antigua religión maya, relacionados con oráculos y santos parlantes.

Las principales enfermedades son el komel (“susto”), ilk'op (“los malos deseos”), ch'ulelal (“enfermedad del alma”), b'ik'tach'ulelal (“la gran enfermedad del alma”), chonbilch'ulelal (“enfermedad del alma causada por su venta”). Se cree que un individuo posee un ch'ulel o “alma”, compuesta de 13 partes. Cuando un tsotsil rompe con el orden establecido, los totilme'iletik lo castigan con el daño a su ch'ulel. En este caso, es necesaria la intervención del ilol para su recuperación. (Atlas de los pueblos indígenas de México, 2018)

Municipios

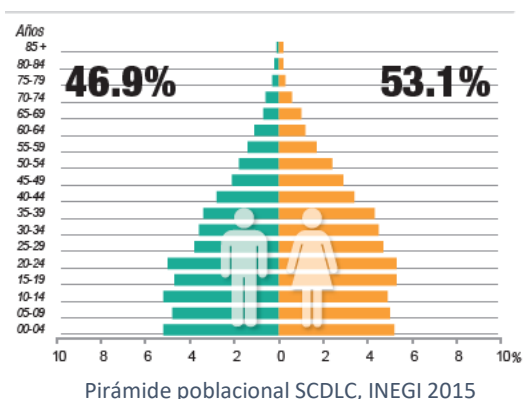
Habiendo mencionado las generalidades, se mostrarán los datos de los municipios y sus comunidades donde Sanando Heridas A.C. brinda atención, posterior se analizarán los principales indicadores municipales en tablas para su rápida comparación.

San Cristóbal de las Casas

El Valle de San Cristóbal, Hueyzcatlán que en Nahuatl significa “Junto al zacate grande” Con una superficie territorial de 393.88 km² ocupa el 0.53% de la superficie estatal, y 12.83% de la región de los altos, a una altura de 1940 msnm. Tiene una población al 2015 de 209,591 habitantes. Colinda al norte con Chamula y Tenejapa, al este con Huixtán, al sur con Teopisca, al suroeste con Totolapa, Chiapilla y San Lucas y al oeste con Zinacantán. (Gobierno de Chiapas, 2016)

Cuenta con una población de 209,591 habitantes, siendo la cuarta ciudad más poblada de Chiapas, cuenta con una relación de 88.2 hombres por cada 100 mujeres. (Encuesta intercensal, 2015)

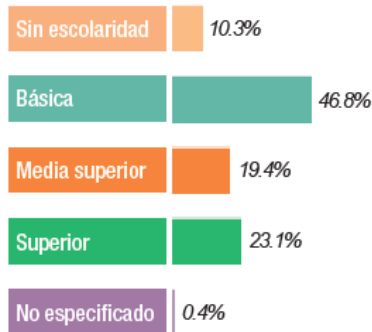
La edad media de la población es de 24 años. Se estima existen 52.8 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.



Educación

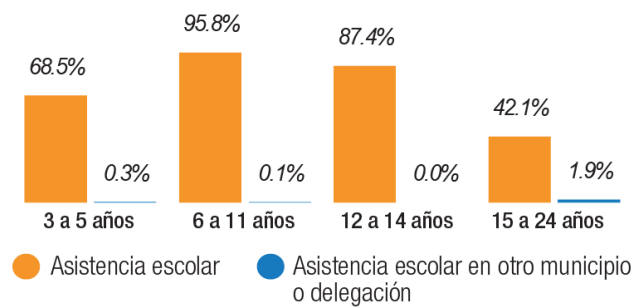
Al hablar de la cabecera regional, y uno de los centros turísticos más importantes del estado, la tasa de alfabetización es bastante aceptable, siendo de un 96.2% en la población de 15 a 24 años y de un 86.1% en población de 25 años y más.

Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



La mayoría de sus estudiantes se concentran aquí mismo, ya que cuenta con varias instituciones educativas, desde educación preescolar hasta instancias de educación superior pertenecientes a la UNACH. (INEGI, 2015)

Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad



Educación, INEGI 2015

Los llanos

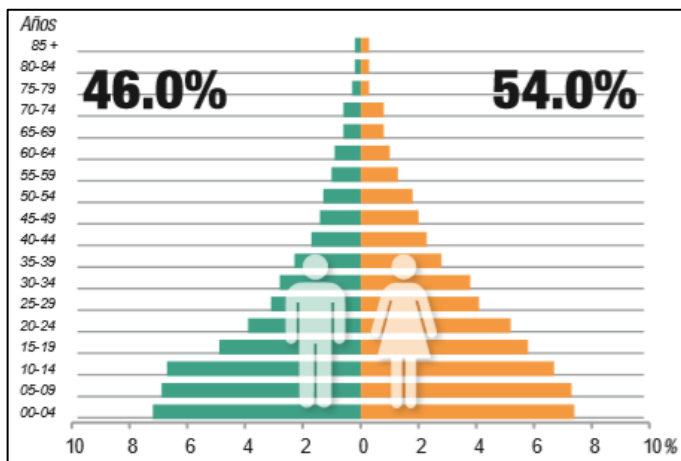
Situada en el municipio de San Cristóbal de las Casas, es un pequeño municipio zapatista, cuenta con 462 habitantes, de los cuales 223 son hombres y 239 son mujeres, la relación hombre / mujer es de 1.072. (PueblosAmerica.com, s.f.)

Chamula

Su nombre significa “agua espesa, como de adobe”, es un importante centro de población tsotsil, ubicado en el altiplano central y de paisaje montañoso, colinda al norte con Larránzar, Chenalho y Mitontic, al este con Tenejapa, al sur con San Cristóbal y Zinacantán y al oeste con Ixtapa. su extensión es de 82km², el 2.17% de la región de los altos y el 0.10% del estado. Cuenta con 87,332 habitantes al 2015. (INAFED, s.f.)

Su población es de 87 332 habitantes, siendo estos el 1.7% de la población estatal, es el municipio con mayor número de mujeres, representando el 54% de su población, por cada 100 mujeres existen 85 hombres.

Santa Ana: con una población de 790 personas al año 2015, de los cuales 387 (48.98%) son hombres y 403 (51.01%) mujeres. (ITER, 2015)



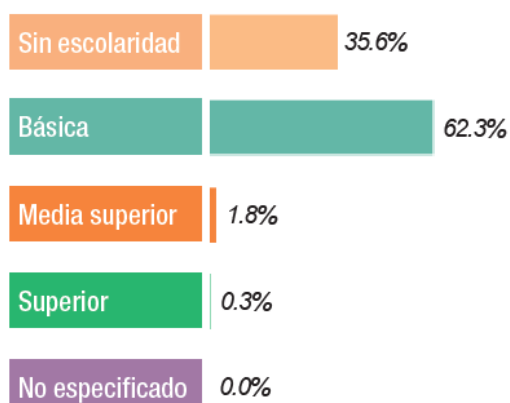
Pirámide poblacional, INEGI 2015

Educación

La tasa de alfabetización en personas de 15 a 24 años es de 90.1% y en mayores de 25 años es de 47.7%, 35.6% de la población no tiene ningún grado de estudio, el 62.3% tiene educación primaria, mientras que la educación superior solamente tiene un 0.3% de la población.

La mayor parte de la población estudiantil permanece dentro del territorio del municipio con una prevalencia del 94.4% de la población entre 6 a 11 años que asiste a la escuela. (INEGI, 2015)

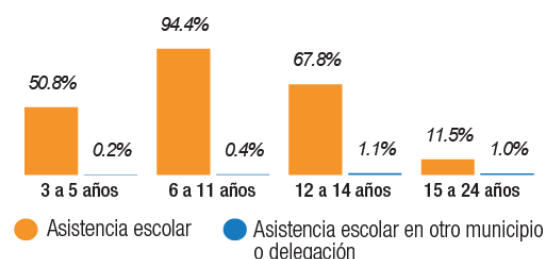
Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



Tasa de alfabetización por grupos de edad



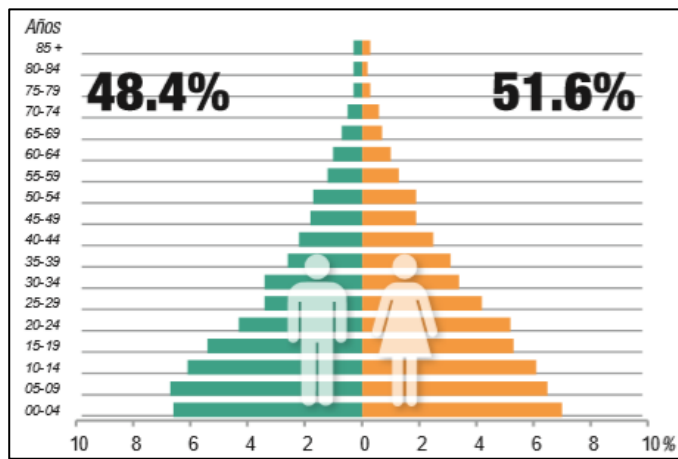
Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad



Educación, INEGI 2015

Teopisca

En Náhuatl “Casa del señor rojo”, tiene 281.80km², siendo el 4.61% de la región de los Altos y el 0.23% del estado, se encuentra a 1800 msnm, región principalmente montañosa, colinda al norte con San Cristóbal de las Casas, al este con Amatenango del Valle, al sur con Venustiano Carranza y al oeste con Totolapa y San cristobal de las Casas. Cuenta con 43,175 habitantes al 2015. (INAFED, s.f.)



Cuenta con una población de 43,175 habitantes al 2015, una relación hombres / mujeres de 93.8, su población se divide en un 48.4% hombres y 51.6% mujeres, la mediana de edad es de 20 años, siendo un municipio formado principalmente por jóvenes. (Encuesta intercensal, 2015)

Pirámide poblacional, INEGI 2015

San Isidro Chichihuistan

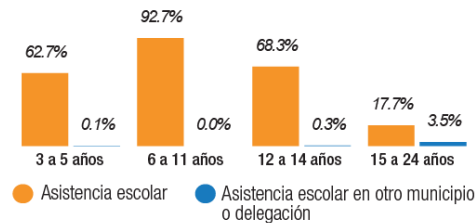
Con una población de 283 habitantes, la cual se divide en 145 hombres, que corresponden al 51.23% y a 138 mujeres, las cuales corresponden al 48.76% (PueblosAmerica, s.f.)

Educación

Tasa de alfabetización por grupos de edad



Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad

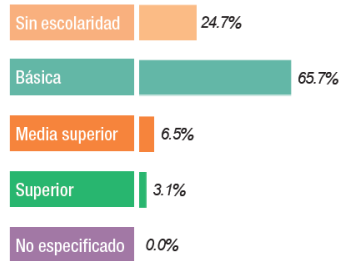


Cuenta con una tasa de alfabetización del 93.9% en población de 15 a 24 años, y de un 64.5% en población de 25 años o más, el grueso de la población cuenta con educación primaria (65.7%), mientras que el 24.7% de la población se considera analfabeta o no ha tenido ningún grado de educación formal.

De la población de 6 a 11 años, el 92.7% asiste a educación primaria, mientras que solo el 17.7% asiste a educación media y

media superior teniendo que desplazarse de este porcentaje el 3.5% hacia otros municipios. (INEGI, 2015)

Educación, INEGI 2015
Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



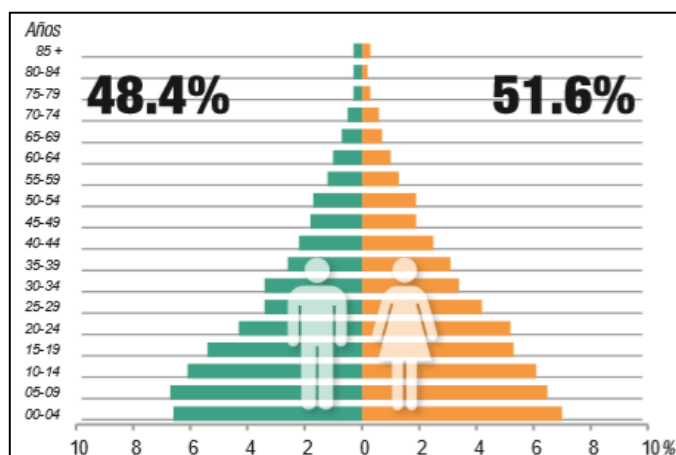
Educación, INEGI 2015

Chenalhó

Del Tsotsil “agua de la caverna”, durante la colonia los frailes dominicos antepusieron el nombre de San Pedro a Chenalhó, su territorio es de 245.94 km², siendo el 2.98% de la región de los Altos y el 0.15% del Estado, sólo la cabecera municipal es terreno plano, el resto es terreno accidentado, posee 39,648 habitantes al 2015, limita al norte con Chalchihuitán, al sur con Mitotic, al este con Pantelhó, San Juan Cancuc y Tenejapa, al oeste con Larráinzar, Chamula y El Bosque. (INAFED, s.f.)

Población

Con una población de 39,648 habitantes, una relación de hombres / mujeres de 96, el 50.9% de su población son mujeres y el restante 49.1% son hombres (ITER, 2015)



Pirámide poblacional, INEGI 2015

Naranjatic Alto

Cuenta con 338 habitantes (ITER, 2015) es una de las localidades del municipio de Chenalho, se divide en Naranjatic Alto y Bajo, lamentablemente no se cuenta con mayor registro.

Poconichim

Cuenta con 640 habitantes (ITER, 2015) es una localidad vecina a Naranjatic, de la misma manera no se cuenta con otros datos en las tablas de datos del ITER.

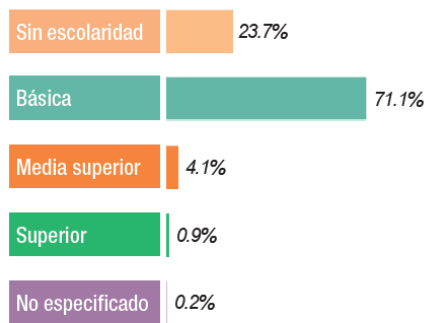
Educación

Posee una tasa de alfabetización del 87.5% en su población de 15 a 24 años, y de un 614% en la población de 25 años o más.

El 71% de su población cuenta con educación básica, mientras que el 23.7, casi $\frac{1}{4}$ de la población no cuenta con ningún grado de estudios.

La mayoría de su población permanece en la región para recibir educación, siendo un porcentaje de 1.1% y 2.1% los que tienen que buscar educación en otra región, siendo estas cifras correspondientes a población de 12 a 14 años y

15 a 25 años
Población de 15 años y más según nivel de escolaridad

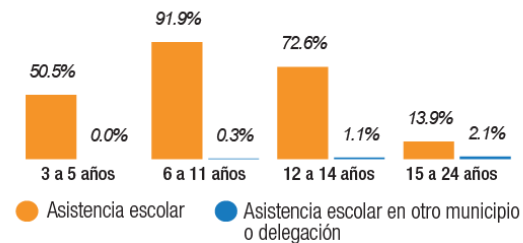


respectivamente. (INEGI, 2015)

Tasa de alfabetización por grupos de edad



Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad



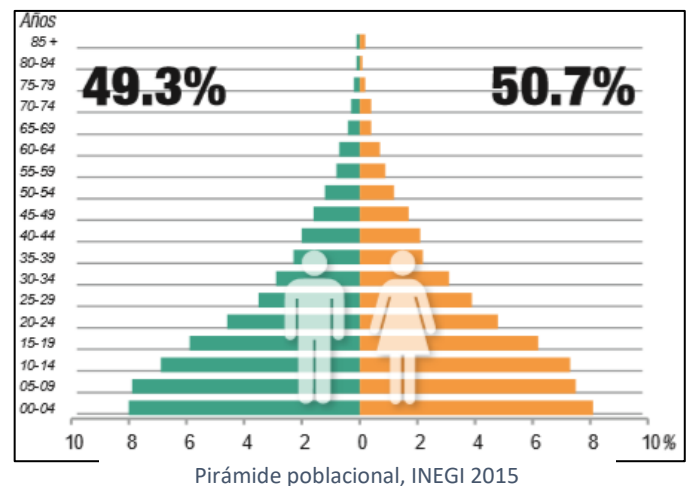
Educación, INEGI 2015

Chalchihuitán

En náhuatl “lugar donde abundan los chalchihuite”, en 1549 los frailes dominicos antepusieron el nombre de San Pablo a Chalchihuitán, su territorio es de 122.11 km2 representando el 2% de la región de los Altos y el 1% del Estado, formado por 80% terreno accidentado, cuenta con 16,803 habitantes al 2015, limita al norte con Simojovel, al este con Pantelhó y Chenalhó, al sur con Chenalhó y Aldama, al oeste con Santiago del Pinar y el Bosque. (INAFED, s.f.)

Demografía

El municipio cuenta con 16,803 habitantes, de los cuales el 50.7% son mujeres y el 49.3% son hombres, la edad mediana de los habitantes es de 16 años, un número bastante interesante, ya que indica que la población es sumamente joven. Su tasa de crecimiento media al año se encontró en 1.3. (INEGI, 2015)



Canalumtic

Cuenta con una población de 431 personas según el censo del INEGI 2015, conformándose su población por 207 hombres equivalente al 48.02% y a 224 mujeres equivalente al 51.98% (ITER, 2015)

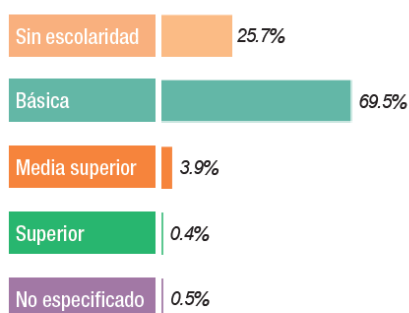
Educación

La tasa de alfabetización de Chalchihuitan en población de 15 a 24 años es del 85.6% y para la población de 25 años y más es de 55.2%

El 69.5% de su población cuenta con educación básica, mientras que el 25.7% no cuenta con ningún grado de estudios, la educación media, y superior es sumamente baja, llegando a cifras de 3.9% para nivel preparatoria y 0.4% para la educación universitaria. (INEGI, 2015)

Los datos reflejan que para acceder a la educación media superior y superior un 1.1% de la población entre 15 y 24 años debe moverse a otra región, de su población entre 6 y 11 años el 91.3% asiste a la escuela. (INEGI, 2015)

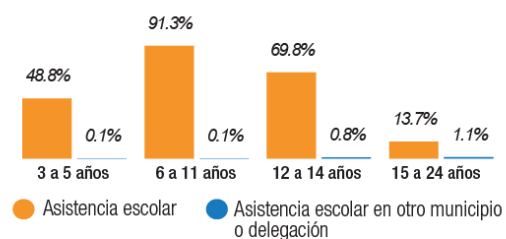
Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



Tasa de alfabetización por grupos de edad



Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad



Educación, INEGI 2015

Principales indicadores municipales

Demografía

Número de habitantes INEGI 2015	
Localidad	Número de habitantes
República Mexicana	119,530,753
Estado de Chiapas	5,217,908
San Cristóbal de las Casas	209,591
Chamula	87,332
Santa Ana	790
Teopisca	43,175
San Isidro Chichihuistan	283
Chenalhó	39,648
Naranjatic	338
Poconochim	640
Chalchihuitan	16,803
Canalumtic	431

Como es de esperarse San Cristóbal de las Casas, cuenta con la mayor población de la región V, y la localidad de San Isidro Chichihuistan, del municipio de Teopisca cuenta con apenas 283 habitantes, ejemplificando la diferencia de tamaño entre las comunidades atendidas por Sanando Heridas A.C.

Natalidad

El promedio que se muestra a continuación es para una población en edad reproductiva entre los 15 y los 49 años, se muestran los resultados por municipio.

Localidad	Tasa de natalidad en mujeres de 15 a 49 años
Chiapas	36.52
San Cristóbal de las Casas	26.48
Chamula	64.67
Teopisca	46.8
Chenalhó	82.83
Chalchihuitán	54.89

(Gobierno de Chiapas, 2012)

Mortalidad

El comparativo por municipio en Chiapas en 2018 fue el siguiente:

Localidad	Habitantes	Defunciones totales	Defunciones hombres	Defunciones totales mujeres	Tasa de mortalidad (x1000)
San Cristóbal de las Casas	209,591	1323	754	568	6.31
Chamula	87,332	390	197	193	4.46
Teopisca	43,175	91	90	181	2.1
Chenalho	39,648	148	74	74	3.73
Chalchihuitán	16,803	109	60	49	6.48

Siendo el municipio de Chalchihuitan quien tiene una tasa de mortalidad más elevada y el municipio de Teopisca la más baja, podría asociarse a que Chalchihuitan es un municipio catalogado como de muy alta marginación.

Vivienda

Para poner en perspectiva la situación de vivienda en los municipios de influencia de Sanando Heridas A.C. realizaremos una comparativa rápida y objetiva.

Localidad	Viviendas INEGI 2015	Promedio de habitantes por casa	Promedio de ocupantes por cuarto
San Cristóbal de las Casas	51377	4.1	1.1
Chamula	19158	4.6	1.7
Teopisca	9236	4.7	1.5
Chenalhó	7286	5.4	1.9
Chalchihuitan	3662	4.6	2.1

La ciudad por excelencia de la región de los altos es sin duda San Cristóbal de las Casas, tiene la mayor población y el mayor número de viviendas, así como el menor número de ocupantes por cuarto, en general en cada casa existen 4 habitantes cada uno con cuarto propio.

Mientras que Chenalhó es quien tiene un mayor número de habitantes por casa y casi 2 personas por cuarto.

Localidad	Viviendas INEGI 2015	Agua entubada %	Drenaje %	Servicio sanitario %	Electricidad %
San Cristóbal de las Casas	51377	76.3	95.4	99	99.5
Chamula	19158	13	38.1	95.3	97.8
Teopisca	9236	38.8	88.5	97.5	97.3
Chenalhó	7286	20.6	63.6	95.1	95.7
Chalchihuitan	3662	11.4	27.3	94.9	84.5

Como bien se sabe, entre más urbanizada una zona, mejores sus servicios públicos, podemos ver como San Cristóbal es la región mejor ubicada y cuyos servicios, a excepción del agua entubada llegan al 99% de la población.

El servicio que menor cobertura en todas las localidades es el agua entubada, llegando a niveles tan bajos como el 11.4% en Chalchihuitan y 13 % en Chamula, siendo Chalchihuitan el municipio con mayor deficiencia de servicios, por tanto, no es raro que sea un sitio de alta marginación, y contribuya a una baja calidad de vida y pobre saneamiento.

Municipio	Localidad	Número de viviendas	Promedio de ocupantes	Ocupantes por cuarto
San Cristóbal de las Casas	SCDLC	51377	4.1	1.1
	Los Llanos	SD	SD	SD
Chamula				
	Santa Ana	174	4.54	1.85
Teopisca				
	Chichihuistan	SD	SD	SD
Chenalhó				
	Naranjatic	58	SD	SD
	Poconichim	116	SD	SD
Chalchihuitan				
	Canalumtic	96	4.49	2.05

Por localidades podemos observar la distribución de la población, los datos corresponden al ITER 2015, municipios censados donde no se incluyó la localidad de Los Llanos y los datos de Chichihuistan, Naranjatic y Poconichim están incompletos, por lo que se colocó Sin Datos (SD)

Los servicios públicos por localidades también son un problema, principalmente porque no existen datos de la mayoría de las localidades en el censo del INEGI 2015, o estos son insuficientes, pero las tendencias son las mismas que en los municipios, el servicio predominante es la luz eléctrica, y el más deficiente es el agua entubada y los servicios de drenaje.

Conclusiones

En base a todo lo anterior y mi experiencia personal durante mi año de servicio social en la región de los altos de Chiapas, puedo decir que si bien el concepto de salud y enfermedad es algo ampliamente difundido y aceptado por todo el mundo como un dogma, es más un proceso cultural y personal de cada individuo, su acceso es un derecho humano universal, normado por organismos internacionales, inclusive es un derecho reconocido por nuestra constitución política, en la práctica, dista demasiado de la teoría, en la realidad los centros de salud están alejados de las comunidades indígenas, su difícil acceso y la incapacidad en algunas ocasiones para comunicarse entre médicos y pacientes, era una queja frecuente dentro de la población que atiende Sanando Heridas A.C.

La precariedad de los salarios es otra condicionante social que dificulta el traslado de una persona desde su comunidad hasta el centro de salud más cercano, la tardanza en la atención de salud, la necesidad de llevar documentos oficiales, que en el caso de algunas personas zapatistas era un impedimento pues no tenían ni acta de nacimiento, el costo elevado de las consultas médicas

privadas y aún más el costo de los medicamentos, hace que muchas veces la atención médica sea un recurso de última instancia, tras visitar a sus autoridades médicas tradicionales.

Actualmente y en pleno siglo XXI en la región de los altos de Chiapas sigue existiendo trabajadores que no gozan con protección alguna, no cuentan con salario que le permita una vivienda digna, una alimentación saludable, no está de más mencionar que no existe una equidad de género, por poner un ejemplo, un hombre que recolecta café se le paga un aproximado de 100 pesos por costal al día, mientras que a una mujer de la misma zona y en el mismo sitio de trabajo se le paga entre 50 y 80 pesos el costal de café. Las mujeres no gozan de prestaciones de ley, descanso y permisos por maternidad y parto, deben acudir a trabajar con las limitantes que la gestación supone, asumiendo ellas mismas los riesgos y la ardua decisión entre el “trabajar y comer o morir de hambre”.

El maltrato, rezago y discriminación por parte del Estado mexicano, ha hecho que la comunidad Tsotsil y en general la población indígena, tenga un recelo y una falta de confianza en sus autoridades que hace aún más difícil la búsqueda de atención médica y en algunos casos, social.

Hay muchos aspectos que marcan los derechos humanos, las leyes y las instituciones internacionales, aún falta mucho qué hacer por brindar una mejor vida a las personas de la región de los altos, especialmente los indígenas tsotsiles, quienes guardan tradiciones únicas en el mundo, poseen un sincretismo religioso y maneras de regirse comunales, donde participa toda la comunidad.

La educación es otro tema que varía enormemente entre regiones separadas por espacios ínfimos de suelo, mientras que en sitios como San Cristóbal de las Casas la educación es buena, en lugares como Chalchihuitan la educación es un mero requisito presencial donde la adquisición de conocimientos es meramente simbólica y no se cuestiona ni verifica su cumplimiento.

Los derechos a la educación y el acceso a la salud, el primero es un derecho y una obligación del estado impartirla ya que en el artículo tercero de la constitución mexicana especifica que la educación básica debe ser gratuita y obligatoria, comprendiendo el pree escolar, la primaria y la secundaria, en la práctica se observan diferencias abismales entre diferentes comunidades de la región de los altos, mencionando ejemplos concretos tomemos el municipio de San Juan Chamula, donde por acuerdo comunal la educación además de gratuita debe ser obligatoria, y al decir que debe ser, significa que la misma comunidad ha entendido que la educación es el medio quizá no a una riqueza material mayor, pero sí a un crecimiento personal y búsqueda de oportunidades superior, por ende implementan multas que oscilan entre 5 pesos por permitir que tu hijo acuda tarde a clases, o falte un día, hasta multas de 10,000 a 15,000 pesos si abandonas o piensas abandonar la educación básica, en este lugar, aún más específico Rancho Santa Ana, Chamula, la escuela es un recinto

actualmente en expansión que cuenta con salones de materiales perdurables, canchas techadas y en mi visión personal profesores comprometidos. Parte contraria podría ser Canalumtic, poblado del municipio de Chalchihuitan, donde a pesar de contar con instalaciones decentes y aparentemente acceso a internet por parte del gobierno, al interactuar con los alumnos de último año de secundaria he observado no son capaces de escribir su nombre a pesar de suponer que esas son habilidades que un niño desarrolla en los primeros años de primaria. Mención especial considero la escuela de la comunidad de San Isidro Chichihuistan, del municipio de Teopisca, donde a pesar de que la escuela secundaria cuenta con un salón de concreto y un salón cuyas paredes, bancas y mesas son completamente madera, los profesores habitan ahí durante toda la semana, se involucran y conocen la vida y situación personal de sus alumnos, y en las ocasiones que he tenido la oportunidad de convivir con el grupo y su profesor he notado el compromiso educativo de los docentes hacia el alumnado.

La alimentación y el esparcimiento son temas que aunque distintos tienen mucha relación con otro aspecto curioso, la religión, para muchas personas, su situación económica no es lo bastante buena como para permitirse gastar dinero en actividades recreativas, o en un viaje al centro de la región, sin embargo, la religión ofrece para todos un momento de esparcimiento y convivencia social donde se mezcla la verbena popular, el diálogo social, es esparcimiento, la distracción y la oportunidad de comer algo diferente a la dieta habitual con la fiesta del pueblo, el día de algún santo, el carnaval previo al miércoles de ceniza o las celebraciones estatales donde hay espacio para todos, y a olvidarse aunque sea por un momento de la realidad y los problemas que los acosan día con día.

Hay un mundo de diferencia entre el estado de bienestar, la salud y todos sus componentes que se proponen en el papel, con la situación actual de las comunidades indígenas, está en nuestras manos el poder contribuir con algo, cualquier cosa que esté a nuestro alcance para mejorar las condiciones de vida de las personas que lo necesiten, quizá no mejorando una comunidad entera o la región de los altos por completo, más bien podemos intentar mejorar la confianza de una sola persona, las condiciones de vida de una familia o en el caso de Sanando Heridas, resolviendo problemas básicos de salud, resolver mínimo un momento de su vida para hacerla más sencilla y llevadera, poniendo en práctica el humanismo, la solidaridad y la igualdad entre las diferentes culturas que forman parte de nuestro país.

Para concluir, debo afirmar que, en la gran mayoría de casos, conforme a mi experiencia, las condiciones de igualdad, equidad, y apoyo social no se cumplen entorno a la región de los altos de Chiapas, en especial sus comunidades indígenas, problema que espero todos seamos conscientes y sea mejorada en un futuro no tan lejano.

El pasante en tiempos de pandemia

Haciendo un intermedio previo a continuar con los datos duros de este reporte de año social, relataré de forma breve y basado en mi experiencia en el servicio social como ha sido el surgimiento de una nueva enfermedad tanto para mí como para la población tsotsil.

Como es del dominio público, el día 31 de diciembre de 2019. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer los primeros casos de una neumonía viral procedente de la ciudad de Wu Han, China, este día marcó el surgimiento de un nuevo patógeno, perteneciente a la familia de los coronavirus, bautizado inicialmente como 2019-nCoV.

Un nuevo patógeno que fue menospreciado por las principales autoridades mundiales de salud, y que para mediados del mes de enero ya tenía presencia en Europa, Estados Unidos y Japón.

A finales del mes de enero la OMS lo declara una emergencia internacional.

El 26 de febrero de 2020 México confirma el primer caso.

El día 11 de febrero de 2020 la OMS nombra al nuevo coronavirus: SARS-CoV2, causante de la enfermedad covid-19. El mundo permaneció atento al comportamiento del virus en distintos países, se contempló estupefacientes como lo que muchos consideraban “una simple gripe” era capaz de paralizar y conmocionar a los países europeos, símbolo de progreso y calidad de vida, verse mermados ante uno de los mecanismos más pequeños de la biología.

A partir del 23 de marzo de 2020 se decretó en nuestro país la “jornada nacional de sana distancia” una forma sutil de denominar a la cuarentena, método fiel y confiable de la vieja escuela para enfrentarnos a lo desconocido, se crearon campañas, inclusive se lleva a cabo religiosamente dos informes diarios de la situación, uno por las mañanas popularmente llamado “la mañanera” y uno vespertino impartido por el subsecretario de salud en turno, programas donde se imparten recomendaciones de salud, se resuelven dudas mediáticas y se trata de dar cuentas diarias sobre el avance de la pandemia en México y estimaciones a futuro sobre el curso de nuestras vidas y el avance lento pero esperanzador hacia “una nueva realidad”.

La pandemia alcanzó a México con un 48.8% de su población en situación de pobreza (CONEVAL, 2018), y con 31.3 millones de personas que laboran en el empleo informal según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), para estas personas la “jornada de sana distancia” implica más que el afanado discurso repetitivo, constante y directo de “QUEDATE EN CASA”, para esta población el quedarse en casa significaba perder el sustento familiar, olvidar si bien les va una comida, pero para la gran mayoría significó la pérdida del sustento familiar por tiempo indefinido.

¿Cómo afecta esta situación al pasante de medicina en servicio social?

Sin mencionar el dilema legal que enfrenta el pasante, al ser un ente intermedio entre el estudiante y el profesional

Para mi población, las personas a las que atiendo, el coronavirus era una enfermedad de “Caxlanes” (persona no Tsotsil o no indígena), traída por gente de recursos, “gente blanca”, con capacidad financiera que les permitiese viajar y encuarentenarse posteriormente en sus hogares, mientras que ellos, acostumbrados a las penas, me hablaron de viva voz: “muchas enfermedades han pasado y nosotros seguimos aquí” fueron las palabras de Doña Juanita, promotora de salud de Sanando Heridas en Santa Ana, Chamula durante una visita a su casa para aclarar dudas y recomendaciones por el nuevo coronavirus.

Muchos confiaban en la protección que brinda la montaña, como barrera física e impedimento para los viajeros, otros tiraron la suerte a Dios, pues alguien sin recursos, sin seguridad social poco o nada podía hacer frente a los gastos de la enfermedad.

Si bien el gobierno estatal emitía comunicados en español y en tsotsil, es más que sabido la información no llega a todos los lugares por igual, y en una sociedad con un profundo rezago institucional, con una confianza nula en las autoridades políticas y el sentimiento de estigmatización por parte de los servicios de salud, la información se toma o no, dependiendo de quien venga.

Afortunadamente para nosotros, el trabajo en conjunto entre Sanando Heridas y los pasantes de la UAM, ha generado en la población un sentimiento de confianza y seguridad, lo cual nos permitió realizar reuniones con el comisariado o junta de gobierno local según sea el caso, para dar información sobre el coronavirus, resolver sus dudas, aconsejar sobre hábitos higiénicos y distanciamiento social y un punto que consideramos esencial: que no se dejen engañar, ya que no faltó quien intentase vender la vacuna contra el covid-19, o el remedio natural, artificial o medicamentoso para prevenir la enfermedad.

El área de educación de Sanando Heridas se dio a la labor de imprimir miles de ejemplares de folletos con atención simple, y en constante actualización sobre las medidas a tomar durante el confinamiento, lo más importante de todo, escrito en español y en tsotsil, se hizo uso de medios audiovisuales como videos en lengua tsotsil para la difusión por medios digitales (whatsApp) y se dieron platicas durante algunas de las últimas consultas en comunidad alertando a la población de cada una de las comunidades y hablando con sus líderes para asegurar una correcta comunicación.

Al momento de declararse fase 3 de la epidemia, las consultas a comunidad se suspendieron por acuerdo mutuo entre Sanando Heridas y los representantes de cada comunidad, se nos encargó al personal de área de salud la creación de “botiquines” para que los promotores de salud contaran con medicamento para

las principales patologías infecciosas y a los pasantes (mi compañera Jessica y a mi) se nos dio la tarea de realizar guías básicas, similares a vademécums donde se explique el uso y administración de los mismos.

Se mantuvo comunicación estrecha a lo largo de la jornada de sana distancia con los promotores de salud, implementando el uso de 2 celulares, uno de los cuales estaba a resguardo de enfermería para atender a la población tsotsil y dar asesoramiento en lo posible, y el otro celular estaba a resguardo de los pasantes, resolviendo dudas telefónicas, agendando citas a la clínica de San Cristóbal y realizando triage telefónico a los pacientes que llamasen para darles orientación médica.

Cada día 15 de cada mes, a los promotores se les suministraba “saldo” telefónico, para que pudieran estar en contacto constante con nosotros, resolver dudas, casos complejos para ellos y de igual manera estar al pendiente de sus necesidades.

Por nuestra parte, se continuó la consulta en la clínica de San Cristóbal, se consiguió equipo de protección personal para cada integrante, se armaron diagramas de acción en caso de detectar un paciente con alta sospecha de covid-19, se hizo la separación de un consultorio “respiratorio” para atender pacientes con patología respiratoria y se colocó una carpa en las instalaciones para albergar a los usuarios previo a su consulta.

Periódicamente realizamos reuniones para discutir las novedades en el diagnóstico y actuación ante la situación, qué tratamientos podíamos dar ante pacientes que cumplieran la definición operativa, qué hacer y hacia dónde referir a los pacientes para hacer más corto su peregrinaje por los centros hospitalarios y evitar un posible esparcimiento de virus, se imprimieron croquis con las indicaciones de cómo llegar a cada hospital, los números de emergencias, recomendaciones y demás protocolos a seguir.

Sin embargo, conforme avanzó el aislamiento social, se vino en cara la realidad, donde las personas no podían seguir recluidas en sus casas, había que mantener el sustento económico, había que salir y trabajar.

Con el tiempo el número de casos fue en aumento y las acciones del gobierno fueron tomadas con cautela por los pobladores, quienes con recelo comenzaron a creer que el causante de dicha enfermedad no era otro más que el propio gobierno, circulaban audios por las plataformas digitales, los rumores se esparcían sobre un ominoso plan para reducir la población y las personas comenzaron a desconfiar de sus instancias de salud al grado de satanizarlas.

El cubrebocas, la nueva moda

Aunque al principio la OMS y el gobierno federal sostenían el hecho que los cubrebocas no ayudaban a mitigar la pandemia, es una realidad que poco a poco se fue volviendo parte del día a día, cada vez era más común observar personas en las calles con vistosos cubrebocas, desde los más simples, hasta los N95 y FFP3 o superiores, una industria emergente entera dedicada a la fabricación y venta en cada esquina de cubrebocas de toda forma, color y tamaños, con o sin caretas, simples y bordados, con guantes de nitrilo, quirúrgicos etc. Una nueva moda en tiempos de coronavirus.

¿Es para todos igual esta nueva moda?, pues al parecer no, aunque su uso se hizo obligatorio para entrar a la mayoría de los comercios y oficinas de gobierno, para las comunidades de la región de los altos de Chiapas, acostumbrarse a esta nueva prenda no fue igual para todos.

En Zinacantán, municipio famoso por sus viveros de plantas de ornato, sus templos atiborrados de flores y atuendos donde incluso todos los hombres llevan flores bordadas en sus ropajes, logre observar cubrebocas de lo más vistosos, con flores bordadas de vivos colores.



Madre e hija con cubrebocas, autoría propia

En otros lugares su uso no fue bien aceptado, y al contrario, es motivo de revuelo y confusión, tales son los casos de los municipios de Santa Ana, en San Juan Chamula y Los Llanos, en San Cristóbal de las Casas, en donde el uso de cubrebocas, o el llegar ahí portando uno es sinónimo de malas intenciones, los habitantes de dichos lugares creen firmemente que quien usa un cubrebocas o demás equipo de protección personal es por tanto alguien del gobierno, que no acude si no es para propagar la enfermedad. ¿Por qué otro motivo iría tan cubierto? ¡Pues claro! Para él no contagiarse.

Otra versión es asumir que ellos (quienes no portan cubrebocas) son los “mugrosos” y que quien lo porta teme contagiarse, asumiendo que son ellos los que contagian.

Gobierno y Sociedad

Para nadie es desconocida la lucha zapatista, al menos para ningún “UAMero” que se respete, los hechos que incitaron al levantamiento armado por parte de las etnias chiapanecas, la invisibilidad social y gubernamental en la que se encontraban los indígenas. Por tales motivos no es de extrañarse que exista una gran desconfianza por parte de este grupo poblacional hacia el gobierno, a sus instancias y sus instituciones de salud que tanto los han discriminado por su forma de actuar frente a la enfermedad, sus creencias y su lengua.

El 17 de marzo de 2020 el EZLN hizo pública una alerta por la presencia del nuevo coronavirus, algunos días antes que el gobierno federal el cual se publicó en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de marzo de 2020.

Pese a todas las diferencias ya mencionadas, existe una gran similitud entre el EZLN y el gobierno federal en cuanto a la definición y acciones de prevención frente al covid-19. Concordando en el uso de la sana distancia, el aislamiento de casos sospechosos y confirmados, así como las definiciones operacionales.

No toda la población es zapatista, y existen diversos grupos sociales, políticos y religiosos, cada parte contribuye a la desconfianza e interpretación de las causas de la pandemia, lo cual genera una mezcla de expresiones que van desde lo místico hasta lo conspirativo.



Réplica del mural “vida y sueños” de Taniperla, resguardado por la UAM imagen tomada del twitter de Harim B. Gutiérrez (Gutiérrez, 2019)

Todo esto es el caldo de cultivo perfecto para albergar infinidad de mitos y rumores que giren en torno al gobierno, pues circulan entre las redes teorías conspirativas sobre una reducción poblacional mundial y una cifra de muertos que el país debe entregar, otras por su parte se basan en que el ejército soltará desde helicópteros y aviones el virus para matarlos a todos, que los médicos están coludidos para asesinar a todos bajo el estandarte del covid-19 y últimamente que todo aquel relacionado con el gobierno o la salud puede transmitirte la enfermedad solo con tomar sus folletos.

Personalmente, atendí a un joven de 19 años, quien llegó al consultorio traído por una usuaria frecuente de nombre Rosita, de Nachig, Zinacantán; el joven se notaba visiblemente nervioso, mudo e inamovible, no podía decirme sus síntomas, por lo que comencé a interrogar a Rosita, quien se expresó por él, y al finalizar la consulta mencionó: “mi ahijado tenía miedo de venir, piensa que lo va usted a matar, pero le expliqué y lo tranquilicé, al final aceptó venir”.

Algunos expresan una lógica burda, que indica que a partir de la instauración de los centros covid por parte del gobierno, los pobladores comienzan a enfermar y al entrar al hospital, son asesinados por los médicos.

Otros aseguran que son sucesos ajenos al hombre, como algunas comunidades de Zinacantán, donde la lógica indica que, con la prohibición de las fiestas, el no celebrar la fiesta de una virgen llevó a que ésta se enojara tomando en venganza la vida de muchas personas, motivo por el cual se celebrarán las siguientes festividades sin dudarlo.

A raíz de todas estas dudas se han suscitado hechos en la región tales como el ataque al hospital del municipio Venustiano Carranza la madrugada del 28 de mayo de 2020, donde se vandalizó y posteriormente cerró sus puertas el hospital del IMSS (Mariscal, 2020).

Por afirmaciones de algunos pacientes, sabemos que, en algunas comunidades cercanas a San Cristóbal de las Casas, por las cuales cruzan torres eléctricas de alta tensión y es frecuente ver helicópteros sobrevolando el recorrido de las líneas eléctricas, que los pobladores al ver pasar los helicópteros han disparado contra ellos por temor a que estos “siembren el virus”.

Fumigación: Covid vs dengue

Si bien el dengue es una zoonosis más relacionada con los climas de tierra caliente, como Tuxtla y Palenque (dentro del estado), en San Cristóbal de las Casas también existen casos de dengue, y también se fumigan los posibles criaderos de mosquito.

En conjunto con algunas sanitizaciones que llevaba a cabo el gobierno local, y el temor a que de esta forma el gobierno “esparciera la enfermedad”, gran número de los habitantes de la zona norte se organizaron para impedir que en sus colonias se realizara o sanitización o fumigación, dichos casos, algunos fueron documentados por los noticieros locales, como los ocurridos por al menos 7 colonias de la zona norte de San Cristóbal la noche del 14 de junio de 2020 (Chiapas paralelo, 2020) y otros casos más comentados por personas cercanas a la clínica dentro de la región.

La secretaria de Salud tampoco actuó de manera razonable, ya que, en vez de dar paso al diálogo y las explicaciones, recurrió con autorización del gobierno

local a fumigar contra el dengue a altas horas de la madrugada, avivando así la desconfianza social, y dando pie a falsas hipótesis.

El miedo a lo desconocido, y el asociar las fumigaciones por parte del gobierno con el aumento de víctimas de la pandemia hace a los habitantes actuar motivados por el miedo y el rencor, yendo de actos simples como el impedir que entren a fumigar contra el dengue, montando guardias comunales, hasta actos como el ocurrido en Villa las Rosas el 11 de junio 2020, donde se organizó un grupo de personas para saquear y destrozar el hospital básico comunitario, la presidencia municipal y quemar una ambulancia de traslados, luego de que el gobierno local fumigara algunas colonias. (H. Ayuntamiento de Las Rosas, 2020).

Tercera parte

Introducción

En la siguiente parte se tendrán en cuenta las políticas de salud del país en el sexenio actual, la posición del banco mundial y algunos otros organismos en especial la OMS, teniendo en cuenta que es el máximo organismo rector en materia de salud. De igual forma se tocará un poco de la historia de Sanando Heridas A.C. sus programas asistenciales y los resultados y el impacto obtenidos durante el periodo de servicio 1 agosto 2019 – 31 de julio 2020. Los datos de las consultas serán analizados por el programa de Salesforce, programa personalizado para la captura, análisis y reporte de consultas para Sanando Heridas A.C. Se concluirá con un comentario general tratando de abarcar los 3 ejes de este trabajo de manera objetiva.

Organización Mundial de la Salud

En septiembre del año 2000, en Nueva York, se celebró la cumbre de las Naciones Unidas, donde los líderes de 189 naciones se comprometieron con los objetivos de la declaración del milenio, siendo uno de los esfuerzos más significativos de la historia contemporánea en ayudar a los más necesitados, estos objetivos fueron:



Objetivos de desarrollo del milenio 2000-2015 (ONU, 2000)

En 2002, la ONU, el BM, el Fondo Monetario Internacional y la OCDE, establecieron 21 metas y 48 indicadores cuantitativos, que en 2008 incrementaron a 70 (considerando sexo y geografía) para vigilar el cumplimiento de los objetivos.

México y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

México realizó grandes esfuerzos y logró avanzar de manera destacada.



Objetivos de desarrollo del milenio 2000-2015 (ONU, 2000)



De 51 indicadores con que México se comprometió, reportó un cumplimiento de 37 de ellos, logrando 6 de 8 objetivos del milenio, reconoció que a pesar de los esfuerzos y los avances logrados aún tiene mucho que hacer para lograr un país más justo y con acceso a salud y bienestar para todos sus habitantes.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

En vista que los objetivos del milenio planeados para 2015 no se cumplieron de forma uniforme en todos los países miembros del pacto, La asamblea general de las naciones unidas adoptó en septiembre de 2015 la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”. (ONU, 2015)

Plantea 17 objetivos de Desarrollo Sostenible, con 169 metas de carácter integrado e indivisible, abarcando las esferas económica, social y ambiental, los cuales son los siguientes:

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades.
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles.
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la

desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.

16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible. (ONU, 2015)



México forma parte de los países comprometidos a cumplir con estos objetivos, donde parte de su eje central es la salud, equidad, bienestar, cuidado del medio ambiente, mantener redes de apoyo internacionales y de estas formas garantizar una calidad de vida cada vez más justa y equitativa para los grupos más vulnerables.

Banco mundial

El Grupo Banco Mundial fue creado en 1944, tiene su sede en Washington, está formado por 189 países, poseen personal de 170 países y oficinas en 130, es una asociación formada por 5 instituciones que trabajan para reducir la pobreza y generar prosperidad en países en desarrollo. (Banco Mundial, 2020)

Las instituciones que forman el banco mundial son:

- El Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)
- La Asociación Internacional de Fomento (AIF)
- La Corporación Financiera Internacional (IFC)
- El Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (MIGA)
- El Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI)

(Banco Mundial, 2020)

El BIRF y la AIF conforman al banco mundial, el que proporciona financiamiento y asesoría sobre políticas y asistencia técnica a gobiernos de países en desarrollo, La AIF se centra en los países más pobres del mundo, mientras el BIRF otorga asistencia a países de ingreso mediano y países pobres con capacidad crediticia. (Banco Mundial, 2020)

La IFC, MIGA y CIADI, se concentran en el fortalecimiento del sector privado en los países en desarrollo, proporcionan financiamiento, asistencia técnica, seguros contra riesgos políticos y mecanismos de solución de diferencias a las empresas privadas y financieras. (Banco Mundial, 2020)

Cada institución tiene sus propios miembros, órganos directivos y convenios, pero todas trabajan en conjunto para conectar recursos financieros internacionales con las necesidades de los países en desarrollo. (Banco Mundial, 2020)

México forma parte de estas instituciones desde:

- BIRF 31 de diciembre de 1945
- AIF24 de abril de 1961
- IFC20 de julio de 1956
- MIGA 01 de julio de 2009
- CIADI 26 de agosto de 2018

(Banco Mundial, 2020)

Banco Mundial y Salud

El banco mundial posee diversos ámbitos de acción para mejorar la calidad de vida de las personas en los países miembros, pero solo nos centraremos en sus políticas de salud.

El banco mundial asume el compromiso de ayudar a los gobiernos a lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), esto significa que todas las personas puedan obtener servicios médicos de calidad, aprovechando el capital humano sin pasar por dificultades económicas, antes del 2030. (Banco Mundial, 2020)

La mitad de la población mundial no tiene acceso a servicios de salud esenciales y 100 millones de habitantes caen en pobreza extrema por gastos en salud cada año (OMS, 2017)

La principal inversión se debe realizar en capital humano y crecimiento económico, sin buena salud, los niños no pueden asistir a la escuela y los adultos no pueden ir a trabajar. (Banco Mundial, 2020)

En el mundo el 70% de muertes se deben a las enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, y las enfermedades mentales.

La CSU significa proteger a todo el mundo, teniendo en cuenta que las enfermedades infecciosas solo pueden controlarse si todos están protegidos. (Banco Mundial, 2018)

Estrategia

El banco mundial proporciona financiamiento, análisis y asesoría en materia política para mejorar el acceso y calidad de salud.

Algunas de las esferas de interés del banco mundial son:

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

(Banco Mundial, 2018)

Esferas de interés del banco mundial

- Garantizar que todas las mujeres y niños tengan acceso a atención médica (esencial para reducir la pobreza)
- Crear economías sólidas y lograr la CSU
- Salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente
- Fortalecer la preparación ante pandemias (Mecanismo de financiamiento de emergencia para casos de pandemia MFEP)
- Fortalecimiento de los sistemas de salud
- Contener la resistencia a los antimicrobianos (RAM)
- Inversión en nutrición
- Programas de manejo de adicciones
- Mejora en la atención de los trastornos mentales

(Banco Mundial, 2018)

Políticas de salud: Programa sectorial de salud 2019-2024

El programa de la secretaría de salud para el periodo comprendido entre el 2019-2024, basa su organización e implementación en 5 grandes ejes o problemas, denominados “Objetivos prioritarios”, los cuales enlisto a continuación: Acceso efectivo, universal y gratuito, mejora continua del sistema nacional de salud, capacidad y calidad del sistema nacional de salud, vigilancia epidemiológica y salud y bienestar. (Secretaría de salud, 2019)

En la actualidad, el sistema de salud mexicano se encuentra dividido entre la secretaria de salud federal y los servicios estatales de salud (SES) así como los servicios de los institutos de seguridad social, por tal motivo, corresponde a la Secretaría de Salud fungir como autoridad rectora de dichas instituciones. (Secretaría de salud, 2019).

Los SES son quienes operan la prestación de servicios médicos, realizan acciones de salud pública y regulación sanitaria. Los institutos brindan seguridad servicios médicos y preventivos a sus derechohabientes participando en algunas acciones de salud pública. (Secretaría de salud, 2019).

Éste texto (Programa sectorial de salud 2019-2024) argumenta haber realizado una investigación la cual arrojó que los SES e institutos son ciertamente ineficientes, no cuentan con recursos físicos, estructurales o humanos para dar frente a la población, así como la cobertura deficiente y precaria del seguro popular específicamente, donde el porcentaje de servicios que éste cubre es de un 20% de lo que cubren otras instituciones, generando un gasto por parte de

sus usuarios los cuales de por sí, no cuentan con las condiciones laborales o económicas para estar afiliados a otra institución.

En resumen, el sistema nacional de salud no garantiza el derecho a la salud, ni el acceso efectivo a ella, ni la calidad e interculturalidad requeridos por las personas y comunidades. (Secretaría de salud, 2019)

Se plantea la unificación de los sistemas de salud en uno solo, que garantice el acceso universal, público, gratuito y de calidad guiado por los objetivos prioritarios de acuerdo con el siguiente esquema:



Cuadro obtenido del plan sectorial de salud 2019-2024 (Secretaría de salud, 2019)

Este programa sexenal, se enfoca en la necesidad de atención del primer nivel, enfocar los esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento / referencia de las enfermedades contemplando una capacidad resolutoria del 80al 85% en el primer nivel, la necesidad de complementar la atención médica con promotores de salud capacitados y calificados para atender en sitios distantes y el punto que considero más importante, la re educación al paciente y al médico en que no toda consulta termina en una receta.

Acceso efectivo, universal y gratuito

Se estima que 20 millones de mexicanos carecen de cobertura en salud, donde los más afectados son los estados del sur. Por tal motivo se creó el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) y dentro de las estrategias para lograr este eje se encuentran:

- Federalizar los SES
- Organizar los recursos humanos y financieros según la epidemiología regional.
- Combatir la corrupción
- Crear la Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos (PSSyMG)
- Implementar el PSSyMG desde los centros de salud hacia arriba
- Ampliar los servicios de salud
- Conformar un padrón único de salud
- Definir programas tomando en cuenta la diversidad cultural

- Atención especializada para población no derechohabiente
- Promover la participación directa de las comunidades en promoción de la salud
- Incluir promotores capacitados originarios de comunidades donde no hay unidad de salud
- Fortalecer modelos que coordinen la atención conjunta por médico y partera en comunidades rurales
- Implementar mecanismos para la investigación, validación y fabricación de medicamentos nacionales asegurando abasto.

(Secretaria de salud, 2019)

Mejora continua

Siendo sus pilares el acceso universal a la salud, medicamentos gratuitos, el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional, el impulso a la investigación y el modelo de Atención Primaria de la Salud Integral (APS-I). (Secretaria de salud, 2019).

Menciona conforme a la OPS la creación de Equipos de Atención Primaria en Salud (E-APS), que cuenten con todos los recursos para ejercer, la adición de incentivos para asegurar su disponibilidad y que sean altamente resolutivos.

Se espera mejorar la mala prescripción de medicamentos y la polifarmacia, todo mediante bases científicas sólidas. También es un objetivo redistribuir las especialidades médicas de mejor manera dentro de la red de salud, evitando su concentración en ciertas zonas.

Dentro de las estrategias puntuales a seguir, están las siguientes:

- Homologar el modelo de atención en primer nivel en todas las instituciones
- Reorganizar los servicios de salud
- Identificar problemas de salud
- Crear un compendio nacional de medicamentos
- Fortalecer el diagnóstico oportuno
- Incorporar la perspectiva bioética
- Redes de referencia a niveles superiores de atención
- Anticipar los servicios de salud requeridos
- Protocolos que propicien la humanización de los servicios
- Fortalecer las GPC
- Impulsar políticas públicas dirigidas a la reducción de enfermedades crónicas
- Capacitar y sensibilizar en materia de atención a víctimas, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación a directivos y encargados de la atención directa de población vulnerable

(Secretaria de salud, 2019)

Capacidad y calidad

Siendo la cobertura en salud la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población con recursos humanos, infraestructura y tecnologías de la salud.

Un punto bastante interesante es lo mencionado por la Organización panamericana de la salud, que dicta que el vuelco a la salud debe basarse en un médico general, encargado de una población, al médico familiar como “la puerta de entrada al sistema”, teniendo a la mano geográficamente hablando, servicios de salud y facilidad para la referencia y contrarreferencia.

Este punto basa su existencia en la mala organización de los servicios de salud, su mala distribución geográfica y la precariedad con la que se atiende, al no contar con insumos, personal o medicamentos.

Por ende, las acciones a realizar, en resumen, son diagnosticar las carencias regionales, capacitar continuamente al personal, mejorar, construir y rehabilitar la infraestructura sanitaria entre varios otros puntos. (Secretaría de salud, 2019)

Vigilancia epidemiológica y salud sexual y reproductiva

Derivado de la transición epidemiológica y demográfica del país, siendo objetivos la eliminación de la pobreza, protección al medio ambiente y asegurar prosperidad para todos. (Secretaría de salud, 2019)

A mi parecer es interesante el enfoque que tiene este punto del plan de salud, ya que admite las brechas y desigualdad en salud, resaltando a los migrantes, indígenas, afrodescendientes entre otros grupos y reconoce la discriminación y exclusión de ellos.

Una de las principales inequidades es el acceso a los anticonceptivos entre mujeres en edad fértil, cuyo nivel más alto se encuentra en los estados del sureste del país (15%), entre los adolescentes (28.2%) y población de habla indígena (17.2%), mientras que el promedio nacional fue del 10.8%. (Secretaría de salud, 2019)

Se prevé favorecer la salud sexual y reproductiva mejorando los estándares de aceptabilidad, accesibilidad, disponibilidad y calidad. (Secretaría de salud, 2019)

En el caso de las enfermedades infecciosas, se habla en específico del VIH y el VHC, que actualmente en México 3 de cada 10 infectados desconoce su estado de portador. Si bien hay enfermedades como la sífilis que han disminuido por las pruebas en embarazadas, la situación aún es grave para campesinos y habitantes de zonas indígenas y rurales. (Secretaría de salud, 2019)

Dentro de las intervenciones a realizar se encuentran:

- Crear un Centro Nacional de Contingencias Epidemiológicas
- Fortalecer el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)
- Crear una Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública
- Constituir una red de vinculación en servicios estatales, federales e internacionales en sanidad y salud
- Farmacovigilancia en hospitales
- Disponibilidad de agua potable
- Impulsar políticas medioambientales
- Monitorear riesgos emergentes del cambio climático
- Campañas de difusión de estilos de vida saludables
- Promover una cultura sobre el uso adecuado de los medicamentos, especial énfasis en la automedicación y la polifarmacia
- Campañas en educación sexual y reproductiva
- Atención integral a las mujeres desde el embarazo hasta el periodo neonatal
- Atención a mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, incluyendo la Interrupción legal del Embarazo, cuando aplique en casos de violación

(Secretaría de salud, 2019)

Salud para el bienestar

Aquí se habla sobre la prevalencia de las enfermedades no transmisibles en el país, se reitera la baja calidad de la atención institucional y lo deshumanizada que se encuentra.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), entre sus países miembros, México ocupa el segundo lugar con la mayor tasa de obesidad con el 33% y la proporción más alta de sobrepeso u obesidad asciende al 73% en población adulta. (Secretaría de salud, 2019)

Dichas cifras son causadas por la promoción a la alimentación altamente procesada y con grandes cantidades de calorías, aunado al consumo limitado de productos de origen vegetal.

Según la ENSANUT 2019, en México la obesidad y sobrepeso afectan a todos por igual, siendo más grave en mujeres adolescentes, las cifras son las siguientes: de 5 a 11 años la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 33.2%, entre 12 y 19 años es de 36.3% y en adultos de 20 y más años del 72.5%. (Secretaría de salud, 2019)

Por su parte los datos para DM II, son de 7 millones de adultos de los cuales un tercio no está diagnosticado, cifras similares se observan para hipertensión arterial y dislipidemias. (Secretaria de salud, 2019)

En nuestro medio, es bien sabido que las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y el cáncer, en 2016 se declaró emergencia epidemiológica nacional por estas patologías. (Secretaria de salud, 2019)

A la par, el consumo de drogas ha incrementado según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODATA) que dice que el consumo de cualquier droga probada alguna vez en la vida por la población general aumento del 7.8% al 10.3%. en adolescentes de 12 – 17 años de 3.3% a 6.4% y la edad promedio de inicio de consumo bajo de 20.6 años en 2002 a 17.8 años en 2016. (Secretaria de salud, 2019)

Algunas de las acciones a implementarse son:

- Fortalecimiento de la atención primaria en detección y tratamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT)
- Implementar un registro nacional de cáncer
- Estrategias y programas nacionales para el control de las ENT
- Promover los cuidados paliativos
- Mecanismos para detección oportuna de adicciones
- Promover campañas que procuren hábitos saludables
- Reorganizar la atención, seguimiento y evaluación de la salud mental
- Facilitar el acceso a los servicios de salud mental
- Promover la participación ciudadana en iniciativas culturales, educativas, deportivas frente a los trastornos mentales, el consumo de sustancias y las conductas adictivas.

(Secretaria de salud, 2019)

Sanando Heridas A.C

De aquí en adelante, se analizarán los programas y resultados que comprenden el periodo del 1 de agosto de 2019 al 31 de julio de 2020.

Programas de Sanando Heridas A.C.

Actualmente y desde agosto de 2019, la asociación pasó por un proceso de fortalecimiento institucional, existen 7 grandes ejes, los cuales se desarrollan en las Localidades de Acción Intensiva (LAI):

- Gestión para la atención médica
- Educando
- Consulta médica, Clínica en San Cristóbal
- Consulta médica en la comunidad
- Grupos de vigilancia
 - Crecimiento y desarrollo
 - Vigilancia del embarazo, parto y puerperio
 - Planificación familiar

Dentro de la asociación, se cuenta con una clasificación interna de enfermedades que clasifica y agrupa diversos padecimientos dentro de una denominación general, con el fin de facilitar la captura y análisis de datos, dicha clasificación de anexará a este documento.

Gestión para la atención médica

Programa complementario de la consulta médica y grupos de vigilancia, consiste en acciones administrativas – de acompañamiento a pacientes los cuales sus condiciones de salud requieran atención especializada en segundo o tercer nivel.

Objetivos

Referir y acompañar al paciente en la atención y/o resolución de problemas de salud, de manera personalizada, en instituciones del sector público (Hospitales de 2do o 3er nivel) y/o privado (Organizaciones no gubernamentales, laboratorios privados)

Metas

Indicador	Meta
Porcentaje de acciones de gestión realizadas a usuarios que requieren traducción en lengua materna	100% de las acciones de gestión que requieren acompañamiento con traducción son realizadas

Porcentaje de gestiones que tuvieron un avance eficaz	70% de las acciones de gestión tengan un avance eficaz
---	--

El programa es, en su mayor parte, cualitativo, ya que no se busca un número específico de gestiones por periodo de tiempo, en su lugar se brinda atención a pacientes cuyas características sociales, lingüísticas, económicas entre otras les dificulten acceder a la atención necesaria para solucionar sus problemas.

El acompañamiento debe ser personalizado, ameno, en su lengua propia y facilitando la interacción entre médico-paciente-institución.

Estrategias

Captar a los posibles usuarios de este programa mediante el interrogatorio médico, identificando situaciones adversas de cualquier índole o cuya patología tenga un impacto positivo en la calidad de vida con su resolución.

Actividades

Las actividades de gestión pueden ser realizadas por cualquier miembro del equipo, tanto personal de salud como administrativos,

- Referencia a segundo nivel por parte del personal de salud
- Acompañamiento presencial en caso de tramites en instituciones públicas
- Acompañamiento presencial a toma de estudios paraclínicos y de gabinete en medio público o privado
- Seguimiento presencial en caso de hospitalización
- Fungir como traductor en caso de ser necesario
- Solvencia económica para gastos de transporte, hospitalización, paraclínicos y gabinete, alimentación y hospedaje en caso de ser aplicables.

Resultados

Gestiones 2019-2020 SS

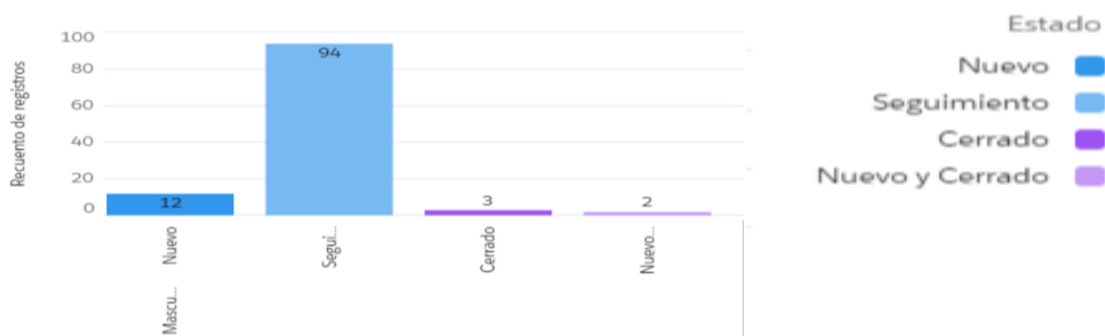
201

Del 1 de agosto de 2019 al 30 de julio de 2020 se realizaron 201 acciones de gestión, las cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

Gestiones por género

Hombres

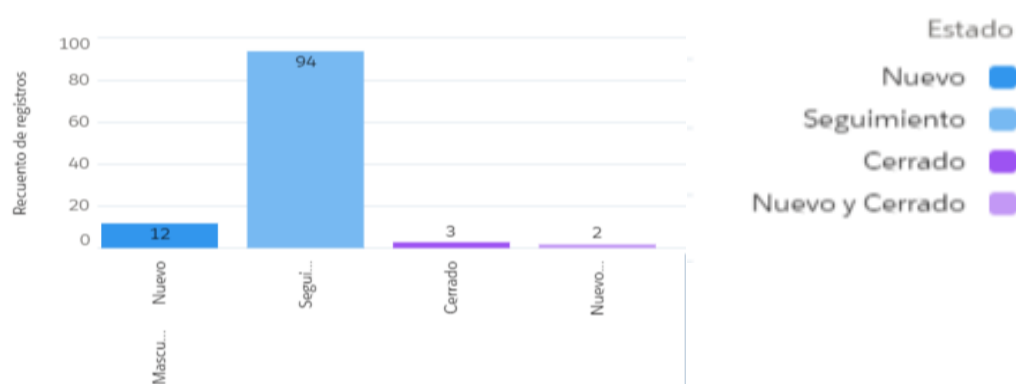
Gestiones 2019 -2020 SS



(Sanando Heridas, 2020)

Mujeres

Gestiones 2019 -2020 SS



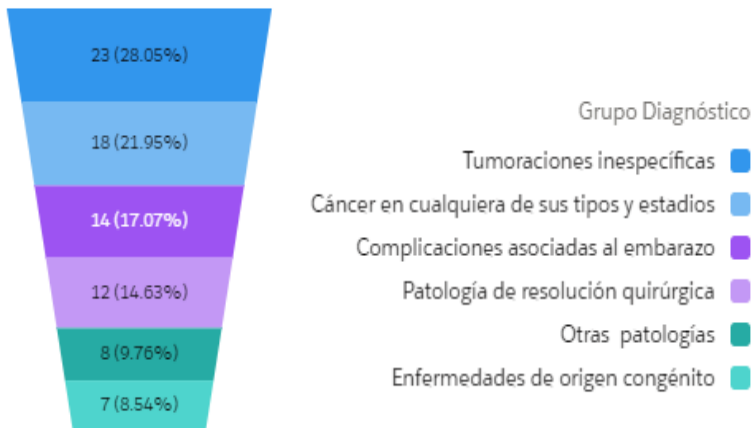
(Sanando Heridas, 2020)

Como podemos apreciar el número de gestiones al año, fue de 201, las cuales podemos dividir entre hombres y mujeres, así como su "estatus" se clasifican en nuevo cuando se trata de una gestión de "primera vez", de seguimiento cuando existiendo una gestión previa se continúan realizando gestiones, cerrado cuando el padecimiento ha sido resuelto y nuevo y cerrado cuando la gestión consistió en 1 sola intervención.

Según registros de Sanando Heridas, las 201 gestiones se repartieron entre 40 usuarios seleccionados por sus características socioeconómicas y diagnóstico de salud.

Diagnóstico de las acciones de gestión

Recuento de registros: 82



(Sanando Heridas, 2020)

La causa más común de gestión es el diagnóstico de tumoración inespecífica, seguido de cáncer y complicaciones asociadas al embarazo.

A su vez toda gestión tiene una finalidad, las más frecuentes se engloban en:

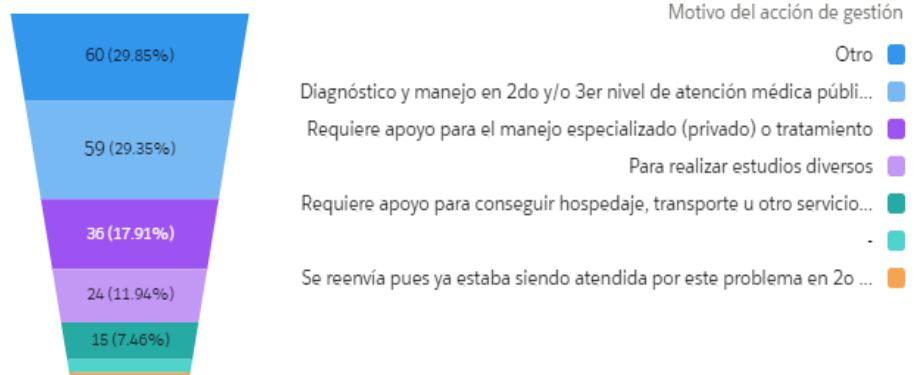
- Otras
- Diagnóstico y manejo en 2do nivel
- Apoyo para manejo especializado.

(Sanando Heridas, 2020)

Motivo de Gestión

2019 -2020

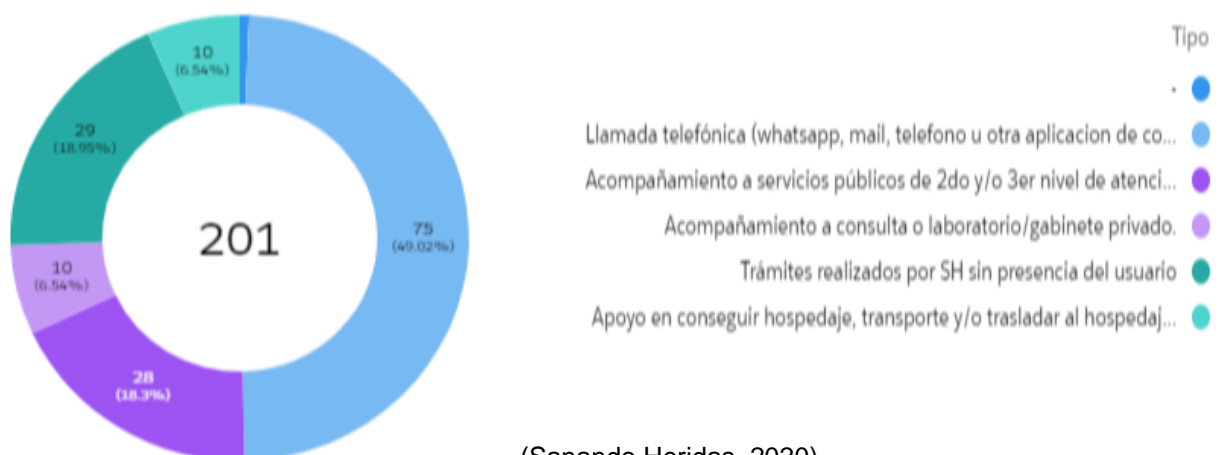
Recuento de registros: 201



Tipos de gestión

2019 -2020

Recuento de registros



(Sanando Heridas, 2020)

El 49.02% de las gestiones se han podido realizar mediante llamadas telefónicas o cualquier otro medio de comunicación, consisten en informar, avisar, o realizar trámites en pro de la salud del paciente. Lo siguen el acompañamiento a servicios de 2do y/o 3er nivel de atención con 18.3% y trámites realizados por Sanando Heridas sin presencia del paciente con el 18.95% de todas las gestiones, éste último rubro consiste en realizar acciones en nombre del paciente evitándole gastos extra (agendar citas, tramites de atención, registros, etc.)

Gasto total en gestiones

2019 -2020

28,893.4

Monetariamente hablando, del 1 de agosto de 2019 al 31 de julio de 2020 se hizo una inversión de veintiocho mil ochocientos noventa y tres punto cuarenta pesos en gastos de gestiones. Mismos que se entregan

como donativo a los pacientes, ya que no se pide devolución ni forma de pago en ningún caso.

La anterior cifra repartida entre los 40 usuarios de gestión durante el mismo periodo equivale a un promedio de gasto por usuario de:

Promedio de gasto por usuario de gestión

722.3

A la vez, el promedio de costo por acción de gestión (28,893.4 pesos sobre 201 acciones de gestión) es el siguiente:

Promedio de gasto por gestión

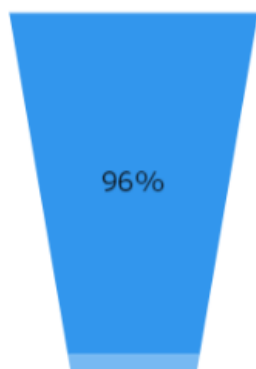
143.8

Es importante recalcar que el recurso económico para dichas gestiones es obtenido por medio de donaciones de empresas privadas y público en general, por medio del patronato y el registro de Sanando Heridas como asociación donataria autorizada.

Acciones de gestión con avance eficaz

Agosto 19 - Julio 20

Recuento de registros: 100



Objetivos D: Avance eficaz

Si, fue eficaz= SI

Otros

El 96% de todas las gestiones tuvieron un avance eficaz, es decir, llegaron a la atención en 2° o 3° nivel, hubo resolución del padecimiento de referencia, se realizaron pruebas complementarias y existió cooperación

por parte de los usuarios en cuanto a tiempo, asistencia y continuidad. El restante 4% se debe a abandono por parte del usuario.

Coherencia

Es un pilar fundamental de la atención médica en población vulnerable, marca la diferencia entre el sistema de salud convencional donde el paciente al salir de consulta es dejado a su suerte con los recursos que cuente y limitantes agregadas. Su principal fortaleza radica en el acompañamiento personal, traducción del tsotsil al español y viceversa, así como la solvencia económica en casos que lo ameriten, puede verse como un programa asistencial, ya que ofrece apoyo económico y presencial, evitando así que la falta de solvencia económica, cultural o barrera lingüística sea impedimento para alcanzar la plena salud de los individuos en mayor situación de riesgo. Recordando que todo mexicano tiene derecho a la atención gratuita y de calidad.

Al ser un programa en su mayor parte con objetivos y metas cualitativas, las 2 principales metas se cumplen, el 100% de las gestiones son a usuarios de habla tsotsil y el 96% de las gestiones tienen un avance eficaz que rebasa en buena medida la meta del 70%. Cada gestión se realizó de forma individualizada, en lengua materna en caso necesario, y acorde a las necesidades de cada paciente.

Educando

Es un programa derivado de la parte y el equipo de educación, en ciertas ocasiones hay coordinación con el equipo de salud, por tanto, mi participación como pasante fue limitada. Se encarga principalmente de trabajar con preescolar, primaria y secundaria de las distintas LAI.

Objetivo

Mejorar y difundir hábitos de educación en salud y medidas de higiene básicas en la prevención de enfermedades infectocontagiosas y en salud reproductiva en niños de las LAI de la región de los altos de Chiapas y con asociaciones vinculadas.

Actividades

- Talleres con niños y adolescentes teórico-interactivos, en lengua tsotsil
- Cursos y talleres con asociaciones vinculadas (Unión de caficultores MAJOMUT, CODIMUJ).
- Talleres informativos con uso de mobiliario audiovisual (PC portátil, proyector, medios audiovisuales en papel, títeres, bocinas, etc)
- Actividades lúdicas con preescolares y escolares con fines educativos.
- Espectáculo de títeres en tsotsil con temáticas varias.
- Promoción y difusión de tópicos de interés actual en materia de prevención y salud.

Resultados

El siguiente recuento de talleres se hizo en el periodo de agosto 2019 a marzo de 2020, coincidiendo con el cierre masivo de actividades no esenciales en abril ante la fase 3 de la pandemia por covid-19 en el país. Siendo desde el mes de abril cuando el equipo de educación se volcó en su totalidad a la generación y difusión de contenido informativo para las LAI y público en general.

Nombre del municipio	Nombre de la comunidad	Tipo de taller	Tema	Número de talleres	Número de Hombres	Número de mujeres	Número total de participantes
Chamula	Santa Ana	Primaria	Lavado de manos 1	12	224	210	434
Chamula	Santa Ana	Preescolar	Lavado de manos 1	3	44	45	89
Chamula	Santa Ana	Primaria	Nutrición 1	12	212	210	422
Chamula	Santa Ana	preescolar	Nutrición 1	3	50	45	95
Chamula	Santa Ana	Primaria	Salud bucal	12	224	210	434
Chamula	Santa Ana	Primaria	Lavado de manos 2	4	90	98	188
Chalchihuitan	Canalumtic	Primaria	Lavado de manos 1	12	116	120	236
Chalchihuitan	Canalumtic	secundaria	Órganos sexuales	4	22	40	62
Chalchihuitan	Canalumtic	Preescolar	Lavado de manos 1	1	11	13	24
Chalchihuitan	Canalumtic	Preescolar	Nutrición 1	1	18	16	34
Chalchihuitan	Canalumtic	Primaria	Nutrición 1	12	134	120	254
Chalchihuitan	Canalumtic	Preescolar	Salud bucal	3	52	45	97
Chalchihuitan	Canalumtic	Primaria	Salud bucal	12	122	128	250
Chenalhó	MAJOMUT	Mujeres	Colecistitis y apendicitis	2	2	24	26
Teopisca	Chichihuistán	Secundaria	Órganos sexuales	4	34	28	62
Teopisca	Chichihuistán	Secundaria	Métodos de planificación familiar	4	18	16	34
San Cristóbal de las Casas	SCDLC	Parteras	Atención del recién nacido	2	4	46	50
Total				103	1377	1414	2791

(Sanando Heridas, 2020)

Durante el periodo de agosto de 2019 a marzo de 2020 se realizaron 103 talleres con 2791 participantes en total, los talleres fueron impartidos en las localidades de San Juan Chamula, Teopisca, Chalchihuitan y San Cristóbal de las Casas.

Los talleres imparten temas básicos, dirigidos a población de preescolar hasta secundaria, los temas a impartir son:

1. Nutrición 1 y 2
2. Salud bucal
3. Lavado de manos 1 y 2
4. Órganos sexuales
5. Métodos de planificación familiar
6. Colecistitis y apendicitis
7. Atención del recién nacido

Aclarando que los temas 6 y 7 del anterior listado se orientan a población distinta, siendo el tema 6 orientado a personal que labora dentro de la unión de cafecultores MAJOMUT, y el tema 7 es dirigido a un grupo de parteras pertenecientes a MAJOMUT.

Durante la pasantía, se tiene poco contacto con el equipo de educación, siendo mi participación limitada a temas de educación sexual en las localidades de San Isidro Chichihuistan y Canalumtic. Dichos talleres se impartieron a estudiantes de secundaria los meses de septiembre y febrero (órganos reproductores y métodos de planificación familiar respectivamente)



Taller de órganos sexuales, Chichihuistan, septiembre 2019



Taller de métodos de planificación familiar, Chichihuistan, febrero 2020

Como resultados de estos talleres en específico, los estudiantes pudieron conocer la anatomía y función de los órganos reproductores, temas que, en sus

palabras, no son temas que se toquen en familia, por el tabú que ocasionan, dentro de sus principales dudas se encontraba: ¿Cuándo iniciar vida sexual?, ¿Es malo tener relaciones sexuales?, ¿Cómo se produce un bebé? Dudas que fueron aclaradas y se corroboró el buen entendimiento de cada pregunta.

Así mismo el taller de métodos de planificación familiar, 6 meses después y realizando una evaluación diagnóstica inicial sobre el taller de órganos reproductores, pudimos comprobar el interés de los jóvenes a cómo poder planear la cantidad de hijos que desean tener en su vida adulta, y como ejercer su sexualidad de manera responsable.

Coherencia

Educando tiene una visión a futuro, “educar para la salud”, se busca que las nuevas generaciones, las cuales son más susceptibles al cambio, vayan creando una cultura de higiene y cuidados personales básicos mediante temas acorde a su edad, desde lavado de manos y desinfección de alimentos hasta salud reproductiva en adolescentes. Sus resultados son a futuro, esperando encontrar una disminución progresiva en la incidencia de enfermedades prevenibles con medidas sanitarias. Es para bien mencionar que durante toda la contingencia por covid-19 educación fue el principal caballo de batalla en la difusión de información fiable en español y tsotsil en las LAI.

Consulta médica en San Cristóbal de las Casas

Se trata de la clínica ubicada dentro de las instalaciones de Fundación León XIII, en San Cristóbal de las Casas, es un espacio que brinda atención médica general a población proveniente de comunidades, los cuales por sus patologías no pueden esperar hasta la consulta en comunidad.

Brinda un espacio óptimo para la atención personalizada y capacidad de realizar procedimientos no posibles en comunidad. También se reciben pacientes originarios de la misma ciudad, por tanto, la atención se brinda en español y en tsotsil.

Objetivos

Mejorar la salud de los usuarios de consulta médica de Sanando Heridas pertenecientes a las 6 localidades de acción intensiva (LAI) de los Altos de Chiapas y de la clínica en San Cristóbal, especialmente de enfermedades prevenibles y tratables, para la disminución de gastos en salud.

Metas

Indicador	Meta
Proporción de grupos de padecimientos generales de la consulta médica en las LAI y clínica	100% de los diagnósticos se agrupan en grupos de padecimientos detectados en la consulta medica

Estrategias

- Consulta médica integral, con enfoque de derechos y atención primaria, en lengua materna, con cuadro básico de medicamentos y periódica en las 6 localidades de actividad intensiva (LAI) y clínica.

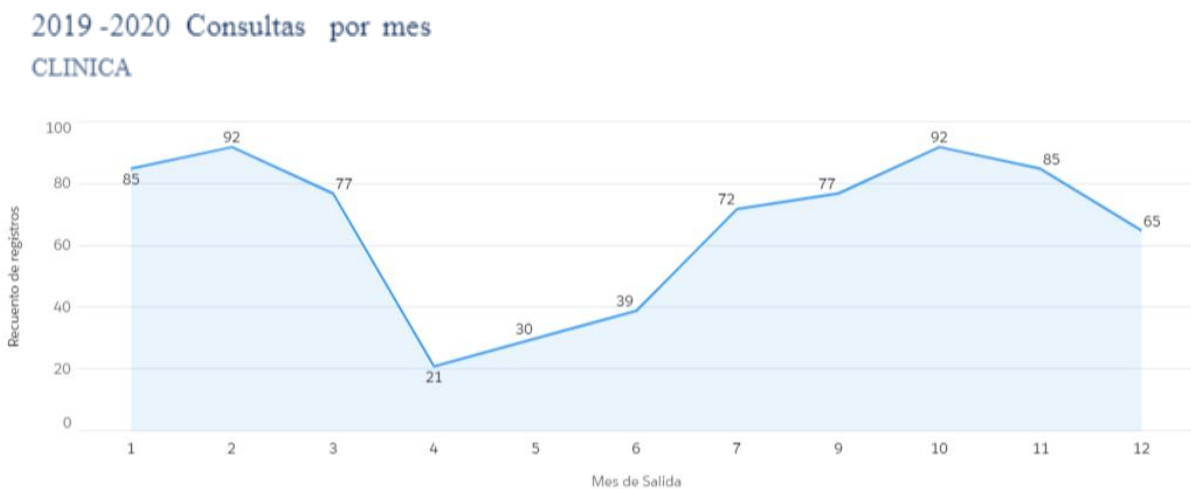
Actividades

- Toma de signos vitales y cribado de hipertensión y diabetes.
- Anamnesis e historia clínica a pacientes que acuden por primera vez.
- Diagnóstico y tratamiento de diversas patologías por parte del médico pasante y enfermería.
- Referencia de pacientes a segundo nivel que así lo ameriten.

Resultados

Del 1 de agosto de 2019 al 31 de julio de 2020 se registraron en la clínica de San Cristóbal de las Casas un total de 735 consultas.

La distribución mensual de consulta aparece en la siguiente gráfica, donde cada número (1 a 12) corresponde a un mes del año, encontrando la ausencia de agosto (8) debido a errores en la captura y transición de datos a la plataforma de Salesforce. Así mismo podemos observar una caída marcada en el mes de abril (4) que coincide con el cierre de labores propias de la fase 3 de contingencia nacional por covid-19.

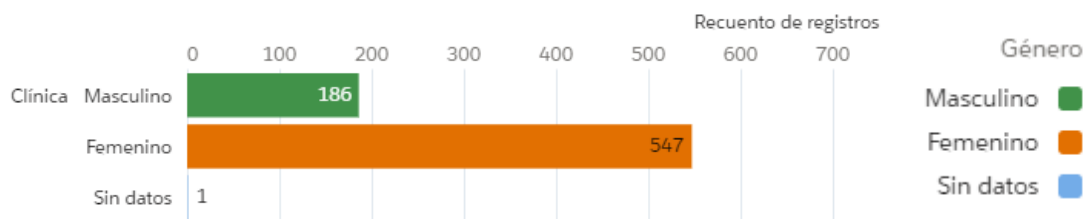


(Sanando Heridas, 2020)

De las 735 consultas, 186 (25.3%) fueron a población masculina, mientras que el restante 547 (74.7%) corresponden a población femenina. Solo 1 consulta (0.1%) no se registró sexo en el sistema de captura.

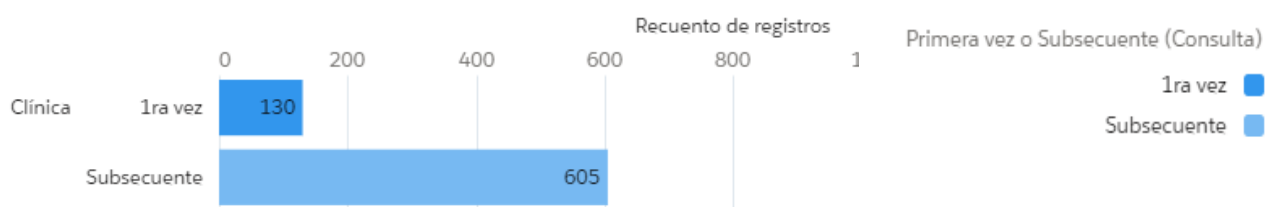
Consulta clínica por sexo

2019 -2020



(Sanando Heridas, 2020)

Consultas clínica 1ra vez y subsecuente



(Sanando Heridas, 2020)

Del total de consultas, 130 (17.68%) fueron a individuos que acudieron por “primera vez” a ser atendidos, las restantes 605 (82.32%) consultas fueron a personas con expediente dentro de la asociación.

Coherencia

El principal objetivo de la clínica en San Cristóbal es fungir como un sitio de consulta para los usuarios de las 6 LAI, y pacientes de comunidad cuyo motivo de consulta no pueda esperar la visita programada a su comunidad. Como objetivo

La clínica cuenta con todos los medios para poder integrar un diagnóstico acertado o en su defecto lo más cercano a la realidad, al contar con una farmacia propia y una cuota de recuperación que incluye consulta y tratamiento es una opción bastante asequible para la población, se cumplen con los objetivos generales de la ley de salud al brindar consulta con enfoque de prevención, calidad y sencillez ante el paciente, creando un ambiente de iguales y fomentando la confianza de la población hacia la institución.

Consulta médica en la comunidad

Es el eje fundamental de Sanando Heridas A.C. brindando atención médica en 7 localidades de 5 municipios distintos, los lunes, martes, miércoles y jueves, las localidades atendidas son las siguientes:

- Municipio de Chenalho: Poconichim y Naranjatic Alto
- Municipio de Chalchihuitan: Canalumtic
- Municipio de Teopisca: San Isidro Chichihuistán
- Municipio de San Juan Chamula: Santa Ana
- Municipio de San Cristóbal de las Casas (SCDLC): SCDLC y Los Llanos

Aquí agregamos la Coordinación Diocesana de Mujeres (CODIMUJ) de la diócesis de San Cristóbal de las Casas, instancia con el cual se colabora mediante consulta médica a sus integrantes en su totalidad mujeres 1 vez cada 4 meses.

Objetivos

Llegar a las comunidades que no tienen acceso a servicios de salud cercanos por condiciones geográficas o sociales y brindar atención del primer nivel fomentando la prevención y estilos de vida más saludables teniendo en cuenta sus oportunidades y modos de vida, con traducción a la lengua materna y sin costo para los pacientes.

Estrategias

Las LAI son seleccionadas en base a un contacto de confianza que conozca de primera mano a Sanando Heridas A.C. y su metodología de trabajo, de esta forma se busca entablar diálogo con las autoridades locales y acordar un trabajo en conjunto.

Crear confianza en la población atendida.

Comunicación constante y bilateral entre el equipo de Sanando Heridas A.C. y los líderes comunitarios.

Actividades

- Toma de signos vitales y cribado de hipertensión y diabetes.
- Diagnóstico y tratamiento de diversas patologías por parte del médico pasante y enfermería.
- Referencia de pacientes a segundo nivel que así lo ameriten.

Resultados

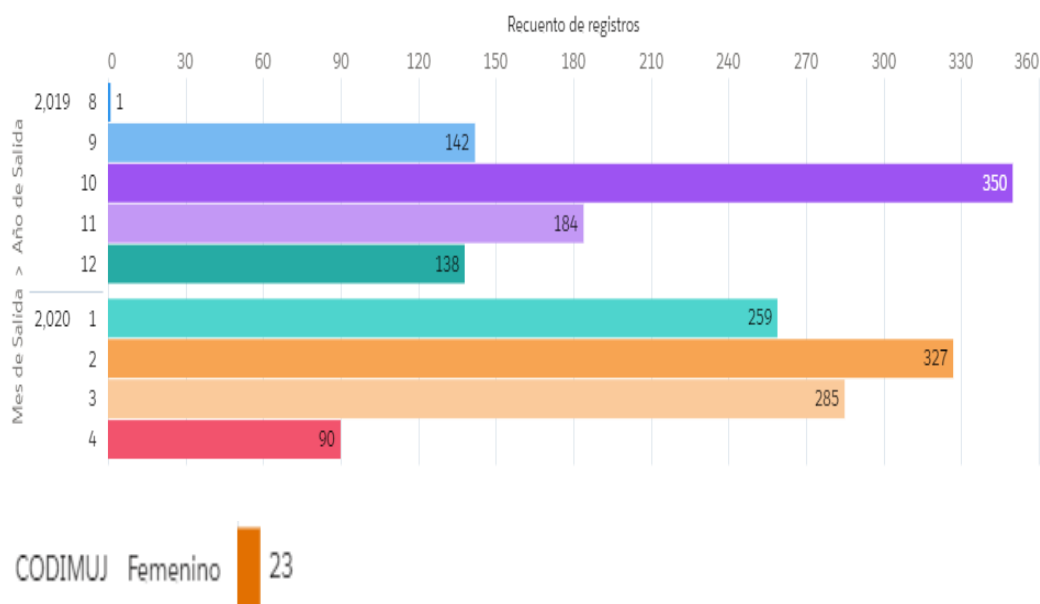
Consulta por comunidad y por mes Sept 19 julio 20

Localidad	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	Total
Canalumtic	17	69	33	7	42	14	54	17	253
Los Llanos	25	27	31		23	94	45	39	284
Naranjatic	37	92	55	24	38	38	39	10	333
Poconichim	34	52	57	38	51	43	58	17	350
CODIMUJ		23							23
Chichihuistan	17	40	8	38	11	68	45	2	229
Santa Ana	12	70		32	94	70	44	5	327
Total	142	373	184	139	259	327	285	90	1779

(Sanando Heridas, 2020)

En la siguiente gráfica, cada número corresponde a un mes en específico según su orden, (Enero = 1, febrero = 2 . . .) notamos 2 aspectos importantes, el mes de agosto de 2019 (8) no tiene presencia debido a errores en el sistema de captura y carga en Salesforce, y el segunda que solo hay reporte de 9 meses de actividad, esto se debe a que a partir de abril de 2020 se suspendió la consulta a comunidad por la entrada en función de la fase 3 de la contingencia nacional por covid-19.

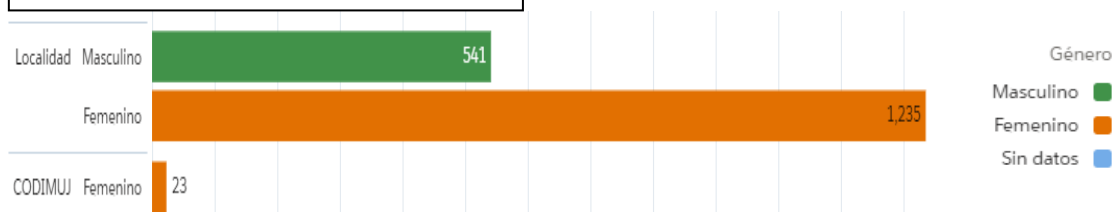
2019-2020 Consultas por mes en localidad



(Sanando Heridas, 2020)

De septiembre de 2019 hasta abril de 2020 se realizaron 23 consultas en CODIMUJ y 1776 consultas dentro de las localidades de acción intensiva, cuyo pico máximo de consultas se observó en octubre de 2019 con 350 (19.7%) del total de registros, y el mínimo de actividad se reportó en abril con 90 (5%) consultas, por razones comentadas previamente.

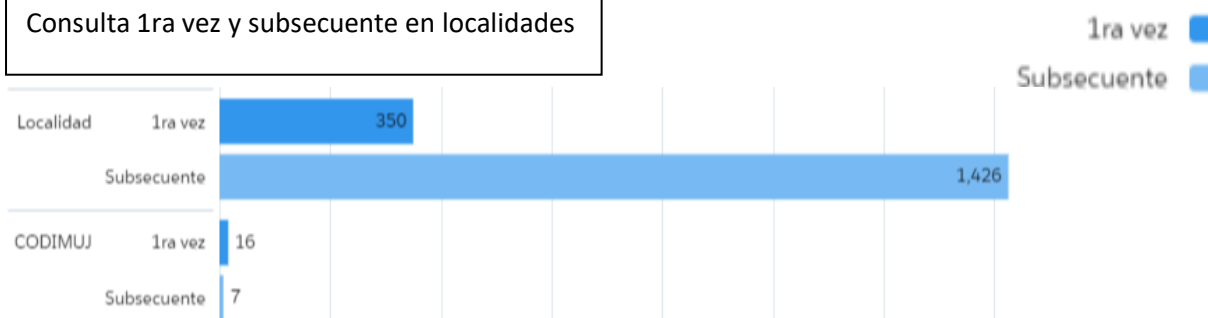
Consultas en localidad por sexo



(Sanando Heridas, 2020)

La distribución por sexo muestra que la gran mayoría de consulta en las LAI es a mujeres, siendo esta en porcentaje el 69.5% del total de consultas y el restante 30.5% hombres, esto puede deberse al horario de consulta que es de 8 a.m. hasta terminar la última consulta de un máximo de 30 al día, horario en que la mayor parte de los hombres destina a trabajar fuera de casa.

Consulta 1ra vez y subsecuente en localidades



En el caso específico de CODIMUJ, se registró solo una visita con 23 pacientes, todas mujeres debido al carácter de esta organización. (Sanando Heridas, 2020)

En cuanto a pacientes que acudieron por atención por primera vez y pacientes que ya cuentan con expediente, 1426 (80.3%) pacientes ya tenían un registro previo de consultas, mientras que 350 (19.7%) acudían por vez primera a solicitar atención.

En el caso de las mujeres de CODIMUJ, 16 (69.6%) mujeres acudieron por primera vez a la consulta médica, mientras las restantes 7 (30.4%) eran usuarias previas de Sanando Heridas A.C.

Coherencia

Este programa es el principal eje de trabajo de la asociación, brindar atención a comunidades con poco o nulo acceso a los servicios médicos, se atiende a población de escasos recursos sin costo. Es un programa bien aceptado por las comunidades y toda actividad se lleva a cabo previo consentimiento de las autoridades locales.

Grupos de vigilancia

Desde agosto de 2019 el proceso de fortalecimiento institucional llevó a una serie de cambios operativos y de logística en la asociación, algunos de los cuales llevaron a la modificación de programas existentes, actualmente se cuenta con 3 grupos de vigilancia, los cuales complementan los programas de consulta general en SCDL y las LAI. Son programas piloto que iniciaron en septiembre de 2019, por lo que su implementación está ligada a la aceptación y evolución con las LAI, mismos grupos se suspendieron en las localidades a razón del covid-19 en abril de 2020.

Crecimiento y Desarrollo (CyD)

Es el grupo de vigilancia donde se les dará seguimiento a todos los menores de 5 años, para vigilar su estado nutricional, crecimiento y desarrollo.

Objetivo

Se pretende que en este grupo se encuentre el 100% de los menores de 5 años de las LAI. Que ingresen lo más temprano posible mediante la promoción con las usuarias de la consulta médica, autoridades y líderes.

Metas

- Incluir el mayor número posible de niños menores de 5 años de las LAI dentro del grupo de vigilancia
- Mejorar la nutrición de niños menores de 5 años
- Revertir procesos de desnutrición aguda y crónica agudizada en menores de 5 años
- Prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas

Estrategia

- Asignar días específicos de la consulta a atender menores de 5 años
- Fomentar talleres de prevención de enfermedades y nutrición dentro de los días de consulta exclusivos
- Buscar formas de incentivar a las madres de familia a llevar a sus hijos menores de 5 años a consulta frecuentemente y a pesar de no poseer enfermedad al momento de la consulta

Actividades

- En todas las consultas valorar edad en año y meses cumplidos calculados con fecha de nacimiento en un documento legal.
- Pesar y medir al menor en cada consulta
- Percentilar cada consulta en curvas de crecimiento de la OMS acorde a edad y sexo

- Citar periódicamente a los menores de 5 años y llevar control percentilar de su crecimiento y desarrollo
- Obtener diagnóstico nutricional en función a los siguientes diagnósticos:
 - Desnutrición crónica
 - Mejoría de puntaje z en curva de talla para la edad
 - Recuperación de desnutrición crónica
 - Desnutrición aguda
 - Recuperación de desnutrición aguda
 - Desnutrición crónica agudizada

Resultados

Se utiliza el número total de usuarios de la consulta de Sanando Heridas para el análisis de resultados.

Dada la clasificación diagnóstica interna de Sanando Heridas, el diagnóstico de desnutrición se clasifica acorde a los siguientes:

- Desnutrición Aguda (DA)
- Desnutrición Crónica (DC)
- Desnutrición Crónica Agudizada (DCA)
- Desnutrición Crónica y Sobrepeso (DCyS)

Se excluyen los diagnósticos de Desnutrición leve, moderada y severa, englobándose simplemente dentro de las clasificaciones anteriores.

Los diagnósticos anteriores siguen los criterios diagnósticos de la OMS

Clasificación nutricional basada en el Estándar Internacional de Crecimiento de la OMS

	Peso/Talla	Talla/Edad	Peso/Edad
Gravemente emaciado y marcadamente acortado	< -3 DE	< -3 DE	
Gravemente emaciado pero no acortado	< -3 DE	-2 DE y $+2$ DE	
Marcadamente acortado pero no emaciado	-2 DE y $+2$ DE	< -3 DE	
Emaciado y acortado	-2 DE y -3 DE	-2 DE y -3 DE	
Emaciado pero no acortado	-2 DE y $+2$ DE	-2 DE y -3 DE	
Normal	-2 DE y $+2$ DE	-2 DE y $+2$ DE	-2 DE y $+2$ DE
Bajo peso			-2 DE y -3 DE
Muy bajo peso			< -3 DE
Sobrepeso			$+2$ DE y $+3$ DE
Obeso			$> +3$ DE

DE: desviación estándar

Todo niño posee gráficas de percentiles según la OMS de peso para la talla, talla para la edad, y peso para la edad, en físico, sin embargo, en los registros se captura el estado nutricional inicial al momento de la primera consulta (ingreso del paciente) y el estado nutricional final (última consulta).

Por motivos propios de Sanando Heridas, este grupo de vigilancia no incluye a los niños de la clínica de San Cristóbal, por lo que estos niños cuentan con diagnóstico nutricional, pero no son registrados dentro de los censos y estadísticas.

Población total de usuarios menores de 5 años de Sanando Heridas

Existen 546 menores de 5 años usuarios de la consulta de Sanando Heridas en total de las 6 LAI de los cuales 446 niños acudieron a consulta en el periodo de agosto 2019 a julio 2020.

Contando a los niños de la clínica de San Cristóbal obtenemos una población total de usuarios de 598 usuarios registrados (48 usuarios más), con un registro de 494 niños que acudieron a consulta durante el periodo agosto 2019 a julio 2020, teniendo un total de 901 consultas.

Número de niños menores de 5 años con diagnóstico nutricional patológico por localidad durante el periodo agosto 2019 a julio 2020														
Pob.Tot:546	localidad	Poconichim		Los Llanos		Naranjatic		Canalumtic		Chichihuistan		Santa Ana		Total
Consul.T:446		Pob. Tot:108	Consulta:78	Pob.Tot:74	Consulta: 69	Pob.Tot:71	Consulta:56	Pob.Tot:72	Consulta:57	Pob.Tot:52	Consulta:41	Pob.Tot:169	Consulta:145	
Diagnóstico		Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	
DA		2	0	0	1	2	0	2	1	1	0	0	1	10
DC		24	33	34	34	18	27	25	22	22	24	84	49	396
DCA		2	2	0	0	1	1	1	1	1	1	3	2	15
DCyS		1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	5	1	12
Total		29	36	35	36	21	28	28	25	24	26	92	53	433

Pob.Tot = Población total de las 6 LAI / Población total de usuarios de consulta por localidad

Consul.T = Total de usuarios que acudieron a consulta durante el periodo agosto 2019 – julio 2020

Consulta = Usuarios que acudieron a consulta por localidad

Inicio = Diagnóstico nutricional al ingreso del paciente

Final = Diagnóstico nutricional en la última consulta registrada del paciente.

(Sanando Heridas, 2020)

Tomando en cuenta los 546 usuarios como población total, durante el periodo registrado el 81.68% (446 niños) de la población usuaria del grupo de vigilancia asistió a consulta al menos en 1 ocasión.

	Tot al inicio	Tot al final
DA	7 (1.28%)	3 (0.54%)
DC	207 (37.9%)	189 (34.61%)
DCA	8 (1.46%)	7 (1.28%)
DCyS	7 (1.28%)	5 (0.91%)

crónica y sobrepeso.

Encontrándose al inicio un porcentaje de 1.28% de niños con desnutrición aguda, 37.9% con desnutrición crónica, 1.46% con desnutrición crónica agudizada y 1.28% con desnutrición

Al final del periodo se tuvo registro de 0.54% del total de niño con desnutrición aguda, 34.61% con desnutrición crónica, 1.28% con desnutrición crónico-agudizada y 0.91% de niños con desnutrición crónica y sobrepeso.

Crecimiento y Desarrollo Consultas por localidad y mes sept 2019 – abril 2020

Localidad	Ene	Feb	Mar	Abr	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Canalumtic	17	4	23	3	4	35	18	2	106
Los Llanos	6	68	11	4	6	6	3		104
Naranjatic	18	13	21		10	63	25	3	153
Poconichim	19	24	29		8	27	30	11	148
SCDLC	7	8	9	2	8	4	20	8	66
Chichihuistan	3	39	11			20	1	23	97
Santa Ana	70	52	22		3	52		28	227
Total	140	208	126	9	39	207	97	75	901

(Sanando Heridas, 2020)

Crecimiento y Desarrollo total consultas
Septiembre 2019 - Abril 2020

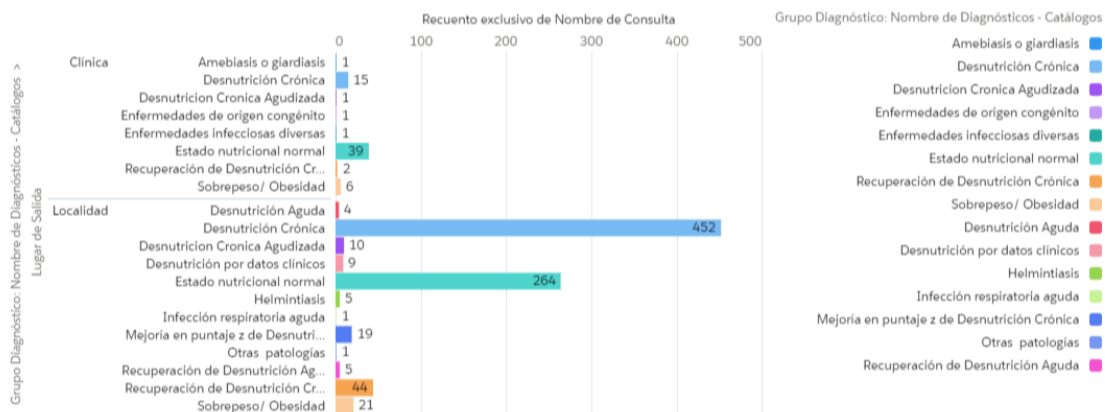


(Sanando Heridas, 2020)

De las 901 consultas, 835 se dieron en comunidades equivale al 92.7% del total de consultas, y los restantes 66 equivalentes al 7.3% en la clínica de San Cristóbal de las Casas.

Las principales patologías por grupo de vigilancia fueron las siguientes:

Principales diagnósticos del grupo CyD
Septiembre 2019 - Abril 2020



(Sanando Heridas, 2020)

En la población de San Cristóbal de las Casas el primer lugar fue el estado nutricional normal, mientras que en las localidades en conjunto el diagnóstico con mayor prevalencia fue la desnutrición crónica, siendo este dato acorde a la mayor marginación en que se desarrollan los niños dentro de las comunidades, la dificultad que implica alimentar un niño aunado a la falta de tiempo de las madres al tener múltiples hijos y actividades.

Coherencia

El programa tiene un fuerte impacto dentro de la población, dado que la mayoría de los niños en las LAI carece de acceso a sistemas de salud institucionales, ninguno cuenta con la cultura de acudir a controles periódicos con el médico si no es en el contexto de la enfermedad, llevar el registro de peso y talla durante consultas programadas permite identificar fallas en el crecimiento del niño e implementar acciones correctivas para brindarle la oportunidad de ser un adulto sano.

Este programa fue ampliamente aceptado por las madres y las comunidades quienes adquirieron el conocimiento e importancia de llevar a sus hijos a consultas así estos no padecieran ninguna enfermedad al momento de la consulta.

Como se pudo observar, se ha logrado reducir de forma general el porcentaje de desnutrición infantil, si bien no a un grado heroico, se nota una disminución modesta de los diagnósticos nutricionales adversos en la población atendida por Sanando Heridas.

Vigilancia del Embarazo Parto y Puerperio (VEPP)

Grupo de vigilancia donde se le da seguimiento a todas las mujeres que se detecten con embarazo y hasta 1 año después del término del embarazo.

Objetivo

Brindar una alternativa de atención médica a población sin acceso a servicios de salud institucionales de localidades marginadas, brindando atención en su lengua materna, de calidad y con calidez para detectar y prevenir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Se pretende captar el 100% de las embarazadas de cada LAI, vigilar y dar consulta prenatal acorde a la NOM 007 SSA 2016 sobre atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Prevenir, diagnosticar, tratar y dar referencia a los padecimientos maternos y del embarazo y puerperio que así lo ameriten.

Metas

- Captar la mayor cantidad de embarazadas de las LAI
- Dar 5 consultas prenatales a cada paciente
- Detectar y prevenir complicaciones maternas
- Informar a todas las embarazadas sobre el desarrollo y concepción de un bebé.

Estrategias

Se capta a toda paciente embarazada mediante la realización de una hoja de control (se anexa imagen) de la cual se entrega una copia a la paciente con lo que pueda acudir a otra institución, médico, o partera y se cuente con una consulta primera con valores de referencia para el resto de su embarazo.

Se cita a cada embarazada 1 vez al mes, junto a los grupos de crecimiento y desarrollo para llevar un control prenatal hasta el momento del nacimiento.

Talleres de concepción, nutrición y cuidados maternos en fechas seleccionadas abarcando la mayor cantidad de mujeres embarazadas posibles.

Consejería previa al momento del parto, respetando la decisión de la mujer de atenderse con el profesionalista que desee y en el establecimiento de su agrado, acorde a sus riesgos y posibilidades.

Entrega de kit de parto consistente en gasas estériles, hojas de bisturí estériles y cintas umbilicales en caso de querer atender su parto en casa y con partera.

Explicar signos de alarma ante cualquier complicación materna, brindar apoyo asistencial en caso de que la paciente lo amerite.

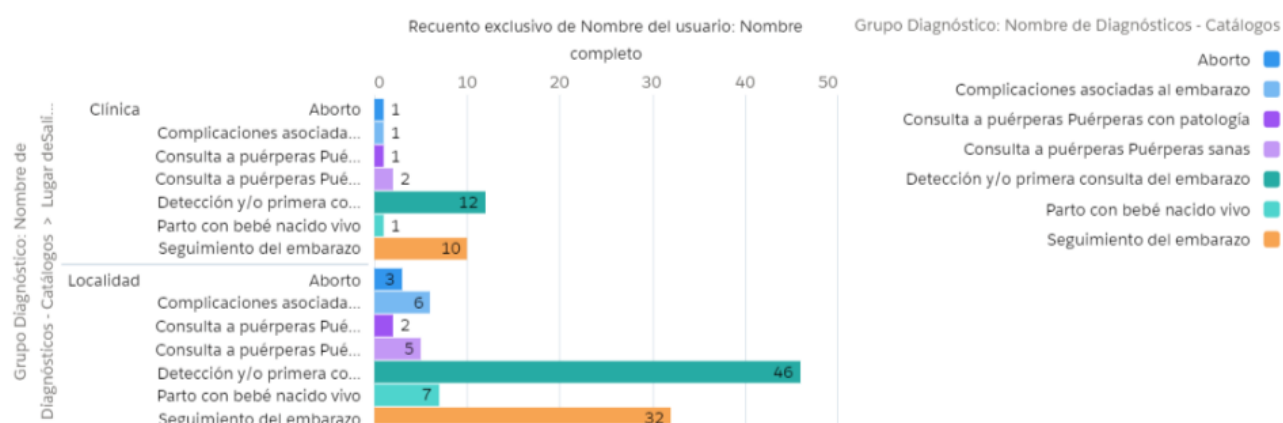
Actividades

- Diagnóstico de embarazo mediante Prueba inmunológica de embarazo en orina y rastreo ultrasonográfico
- Dar tratamiento y / o referencia al siguiente nivel según amerite cada paciente
- Vigilar ganancia ponderal, consumo de hematínicos
- Toma de tensión arterial en cada consulta
- Toma de glucosa en cada consulta
- Realizar tira reactiva de orina en cada consulta
- Toma de hemoglobina en la primera consulta y en el tercer trimestre de embarazo
- Brindar edad gestacional en cada consulta y fecha de probable parto
- Monitoreo fetal mediante Ultrasonido Doppler o Doptone en cada consulta

Resultados

Desde el mes de septiembre de 2019 hasta el mes de abril de 2020 se contabilizaron un total de 78 usuarias del grupo de vigilancia, las cuales se dividen en 11 (28.2%) usuarias de la clínica de San Cristóbal y 28 (71.8%) usuarias de comunidad.

VEPP pacientes y sus diagnósticos
Septiembre 2019 - abril 2020



(Sanando Heridas, 2020)

En la población de la clínica de San Cristóbal, el diagnóstico más recurrente fue la detección y/o primera consulta del embarazo, seguida del diagnóstico de seguimiento de embarazo.

Por su parte, las localidades registraron 46 pacientes detectadas por primera vez como embarazadas, 3 abortos y solo 7 mujeres acudieron a consulta durante su puerperio.

Número de Consultas de VEPP por mes y localidad Septiembre 2019 - Abril 2020									
Localidad	Ene	Feb	Mar	Abr	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
Canalumtic	3	1	9	3	1	3	1		21
Los Llanos	1	6	7	2	1	1	1		19
Naranjatic	4	5	4		1	8	5	1	28
Poconichim	6	3	4	1	1	8	3	5	31
SCDLC	5	5	8		6	7	6	2	39
Chichihuistan		8	3		1	6		7	25
Santa Ana	6	3	3	1	3	4		2	22
Total	25	31	38	7	14	37	16	17	185

(Sanando Heridas, 2020)

El lugar con mayor afluencia de consulta, a pesar de la cifra de pacientes, fue la clínica de San Cristóbal, con 39 de las 185 consultas, esto es el 21.1% de todas las consultas, y Los Llanos fue el sitio con menor consulta del grupo de vigilancia, lo cual corresponde a que es uno de los sitios con mayor aceptación y uso de métodos de planificación familiar como se verá más adelante.

Coherencia

Es un programa de vital importancia en la región de los Altos, ya que la zona cuenta con un índice elevado de muerte materna y muchas de las mujeres no tienen acceso a un centro de salud sea por no ser derechohabientes o por la imposibilidad geográfica de acceder a ellos.

Brinda la oportunidad de llevar un control mensual, sin costo, en su lengua materna y sin la necesidad de que ellas tengan que desplazarse grandes distancias que implican un costo monetario, permite la suplementación con hemáticos y el tratamiento de las patologías más frecuentes como infecciones vaginales y de vías urinarias.

Durante el año de servicio se realizaron gestiones y referencias a mujeres con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 1, embarazos gemelares, hematoma subcorial entre otros, todas ellas detectadas mediante la consulta médica.

Si bien, por diversas cuestiones no se ha logrado captar el 100% de las embarazadas, se han logrado alianzas y comunicación tanto con instituciones públicas de salud, parteras y autoridades locales para la pronta atención de las mujeres embarazadas y su referencia oportuna a los distintos niveles de atención.

En cuanto a las metas establecidas, se logró captar la mayor cantidad de usuarias de cada localidad, sin embargo, se desconoce el total de embarazadas por localidad, ya que existen distintos proveedores de atención (parteras, asociaciones, instituciones de salud en algunos casos)

De las 78 mujeres usuarias de este grupo, se registraron 185 consultas durante el periodo de agosto 2019 a julio 2020, siendo el promedio general de 2.34 consultas, debido al programa de Salesforce, no es posible rastrear el número de consultas por paciente, por lo que, tomando el promedio general, la meta de 5 consultas por paciente no se logró cumplir.

Se detectaron y trataron 7 casos de complicaciones asociadas al embarazo, las cuales fueron tratadas y referidas en caso necesario, dando por cumplida la meta de detectar y tratar complicaciones maternas.

Planificación Familiar (PF)

Es el grupo de vigilancia donde se le dará seguimiento a todas las mujeres que se encuentren utilizando un método anticonceptivo.

Sanando Heridas cuenta con la posibilidad de entregar métodos anticonceptivos tales como: métodos de barrera, hormonal oral, hormonal inyectado mensual y bimensual, implante subdérmico. Debe aclararse que la entrega de implante subdérmico es a pacientes con historial de al menos 6 meses previos haciendo uso de método anticonceptivo, y sin deseos de embarazarse por al menos dos años.

La entrega de dichos métodos anticonceptivos no supone un costo para ninguna usuaria, se entregan de manera gratuita.

Objetivo

Integrar a todas las mujeres que llegan por primera vez a solicitar método anticonceptivo o que refieran durante la consulta estar utilizando algún método anticonceptivo.

Mejorar la calidad de vida de las mujeres de la región de los altos de Chiapas al permitirles decidir el número de hijos que desean, dar la oportunidad de espaciar sus embarazos permitiendo el cuidado y desarrollo óptimo de sus hijos y permitirles desarrollarse personalmente.

Metas

- Captar a toda mujer que solicite método de planificación familiar
- Concientizar sobre el uso responsable de los métodos de planificación familiar
- Dar vigilancia y seguimiento a todas las mujeres que soliciten algún método
- Brindar consulta y asesoramiento a toda mujer en edad reproductiva que solicite o desee usar un método de planificación familiar

Estrategia

- Indagar específicamente a toda mujer en edad reproductiva sobre deseos de embarazo y uso de método anticonceptivo
- Sugerir a toda mujer en edad reproductiva el uso de método anticonceptivo durante la consulta médica respetando su decisión de usar o no método de planificación
- Asesorar a las mujeres sobre el método de planificación más adecuado para cada una de ellas de manera personalizada y en su lengua
- Brindar opciones de tratamiento cómodas y con posibilidad de garantizar su aplicación y existencia por parte de Sanando Heridas

Actividades

- Brindar consulta médica donde se indague el uso de método anticonceptivo y deseos de embarazo en toda mujer en edad reproductiva

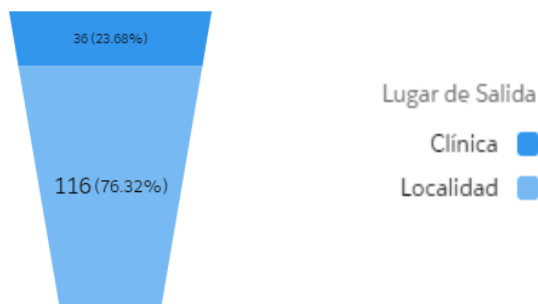
- Dar consulta personalizada y confidencial respetando las decisiones de cada usuaria
- Realizar prueba inmunológica de embarazo en orina a toda usuaria que desee iniciar método anticonceptivo
- Brindar método anticonceptivo acorde a las características y necesidades de cada usuaria
- Entregar un carnet con los datos de la usuaria tales como: nombre, edad, localidad, método utilizado, fecha de primera administración, siguiente consulta, siguiente aplicación.
- Llevar un control de citas y aplicaciones de cada usuaria, permitiendo llevar un correcto control del método anticonceptivo de cada usuaria.

Resultados

PF Usuaris

2019 -2020

Recuento exclusivo de Nombre del usuario: Nombre completo: 152



Lamentablemente, no se conoce con exactitud cuantas mujeres en edad reproductiva existen por localidad, sin embargo, existe un número total de usuarias en edad reproductiva (15 – 49 años) de 544 mujeres.

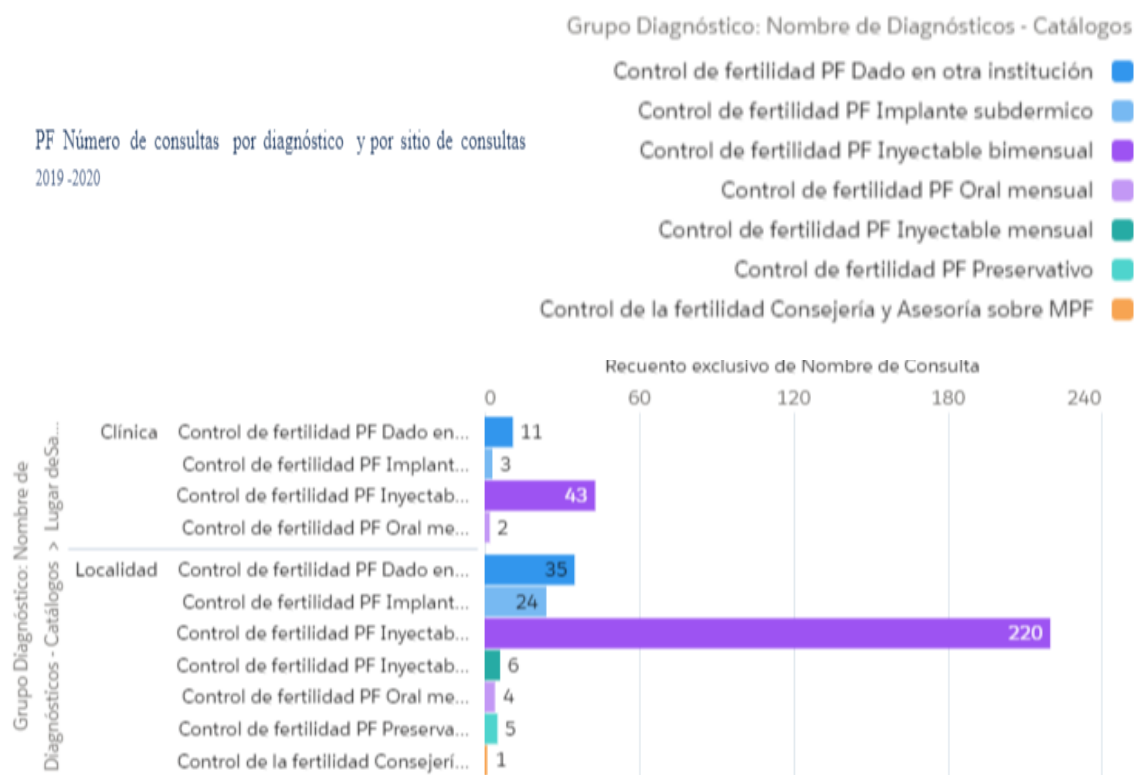
De estas 544 mujeres en edad reproductiva existen 152 mujeres usuarias de método de planificación familiar, correspondiente con el

27.94% del total de las usuarias en edad reproductiva.

Se tiene registro de 152 usuarias de planificación familiar, divididas por localidad y clínica de San Cristóbal se aprecia que el 76.32% de las usuarias son de las LAI.

Número de Consultas de PF por mes y localidad Septiembre 2019 - Abril 2020									
Localidad	Ene	Feb	Mar	Abr	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
Canalumtic	5	2	3	4	2	4	5		25
Los Llanos	10	4	15	18	12	12	14		85
Naranjatic	4	7	4	6	10	7	17	2	57
Poconichim	11	6	18	16	12	7	13	12	95
SCDLC	3	3	3	8	10	11	11	10	59
Chichihuistan		6	2	2	1	3	1	3	18
Santa Ana	1	4	3	4	1	2		1	16
Total	34	32	48	58	48	46	61	28	355

El sitio donde más consultas se dieron fue la localidad de Poconichim con 95 consultas, es decir, por si solo significa el 26.8% del total de consultas de PF, seguido de Los Llanos con el 23.9% de consultas, entre ambas localidades contribuyen casi al 50% de todas las usuarias de método de planificación familiar.



(Sanando Heridas, 2020)

Al analizar los diagnósticos, los cuales coinciden con el método de planificación, y separados por lugar de consulta podemos notar que en la clínica el diagnóstico y método más utilizado es la inyección bimensual con 43 consultas de 59, es decir el 72.9% del total de consultas de la clínica, con 11 consultas fueron mujeres que usan un método dado en otra institución (DIU, Hormonal oral,

inyectable, implante subdérmico, condones, quirúrgicos), y en solo 2 consultas se dio un método hormonal oral.

En las comunidades, el método más solicitado es el inyectable bimensual, pues al contener progestágenos es ideal para las mujeres que se encuentran lactando y su aplicación es más cómoda al tener que acudir a consulta cada 2 meses, esto lo vemos reflejado en las 220 consultas de las 295 brindadas en comunidad, es decir el 74.6% de todas las consultas de planificación familiar.

Coherencia

Este grupo de vigilancia permite a las usuarias acceder a métodos de planificación familiar que de otra forma no podrían, sea por no ser derechohabientes de alguna institución de salud o el precio monetario que tienen estos fármacos, suponen un ahorro económico importante para las mujeres de las localidades de acción intensiva de Sanando Heridas, permiten a la mujer decidir el número de hijos y el tiempo en que desee tenerlos.

Si bien este programa tiene muchas ventajas, aún está sujeto al tabú existente en la región de los Altos de Chiapas, siendo algunas de las causas de su abandono o su falta de adscripción al grupo la opinión familiar y de la pareja.

Existen localidades donde su uso es más amplio y aceptado, tal es el caso de los Llanos, localidad de San Cristóbal de las Casas, donde su uso es bien aceptado por la mayoría de las mujeres y las familias, mientras que otras localidades como San Isidro Chichihuistan, en Teopisca, su uso aún se ve mermado por la opinión pública y la imagen de la mujer embarazada como “un mal necesario” que indica que una mujer ha iniciado vida sexual activa, por lo que se considera una especie de vergüenza pública.

Lamentablemente, este programa sufrió una pausa repentina en las localidades de acción intensiva consecuencia inmediata del cierre de localidades por la contingencia del covid-19, aunque se sigue implementando dentro de la clínica de San Cristóbal, su distribución a las comunidades se encuentra pausada y se espera retomar actividades en cuanto la situación sanitaria lo permita.

Perfil de morbilidad

La siguiente sección tiene el propósito de cuantificar y mostrar el total de diagnósticos establecidos durante el año de servicio social.

Los datos fueron tomados del programa de captura de datos que utiliza la asociación: Salesforce, la cual se encuentra en constante actualización conforme las necesidades del equipo operativo de Sanando Heridas lo requiera.

Los diagnósticos que a continuación se mencionan son acorde a la clasificación diagnóstica interna de Sanando Heridas, la cual engloba un conjunto específico de enfermedades dentro de un rubro, como podrá observarse.

Para el análisis se tomará en cuenta solo los diagnósticos de primera vez y el total de la población (usuarios de Sanando Heridas), la tasa anual de incidencia será con base en la población de usuarios total de Sanando Heridas.

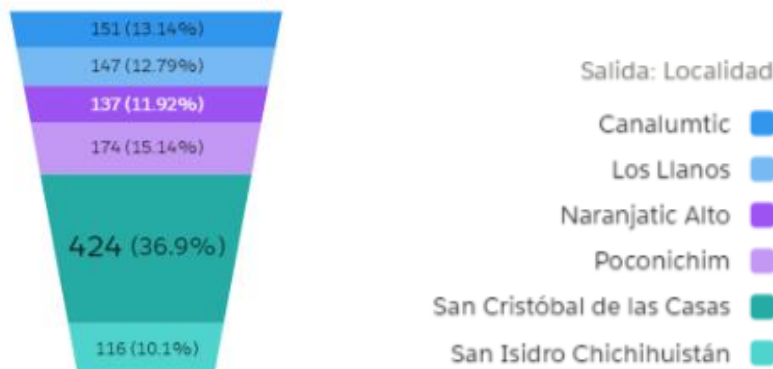
Salesforce permite asociaciones de varias variables, dentro de un proceso denominado "informe" no obstante, solo permite mostrar 2 variables de manera gráfica.

Población de Sanando Heridas

Hoy, se cuenta con 1366 usuarios registrados en Salesforce, distribuidos en 7 localidades. Algunos resultados pueden variar ligeramente debido a errores de captura, o procesamiento interno del programa.

Distribución de usuarios por localidad
Agosto 2019 - Julio 2020

Recuento exclusivo de Folio creado por SF: 1.1k



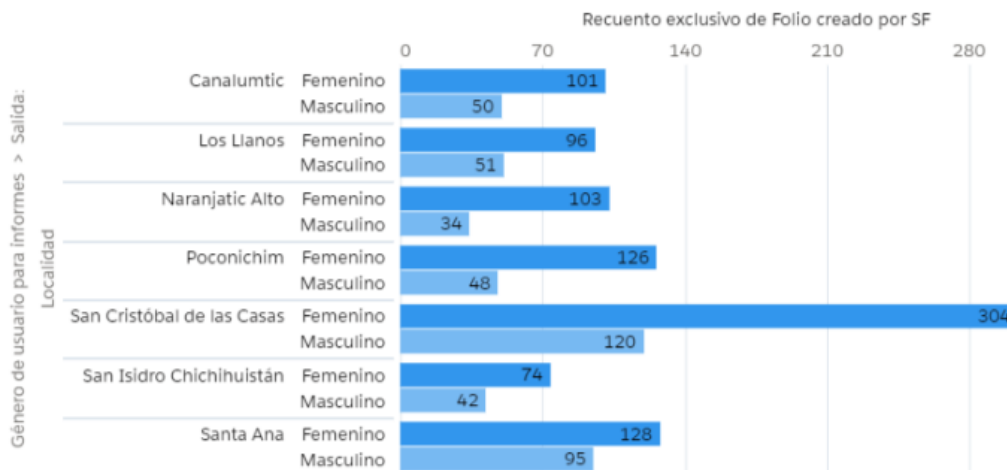
(Sanando Heridas, 2020)

En la anterior gráfica se muestra la distribución poblacional por localidad de trabajo, por cuestiones técnicas no aparece Santa Ana, la cual cuenta con 216

usuarios. Como observamos, la mayor cantidad de usuarios se encuentra en San Cristóbal de las Casas, pues se cuenta con un espacio físico permanente, con instalaciones adecuadas y atractivas, aunado a una bajísima cuota de recuperación (50 MXN) que incluye consulta y medicamentos. Sin embargo, la mayor cantidad de atención se realiza en las localidades de acción intensiva.

Usuarios por localidad y sexo

Agosto 2019 - Julio 2020

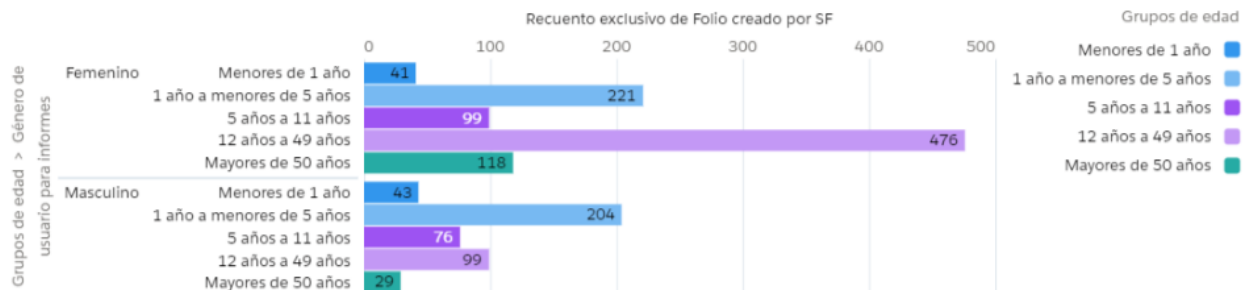


(Sanando Heridas, 2020)

Como se ha mencionado anteriormente, en todos los lugares de trabajo, la población mayoritariamente atendida corresponde a mujeres.

Usuarios por sexo y grupo etario

Agosto 2019 - Julio 2020



(Sanando Heridas, 2020)

Esta grafica nos permite dimensionar la pirámide etaria de la población de usuarios de Sanando Heridas, como vemos, corresponde en su mayoría a mujeres entre 12 y 49 años, seguido por el grupo de niñas y niños de 1 año hasta los 4 años y 11 meses.

El recuento total de esta gráfica sobrepasa la población neta de Sanando Heridas, debido a que Salesforce puede incluir en 2 grupos etarios a 1 usuario que haya sobrepasado un rango etario durante el lapso de 1 año de medición, es decir, si un niño de 4 años y 11 meses cumplió años durante el periodo de agosto 2019 – julio 2020, Salesforce puede contarlos en el grupo etario de 1 a 5 años y 5 a 12 años pese a que se haya usado como criterio de selección la edad al momento de la última consulta.

Lamentablemente, no es posible obtener la estadística de “Usuarios por localidad, grupo etario y género” dado que implica 3 variables y Salesforce solo puede arrojarlos un máximo de 2 asociaciones.

Causas de morbilidad

Principales causas de Morbilidad			
Posición	Rep. Mexicana 2018	Chiapas 2018	Sanando heridas 2019-2020
1	Infecciones Respiratorias Agudas	Infección respiratoria aguda	Infección respiratoria aguda
2	Infecciones intestinales y otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por organismos y mal definidas	Helmintiasis
3	Infecciones de vías urinarias	Infecciones de vías urinarias	Desnutrición crónica
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlcera Gástrica y duodenal	Mialgias, artralgias y lumbalgia
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	Gingivitis y enfermedad periodontal	Enfermedad ácido-péptica

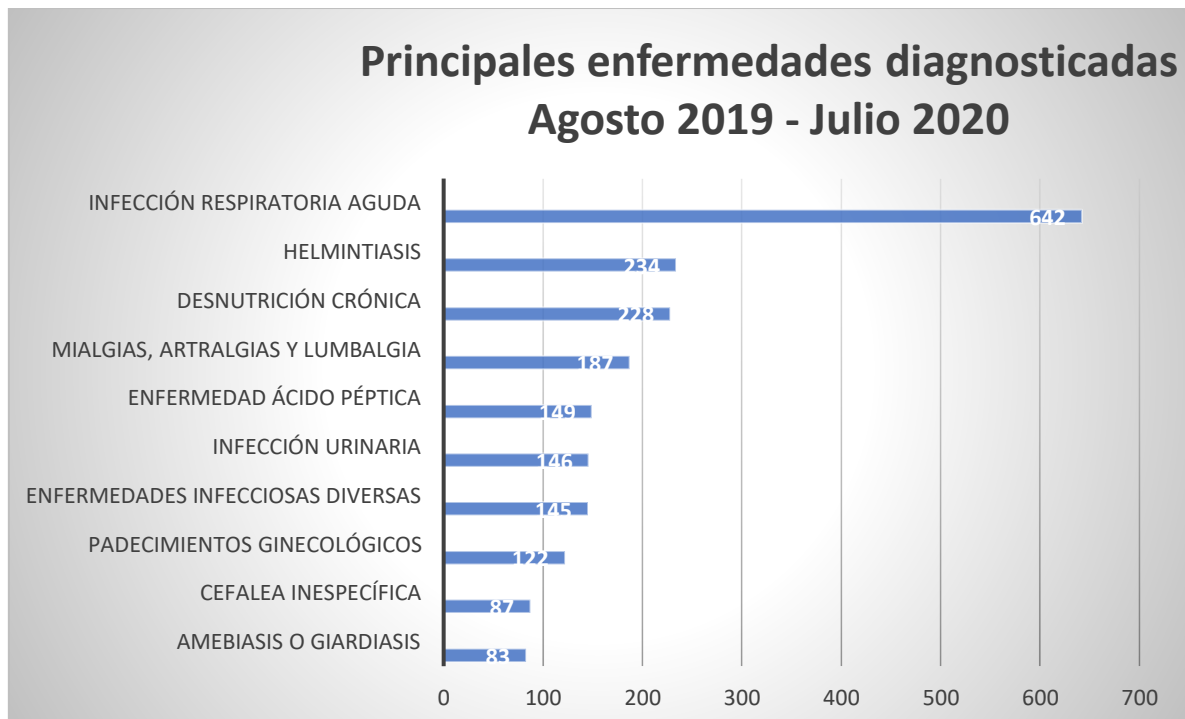
(Secretaria de Salud, 2018) (Secretaria de Salud, 2018) (Sanando Heridas, 2020)

Principales patologías registradas Septiembre 2019 – julio 2020														
	Patología	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Sept	Oct	Nov	Dic	Total	Tasa incidencia
1	Inf. Resp. aguda	99	123	119	21	5	4	9	42	110	74	37	643	47
2	Helmintiasis	29	42	33	8	1	1	2	25	54	27	12	234	17.1
3	Desnutrición crónica	44	39	25	0	0	1	0	3	73	18	25	228	16.6
4	Mialgias, artralgias, lumbalgia	45	29	34	4	4	5	12	16	27	16	13	195	14.2
5	Enf. Ácido-péptica	19	18	23	7	3	5	8	14	31	19	11	158	14.2
6	Inf. urinaria	14	29	14	5	3	6	5	15	27	15	15	148	10.8
7	Enf. Infecc. diversas	19	28	19	2	1	1	12	10	26	13	14	145	10.6
8	Pad. ginecológicos	15	19	11	7	0	0	11	18	18	19	9	127	9.2
9	Cefalea inespecífica	12	16	11	4	0	4	1	11	7	12	11	89	6.5
10	Amebiasis	10	21	11	3	1	1	0	1	22	7	7	84	6.1
Total		306	364	300	61	18	28	60	155	395	220	154	2061	

*Tasa de incidencia calculada por cada 100 habitantes

*La población utilizada corresponde al número de usuarios de Sanando Heridas (1366 usuarios registrados).

(Sanando Heridas, 2020)

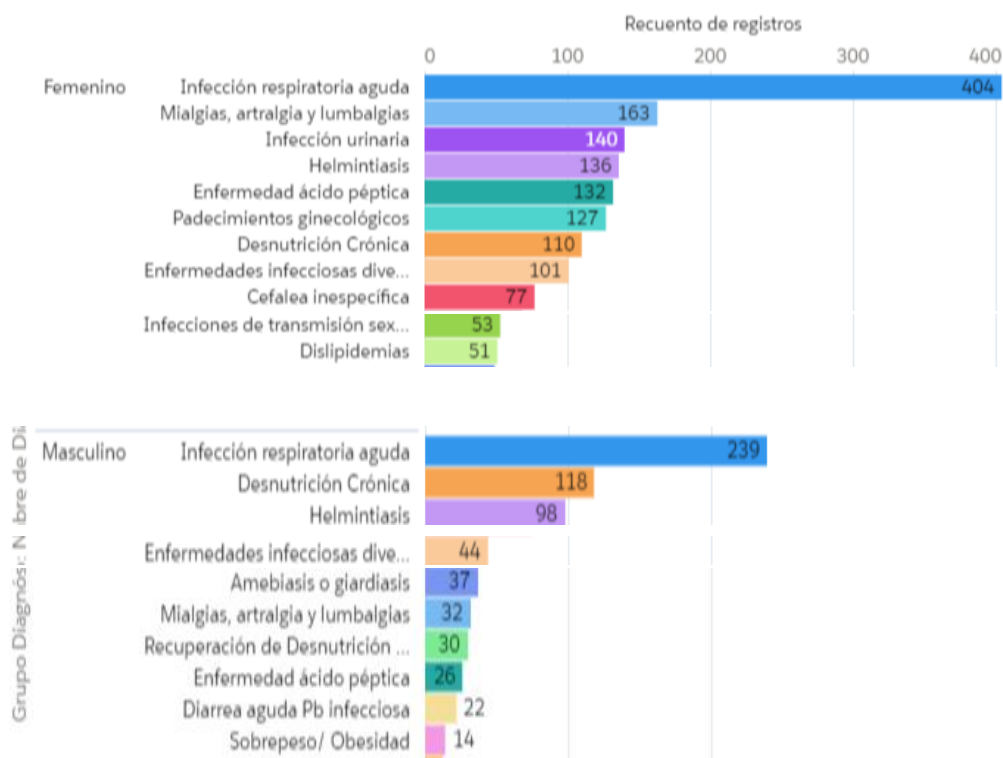


(Sanando Heridas, 2020)

Si bien, las causas de morbilidad a nivel república y estado coinciden a la perfección, dentro de la epidemiología de sanando heridas los puntos 3, 4 y 5 difieren un poco, el punto 2 solo difiere por la agrupación interna que divide la enfermedad diarreaica y la producida por helmintos de forma específica, el siguiente punto incluye la desnutrición crónica, puesto que la consulta es conformada en su mayoría por mujeres y niños, los cuales se hacen presentes con este diagnóstico, le sigue en orden las mialgias, motivo muy frecuente de consulta por parte de la población que se atiende y las úlceras gástricas, que cambian de posición respecto a la epidemiología nacional y estatal.

Principales enfermedades por genero

Agosto 2019 - Julio 2020



(Sanando Heridas, 2020)

Haciendo la diferencia por sexo, el primer lugar lo tienen las enfermedades respiratorias agudas y a medida que descenden observamos cambios importantes.

El segundo lugar varía dependiendo del sexo, esto se debe principalmente al horario de consulta, donde es más común que los hombres trabajen y las mujeres acudan a la consulta, en el caso de los hombres, la desnutrición crónica y la helmintiasis hacen referencia a la gran cantidad de niños que acuden a la consulta.

Patologías transmisibles y no transmisibles

6 Principales patologías transmisibles Septiembre 2019 – julio 2020														
	Patología	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Sept	Oct	Nov	Dic	Total	Tasa incidencia
1	Inf. Resp. Aguda	99	123	119	21	5	4	9	42	110	74	37	643	47
2	Helmintiasis	29	42	33	8	1	1	2	25	54	27	12	234	17.1
3	Enfermedades infecciosas diversas	19	28	19	2	11	1	12	10	26	13	14	145	10.6
4	Amebiasis	10	21	11	3	1	1	0	1	22	7	7	84	6.1
5	Inf. Trans. Sexual	5	5	7	0	2	2	5	7	6	7	9	55	4.0
6	Diarrea infecciosa	5	14	7	1	3	2	2	2	5	3	1	45	3.2
Total		167	233	196	35	23	11	30	87	223	131	80	1206	

*Tasa de incidencia calculada por cada 100 habitantes

*La población utilizada corresponde al número de usuarios de Sanando Heridas (1366 usuarios registrados).

(Sanando Heridas, 2020)

6 Principales patologías no transmisibles Septiembre 2019 – julio 2020														
	Patología	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Sept	Oct	Nov	Dic	Total	Tasa incidencia
1	Desnutrición crónica	44	39	25	0	0	1	0	3	73	18	25	228	16.6
2	Mialgias, artralgias, lumbalgia	45	29	34	4	4	5	12	16	27	16	13	195	14.2
3	Enf. Ácido-péptica	19	18	23	7	3	5	8	14	31	19	11	158	11.5
4	Inf. urinaria	14	29	14	5	3	6	5	15	27	15	15	148	10.8
5	Pad. ginecológicos	15	19	11	7	0	0	11	18	18	19	9	127	9.2
6	Cefalea inespecífica	12	16	11	4	0	4	1	11	7	12	11	89	6.5
Total		149	150	118	27	10	21	37	77	183	99	84	945	

*Tasa de incidencia calculada por cada 100 habitantes

*La población utilizada corresponde al número de usuarios de Sanando Heridas (1366 usuarios registrados).

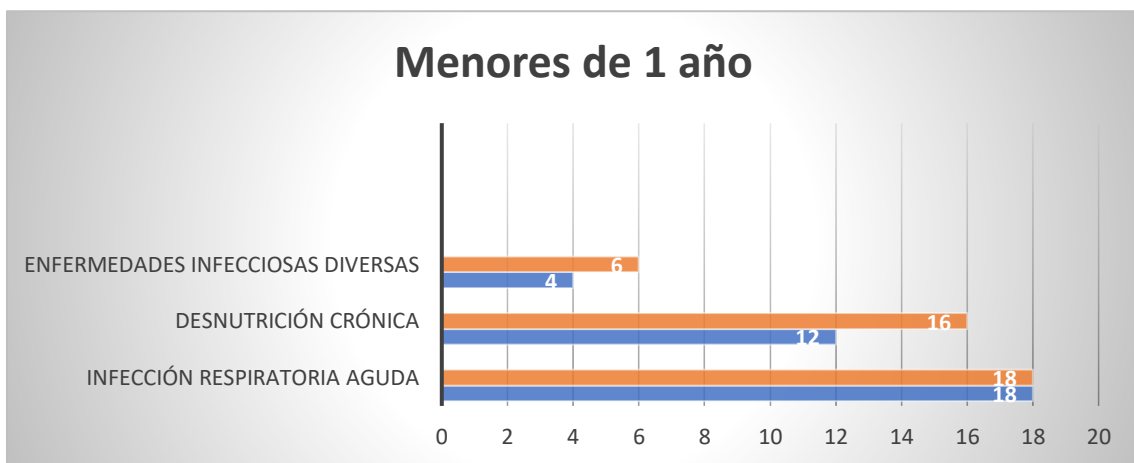
(Sanando Heridas, 2020)

En este caso sólo se contabilizaron las 6 principales causas de enfermedades transmisibles y no transmisibles ya que la clasificación diagnóstica de Sanando Heridas no permite distinguir otras causas al estar agrupadas por conjuntos.

El primer lugar de las enfermedades no contagiosas lo ocupa la desnutrición crónica, debido a la gran cantidad de niños que tiene la consulta, motivo por el cual esta patología se hace presente como la primera enfermedad no transmisible más frecuente.

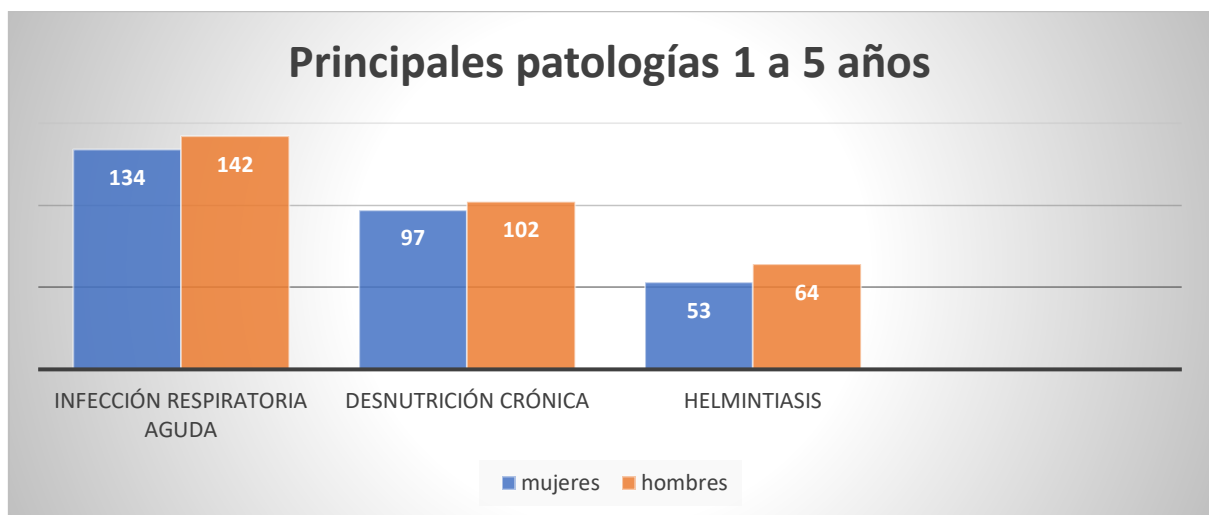
Principales patologías por grupo etario y género

A continuación, se mostrarán las 3 principales enfermedades por grupo etario, tomando en cuenta solo diagnósticos de primera vez durante el periodo de tiempo del 1 de agosto de 2019 al 31 de julio de 2020.



(Sanando Heridas, 2020)

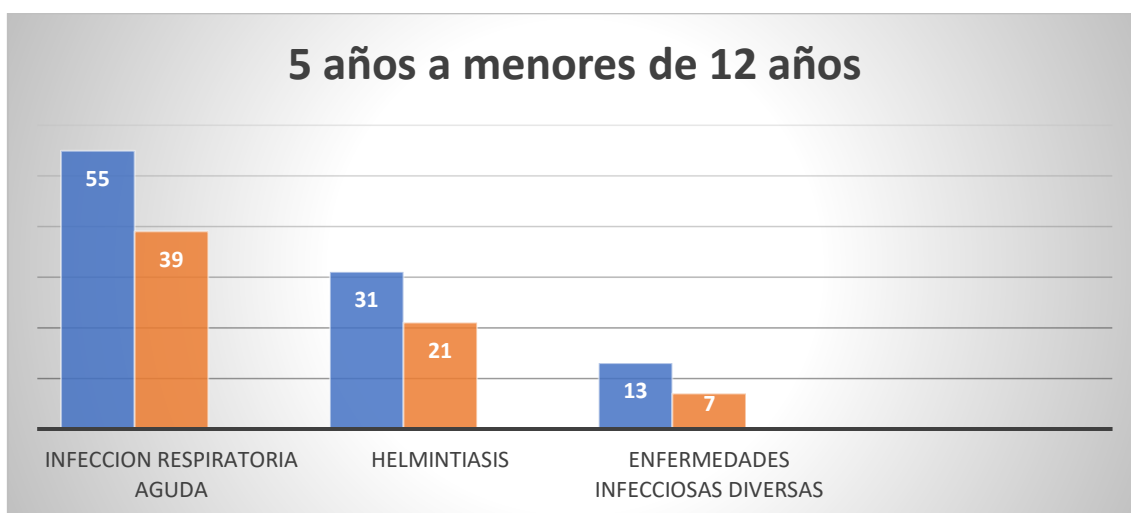
Las 3 principales causas de enfermedad fueron la infección respiratoria aguda con 36 casos, la desnutrición crónica con 28 casos y las enfermedades infecciosas diversas.



(Sanando Heridas, 2020)

Dentro de este grupo, el primer motivo de consulta lo ocupan las infecciones respiratorias agudas con 276 casos, lo sigue la desnutrición crónica con 199 casos durante el año y la helmintiasis diagnosticada 117 veces.

El primer lugar puede correlacionarse con el clima frío, húmedo y montañoso, aunado a que siempre la enfermedad respiratoria aguda ocupa todos los primeros lugares, las otras 2 enfermedades son debido a que la población en su mayoría atendida carece en muchas ocasiones de servicios de saneamiento público, son personas marginadas y el salario que tienen no es suficiente en ocasiones para una canasta básica, sin mencionar que los niños en este grupo de edad cuentan con más hermanos sean mayores o menores por lo que la atención y el cuidado son pocos respecto a su alimentación, donde juegan e higiene personal, por lo cual siempre se encuentran en contacto con la tierra y rara vez cuentan con higiene de manos adecuada.

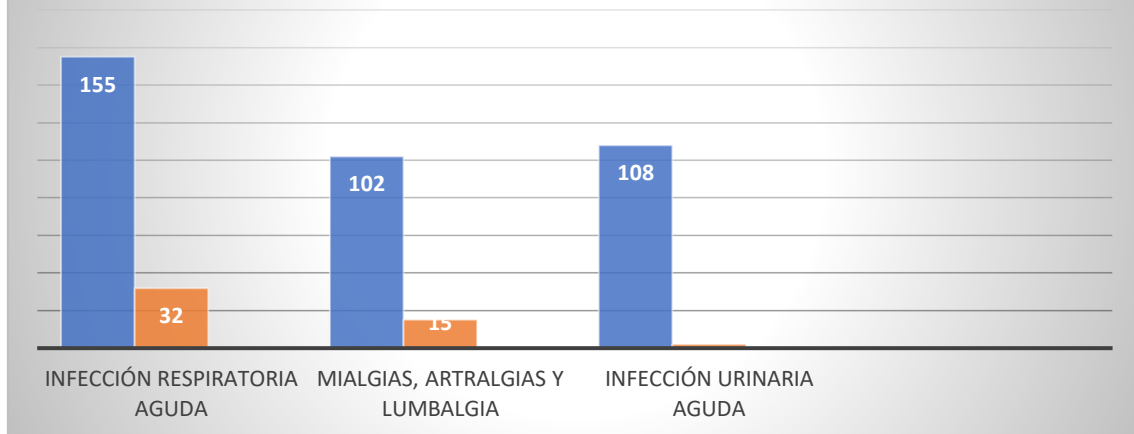


(Sanando Heridas, 2020)

El primer lugar lo ocupan las infecciones respiratorias agudas con 94 casos, le siguen las helmintiasis con 52 casos y las enfermedades infecciosas diversas con solo 20 casos, la reducción en el volumen de casos es debida a que este grupo etario se encuentra en su mayoría recibiendo educación escolar durante el horario de consulta, razón por la cual su presencia se ve disminuida dentro de la consulta médica de Sanando Heridas.

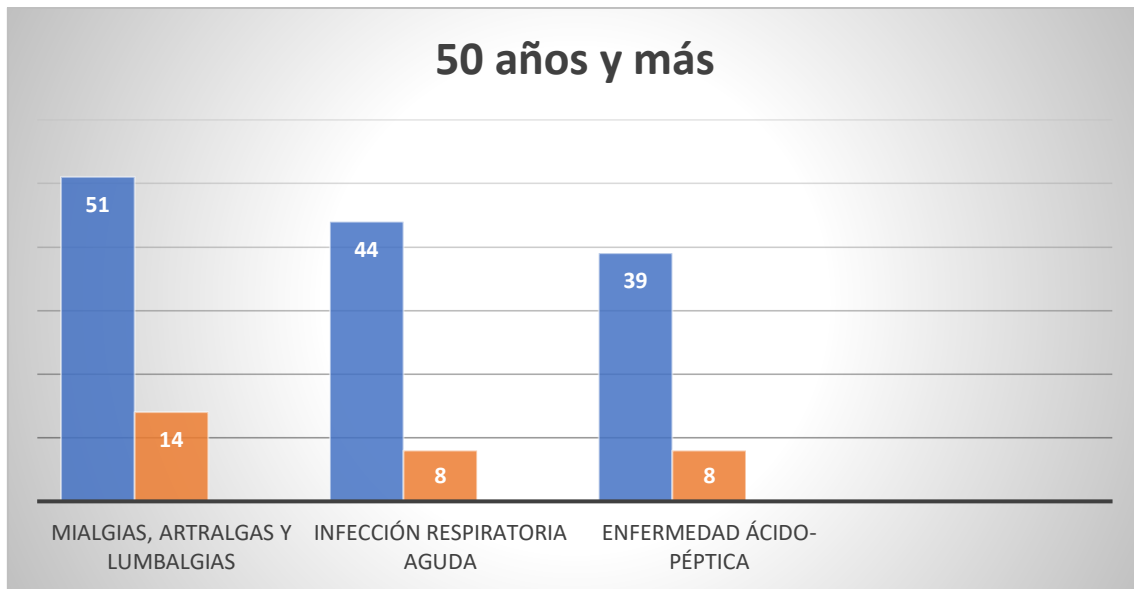
Las razones para la incidencia de estas enfermedades son las mismas, a diferencia de la tercera causa, las infecciones diversas, ya que a esta edad la causa de enfermedad se vuelve más frecuentemente infecciosa, sobre las causas virales, fenómeno ampliamente observado y documentado.

12 años a menores de 49 años



(Sanando Heridas, 2020)

En este grupo vuelve a repuntar la infección respiratoria aguda con 187 casos, afecta más a la población femenina ya que son quienes más acuden a la consulta por el horario de consulta que coincide con el horario laboral de los hombres, además de estar expuestas al humo del fogón por mayor tiempo que los hombres, aparece como segundo lugar las mialgias, artralgias y lumbalgia, puesto que a partir de esta edad muchas de las personas abandonan sus estudios para trabajar en el campo, en la cosecha de café o alguna otra actividad física de alto impacto tales como: cargar y cortar leña, lavar ropa, cargar agua, cargar a los hijos, moles maíz, entre otras, resulta entonces normal que el dolor muscular se considere una entidad importante de consulta médica, ya que parte de la definición local de salud es el “poder trabajar”; el tercer puesto lo ocupan las infecciones urinarias, en su mayoría son mujeres (relacionado a que los hombres trabajan en horario de consulta y por razones anatómicas) las cuales tienen hábitos de higiene incorrectos, mencionan la ingesta inadecuada de agua pura y mencionan privarse de la urgencia miccional por periodos de tiempo bastante prolongados debido al trabajo o cualquier otra causa que impida acudir a un baño cercano.



Volvemos a ver un cambio dentro de los motivos de consulta, en primer lugar, encontramos las mialgias, artralgias y lumbalgia como principal motivo de atención con 65 casos, en segundo lugar, la infección respiratoria aguda, y en tercer lugar surge la enfermedad ácido péptica con 47 casos, afecta en mayor medida a las mujeres ya que los hombres son más renuentes a acudir a la consulta por horario laboral además de los motivos ya señalados.

En resumen, las enfermedades que aquí se registraron son reflejo fidedigno de las condiciones climáticas y socioculturales de la población de los Altos tsotsil tzeltal de Chiapas, se correlacionan con las carencias en los servicios principalmente de agua potable y alcantarillado, corresponde incluso con la definición de salud enfermedad de la misma población el “estar bien conmigo y poder trabajar”. Es cierto que la mayoría de estas carencias no podrán ser resueltas por nosotros, no tendrán una solución a corto plazo, pero también es cierto que las pequeñas acciones que podamos realizar en materia de prevención, educación y tratamiento ayudan a mejorar en pequeña o gran medida las condiciones en que se desarrolla la vida de los pobladores indígenas de los altos de Chiapas, esperando con esto mejorar o hacer llevadera su salud.

Acciones realizadas por Sanando Heridas A.C durante el periodo Abril – Julio ante el covid-19

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

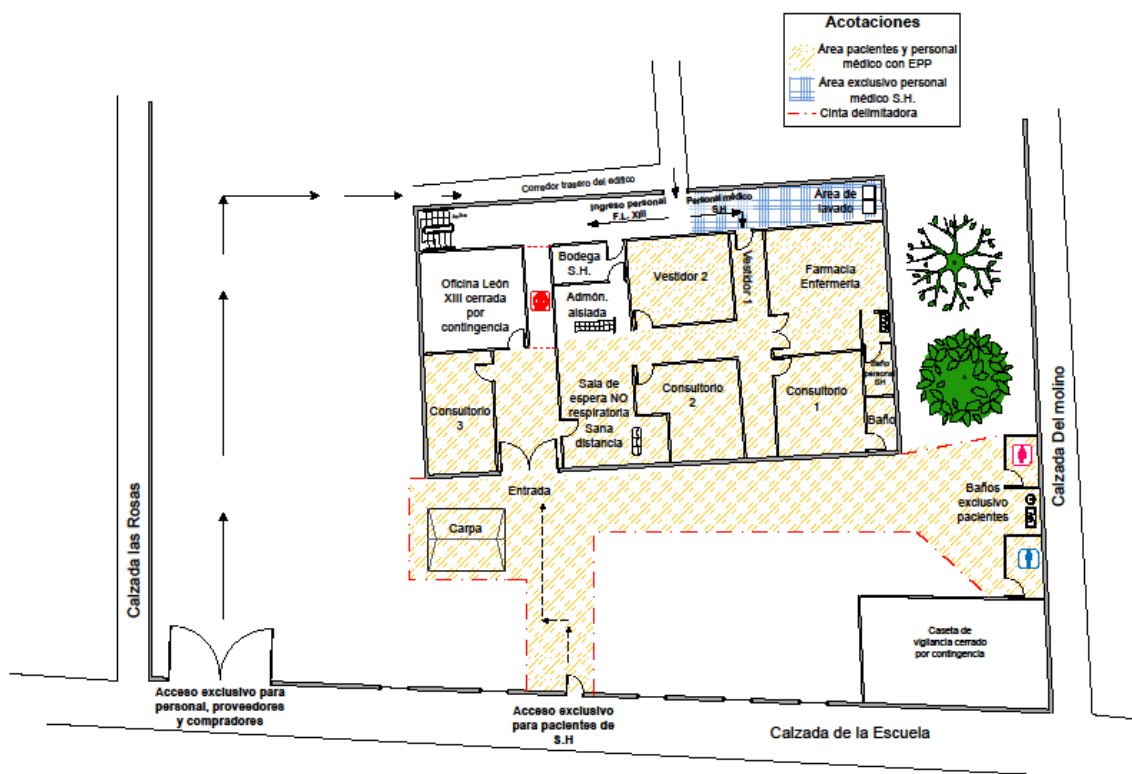
- Elaboración de 9882 cuadernillos ilustrados en español y tsotsil distribuidos en centros de salud, ayuntamiento de Chenalhó, líderes comunitarios, promotoras de salud y familias.
 - ¿Qué es y cómo prevenir el coronavirus?
 - ¿Cómo saber si un familiar tiene coronavirus y qué hacer?
- 2 talleres presenciales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

Dentro del proceso de Atención en Salud hubo cambios importantes en la dinámica de consulta.

- Se implementó un sistema de comunicación telefónica con 9 promotoras de salud y los responsables de la consulta en Sanando Heridas, en las 6 LAI brindando información sobre covid. Se les está otorgando crédito para el celular.
- Se han brindado 200 consultas estableciendo los protocolos adecuados con los equipos de protección adecuados y con el espacio físico reconvertido.
- Se realizaron 37 acciones de gestión para la atención médica de 8 usuarios en situación compleja.
- Distribución de botiquín de medicamentos y manuales de uso de medicamentos básicos creados por los pasantes de servicio social, se mantiene asesoría médica telefónica a promotores de salud en las localidades.

Se ampliaron los días de consulta, así como el horario de atención en la clínica de San Cristóbal de las Casas, dado el cierre de las comunidades, quedando la consulta médica de lunes a jueves de 8 a.m. a 5 p.m.

Se reconvirtió el espacio físico para crear un consultorio respiratorio y 2 consultorios no respiratorios, de la misma forma separar el lugar de ingreso de pacientes y personal, 2 vestidores de personal y se instaló una carpa fuera del edificio para la recepción y triage de los pacientes al ingresar. Se implementó un sistema de consultas por cita, haciendo que se agende previamente cada consulta evitando de esta manera la aglomeración de personas en las instalaciones.

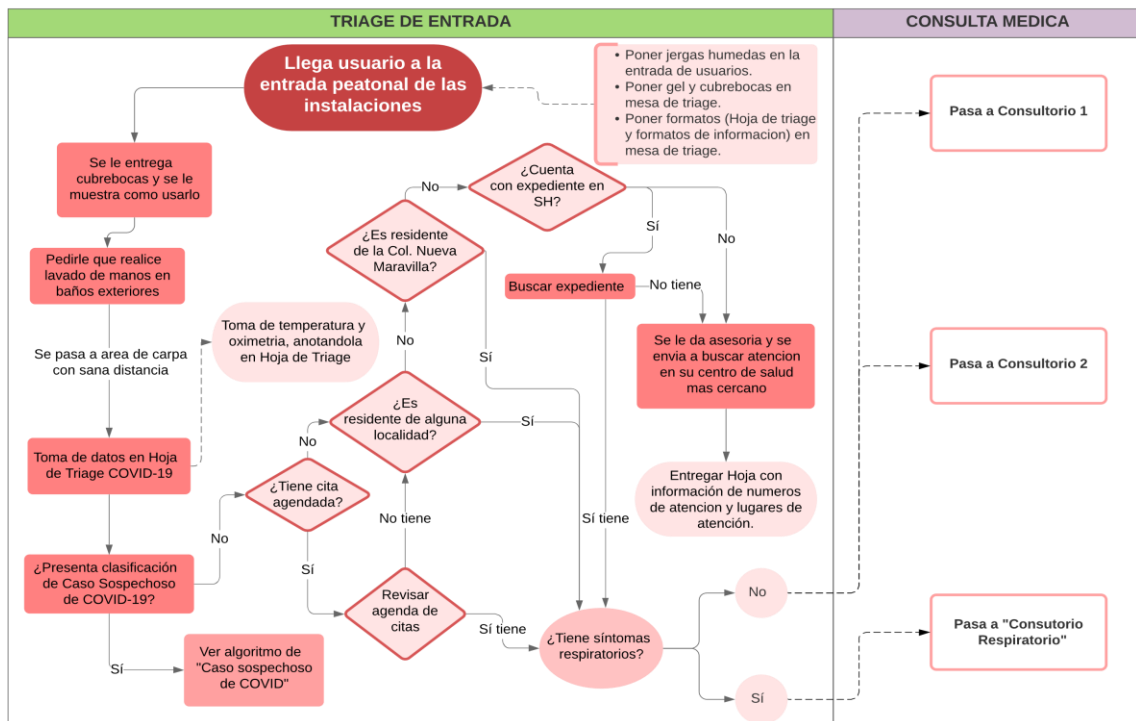


Se adquirió el Equipo de Protección Personal (EPP) necesario (batas, cubrebocas tricapa, sencillos, N95, caretas, uso de pijamas quirúrgicas) y se crearon protocolos de acción específicos para la entrada de personal, pacientes, tratamiento y referencia.



ALGORITMO DE TRIAGE DE ENTRADA

equipo operativo | May 13, 2020



Conclusiones

Chiapas continúa siendo uno de los estados con más carencias y rezagos dentro de la república mexicana, a pesar de que México forma parte de tratados internacionales y la misma constitución política de los estados unidos mexicanos tiene leyes que buscan proteger la vida y la salud de todos los mexicanos, en la práctica, aun dista bastante de ser una realidad.

El concepto de salud y enfermedad dista un poco del concepto de la medicina hegemónica, de la relación autoritaria entre el médico y el paciente, es por eso que en la actualidad se requiere un cambio en la mentalidad de los nuevos profesionistas de la medicina, un acercamiento estrecho con el paciente y la cualidad de poder escuchar antes de recetar, de entender antes que criticar y de acompañar en lugar de abandonar.

La estadística de Sanando Heridas no dista de la epidemiología nacional, no obstante, la forma en que se agrupan las patologías en Sanando Heridas no permiten hacer comparaciones precisas con la morbilidad nacional.

Mi estancia en Sanando Heridas A.C. fue una experiencia sumamente grata, partiendo desde el hecho que todo el equipo operativo tiene la disposición de acompañarte y enseñarte, de mostrarte parte del trabajo que realizan con las personas más desamparadas.

Me mostró el México que todos sabemos, pocos conocen y aún menos se acercan y lo abrazan, amplió mi visión de la enfermedad, mi concepto de cultura me enseñó el significado de interculturalidad y el valor del respeto por los demás.

Tengo presente que todo lo aquí vivido se verá reflejado dentro de mi práctica profesional en adelante, ya que me permitió adquirir experiencia, confianza personal y algún grado de pericia, sin embargo, lo que más profundo me arraigó, fue la empatía, el mirar a quien me necesita y tratar de ayudarlo.

*“Sanar es cuestión de tiempo,
pero a veces también de oportunidad”
Hipócrates de Cos 460-370 a.C.*

Anexo

Clasificación diagnóstica de Sanando Heridas A.C

CLASIFICACION DE ENFERMEADES POR GRUPOS DIAGNOSTICOS	
1. Enfermedades infecciosas diversas <ul style="list-style-type: none">• Pediculosis y phthiasis B85• Escabiosis B86• Miasis B87• Otitis externa H50• Conjuntivitis H10 (Que no sea parte de IRA)• Absceso cutáneo, furúnculo y ántrax L02• Dermatofitosis B35• Verrugas víricas B07 (no incluimos aquí las genitales)• Parotiditis infecciosa B26• Curdiólisis B37 (que no sea urogenital)• Otras micosis, no clasificadas en otra parte B48• Fiebres tifoidea y paratifoidea A01• Escarlatina• Eritsipela• Otras enfermedades bacterianas, no clasificadas en otra parte A48	12. Dislipidemias
2. Diarrea aguda Pb infecciosa <ul style="list-style-type: none">• Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso A09• Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas A04• Otras salmonelosis, Shigelosis A02, A03• Intoxicación alimentaria bacteriana A05	13. Sobrepeso/obesidad (adultos y pediátricos; pz >2) <ul style="list-style-type: none">• Obesidad E66
3. Infección respiratoria aguda <ul style="list-style-type: none">• Infecciones agudas J00-J06, J20-J21• Faringitis y amigdalitis estreptocócica J02.0 y J03.0• Neumonía y bronconeumonía J2-J18 J-12-• Otitis media aguda H65.0-H65.1	14. Tabaquismo <ul style="list-style-type: none">• Problemas relacionados con el uso del tabaco Z72.0
4. Infección urinaria <ul style="list-style-type: none">• Infección de las vías urinarias sitio no especificado N59.0	15. E.P.O.C./Asma <ul style="list-style-type: none">15.1. Controlado sin broncoespasmo ni crisis15.2. Con broncoespasmo y/o crisis el último mes.<ul style="list-style-type: none">• Asma J45• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada J44.9• Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas J44
5. Enfermedad ácido péptica. <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de reflujo gastroesofágico K21• Úlceras, Gastritis y duodenitis K 25 y K29	16. Crisis convulsivas <ul style="list-style-type: none">16.1. Controladas. Sin crisis último mes16.2. Descontroladas
6. Síndrome de intestino irritable/dispepsia. <ul style="list-style-type: none">• Síndrome de colon irritable K58, Dispepsia K30	17. Deficiencias diversas <ul style="list-style-type: none">• Auditivas y del lenguaje• Motoras/mentales• NO DE AGUDEZA VISUAL
7. Mialgias, artralgia y lumbalgia <ul style="list-style-type: none">• Dorsalgia M54, artropatía en otras enfermedades clasificadas en otra parte M14, dolor, no clasificado en otra parte R52	18. Tumoraciones inespecíficas (masas que no corresponden a crecimiento de órganos y sin sintomatología que oriente a cáncer) <ul style="list-style-type: none">• Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios y de los no especificados D48
8. Cefalea inespecífica <ul style="list-style-type: none">• Cefalea R 5	19. Cáncer en cualquiera de sus tipos y estadios (Se incluirán tumoraciones u otros tipos de cáncer de cualquier sitio o lugar que cuenta con estudios o que por clínica hay suficientes elementos para pensar en el diagnóstico)
9. Insuficiencia venosa <ul style="list-style-type: none">• Venas varicosas de los miembros inferiores (I83), varices en otros sitios I86, otros trastornos de las venas I87, insuficiencia venosa crónica periférica I87.2	20. Alcoholismo <ul style="list-style-type: none">• Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol F10• Problemas relacionados con el uso del alcohol Z72.1
10. Diabetes Mellitus <ul style="list-style-type: none">10.1. Insulinodependiente<ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus insulinodependiente E1010.1.1. En control10.1.2. Descontrolada10.2. No insulinodependiente<ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus no insulinodependiente E11 y E1410.2.1. En control10.2.2. Descontrolada10.3. Resistencia a la insulina10.4. Complicaciones asociadas a DM	21. Drogadicción <ul style="list-style-type: none">• Problemas relacionados con el uso de drogas Z72.2
11. Hipertensión arterial sistémica <ul style="list-style-type: none">• Hipertensión esencial (primaria) I1011.1. En control11.2. Descontrolada11.3. Complicaciones asociadas a HTA	22. Accidentes o envenenamientos (Se incluye todo tipo de lesiones, intoxicaciones o envenenamientos accidentales, quemaduras, accidentes en vehículos, atropellamiento, caídas y sus consecuencias, heridas diversas, esguinces, luxaciones, fracturas, contusiones, mordeduras)
	23. Violencias incluida violencia intrafamiliar y auto infligida (Se incluye todo tipo de lesiones infringidas o auto infringidas) <ul style="list-style-type: none">• Síndrome de maltrato T74• Síndrome de maltrato, no especificado T74.9• Violencia física R45.6• Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados X84• Agresión por medios no especificados Y09• Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas X85
	24. Control de la fertilidad PF (consejería y asesoría sobre MPF) <ul style="list-style-type: none">• Atención para la anticoncepción Z3024.1. Hormonal bimensual24.2. Hormonal mensual24.3. Hormonal oral24.4. Preservativos

pasanto

24.5. Dado en otra institución (implante, orb, hormonal, etc)

24.6. Implante subdermico dado por SH

25. Control del embarazo

25.1. Detección y/o primera consulta

- Examen y pruebas de embarazo Z32
- Embarazo confirmado Z32.1
- Estado de embarazo incidental Z33

25.2. Seguimiento de embarazo

- Supervisión de embarazo normal Z34
- Supervisión de embarazo de alto riesgo Z35

25.3. Complicaciones asociadas a embarazo

- Atención de la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo O26

26. Consulta a puérperas

26.1. Puérperas sanas

26.2. Puérperas con patología

26.3. Terminio del embarazo Parto

- 26.3.1. Parto con bebé nacido vivo
- 26.3.2. Parto con bebé nacido muerto

26.4. Terminio del embarazo Cesárea

- 26.4.1. Cesárea con bebé nacido vivo
- 26.4.2. Cesárea con bebé nacido muerto

26.5. Ectópico

26.6. Aborto

27. Infecciones de transmisión sexual

- Linfogranuloma venéreo por clamidia A55
- Candidiasis urogenital B37.3-B37.4
- Candidiasis de la vulva y de la vagina B37.3
- Chancro blando A 57
- Herpes genital A60.0
- Infección gonocócica del tracto genitourinario A54.0-A54.2
- Vulvovaginitis inespecífica N76.0
- Sífilis adquirida A 51- A53
- Tricomoniasis urogenital A 59
- Enfermedades de transmisión sexual no especificada A64
- Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, no clasificadas en otra parte A63
- Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas N73

28. Padecimientos ginecológicos (las que no sean ITS ni de resolución quirúrgica)

- Otras afecciones inflamatorias de la vagina y la vulva N76
- Otros trastornos de la mama N64
- Menstruación ausente, escasa o rara N91
- Menstruación excesiva, frecuente e irregular N92
- Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales 93
- Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual N94
- Dismenorrea no especificada N94.5
- Otros trastornos menopausiales y perimenopausiales N95

29. Estado nutricional normal (En menores de 5 años)

30. Enfermedades de origen congénito (Todas y especialmente anencefalia, encefalocele, espina bífida y labio y paladar hendido)

31. Patología de resolución quirúrgica (Hernias, apendicitis, hemorroides, colecistitis, prolapso: rectales vesicales uterinos, problemas quirúrgicos de traumatología y ortopedia, cataratas)

32. Alteraciones de la agudeza visual

33. Esquizofrenia y trastornos graves de la personalidad

34. Trastorno emocional (Se considerará cuando la usuaria o usuario acepta tener enfermedad de tristeza, preocupación, enojo o miedo y/o cuando a valoración del médico es evidente un trastorno depresivo de ansiedad u obsesivo/compulsivo)

- Depresión F32

35. Desnutrición

- Desnutrición proteica calórica, no especificada E48
- Kwashiorkor E40
- Marasmo nutricional E41
- Kwashiorkor marasmático E42

35.1. Crónica (talla baja para la edad)

- 35.1.1. Mejoría de puntaje z en curva de talla para la edad (aunque continúe con desnutrición crónica)
- 35.1.2. Recuperación de desnutrición crónica (talla para la edad arriba de $z = -2$)

35.2. Aguda (peso bajo para la talla)

- 35.2.1. Recuperación de desnutrición aguda (peso para la talla arriba de $z = -2$)

35.3. Crónica Agudizada

35.4. Por datos clínicos (cabello claro o quebradizo, piel delgada, uñas quebradizas, etc; aunque no tenga alteración en sus curvas de crecimiento)

36. Deshidratación secundaria a gastroenteritis

37. Enfermedades de reporte inmediato

- Difteria, Erisipela debilis e rotavirus, cólera, poliomielitis, rubéola, Sx de rubéola congénita, sarampión, meningitis meningocócica, meningitis tuberculosa, meningococcalitis amebiana, primaria Nitosis, tétanos neonatal, tularia, influenza, VIH-SIDA, sífilis congénita, encefalitis equina venezolana, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica por dengue, fiebre manchada, fiebre del Oeste del Nilo, paludismo por Plasmodium falciparum, peste, tifo epidémico, tifo murchi, leptospirosis, rabia humana, enfermedad febril exantemática, paratuberculosis aguda, síndrome coqueluchoso, efectos adversos temporalmente asociados a vacunas, Muerte materna

38. Consulta a sanos (pediátricos y adultos) con estado nutricional normal y no presente alguna patología.

39. Helmintiasis

- Otras helmintiasis B63
- Ascariasis B77
- Triquiasis B75
- Teniasis B68
- Clisticercosis B69

40. Amibiasis o giardiasis

- Giardiasis [lamblia] A07.1
- Amibiasis A06

41. Enfermedades de origen alérgico

42. Otras patologías (Todas las que no puedan encajarse en otras anotadas aquí)

- Otros síntomas y signos generales R68

Bajo= <16.5
Normal= 16.5 – 24.9
Sobre Peso= 25 – 29
Obesidad= I= 30 – 34.9
II= 35 – 39.9
III= >40

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

IMC= (Talla en metro)²/Kg. De peso

Referencias

- Atlas de los pueblos indígenas de México. (2018). *Atlas de los pueblos indígenas en México*. Recuperado el 17 de mayo de 2020, de http://atlas.cdi.gob.mx/?page_id=9711
- Banco Mundial. (10 de Abril de 2018). Salud, panorama general. Recuperado el 22 de Junio de 2020, de <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview#1>
- Banco Mundial. (2020). Recuperado el 22 de junio de 2020, de <https://www.bancomundial.org/es/who-we-are>
- CEIEG. (2012). Recuperado el 11 de mayo de 2020, de http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/productos/files/CIGECH/CIGECH_REGIONES.pdf
- Chiapas paralelo. (16 de junio de 2020). *Chiapas paralelo*. Recuperado el 49 de junio de 2020, de <https://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2020/06/sin-cura-hasta-el-momento-dengue-avanza-en-chiapas-existen-111-casos-74-graves/>
- CIEG. (s.f.). Recuperado el 11 de mayo de 2020, de http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/productos/files/CIGECH/GEOG_MEDAMB/index.htm
- CNDH. (2020). *Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. Recuperado el 6 de Mayo de 2020, de ¿Cuáles son los derechos humanos?: <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/cuales-son-los-derechos-humanos>
- Commission on Social Determinant of Health. (28 de Agosto de 2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 9 de Mayo de 2020, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf?ua=1
- CONEVAL. (2010). Recuperado el 15 de MAYO de 2020, de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Datos-del-Modulo-de-Condiciones-Socioeconomicas.aspx>
- CONEVAL. (2018). *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. Recuperado el 17 de junio de 2020, de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
- CONEVAL. (s.f.). *Medición de la Pobreza*. Recuperado el 15 de mayo de 2020, de Evolución de las carencias sociales 2015 y su comparativo con la serie 2010-2014: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Datos-del-Modulo-de-Condiciones-Socioeconomicas.aspx>
- Congreso de la Unión. (14 de mayo de 2019). *Ley de vivienda*. Recuperado el 14 de mayo de 2020, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/478059/Ley_de_Vivienda.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (5 de Febrero de 1917). (C. d. Unión, Editor) Recuperado el 7 de mayo de 2020, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

- Convención sobre la protección de la diversidad de las expresiones culturales. (3-21 de Octubre de 2005). *UNESCO*. Recuperado el 9 de mayo de 2020, de <https://es.unesco.org/creativity/interculturalidad>
- Convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales. (20 de Octubre de 2005). Recuperado el 9 de Mayo de 2020, de <http://www.unesco.org/new/es/culture/themes/cultural-diversity/cultural-expressions/the-convention/convention-text>
- DEJ. (2020). *REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, DICCIONARIO ESPAÑOL JURÍDICO*. Recuperado el 23 de ABRIL de 2020, de <https://dej.rae.es/lema/derecho2>
- Dirección de información geográfica y estadística. (2017). *Información básica de Chiapas*. Recuperado el 11 de mayo de 2020, de http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/downloads/productosdgei/Publicaciones/conociendo_chiapas.pdf
- Elda Montero Mendoza, M. C. (2014). Servicio social de medicina en el primer nivel de atención médica: de la elección a la práctica. *Revista de la educación superior*, 79-99.
- Encuesta intercensal. (2015). *Panorama sociodemográfico de Chiapas*. Recuperado el 14 de Mayo de 2020
- ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Recuperado el 15 de mayo de 2020, de Presentación de resultados: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Garfias, M. E. (23 de MARZO de 2020). *EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO PROBLEMAS DE SU FUNDAMENTACIÓN*. Obtenido de http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf
- Gobierno de Chiapas. (2012). Recuperado el 14 de mayo de 2020, de <http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/Informacion/Desarrollo-Regional/prog-regionales/ALTOS.pdf>
- Gobierno de Chiapas. (2012). *Hacienda Chiapas*. Obtenido de Programa regional de desarrollo región V altos: <http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/Informacion/Desarrollo-Regional/prog-regionales/ALTOS.pdf>
- Gobierno de Chiapas. (2013). *Programa regional de desarrollo 2013-2018 region V Altos Tsotsil-Tzeltal*. Recuperado el 15 de mayo de 2020, de http://www.ped.chiapas.gob.mx/ped/wp-content/uploads/ProgReg/2013-2018/2013_PRD_5_Altos_Tsotsil_Tzeltal.pdf
- Gobierno de Chiapas. (2015). *programa regional de desarrollo región V altos Tsotsil-Tzeltal*. Recuperado el 15 de mayo de 2020
- Gobierno de Chiapas. (2016). *Perfil sociodemográfico San Cristóbal de las Casas*. Instituto de Población y Ciudades Rurales. Recuperado el 11 de mayo de 2020, de http://ciudadesrurales.chiapas.gob.mx/coespo/sociodemografico/PS_San%20Cristobal%20de%20las%20Casas.pdf

- Gobierno de Chiapas. (9 de Mayo de 2020). *Chiapas.gob.mx*. Recuperado el 9 de Mayo de 2020, de <https://www.chiapas.gob.mx/ubicacion/>
- Gómez, L. H. (31 de 12 de 2018). Proyecto Multidisciplinario Transversal (Financiamiento Institucional) Miradas sobre la vulnerabilidad en el sureste de México: Megadiversidad y prácticas alternativas para el bienestar. (ECOSUR, Ed.) Chiapas. Recuperado el 10 de julio de 2020, de [https://www.ecosur.mx/ecoconsulta/busqueda/detalles.php?id=99984&bdi=0&name=Proyecto%20Multidisciplinario%20Transversal%20\(Financiamiento%20Institucional\)%20Miradas%20sobre%20la%20vulnerabilidad%20en%20el%20sureste%20de%20M%C3%A9xico:%20Megadiversidad%20y](https://www.ecosur.mx/ecoconsulta/busqueda/detalles.php?id=99984&bdi=0&name=Proyecto%20Multidisciplinario%20Transversal%20(Financiamiento%20Institucional)%20Miradas%20sobre%20la%20vulnerabilidad%20en%20el%20sureste%20de%20M%C3%A9xico:%20Megadiversidad%20y)
- Gutiérrez, H. B. (1 de enero de 2019). Recuperado el 19 de junio de 2020, de <https://twitter.com/harimbgutierrez/status/1080282107933614081>
- H. Ayuntamiento de Las Rosas. (11 de junio de 2020). Comunicado Oficial. Villa las Rosas, Chiapas, México. Recuperado el 19 de junio de 2020, de <https://www.facebook.com/HAyuntamientoLasRosas/photos/a.303105740285926/641093276487169/?type=3>
- INAFED. (s.f.). *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México*. Recuperado el 11 de mayo de 2020, de Chamula: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07023a.html>
- INAFED. (s.f.). *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México*. Recuperado el 11 de mayo de 2020, de Teopisca: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07094a.html>
- INAFED. (s.f.). *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México*. Recuperado el 11 de mayo de 2020, de Chenalhó: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07026a.html>
- INAFED. (s.f.). *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México*. Recuperado el 11 de mayo de 2020, de Chalchihuitán: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07022a.html>
- INEGI. (2010). *Estructura porcentual de la población que profesa alguna religión por tipo de religión*. Recuperado el 15 de mayo de 2020, de https://www.inegi.org.mx/temas/religion/default.html#Informacion_general
- INEGI. (2015). *Cuentame INEGI*. Recuperado el 14 de mayo de 2020, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/analfabeta.aspx?tema=P>
- INEGI. (2015). Encuesta Intercensal 2015, Principales resultados. México. Recuperado el 8 de julio de 2020
- INEGI. (2015). *Encuesta intercensal 2015, Principales resultados Chiapas*. Censo poblacional, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Ciudad de México. Recuperado el 12 de mayo de 2020

- INEGI. (2015). *información de México para niños*. Recuperado el 11 de mayo de 2020, de <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/>
- INEGI. (2015). *Panorama sociodemográfico de México 2015*. Encuesta intercensal 2015, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México. Recuperado el 12 de Mayo de 2020
- INEGI. (2018). *Conjunto de datos: Mortalidad General*. Recuperado el 14 de mayo de 2020, de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=
- INEGI. (2018). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado el 14 de mayo de 2020, de <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- INSP. (2017). ¿De qué mueren los mexicanos? México. Recuperado el 8 de julio de 2020, de <https://www.insp.mx/avisos/5111-dia-muertos-mexicanos.html>
- IPN. (enero de 2013). *folleto internado 2013*. Recuperado el 23 de marzo de 2020, de <https://www.enmh.ipn.mx/assets/files/enmh/docs/Egresados/ServicioSocial/FOLLETOINTERNADOENERO2013.pdf>
- ITER. (2015). *ITER unicipios censados 2015*. Encuesta intercensal poblacional INEGI 2015. Recuperado el 14 de mayo de 2020
- Ley General de Salud. (29 de Noviembre de 2019). Recuperado el 7 de mayo de 2020, de http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Lopez Hernández, T. H. (2006). La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Ra Ximhal Enero-abril, año/vol.2, número 001*, 15-26.
- Lopez Hernández, T. H. (2006). La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Ra Ximhal Enero-abril, año/vol.2, número 001*, 15-26. Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rxm/article/view/6860/6380>
- López, C. R. (2012). El entorno histórico en el que se dió el servicio social. *Gaceta Médica de México*, 281-3.
- López, M. F. (2013). *la situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población*. Recuperado el 14 de mayo de 2020, de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf
- Mariscal, Á. (28 de mayo de 2020). *Aristegui noticias*. Recuperado el 19 de junio de 2020, de <https://aristeguinoticias.com/2805/mexico/pobladores-atacan-hospital-y-oficinas-en-chiapas-insisten-en-que-covid-19-no-existe/>
- Naciones Unidas. (13 de Enero de 1977). *Naciones Unidas, Derechos Humanos*. Recuperado el 6 de Mayo de 2020, de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

- OMS. (1943). *WHO*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS. (1948). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 23 de ABRIL de 2020, de Preguntas más frecuentes: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS. (29 de diciembre de 2017). *Salud y Derechos Humanos*. Recuperado el 23 de abril de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- OMS. (13 de diciembre de 2017). Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. Recuperado el 22 de junio de 2020, de <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>
- ONU. (Septiembre de 2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado el 22 de Junio de 2020, de <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
- ONU. (Septiembre de 2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado el 22 de Junio de 2020, de <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/NacionesUnidas/Paginas/ObjetivosDeDesarrolloDelMilenio.aspx#:~:text=Los%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20Sostenible,todas%20en%20todas%20las%20edades.>
- Perrhijos. (19 de junio de 2020). Recuperado el 2020 de junio de 2020, de <https://www.amazon.com.mx/Cubrebocas-lavable-hecho-Zinacant%C3%A1n-Chiapas/dp/B08835NZTT>
- PueblosAmerica. (s.f.). *PueblosAmerica*. Recuperado el 14 de mayo de 2020, de San Isidro Chichiuistán: <https://mexico.pueblosamerica.com/i/san-isidro-chichihuistan/>
- PueblosAmerica.com. (s.f.). Recuperado el 12 de mayo de 2020, de <https://mexico.pueblosamerica.com/i/los-llanos-7/>
- RAE. (2005). *Real Academia Española*. Recuperado el 23 de abril de 2020, de Diccionario Panhispánico de Dudas: <https://www.rae.es/dpd/derecho>
- Salud, O. M. (22 de marzo de 2020). Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Sanando Heridas. (2020). *Salesforce*. Registros internos de consulta, programas de Sanando Heridas A.C., Equipo operativo Sanando Heridas, San Cristóbal de las Casas.
- Sanando Heridas, A. (22 de marzo de 2020). *Sanando Heridas A.C*. Obtenido de <https://www.sanandoheridas.org.mx/>: <https://www.sanandoheridas.org.mx/>
- Secretaria de Salud. (2018). Recuperado el 14 de mayo de 2020, de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2018/principales/nacional/grupo_e dad.pdf
- Secretaria de Salud. (2018). Recuperado el 14 de mayo de 2020, de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2018/principales/estatal_grupo/chis .pdf

Secretaria de salud. (4 de noviembre de 2019). Programa Sectorial de Salud 2019-2024. México. Recuperado el 21 de junio de 2020, de <https://amepresmexico.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/191001-PROSESA-2019-2024.pdf>

Secretaria de Trabajo. (1 de Enero de 2020). *Comisión Nacional de los Salarios Mínimos*. Recuperado el 15 de mayo de 2020, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/525061/Tabla_de_salarios_m_nmos_vigentes_apartir_del_01_de_enero_de_2020.pdf