



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

PROYECTO UNIVERSITARIO

“DESARROLLO HUMANO EN CHIAPAS”

**“REPORTE DE LAS CAMPAÑAS DERMATOLÓGICAS EN
EL HOSPITAL SAN CARLOS DEL PERIODO DE AGOSTO
DE 2019 A JULIO DE 2020”**

REALIZÓ

M.P.S.S. VEGA HURTADO CRISTINA

MATRICULA: 2142028173

ASESORES: DR. JOEL HEREDIA CUEVAS

ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

- DRA. HELEEN KRUPP

**COORDINADORA DEL CÓMITE DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL
PACIENTE COCASEP**

AGOSTO DE 2020, ALTAMIRANO, CHIAPAS, MÉXICO

*“Por eso los indígenas caminan
encorvados, porque cargan
sobre los hombros su corazón y
el corazón de todos.”*

SUBCOMANDANTE MARCOS

El Viejo Antonio

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
Sección I. Proceso de adaptación al servicio social	7
1. Personal	8
2. Comunitario	15
3. Institucional	16
4. Evaluación	18
Sección II. Diagnóstico de Salud	20
1. DERECHO A LA SALUD	21
a. Internacional	21
b. México	23
2. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO	26
a. Geografía del estado de Chiapas	26
b. Población de Chiapas	29
c. Etnicidad	32
d. Marginación	34
e. Pobreza	35
f. Sector Salud	40
g. Altamirano	42
h. Chilón	45
i. Ocosingo	47
j. Oxchuc	49
3. CONCLUSIONES	50
Sección III. Reporte de las campañas dermatológicas en el Hospital San Carlos del periodo de agosto de 2019 a julio de 2020	52
JUSTIFICACIÓN	53
Objetivo General:	54
Objetivos Específicos:	54
METODOLOGÍA	54
RESULTADOS	56

1. Análisis de los datos obtenidos en las campañas dermatológicas	56
2. Formato de historia clínica dermatológica	63
3. Algoritmos dermatológicos.....	65
ANALISIS.....	69
CONCLUSIONES	70
ANEXOS	73
Fotografías.....	74
a. Pacientes con padecimientos dermatológicos	74
b. Hospital San Carlos	80
3. Reuniones SADEC, Palenque, Chiapas	87
BIBLIOGRAFÍA	92

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo titulado “Reporte de las campañas dermatológicas en el Hospital San Carlos del periodo de agosto de 2019 a julio de 2020”, es sobre las campañas dermatológicas que se llevaron a cabo durante el periodo de mi servicio social, en el Hospital San Carlos, Altamirano, Chiapas.

En este se presentan las estadísticas de las dos campañas que se realizaron durante este periodo, se contemplaban alrededor de 4 campañas durante el año, pero debido a la emergencia sanitaria del SARS-COV2 las campañas restantes fueron canceladas.

El trabajo se desarrolla en tres secciones, todas dirigidas para comprender y entender el problema de salud que se vive en Chiapas y finalizar con la importancia que tienen las campañas dermatológicas para la población de Chiapas, en especial los lugares colindantes al municipio de Altamirano.

- Primera sección “Proceso de adaptación al servicio social”: en esta sección se describen los primeros tres meses del servicio social, desde tres puntos de vista: el personal, el comunitario y el institucional. El personal, se refiere a la adaptación que se experimentó al nuevo estilo de vida, costumbres, tradiciones, el lenguaje, el proceso de la relación y comunicación médico-paciente desde el inicio, su evolución y adaptación. En el aspecto comunitario se describe brevemente la población que es atendida por el Hospital San Carlos, y a dónde y con quién recurren cuando les aqueja su padecimiento. Finalmente, en el apartado institucional se menciona la historia del Hospital San Carlos, sus fundadoras, quiénes lo dirigen, la población que atiende y los programas que se manejan.
- Segunda sección “Diagnóstico de Salud Comunitaria”: en esta sección se desarrolla un poco del tema de derecho a la salud, abarcando diferentes organismos y pactos como la Organización Mundial de la Salud, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las reformas de la ley general de la salud y el Pacto Internacional de Derechos Económicos,

sociales y Culturales (PIDESC); compromisos que deben de hacerse valer en los diferentes estados de México, en nuestro caso, en Chiapas. Se continúa con la geografía general del estado de Chiapas, se habla acerca de estadística poblacional y de las diferentes enfermedades, tomando como base los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). En el último apartado de esta sección se expone los principales municipios que abarca el Hospital San Carlos, es decir Ocosingo, Altamirano, Chilón y Oxchuc.

- Tercera sección “Reporte de las campañas dermatológicas en el Hospital San Carlos del periodo agosto de 2019 a julio de 2020”: se presentan los datos estadísticos de las dos campañas que se realizaron en dicho período, mediante gráficos y tablas, se analizan los datos obtenidos y la importancia de estos datos para establecer mejores herramientas en la consulta. Se realizaron diferentes instrumentos de apoyo para los médicos de atención primaria y los especialistas en dermatología para ofrecer un mejor servicio.

Al final de este trabajo se exponen fotos de pacientes dermatológicos y de las instalaciones del hospital.

Sección I.

Proceso de adaptación al servicio social

1. Personal

La decisión de estudiar medicina hace 6 años fue porque quería ayudar a la gente que más lo necesita, los pobres, sin embargo, como pasaron los años en la universidad sentía que ese objetivo nunca se iba a cumplir, quizás estaba desilusionada por el sistema de salud pública que tenemos, las injusticias sociales, la discriminación, y pensaba que ese objetivo era absurdo.

Al iniciar mis primeros meses de estudio universitario, deseaba hacer mi servicio social en alguna comunidad alejada, poniendo en práctica todos los conocimientos que me iba a brindar la universidad, sin embargo, eso fue desapareciendo conforme pasaron los años.

Cuando presentaron las plazas del servicio social, la que más llamó mi atención fue el proyecto de Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC), proyecto que se desarrolla en el estado de Chiapas. Durante la presentación se proyectaron fotos de los médicos pasantes pasados, lo que se intentaba hacer, las enfermedades tropicales, los logros que han tenido, los programas de apoyo y, sobre todo, a la gente que iba dirigida. Estaba entusiasmada por esta plaza, pero no estaba en mis planes irme de la Ciudad de México; y al final decidí irme a Chiapas.

Atravesar la mitad del país en busca de un nuevo horizonte, fue muy difícil, ir al estado que es catalogado como uno de los más pobres del país, recorrer sola la mitad del país, separarme de mi familia por un año, ir a un lugar completamente nuevo con un clima diferente, con una lengua nueva; no sabía si estaba lista, pero tomé con fuerza mi maleta y emprendí el viaje.

Al llegar a Chiapas y recorrer sus carreteras para llegar al lugar donde realizaría el servicio social, fui testigo de la dura realidad, no pasa más de algunos minutos cuando ves las condiciones de las carreteras, las casas de madera, techos de lámina, piso de tierra, infantes cargando botes llenos de agua o con un rebozo envuelto cargando a su hermanito, familias enteras descalzas, mujeres menores de edad con dos o tres hijos, niños desnutridos, padres trabajando la tierra con los

rayos de sol que caen sobre su frente tratando de llevar el pan de cada día a su familia.

El Hospital San Carlos (HSC), lugar donde realice mi pasantía, es la esperanza para muchos indígenas, ya que saben que en este lugar tendrán una atención digna, donde los comprendan, respeten y puedan expresarse en su lengua materna. Los pacientes llegan de diferentes partes de Chiapas, la mayoría tardan horas incluso días en llegar, ya que su único transporte para llegar al hospital es a pie o en “redilas”, algunos incluso tienen que tomar avioneta para salir de su comunidad.

El HSC cuenta con consulta externa, hospitalización de pediatría, medicina interna, cirugía y área de tuberculosis, durante el año existen 3 campañas quirúrgicas, que duran dos semanas cada campaña, acuden médicos de las especialidades de cirugía general, otorrinolaringología, ginecología, urología, oftalmología y cardiología médica de México o de otros países. El Hospital tiene varios programas, dentro de los cuales destacan el programa de nutrición, tuberculosis, salud mental y la campaña de dermatología. Todas dirigidas a la población vulnerable, brindando atención de calidad.

El personal de enfermería que labora en el hospital son originarias de comunidades indígenas de la región con el propósito de establecer un vínculo cercano con la población, y en nuestro caso como médicos pasantes de servicio social nos apoyan en la traducción.

Al dar consulta estaba un poco temerosa ya que nunca había tenido la responsabilidad de dar un diagnóstico y mucho menos un tratamiento. En mi primera consulta recuerdo haberme tardado más de una hora, ya que la lengua era algo nuevo para mí, comprender como ellos ven la enfermedad, agregando que estaba tan nerviosa que se me había olvidado todo, no recordaba los tratamientos o quizás si lo recordaba, pero no confiaba en mí misma, por lo que tenía que revisar las guías o esquemas de tratamiento. Conforme avanzaron las semanas, me fui haciendo más rápida, más segura, entendía algunas palabras en tzeltal y eso hacía que me ganara la confianza del paciente.

Los primeros tres meses han sido difíciles, no tanto por separarme de mi familia o de las comodidades que te ofrece vivir en las grandes urbes, sino ser testigo de la realidad de nuestro país, de un lugar olvidado por muchos mexicanos, y que para muchos solo representa un sitio para vacacionar unos días y nada más.

No todo ha sido difícil, los pacientes suelen ser cálidos, amables, tienen la disposición de platicarte todo lo que les duele o sienten, aunque eso remonta muchos meses atrás. La gran mayoría antes de llegar al médico han acudido al curandero, al promotor, y llegan a ti buscando que los liberes de ese mal que tienen, algunas veces solo con escucharlos se sienten mejor, aunque les recetes un simple medicamento.

Los pacientes para poder llegar o tener acceso al sistema de salud, deben de hacer muchos sacrificios, porque implica muchos gastos, dinero que no tienen, el que se tardan meses en juntar, el que les serviría para poder comer. El acudir al médico involucra comprar los medicamentos, pagar el viaje para acudir al hospital, y no solo el del paciente, sino de toda la familia, ya que la enfermedad para ellos es decisión familiar y todos los miembros de la familia tienen que acudir con el paciente a consulta, incluso algunas veces es decisión de la comunidad.

La relación médico paciente se basa principalmente en la comunicación, tener una comunicación efectiva logra mejores resultados, es decir genera mejor apego terapéutico y mayor satisfacción del enfermo. Una comunicación efectiva tiene 3 componentes básicos: verbal, no verbal y paraverbal. La mayoría de los médicos se enfoca en el componente verbal, pero este solo aporta entre 7 al 10% del mensaje y el resto lo aporta el componente no verbal y paraverbal. El componente verbal nos habla del contacto visual, los gestos, los movimientos corporales, expresiones faciales, y el componente paraverbal es la forma de hablar, es decir volumen, tono, entonación, velocidad. Entonces, aunque la lengua sea una barrera para comunicarnos esto solo aportaría máximo el 10% del mensaje, la mayoría de la comunicación es prácticamente prestar atención al paciente, tener interés por escucharlo, aunque resulte complicado entender lo verbal, pero si la expresión; y en el mismo sentido pueden leer nuestra expresión corporal.

El objetivo angular de la medicina es mejorar la calidad de vida del enfermo, ya sea mediante la curación de la enfermedad, o a través del acompañamiento paliativo hacia el final de la vida, para ello se necesita que ambos se comprometan en buscar el mismo fin, es decir, el médico y el paciente.

Tardé un poco en comprender esta situación, quizás uno de los casos que más enseñanzas me ha dado es la de una señorita tojolabal de 38 años de edad, soltera, sin antecedentes de importancia, solamente que desde el nacimiento presentaba malformaciones en muñecas y pies, pero tales malformaciones no le impedían realizar sus actividades de la vida diaria, como “tortear”, barrer, cocinar. Ella acudió a consulta por presentar dolor abdominal de predominio en región pélvica, de moderada intensidad, sin irradiaciones, que remitía un poco con paracetamol, sin otra sintomatología. Fue difícil realizar un buen interrogatorio debido a que hablaba tojolabal y en esa ocasión no encontramos traductor, y ella no entendía el español ni sus familiares. Al tener un cuadro tan inespecífico le pedí ayuda a una Doctora para realizarle un ultrasonido pélvico, sin embargo, al no ser experta, visualizaba una imagen extraña en los ovarios, por lo que sugirió mandarle a pedir un ultrasonido de carácter urgente por un especialista en imagenología, es decir en un consultorio privado, ya que en el hospital no contamos con ese servicio, como ya se acercaba la campaña quirúrgica de ginecología, la cité con el ultrasonido a la campaña.

Acudió la paciente en los últimos días de la campaña con el ultrasonido, casi dos semanas después, el ultrasonido concluía lo siguiente “miomatosis uterina, el mioma en lateral derecho presenta una tumoración sobre este, adherido, el quiste de lado izquierda presenta el 57% de posibilidad de no benignidad”.

En ese momento presentaba dolor abdominal intenso, con datos sugestivos de irritación peritoneal por lo que los ginecólogos le realizaron un rastreo ultrasonográfico rápido donde visualizan líquido libre en cavidad, además de probable quiste de ovario complicado (torsionado).

Le pregunté a la paciente porque no había venido antes con el ultrasonido, pues era de carácter urgente, me comentó que no tenían dinero para poder realizárselo.

Sus hermanos tuvieron que hacer un grande esfuerzo para que se lo pudieran pagar y poder traerla nuevamente al hospital. Me sigo preguntando ¿cómo pudo soportar ese dolor tanto tiempo?

Los ginecólogos decidieron realizar laparotomía de urgencia, encontrando los siguientes hallazgos: importante cantidad de líquido libre peritoneal de aspecto seroso, tumoración de ovario izquierdo de 10 cm torsionado y roto por el que fluye liquido claro, tumoración de ovario derecho de 8 cm con excrecencias en la superficie de aspecto maligno, que infiltra ligamento ancho, ligamento redondo y ligamento útero ovárico, trompa derecha con implantes tumorales, útero miomatoso con infiltración en cara posterior y lateral derecha, infiltración neoplásica de plica vesico-uterina, hemidiafragma derecho e izquierdo totalmente infiltrado con nódulos menores de 1 cm (infiltración miliar) e implantes metastásicos en peritoneo parietal y mesenterio del intestino delgado. Dando un diagnóstico de Carcinomatosis peritoneal probablemente por cáncer de ovario III c.

Después de la cirugía la paciente presenta disnea, se solicita una radiografía de tórax presentando derrame pleural total de hemitórax derecho, se hace toracocentesis evacuadora sacando más de 1500 cc de líquido pleural. Se decidió dar de alta al quinto día de hospitalización por máximo beneficio, se explica a los familiares y a la paciente acerca de lo que tenía, sobre su pronóstico de vida; fue muy difícil tratar con ellos, ya que tenían la esperanza de que con la cirugía se iba a curar.

En este punto agradezco mucho a mi coordinadora médica por ayudarme y no dejarme sola al dar tan devastadoras noticias. Se habló la posibilidad de referirla a un tercer nivel, a “Ciudad Salud” en la ciudad de Tapachula, es decir a 8 horas del Hospital San Carlos. La paciente decidió que no quería que sus familiares gastaran más dinero en ella, que ahora lo único que quería era descansar. A su alta hospitalaria se le otorgó una hoja de referencia por si cambiaban de opinión.

Después de un mes acudió nuevamente a consulta por presentar dolor abdominal intenso, y disnea a la deambulación, no había acudido a tercer nivel, por lo que solamente otorgamos cuidados paliativos. ¿Realmente hicimos todo? ¿Por qué

sólo algunos mexicanos pueden tener acceso a la atención médica, si según la constitución todos los mexicanos tenemos derecho a la salud? ¿Por qué el acceder a un servicio médico es privilegio de ricos?

Otro caso que me gustaría compartir es el de un infante de 3 años de edad, al que llamaremos Memito, el cual acude traído de su padre, acude en mal estado general con un pedazo de pan duro en su mano, el padre lo traía por presentar evacuaciones disminuidas de consistencia de una semana de evolución, aumento de temperatura no cuantificada en múltiples ocasiones, intolerancia a la vía oral. Tiene como antecedente pertenecer al programa de nutrición desde el año de edad, al cual dejó de asistir a los dos años porque el padre vio que ya comía pozol. Cuando llegó tenía signos vitales dentro de parámetros normales según edad, con un peso de 6.6 kg y una talla de 71 cm, por lo que presentaba los siguientes percentiles: peso para la talla de -3.4, peso para la edad de -5.03 y talla para la edad de -5.65, por lo que decidí ingresarlo. Ese día me tocaba estar de guardia en el hospital, y era de mis primeras guardias, por lo que estaba bastante nerviosa y angustiada de que algún paciente de hospitalización se complicara.

Era la media noche cuando me reporta enfermería que el paciente Memito presenta una frecuencia cardiaca de 50 latidos por minuto y descendía hasta 30 latidos por minuto, se visualizaba letárgico, decido conectar monitor y pasar adrenalina para mejorar función cardiaca, subía hasta 90 latidos por minuto sin embargo a los tres minutos volvía a bajar nuevamente. Memito presenta un shock hipovolémico, al ser inexperta en estas situaciones le llamo a la pediatra, le comento la situación y sin pensarlo acude a ayudarme. Se le solicitan laboratorios de urgencia, presentando una Hemoglobina de 7.1 gr/dl, hematocrito de 20.09%, por lo que se decide transfundir un paquete globular, además de reanimación hídrica, al no haber una respuesta favorable, se decide iniciar aminas, mejorando notablemente y en esa noche arrojó uno áscaris de aproximadamente 20 centímetros de largo.

Estuvo hospitalizado por dos semanas, se da de alta médica con un peso de 8.4 kg, remitiendo su desnutrición aguda, y se da cita al mes con el programa de

nutrición. En su consulta de nutrición, un mes después, presentaba un peso de 8.6 kg y una talla de 75 cm, los signos vitales dentro de parámetros normales, se había mantenido asintomático y en buen estado general. Les comparto una foto con Memito durante esa visita.



En Chiapas existen muchos niños con desnutrición crónica, con sus pequeñas pancitas llenas de parásitos que se comen lo poco que el niño puede ingerir. Las familias no tienen los recursos suficientes para poder alimentar a sus hijos y aunque existan programas de apoyo del gobierno, estos programas no llegan a los rincones de Chiapas, dejando que muchos niños en esta región se mueran por hambre.



Esta es una de mis pacientes acompañada de su hija, la traía porque ya no quería comer, dormir y ni hablar; tenía un trastorno depresivo. Después de hablar un largo tiempo con ellos, de escucharlos, y remitirla al programa de psiquiatría y psicología para que llevara un adecuado tratamiento, decidimos tomarnos una foto porque la paciente trae su traje típico tojolabal, y actualmente es difícil ver este traje típico. De izquierda a derecha: la hija de la paciente, la paciente, una enfermera del HSC tojolabal (ella sugirió tomarnos la foto) y su servidora.

2. Comunitario

La población que acude al Hospital es muy diversa, en Chiapas están establecidas según el INEGI en 12 lenguas indígenas entre ellas, el tzeltal, tzotzil, ch'ol y zoque como las más habladas, las demás en un pequeño porcentaje que serían tojolabal, mame, kakchiquel, lacandón, mochó, jcalteco, chuj y kanjobal. Todas estas lenguas derivadas del maya, actualmente solo las personas de la tercera edad hablan la lengua pura, esto es debido a la falta de reconocimiento y respeto del Estado Mexicano de estos pueblos y el fortalecimiento de su cultura, además del proceso de exclusión y marginación que persiste en estas poblaciones.

En el Hospital San Carlos (HSC) las lenguas que más prevalecen son el tzeltal, tojolabal, chol e incluso el tzotzil. Algunas personas de esta población son miembros del Ejército Zapatista de Liberación Nacional.

Las prácticas médicas ancestrales, la medicina tradicional, han sufrido un gran cambio, y solo algunas perduran hasta el día de hoy. La mayoría de los pacientes recurren a estas prácticas como primera opción, ya que las tienen muy arraigadas, en su comunidad, todavía prevalecen personajes importantes de la comunidad, que sería el curandero, la partera y el huesero, a estas personas acuden cuando presentan un malestar. Estos personajes se caracterizan generalmente por ser los de mayor edad en su comunidad, de mayor conocimiento y experiencia. Los pacientes tienen su fe puesta en ellos.

En caso de que no presenten mejoría acuden con el promotor de su comunidad, el cual es una persona que es capacitada para poder dar atención médica básica y atender algunas urgencias. El promotor recetará el medicamento que cree pertinente según sus conocimientos, y él es el que decidirá si está dentro de sus facultades el poder atender el padecimiento o requiere recibir atención de un médico.

Con lo anterior, la mayoría de las veces somos la tercera opción, su última opción para poder sanar. En muchas ocasiones nos niegan haber realizado estas prácticas, quizás por el gran rechazo que tenemos los médicos a la medicina tradicional, sin darnos cuenta de que esta fue la base de la medicina que actualmente practicamos.

3. Institucional

Pertenezco a una organización civil llamada Salud y Desarrollo Comunitario A.C., mejor llamada SADEC (SADEC, 2020), el cual está en coordinación con el Hospital San Carlos (HSC) donde realicé mi servicio social, en el municipio de Altamirano, Chiapas.

El Hospital San Carlos pertenece a la Fundación de Obras Sociales de San Vicente IAP (FOSSVi), este integrado por la compañía de las Hijas de la Caridad en México. FOSSVI es una institución de asistencia privada sin fines de lucro fundada en el año de 1957. Actualmente el Hospital está a cargo de 11 hermanas.

El Hospital San Carlos tiene como misión brindar atención de salud con énfasis hacia la población indígena desde un enfoque intercultural para contribuir en la disminución de la morbi-mortalidad de los padecimientos más recurrentes en la zona de influencia. Las principales zonas de influencia son los municipios de Ocosingo, Altamirano, Chilón y Oxchuc. (FOSSVi, 2020)

En 1969 se fundó el Hospital San Carlos, por 4 hermanas Dominicanas que se establecieron en San Carlos (hoy Altamirano, Chiapas) en un Dispensario Médico. En 1976 las Hijas de la Caridad recibe el HSC, donde ponen en marcha el programa de vacunación, el programa de formación de promotores y programas para la construcción de letrinas, canalización de agua potable, entre otros. En 1981 Kees Grotenboer y el Ingeniero John Mc Neill apoyan para la construcción de la posada y dirigieron las obras de abastecimiento de agua de todo el municipio de Altamirano, en especial del HSC. En 1993 se instala el programa de Nutrición infantil y de tuberculosis. En 1994 estalla el movimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional, y en ese mismo año intentan incendiar el HSC. En 2004 se construye el nuevo Hospital con apoyo de *Schumacher Kramer Stichting Foundation*. En 2009 se construye la casa de médicos y de voluntarios. En 2010 inicia el programa de Fortalecimiento Institucional con enfoque en Gestión para Resultados y Respeto a los Derechos Humanos.

El equipo de trabajo del HSC se divide en los siguientes servicios:

- Médicos: consulta externa, hospitalización (medicina interna, pediatría y cirugía), campañas médico – quirúrgicas, como urología, ginecología, cirugía general, dermatología, otorrinolaringología y oftalmología, y proyectos, como tuberculosis, nutrición y salud mental.
- Servicios auxiliares: farmacia, laboratorio, rayos X.

- Religioso: hijas de la caridad (hermanas), acompañamiento a los pacientes.
- Administrativo: dirección, caja de cobro.
- Albergue: posada para pacientes y familiares.
- Voluntariado

Los médicos pasantes de servicio social (MPSS) realizan jornadas de trabajo al igual que los médicos de contrato, se divide en tres turnos, mañana, tarde y noche, el turno de la mañana es de 8:00 – 16:00 horas, tarde de 14:00 – 22:00 horas y el turno de la noche de 21:00 – 9:00 horas del día siguiente, por lo que el turno de la mañana y tarde son de 8 horas, y el turno de la noche son de 9 horas. Cada mes se cambia de turno, por lo que todos los médicos tanto pasantes como de base estaremos un mes en el turno nocturno. Los días de descanso son dos días a la semana, no necesariamente el fin de semana.

El Hospital San Carlos tiene como visión ser un Hospital Rural intercultural, sostenible y asumido por la Comunidad, que es referente en la atención a la población indígena con personal profesionalizado y sensibilizado. (FOSSVi, 2020)

Ganem P, 2018 cita lo siguiente *“El Hospital San Carlos es más que simplemente un lugar donde personas de bajos recursos atienden sus necesidades médicas; es también una institución que simboliza una serie de valores sólidos como confianza, respeto, integridad, profesionalismo e interculturalidad, con los que se trabaja constantemente para el cuidado integral de la persona, atendiendo sus necesidades de salud, pero también preocupados por el nivel personal y social.”*

4. Evaluación

Durante el proceso de adaptación del servicio social te permite conocer tus fortalezas y debilidades, y existen aspectos que te hacen reflexionar sobre la importancia del trabajo que realizas.

En lo personal puedo asegurar que fue un proceso difícil pero satisfactorio, me costó adaptarme a la forma de trabajar del hospital y de la atención que requiere la

población. Los compañeros de trabajo hicieron muy agradable los primeros meses, ya que nos considerábamos una familia.

Desde la comunidad, al dar consulta es toda una experiencia por el lenguaje, un reto enorme para poder comunicarnos, sin embargo, las enfermeras hacen que esta barrera no sea inalcanzable, siempre te acompañan y te explican algunas costumbres o tradiciones que impactan en cómo ven la enfermedad. La población que se atiende es noble y muy agradecida, aunque el lenguaje es una barrera, ellos harán todo lo posible por seguir las recomendaciones que uno da.

En cuanto a lo Institucional, debo admitir que incluso en la última guardia nocturna tenía miedo, porque nunca sabes que te puede llegar, aunque esto se contrarrestaba con el apoyo que te brindan los compañeros médicos del hospital. Cuando desconoces el tratamiento incluso el diagnóstico que tiene el paciente, siempre cuentas con el soporte que te dan tus compañeros a cualquier hora del día, lo que hace reconfortante y agradable el ambiente hospitalario.

Sección II.

Diagnóstico de Salud

1. DERECHO A LA SALUD

a. Internacional

“Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que esto ocurra es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública.” (OMS, 2002)

Mary Robinson, Alta Comisionada de las
Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 define a la salud como *“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”*, (Instituto de Investigaciones jurídicas, 2013) consagrando por primera vez el derecho a la Salud. Este derecho ha sido reafirmado en la Declaración de Alma-Ata en 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud en 1998. (OMS, 2006)

Según los términos del artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas, la OMS establece que su finalidad será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y Culturales (PIDESC) ratificada por México en 1981 en su artículo 12 **estable** la interpretación más autorizada del derecho a la salud. (CNDH, 2012)

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endemias, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Se reconoce que el derecho a la salud está fuertemente vinculada a la realización de otros derechos, en particular, según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humano, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. (Ecosoc, 2000)

La Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en 2007. El Artículo 1 establece que los pueblos indígenas tienen derecho al goce pleno, de forma colectiva o individual, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales "... los derechos más relevantes ..." incluyen el derecho a sus medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas sanitarias y a gozar el más alto nivel posible de salud. (Vásquez J, 2008)

En 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron 17 objetivos como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual

establece alcanzar los objetivos en 15 años. El Objetivo 3 tiene como fin garantizar una vía sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Este objetivo se propone como metas reducir la tasa mundial de mortalidad materna, neonatal, poner fin a las epidemias del SIDA, tuberculosis, malaria y demás enfermedades tropicales y transmisibles, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, lograr la cobertura sanitaria universal, proporcionar acceso a los medicamentos para todos. (ONU, 2015)

b. México

En México la atención de la salud se instaura con el Departamento de Salubridad Publica en 1917 año en que se crea la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Hace 60 años, en 1943, fue cuando se instauró el sistema de salud en México, con la creación de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaria de Salud (SSA), el Instituto Mexicano de Seguridad Social y el Hospital Infantil de México. Con estas instituciones surgieron las primeras reformas de salud, las cuales buscaron responder las demandas de la población obrera y la SSA se responsabilizó de la salud de la población campesina. En el año de 1979 se creó el programa IMSS – COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), que una década más tarde pasó a ser llamada IMSS-Solidaridad dirigido a la población campesina. En 1983 se abrió paso a nuevas iniciativas, como el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de salud y la promulgación de la Ley General de la Salud. (Secretaria de Salud, 2020)

La Constitución de 1917, brindaba protección a la salud únicamente a la clase trabajadora, es decir un derecho solo para los trabajadores y su familia, y no para todos los mexicanos. Fue hasta el 3 de febrero de 1983, cuando el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, adiciono el párrafo cuarto, el derecho a la protección de la salud señalando (Ahuja M, 2016):

*“Toda persona tiene **derecho a la protección de la salud**. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la*

conurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”

Desde 1917 el artículo 4° ha sufrido catorce reformas para incorporar los derechos respecto a la igualdad de género, libertad para decidir el número de hijos, derecho a la alimentación, derecho a la salud, derecho al acceso, disposición y saneamiento del agua, disponer de una vivienda digna, derecho a la identidad y el derecho al acceso a la cultura.

Las Organizaciones internacionales buscan el derecho a la salud, no el derecho a la protección de la salud, con esto el país se pone en evidencia que no es capaz de garantizar la salud. Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) el Estado protege la posibilidad de acceder, en condiciones de igualdad a los servicios de salud.

En 1984 se decretó la Ley General de Salud, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, determinando las finalidades del derecho a la protección de la salud, la materia de salubridad general, las autoridades sanitarias, entre otros.

La reforma constitucional en materia de derechos humanos del 10 de junio de 2011, modificó la denominación del Capítulo I del Título Primero y reformó los artículos de la 1°, 3°, 11°, 15°, 18°, 29°, 33°, 89°, 97°, 102° y 105° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Teniendo como objetivo lograr armonizar los derechos previstos en la Constitución con los derechos humanos que dictan los instrumentos internacionales, como la OMS (Ahuja M, 2016). Señalando el artículo 1° desde el 2011:

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

los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917)

Originalmente el artículo 1° Constitucional era el siguiente:

“En los Estados Unidos Mexicanos, todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.” (Ahuja M, 2016)

Dejando en claro que la anterior Reforma en el 2011 no modificó el artículo 4° Constitucional, este queda prácticamente sin garantía, ya que por lo establecido en el artículo primero todos los mexicanos gozaremos de los derechos humanos que sean reconocidos en la constitución y en los tratados internacionales que el país es parte, como los tratados de la OMS y PIDESC.

El Artículo 2° de la Constitución establece: La Nación Mexicana es única e indivisible. La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. Este artículo reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para decidir sus formas de organización social, económica, política y cultural, preservar sus lenguas, conservar la integridad de sus tierras. La Federación, las entidades federativas y los municipios tienen que promover la igualdad, las oportunidades de los indígenas, impulsar el desarrollo regional de las zonas indígenas, garantizar la educación, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, entre otros.

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos como nuestra carta magna, la que nos rige en todos los aspectos y lo que el estado debe de garantizarnos, sin embargo, en áreas marginadas difícilmente se cumplen estos artículos, principalmente en el área de derecho a la salud.

2. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

a. Geografía del estado de Chiapas

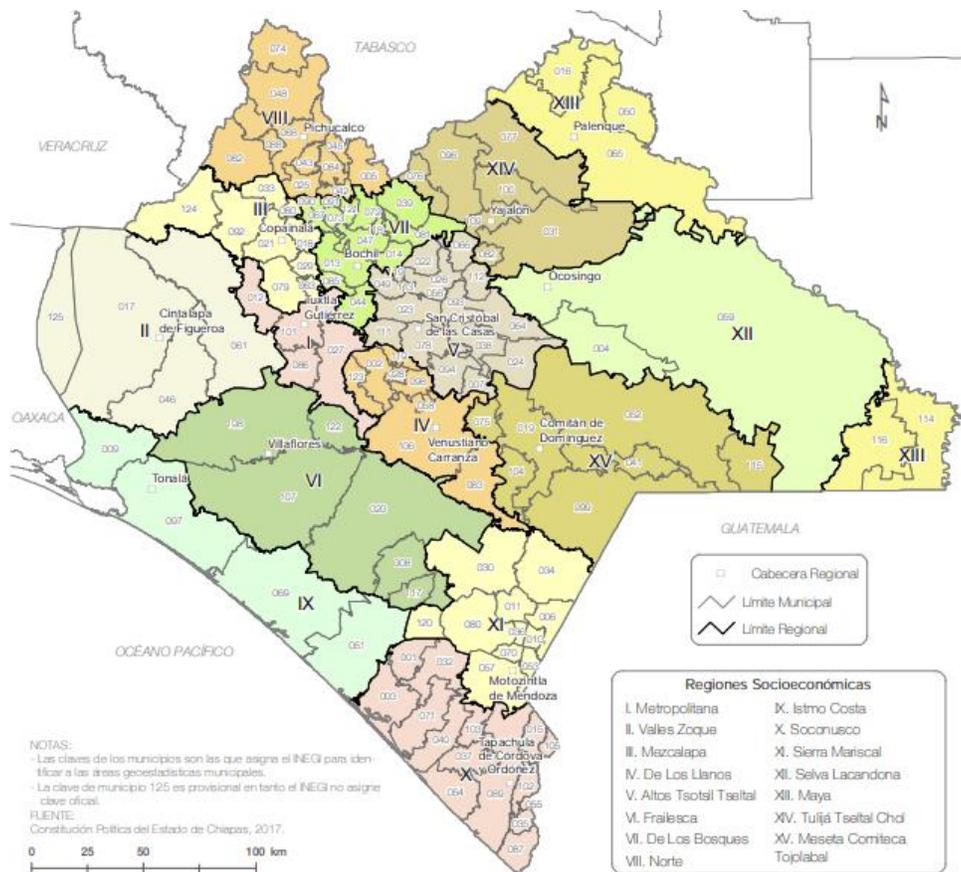
El estado de Chiapas cuenta con una superficie de 74,415 km², que representa el 3.74% de la superficie del país, es considerado el octavo estado más grande de la República Mexicana. Se localiza en el extremo suroeste del país. Colinda al norte con el estado de Tabasco, al oeste con Veracruz y Oaxaca, al sur con el Océano Pacífico y al este con la República de Guatemala. (INEGI, 2013)

Al norte 17°59', al sur 14°32' de latitud norte; al este 90°22'; al oeste 94°14' de longitud oeste. La extensión de la frontera Sur de Chiapas abarca 658.5 kilómetros, que representa el 57.3% del porcentaje total de la extensión de la Frontera Sur. La extensión de litoral es de 260 kilómetros.

La capital de Chiapas es el municipio de Tuxtla Gutiérrez. El municipio más extenso es Ocosingo y el menos extenso es Santiago el Pinar. El 11.5% de la población vive en el municipio de Tuxtla Gutiérrez, mientras que, en Sunuapa el 0.05%. (INEGI, 2013)

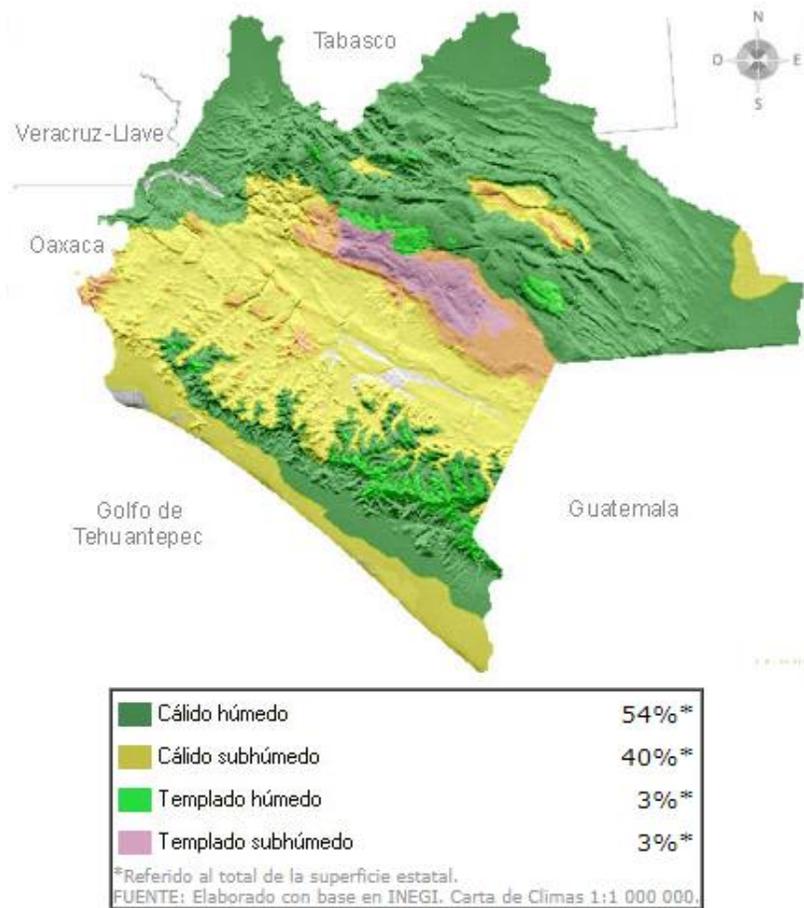
Chiapas se conforma por 124 municipios, los cuales se distribuyen en 15 regiones:

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



Mapa 1. Municipios y Regiones. CEIEG. 2017.

El 54% de su territorio presenta un clima Cálido húmedo, el 40% clima Cálido subhúmedo, el 3% Templado húmedo y el 3% restante un clima Templado subhúmedo (mapa 2). La temperatura media anual, varía desde 18° en los Altos de Chiapas, hasta a 28° en la Llanura Costera. La temperatura promedio más alta es de 30°C y la mínima de 17.5°C. La región norte se caracteriza por presentar lluvias todo el año, en el resto de la entidad, solo presenta lluvias durante el verano. (INEGI, 2020)



Mapa 2. Clima. Cuéntame, INEGI. 2015.

La superficie estatal forma parte de las provincias: llanura Costera del Golfo Sur, Sierra de Chiapas y Guatemala y Cordillera Centroamericana. El cerro Mozotal con 3 050 msnm al sureste del estado es el de mayor altitud junto con el vocal Tacaná con 3 284 metros sobre el nivel del mar en los límites con la República de Guatemala. En el centro se han formado valles y cañones como el Cañón del Sumidero por donde pasa el Río Grijalva. (INEGI, 2020)

El suelo es trascendental en el desarrollo económico y su aprovechamiento es la base de la sostenibilidad ambiental. La alta precipitación en las Montañas del Norte y del Oriente, y la Altiplanicie de Chiapas, uno de los suelos más comunes son los lavados o luvisoles, que ocupan el 28% del territorio estatal y puede ser aprovechado en cultivos de café o frutales. La tercera parte de la entidad está

cubierta por suelos delgados, leptosoles y regosoles, con baja capacidad agrícola, por lo que proteger su cubierta vegetal favorece a su conservación. (Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas, 2019-2024)

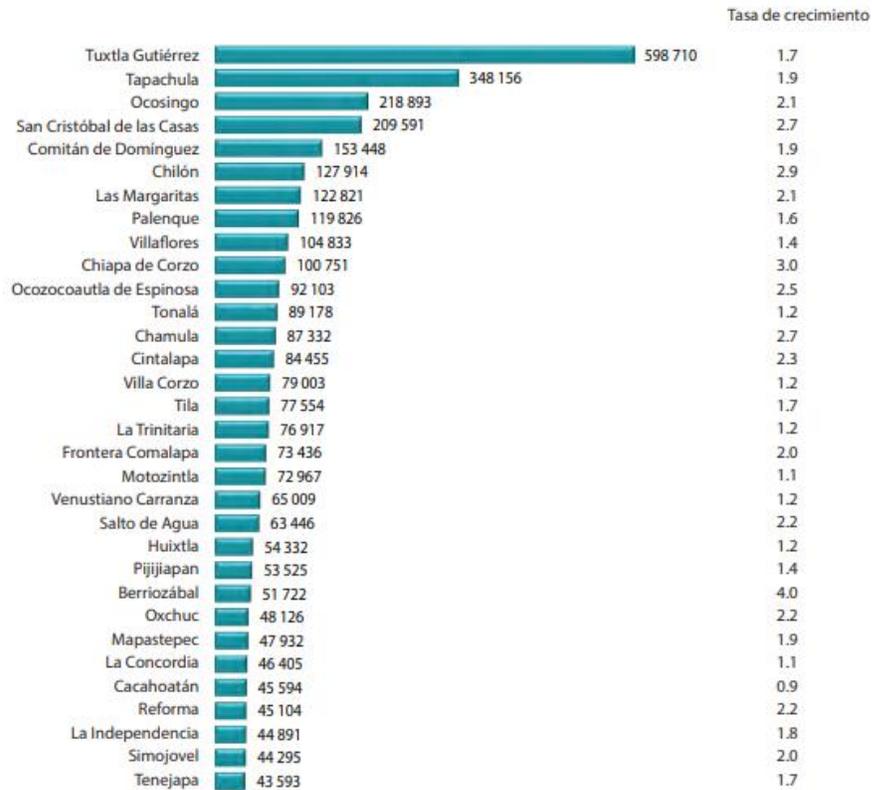
b. Población de Chiapas

En el 2015 según las cifras del INEGI en el estado de Chiapas viven 5, 217, 908 habitantes, de ellos son 2, 681, 187 (51.5%) mujeres y 2, 536, 721 (48.6%) hombres. Ocupando el séptimo lugar a nivel nacional por su número de habitantes. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que para el 2019 la población del estado fue de 5, 507, 440 habitantes, y para el 2024 considera que la población será de 5, 804, 709 habitantes. (Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas, 2019-2024)

La esperanza de vida al nacer es de 73.3 años, un año menos que el promedio nacional, según los datos del 2015 la población menor de 15 años representa 33.4% del total y la mayor de 64 años 5.9%.

La población está distribuida con el 51% rural y el 49% urbana, de esto el 33.1% reside en ciudades mayores de 15,000 habitantes. La tasa de crecimiento media anual intercensal es para la población rural de 1.4% entre el año 2000 y 2010 y de 2.6% para la urbana.

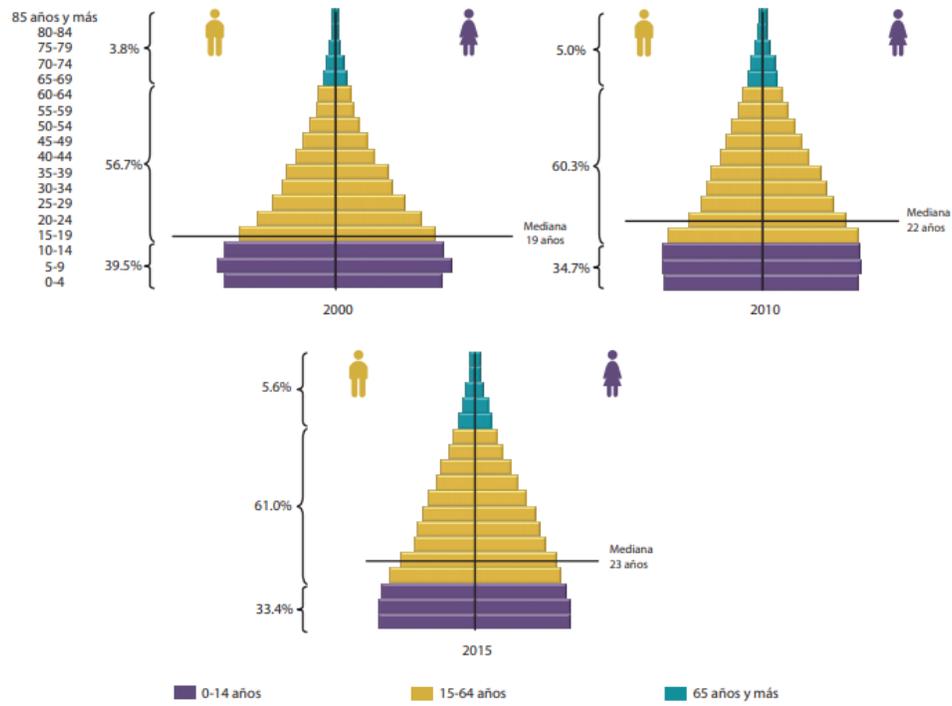
En la gráfica 1 observamos que los municipios con mayor población son Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Ocosingo y San Cristóbal de las Casas respectivamente; juntos concentran el 26.4% de los residentes del estado. Los municipios con mayor tasa de crecimiento destacan Berriozábal, Chiapa de Corzo, Chilón, San Cristóbal de las Casas y Chamula; y los de menor tasa son Motozintla, La Concordia y Cacaohatán. (Encuesta Intercensal, 2015)



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

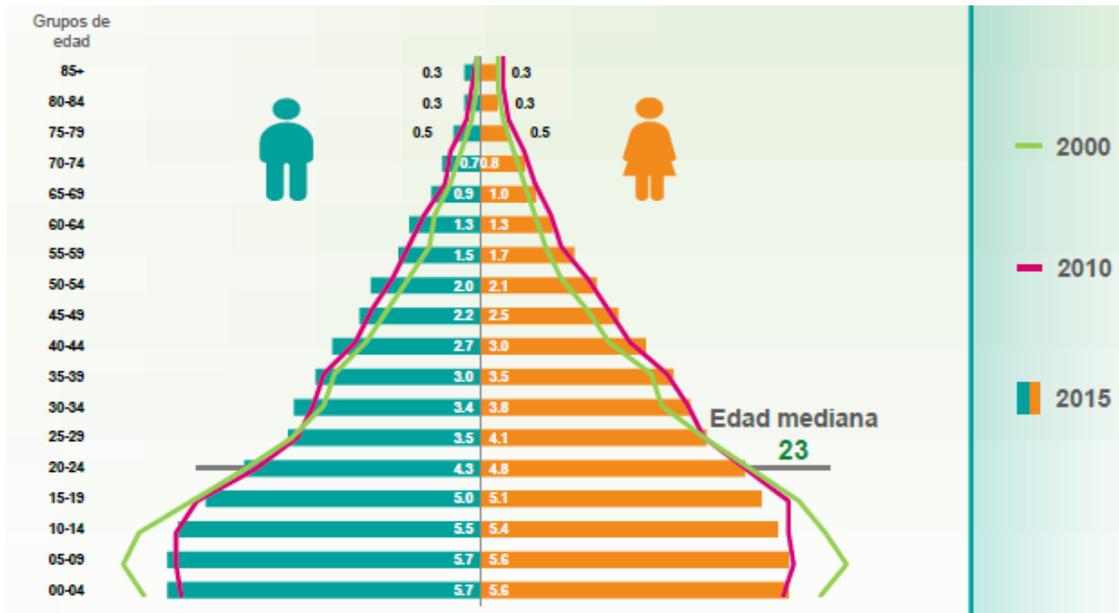
Gráfica 1. Municipios con mayor población en viviendas particulares habitadas y tasa de crecimiento promedio anual, 2010 – 2015. Fuente INEGI 2015.

En la estructura por edad de la población se refleja la interacción entre la natalidad, la mortalidad y la migración a través del tiempo. En la pirámide de 2015 se aprecia que la proporción de niños ha disminuido y se ha incrementado en la proporción de adultos mayores. En 2015 según cifras del INEGI (gráfica 2) la población menor de 15 años representa el 33.4% del total, mientras la población de 15 a 64 años, que se encuentra en edad laboral, constituye el 62%, y la población de edad mayor o avanzada representa el 5.6%. Esto comparándolo con el año 2010 en que la población menor de 15 años era de 34.7%, de 15 a 64 años era de 60.3% y mayores de 64 años de 5.0%. En la gráfica 3 se contraponen las 3 graficas, para mostrar de una mejor manera los cambios que ha sufrido la estructura poblacional en los tres años medidos, 2000, 2010 y 2015.



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

Gráfica 2. Estructura de la población, 2000, 2010 y 2015. Fuente: INEGI 2015.



Gráfica 3. Distribución poblacional. Nótese la comparación de los años 2000, 2010 y 2015, en donde se empieza a notar la inversión de la pirámide. Fuente: INEGI 2015.

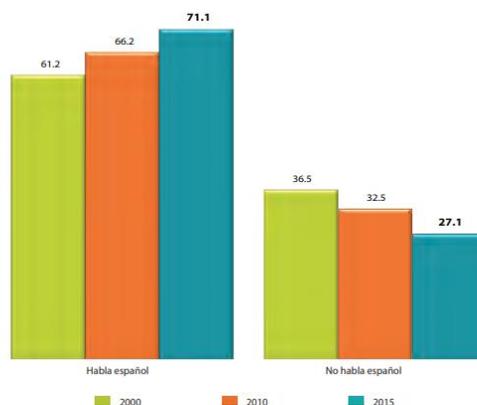
c. Etnicidad

Según el INEGI la población total a nivel nacional es de 119, 530, 753 habitantes, de este el 12, 025, 947 habitantes corresponden a personas indígenas que representa el 10.1% del total, corresponde al 48.9% de hombres y el 51.1% de mujeres. (CDI, 2016)

En Chiapas se auto-describen como población indígena al 1, 886, 104 personas, que corresponde a 36.1% de los habitantes del estado. (Secretaria de Hacienda del Estado de Chiapas, 2019-2024)

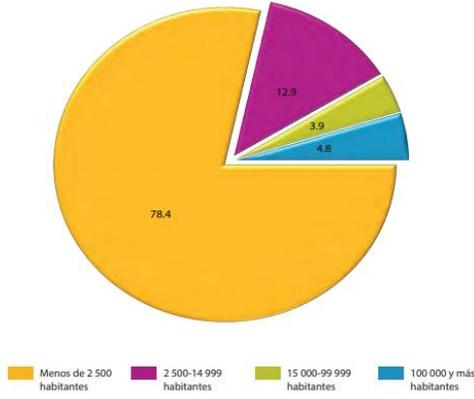
Contrarrestando estas cifras según la Encuesta Intercensal, la identificación de la población indígena se realiza a través de la condición de hablante de lengua indígena. En el año 2000 el número de personas de 5 años y más que habla una lengua indígena era de 809.6 mil y de 1.1 millones en el 2010. En el 2015 se estima que 1.3 millones de hablantes de lengua indígena.

La mayor parte de la población hablante de lengua indígena también habla español, sin embargo, existe un considerable porcentaje de personas monolingües, es decir que solo hablan lengua indígena. Esto se considera que limita su interacción con otras personas fuera de su comunidad. En el año 2000, (ver gráfica 4) el porcentaje de personas de 5 años y más hablantes de lengua indígena que no hablaban español fue del 36.5%, comparándolo con el 27.1% en el 2015, el cual disminuyó.



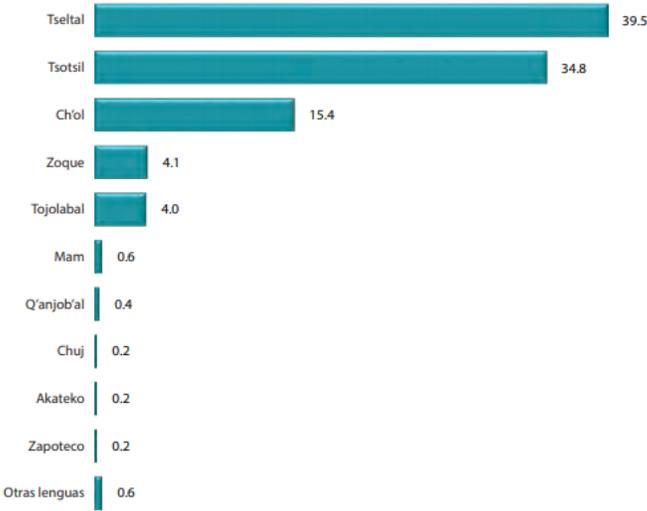
Gráfica 4. Distribución porcentual de la población de 5 años y más que habla lengua indígena según condición de habla española, 2000, 2010 y 2015. Fuente: INEGI 2015.

La población hablante de lengua indígena reside principalmente en localidades con menos de 2 500 habitantes, con un 78.4%, esto puede explicarse por la permanencia de los indígenas en sus comunidades de origen. Mientras que su permanencia en las grandes ciudades se puede deber a la migración.



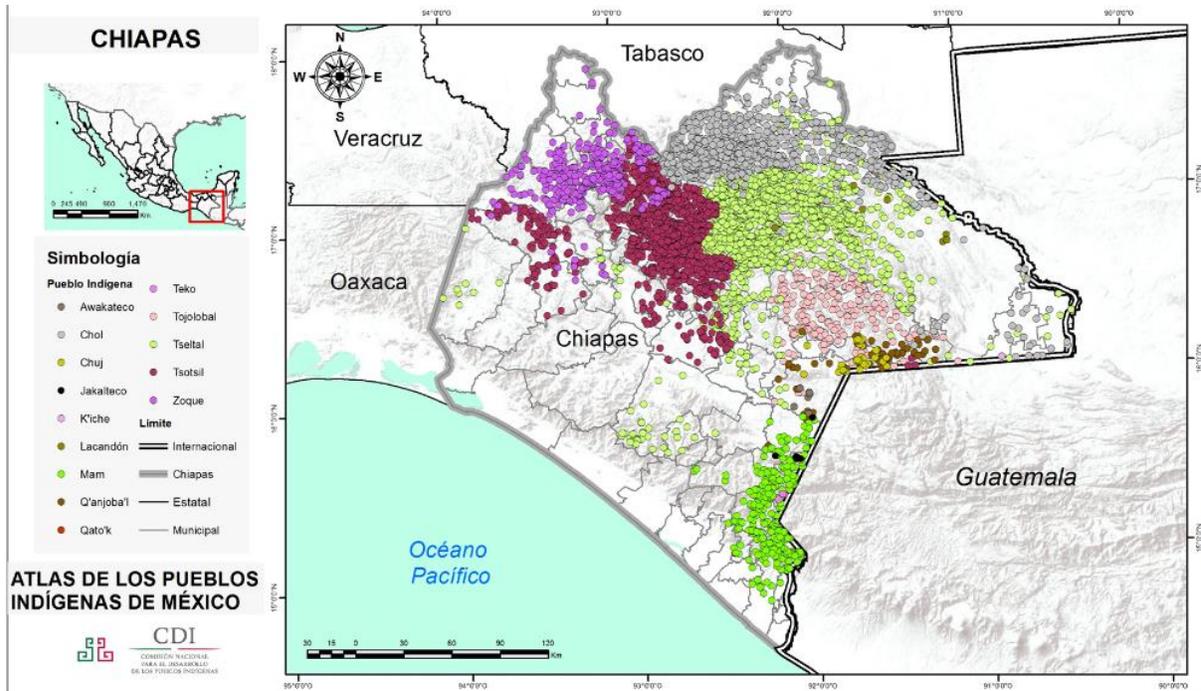
Gráfica 5. Distribución porcentual de la población de 3 años y más hablante de lengua indígena según tamaño de localidad. Fuente: INEGI 2015.

En Chiapas existen 12 de los 62 pueblos originarios de México. Los principales pueblos son Tzeltal (39.5%), Tzotzil (34.8%), Ch’ol (15.4%), Zoque (4.1%), Tojolab’al (4%), Chuj, Kanjobal, Mam, Jacalteco, Mochó, Cakchiquel y Lacandón o Maya Caribe. (México: Conoce Chiapas, 2020)



Fuente: INEGI Encuesta Intercensal 2015.

Gráfica 6. Distribución porcentual de la población de 3 años y más hablantes de lengua indígena según principales lenguas. Fuente: INEGI 2015.



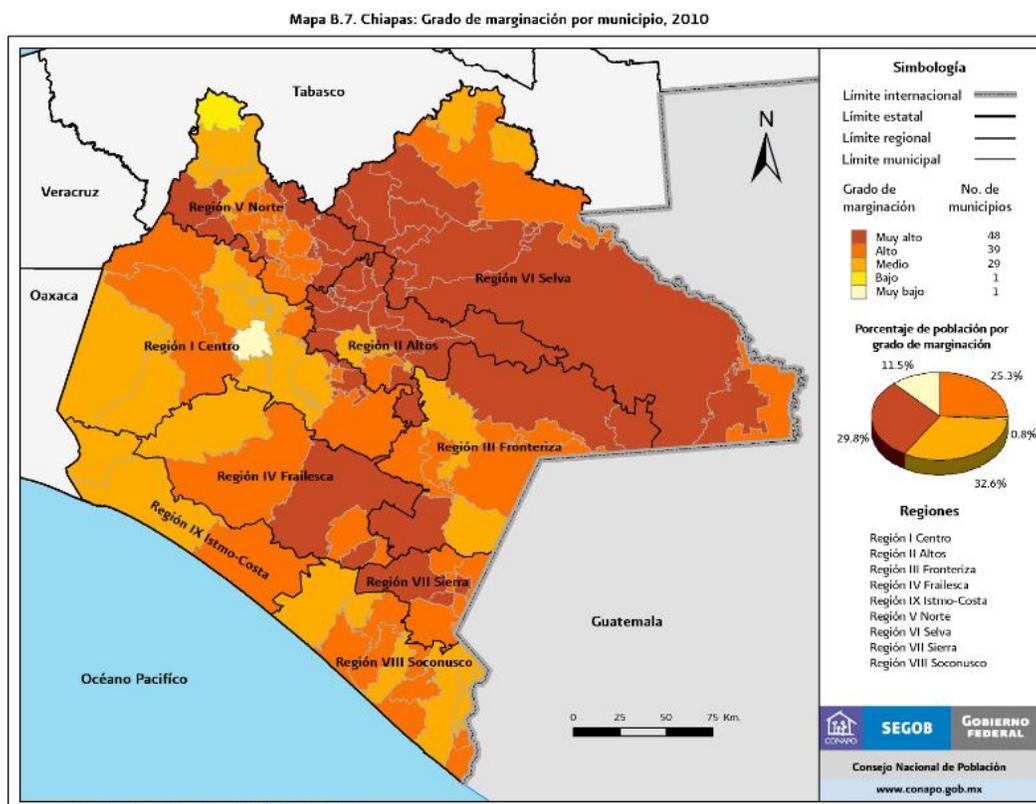
Mapa 3. Pueblos indígenas con mayor presencia en la identidad. Atlas de los pueblos indígenas de México 2015.

La mayor parte de esta población tienen una edad de 0 a 14 años con un 38.2%, y de 15 a 64 años con un 57.2%. En cuanto al nivel de instrucción de la población mayor de 15 años, el 29.2% se considera analfabeta, y sólo el 10.9% llega a tener secundaria. Los servicios de salud, el 16.3% de la población indígena no cuenta con derechohabencia, mientras que el 83.6 cuenta con derechohabencia y de este porcentaje el 84.1% corresponde al seguro popular. (Encuesta Intercensal, 2015)

d. Marginación

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la marginación se asocia a la carencia de oportunidades sociales y a la ausencia de capacidades para adquirirlas o generarlas, a privaciones e inaccesibilidad a bienes y servicios fundamentales para el bienestar. Las comunidades marginadas enfrentan escenarios de elevada vulnerabilidad social que no pueden ser mitigadas por ellos mismos, ya que son resultados de un modelo productivo que no brinda a todos las mismas oportunidades. (CONAPO, 2013)

En los datos del CONAPO del 2010, Chiapas encabeza la lista de las entidades federativas con el mayor grado de marginación con 4 024 localidades, que representa el 17.9% del total de las localidades con este grado de marginación en el país. Son 6,466 localidades con alto grado de marginación, y solamente 40 localidades se considera con muy bajo índice de marginación. (CONAPO, 2012) Esto representa que el 95.8% de sus localidades presenta grados de marginación muy alto y alto. (Ver mapa 4)



Mapa 4. Chiapas: Grado de marginación por municipio, 2010. Fuente: CONAPO, 2010.

e. Pobreza

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) define pobreza a aquella persona que se encuentra en situación de pobreza cuando presenta al menos una carencia social y no tiene un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades. En cuanto a pobreza extrema es aquella persona

que presenta tres o más carencias sociales y no tiene un ingreso suficiente para adquirir una canasta alimentaria. (CONEVAL, 2020)

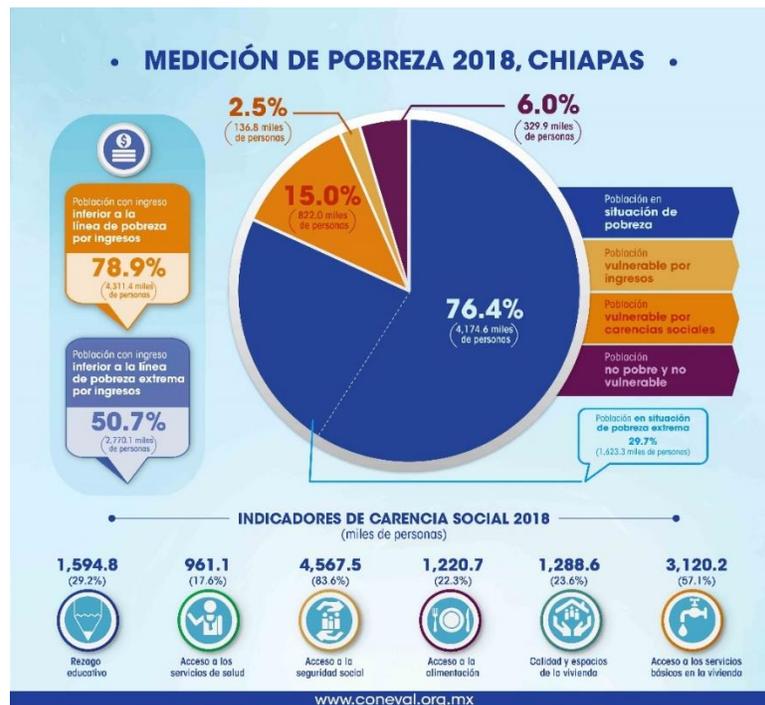


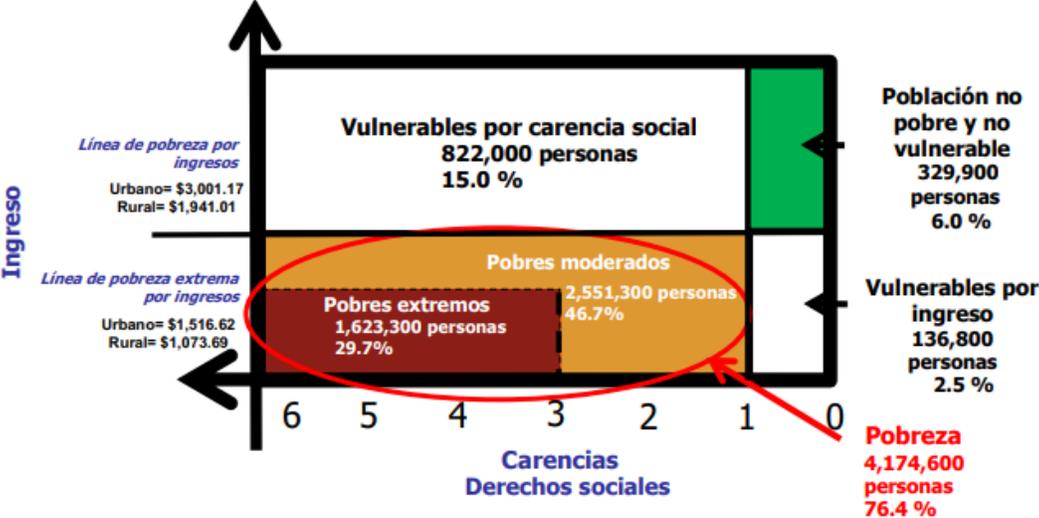
Figura 1. Medición de pobreza 2018, Chiapas. Fuente: CONEVAL.

Los indicadores de carencia social son rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, acceso a la alimentación, calidad y espacios de la vivienda y acceso a los servicios básicos en la vivienda. En 2018 según la CONEVAL (ver figura 1) el mayor indicador fue el de acceso a los servicios básicos en la vivienda con 57.1%, seguido de rezago educativo con un 29.2%.

Según entidad federativa para población en pobreza en el 2018 Chiapas se ubica en el primer lugar con 76.4%, seguido de Guerrero con 66.5%, y de Oaxaca con 66.4%. (CONEVAL, 2020)

Los resultados de la medición de pobreza en 2018, el 76.4% de la población de Chiapas vivía en situación de pobreza, es decir 4, 174, 600 personas (en el 2016 la cifra era de 4, 113,950 personas, es decir aumento 60, 650 personas en dos años). De este universo, el 46.7% (2, 551, 300 personas) estaba en situación de pobreza moderada, mientras que el 29.7% de la población se encontraba en

situación de pobreza extrema (1, 623, 300 personas), comparando con el año del 2016 en el que correspondía al 28.1% de la población. (CONEVAL, 2020) La población no pobre y no vulnerable representa el 6.0%, es decir aproximadamente 329,900 personas.



Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012, 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Nota: Línea de pobreza y línea de pobreza extrema por ingresos (antes línea de bienestar y línea de bienestar mínimo, respectivamente) a precios de agosto de 2018.

Figura 2. Indicadores de pobreza en Chiapas, 2018. Fuente: CONEVAL, 2018.

Del total de la población de Chiapas en situación de pobreza, es decir de las 4, 174, 600 personas, 2, 124, 646 son mujeres, 1, 806, 284 personas son menores de edad, 22, 910 corresponden a adultos mayores y 280, 042 son personas con algún grado de discapacidad.

El índice de Rezago Social (IRS) es una medida que agrega variables de educación, acceso a servicios de salud, servicios básicos en la vivienda, calidad y espacios en la misma y activos en el hogar, con el fin de ordenar a las entidades federativas y municipios en un momento del tiempo. (CONEVAL, 2020)

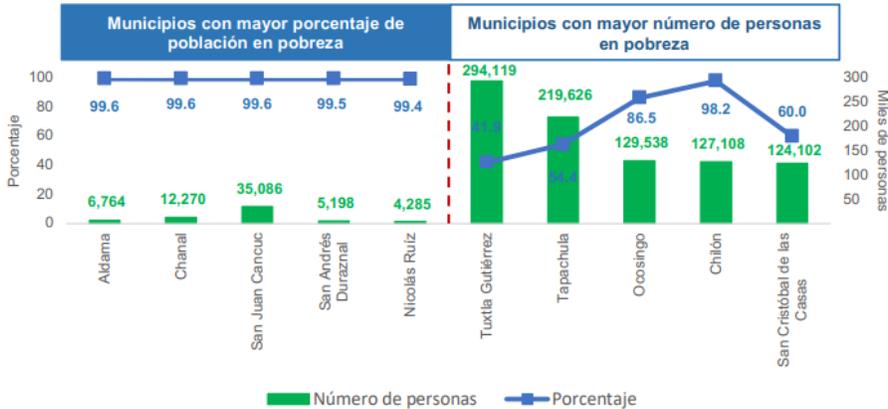
En el 2015 Chiapas presentó un grado de rezago social muy alto, a nivel federal se ubicó en el número 3, sin embargo, en el año 2000 su posición era la primera.

En cuanto al rezago social por municipios, Chiapas con 118 municipios en el 2015, 15 municipios presentaron un grado muy alto, 50 un grado alto, 43 medio, 9 bajo y solo uno muy bajo. El municipio de Chalchihuitán fue el de mayor rezago social en el estado (ocupando la posición número 8 a nivel nacional), seguido del municipio de Sitalá, San Ju Cancuc y Oxchuc. En cuanto al municipio con menor rezago social fue el de Tuxtla Gutiérrez, seguido en orden creciente con Reforma, Tapachula y Arriaga. (CONEVAL, 2020)

Entre el 2010 y 2015, 35 municipios de Chiapas registraron una disminución de 5.0 puntos porcentuales o más en su porcentaje de pobreza. Huehuetán fue el municipio que presentó mayor reducción en su porcentaje de pobreza, con una diferencia de 16.9 puntos porcentuales entre 2010 y 2015. El municipio con mayor aumento fue Altamirano, con un aumento de su porcentaje de pobreza en 10 puntos. (CONEVAL, 2020)

Los municipios con mayor porcentaje de pobreza en 2010, según el CONEVAL, fueron San Jun Cancuc, Chalchihuitán, Chamula y Santiago del Pinar. Estos municipios concentran el 3.4% de la población en pobreza del estado. En 2015 los municipios de Chiapas con mayor porcentaje de pobreza fueron Aldama, Chanal, San Juan Cancuc, San Andrés Duraznal y Nicolás Ruiz.

En 2015, los municipios con más personas en pobreza en el estado de Chiapas fueron Tuxtla Gutiérrez Tapachula, Ocosingo, Chilón, San Cristóbal de las Casas, que concentran el 23.4% de la población en pobreza del estado.

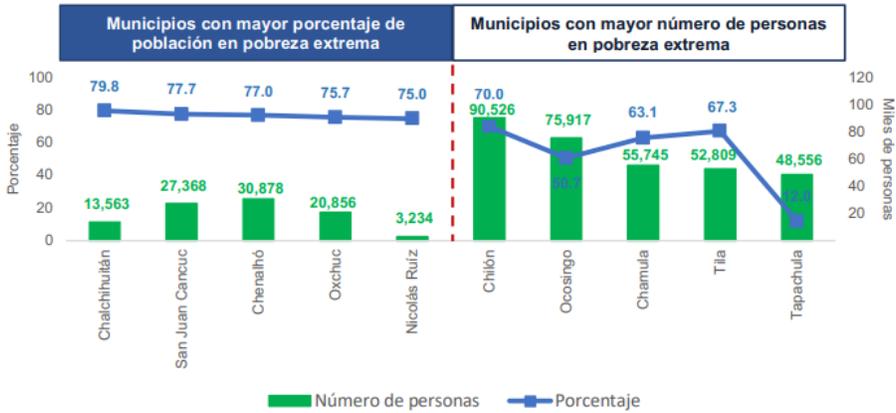


Gráfica 7. Municipios con mayor porcentaje y número de personas en situación de pobreza, Chiapas, 2015. Fuente: CONEVAL, 2020.

Entre 2010 y 2015, según el CONEVAL, 72 municipios de Chiapas registraron una disminución de 5.0 puntos porcentuales o más en su porcentaje de pobreza extrema. Aldama fue el municipio de Chiapas que presentó la mayor reducción en su porcentaje de pobreza extrema con una diferencia de 26.5 puntos porcentuales entre 2010 y 2015. El municipio que mayor aumento presentó en su porcentaje de pobreza extrema fue Oxchuc, el cual tuvo un aumento de 13.6 puntos porcentuales.

Los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza extrema en 2015 fueron San Juan Cancuc, Chalchihuitán, Chenalhó, Oxchuc y Nicolás Ruiz, que representan el 6.1% de la población en pobreza extrema de la entidad federativa.

Los municipios en el 2015 con mayor número de personas en pobreza extrema fueron Chilón, Ocosingo, Chamula, Tila y Tapachula, que representan en conjunto el 20.5% de la población en la entidad.



Gráfica 8. Municipios con mayor porcentaje y número de personas en situación de pobreza extrema, Chiapas, 2015. Fuente: CONEVAL, 2020.

Es relevante destacar que los municipios con mayor porcentaje de pobreza suelen tener un volumen poblacional pequeño. Por otra parte, los municipios grandes, como Tuxtla Gutiérrez o Tapachula con un volumen poblacional mayor, tienen un porcentaje de pobreza relativamente bajo, pero con alto número de personas

viviendo en esta situación en comparación a los demás municipios de la entidad federativa.

f. Sector Salud

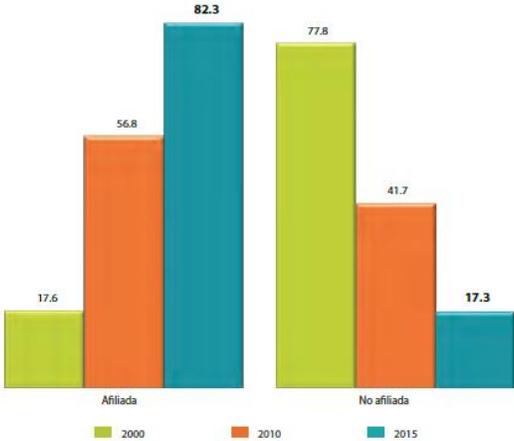
La atención a la salud, como ya se vio en el apartado del derecho a la salud, es uno de los componentes básicos para el bienestar de la población de cualquier país. El sistema de salud en México está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El sector público comprende a la Institución Mexicana del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) que presentan servicios a los trabajadores del sector forma de la economía; las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluye el Seguro Popular de Salud, la Secretaría de salud y el programa IMSS – Oportunidades. (Gómez O, 2011)

El último día de 2019 fue también el último para el Seguro Popular, debido que a inicios de 2020 entró en funciones el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). La página web oficial del gobierno de México con respecto al Sistema de Salud, expone que este esta segmentado, es inequitativo, y no garantiza el derecho a la salud de México; agregando que la transformación en la salud vendrá de un proceso humano que camine hacia el bienestar fundado en el humanismo, donde siempre haya médicos y enfermeras para todas las personas, en todos los lugares. (Gobierno de México, 2020)

En años recientes, se han implementado acciones encaminadas al fin de otorgar servicios de salud a la población, independientemente de que mantenga o no una relación laboral con alguna organización o empresa, para lograr la cobertura universal al derecho a la salud. (Encuesta Intercensal, 2015)

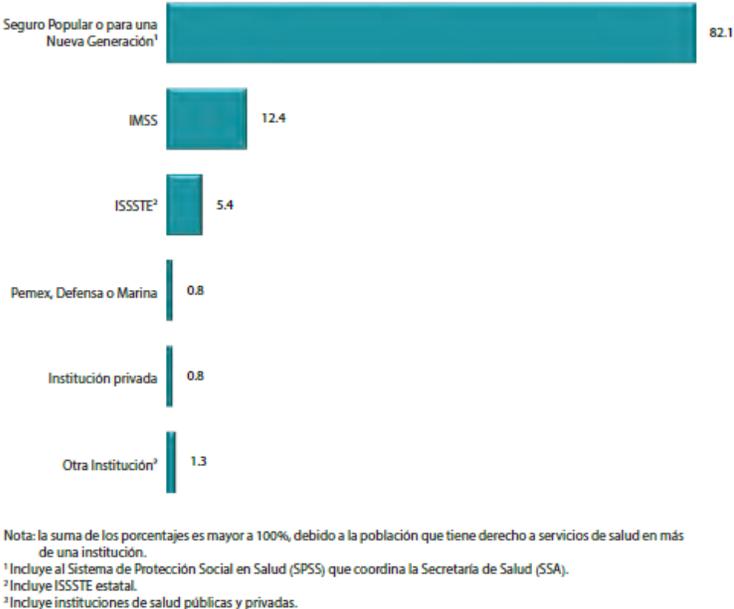
Según los datos del INEGI, en el 2000, solo el 17.6% de la población estaba afiliada a algún servicio de salud en Chiapas, contrario al 2015 en el que se encuentra al 82.3% de la población afiliada. En cambio, en el 2000 el 77.8% de la

población no se encontraba afiliada, y en el 2015, el 17.3% de la población no se encuentra afiliada a ningún servicio de salud.



Gráfica 9. Distribución porcentual de la población según condición de afiliación a servicios de salud, 2000, 2010 y 2015. Fuente: INEGI 2015.

Según la encuesta intercensal del INEGI en el 2015, el 82.1% de la población afiliada a servicio de salud, corresponde a la institución del seguro popular, mientras que el 12.4% corresponde al IMSS, y solo el 0.8% se encuentran afiliada a una institución privada.



Gráfica 10. Distribución porcentual de la población afiliada a servicios de salud según institución. Fuente: INEGI 2015.

Se considera que una persona no tiene acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta. (CONEVAL, 2020)

Según la CONEVAL en su informe de 2020, menciona que de 2008 a 2018, la población con carencia por acceso a los servicios de salud en Chiapas tuvo una disminución de 33.5 puntos porcentuales.²⁴ Esto se traduce en una disminución de 1, 483, 300 personas en esta situación, al pasar de 2, 444, 400 en 2008 a alrededor de 961, 100 en 2018.

El informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018 menciona que el sector salud ha mostrado avances importantes. Por el número creciente de personas que se encuentran afiliadas a algún servicio de salud, en especial el seguro popular. Se menciona que este aumento en el número de personas afiliadas debe de ir acompañado de una mejor calidad en los servicios de salud.

La utilización de los servicios de salud según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) es el resultado de un proceso de búsqueda de atención ante una necesidad de salud. Diferentes factores van a determinar este proceso: las características sociodemográficas de la persona, el sexo, el apoyo comunitario, la cultura, el nivel socioeconómico, la percepción de la enfermedad, la disponibilidad de servicios y percepción de su calidad.

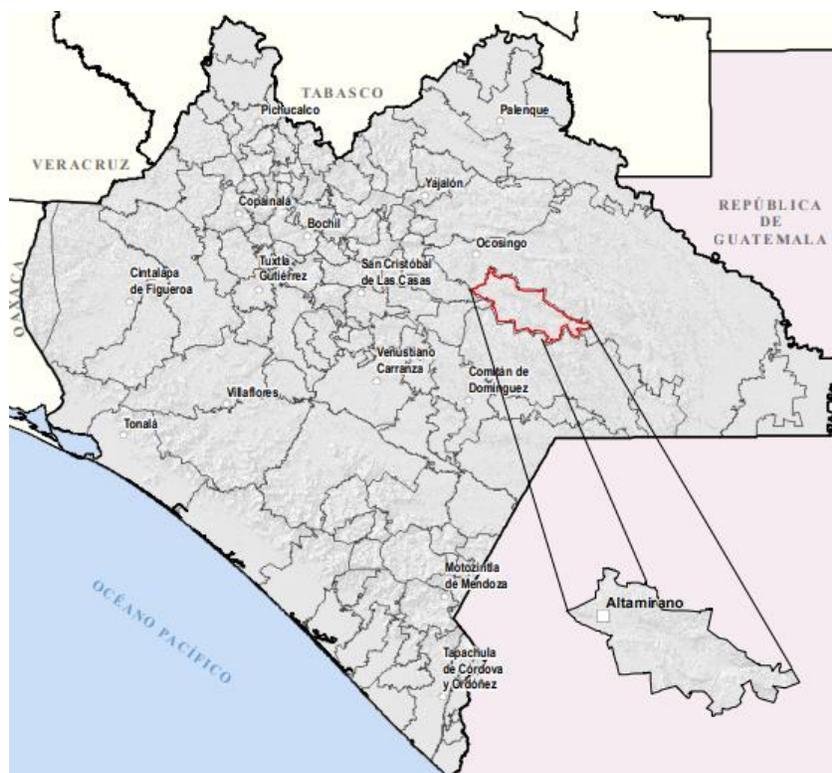
La mayor parte de los usuarios de servicios ambulatorios de Chiapas (40.8%) fue atendida por la Secretaría de Salud y por servicios médicos privados (37.6%). El IMSS sólo atendió a 9.7%; el resto (11.8%) se distribuyó en otras instituciones públicas de salud. (ENSANUT, 2012)

La frecuencia de atención ambulatoria se relaciona con el estrato socioeconómico. La población con nivel socioeconómico más bajo presentó menor porcentaje de atención por personal profesional respecto a los de nivel medio y alto.

g. Altamirano

El Municipio de Altamirano se localiza en los límites del Altiplano Central y de las Montañas del Oriente, su altitud es de 1, 810 m.s.n.m. y sus límites son al norte y

este con Ocosingo, al sur con Las Margaritas y al oeste con Oxchuc y Chanal. Ocupa el 1.3% de la superficie del estado. Se ubica en la Región XII Selva Lacandona, junto con Ocosingo. (CEIEG, 2020)



Mapa 5. Altamirano. Fuente: CEIEG, 2010.

El clima es semicálido húmedo con lluvias todo el año, con una temperatura promedio anual en la cabecera municipal de 20° y una precipitación pluvial de 1,100 milímetros. La vegetación corresponde a un 70.65% a bosque, 9.55% a pastizal inducido y sólo el 6.59% a selva. (INEGI, 2005)

Según el INEGI en el 2015, Altamirano contaba con una población total de 32, 872 personas (representa el 0.6% de la población estatal), de esta 16, 323 eran hombres y 16, 549 mujeres, con una relación de 98 hombres por cada 100 mujeres. Densidad de población de 34.4 hab/km².

En 2010, el municipio contaba con 154 localidades: 153 de ellas rurales (con menor de 2,500 habitantes) y 1 urbana (con 2,500 o más habitantes). De estas 0.6% eran de muy bajo rezago social, 1.3% de bajo rezago social, 27.3% de medio

rezago social, 29.9% de alto rezago social y 4.5% de muy alto rezago social. (SEDESOL, 2015)

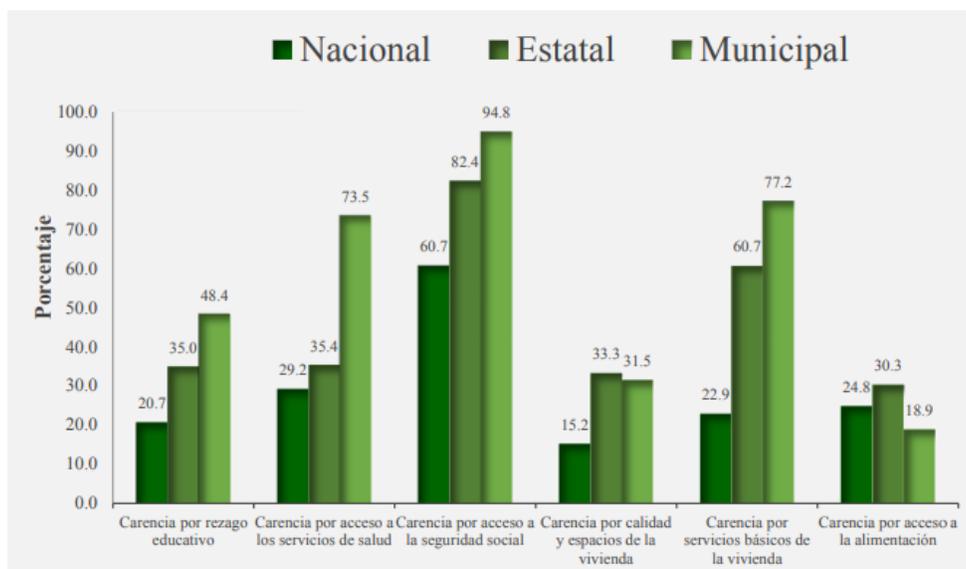
Entre sus principales localidades son las siguientes:

Localidad	Número de habitantes 2015
Altamirano	10, 055
La Laguna	1 299
Morelia	1 265
Puebla Nuevo	1 265
Carmen Rusia	1 043

La población de más de 3 años con habla de lengua indígena según INEGI en el 2015 era un total de 20 526 personas, de estas el 17 030 hablaba también español, y los 3 306 habitantes se consideraban monolingüe.

Cuenta con un grado de rezago social municipal alto, y un grado de marginación municipal muy alto. El 92.3% de la población está en situación de pobreza, de esta el 66.9% se encuentra en pobreza extrema. El índice de analfabetismo es de 24.86%. (CEIEG, 2020)

En la siguiente gráfica se muestran los indicadores de carencia social asociados a la medición de pobreza, se muestra que 94.8% se asocia a carencia por acceso a la seguridad social, seguido por un 77.2% a carencia por servicios básicos de la vivienda, y el más bajo de carencia es al acceso a la alimentación con un 18.9%, que incluso es menor al porcentaje nacional. (SEDESOL, 2015)



Gráfica 11. Indicadores de carencia social asociados a la medición de pobreza multidimensional. Fuente: SEDESOL, 2015.

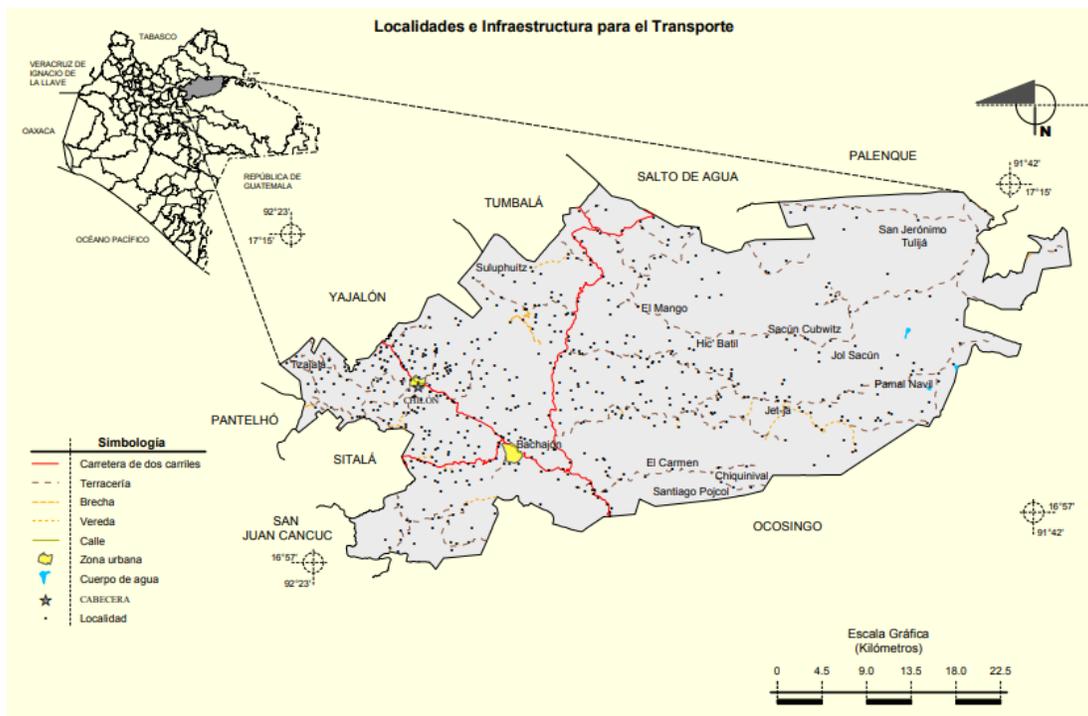
En 2010, según la CONAPO, la población sin derechohabencia a servicios de salud ascendió a 19,201 personas, de las cuales 30.6% se encontraba en las zonas de atención prioritaria urbanas y el 25.3% se ubicaba en las localidades con los dos mayores grados de rezago social del municipio.

En 2015, según el INEGI, el 84.2% de la población se encontraba afiliada a alguna institución de salud, de este porcentaje el 96.7% se encontraba afiliada al seguro popular, el 3.7% al IMSS, el 1% al ISSSTE, y el 1% a otra institución de salud, cabe recalcar que la cifra de porcentaje en algunas instituciones es mayor, debido a que algunas personas están afiliadas a más de una institución. (INEGI, 2016)

h. Chilón

Se localiza en los límites de las montañas de Oriente, siendo montañoso el terreno, su altitud es de 880 m.s.n.m. Limita al norte con Tumbalá, Yajalón, Tila, Salto de Agua y Palenque, al este y al sur con Ocosingo, y al este con Sitalá, San Juan Cancuc, Pantelhó y Simojovel de Allende. (INEGI, 2005)

Comprende una extensión territorial es de 1,682.35 km², lo que representa el 3.29% de la superficie estatal. Corresponde a la región XVI Tulijá Tzeltal Chol, junto con 6 municipios más.



Mapa 6. Chilón. Fuente: INEGI 2005.

El clima predominante es cálido húmedo con lluvias todo el año (30.3%), con variaciones de temperatura de 18 a 26°C, durante todo el año. (INEGI, 2005)

En el 2015, según el INEGI, el total de población de Chilón era de 127, 914 habitantes, que corresponde a 2.5% con respecto al total de la entidad. Del total corresponde al 48.9% hombres y al 51.1% mujeres, lo que significa que existen 95 hombres por cada 100 mujeres.

El grado de rezago social de 2015 se encuentra en muy alto. Los indicadores de carencias sociales en el 2015, el mayor fue con 93.6% carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, seguido por 59.2% por carencia por calidad y espacios en la vivienda.

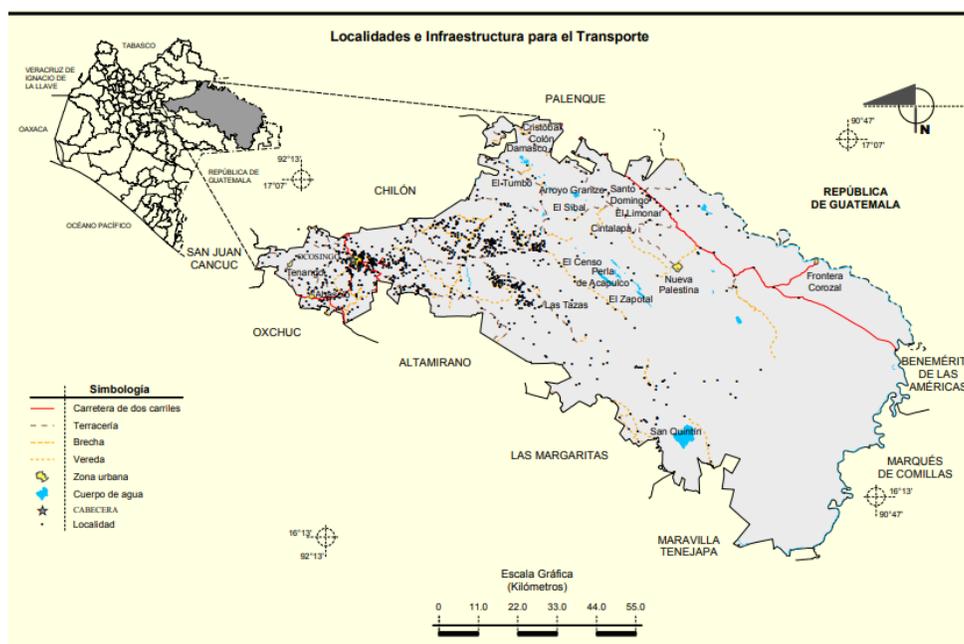
En el 2010 el grado de marginación por localidad, era de 424 localidades en grado de marginación muy alto lo que corresponde a 52, 483 habitantes; 143 localidades se encuentran en grado de marginación alto lo que corresponde a 58, 444 habitantes. En este municipio no existe el grado de marginación medio, bajo o muy bajo. (SEDESOL, 2017)

La población afiliada a los servicios de salud corresponde al 83.1%, de este total el 95.8% está afiliada al seguro popular, el 5.5% al IMSS, el 0.4% al ISSSTE. (INEGI, 2016)

El 95.64% del total de su población se considera indígena. El 95.67% de su población de 3 años y más habla alguna lengua indígena, de este total el 38.38% de los hablantes de lengua indígena no hablan español.

i. Ocosingo

Se ubica en la Región Socioeconómica XII Selva Lacandona. Limita al norte con los municipios de Chilón y Palenque, al este con la República de Guatemala, al sur con Benemérito de Las Américas, Marqués de Comillas, Maravilla Tenejapa y la República de Guatemala; y al oeste con Las Margaritas, Altamirano, Oxchuc y San Juan Cancuc. Se ubica a una altitud de 888 m.s.n.m. (Instituto de población y ciudades rurales, 2016). Con una superficie territorial de 9, 5580.33 km² ocupa el 12.83% del territorio estatal, por lo que es considerado el municipio más grande del estado de Chiapas.



Mapa 7. Ocosingo. Fuente: INEGI 2005.

El clima del municipio varía con la altitud, predominando el cálido húmedo, en la cabecera municipal la temperatura media anual es de 24.3°C con una precipitación pluvial de 1,804 milímetros anuales. (Instituto de población y ciudades rurales, 2016)

Según las cifras del INEGI del 2015, Ocosingo tuvo una población total de 218 893 habitantes, lo que representa el 4.2% de la población estatal, de estos el 49.3% de la población era mujer y el 50.7% hombre, es decir existen 97 hombres por cada 100 mujeres.

En 2010 el municipio cuenta con mil 114 localidades, 5 son urbanas y mil 109 son rurales. Las principales localidades son: Ocosingo con 41, 878 habitantes, Nueva Palestina con 10, 588 habitantes, Frontera Corozal con 5, 184 habitantes, Tenango con 4, 436 habitantes y Abasolo 2, 884.

Los indicadores de carencias sociales del municipio en el 2015, el 90.5% carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, seguido de carencia por calidad y espacios en la vivienda con 46.4%, rezago educativo con 36.1%, un 17.4% carencia por acceso a la alimentación y finalmente un 17.0% por carencia por acceso a los servicios de salud. (Instituto de población y ciudades rurales)

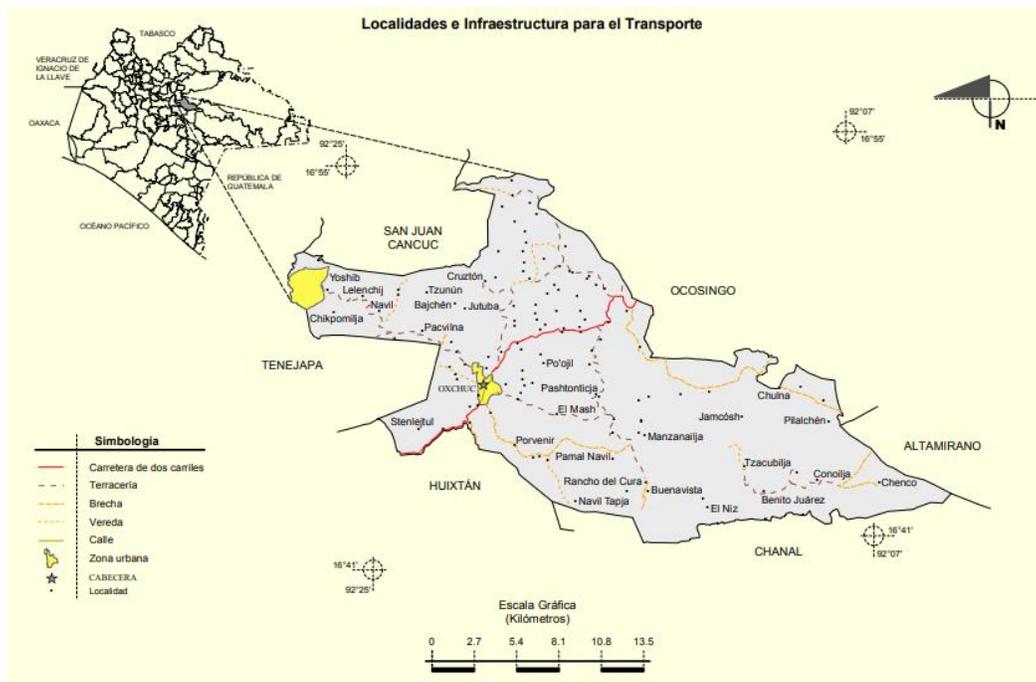
El grado de marginación municipal se cataloga para el 2015 como muy alto. Las localidades en el 2010 por grado de marginación corresponden a 363 localidades (40, 670 habitantes) con grado de marginación muy alto, 268 localidades (144, 224 habitantes) con grado de marginación alto, 1 localidad (12 habitantes) con grado de marginación medio y 1 localidad (265 habitantes) con grado de marginación muy bajo. (SEDESOL, 2017)

En cuanto a la afiliación a servicios de salud, la población total afiliada corresponde al 82.6%, de este porcentaje el 92.4% corresponde al seguro popular, mientras que el 7.4% es del IMSS, y el 2.5 % ISSSTE, esto incluye afiliaciones múltiples. El municipio en el 2015 cuenta con 102 unidades médicas de diferentes instituciones y con 148 médicos para su servicio.

Del total de los habitantes, el 82.53% se considera indígena. La población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena es de 77.65%, y de esto el 28.37% de los habitantes de lengua indígena no hablan español. (INEGI, 2016)

j. Oxchuc

Se ubica en los límites del Altiplano Central y las Montañas del Norte. Limita al norte con Ocosingo y San Juan Cancuc, al este con Altamirano y Ocosingo, al sur con Chanal y Huixtán y al oeste con Tenejapa y Huixtán. Cuenta con una extensión territorial de 72.00 km², que representa el 0.6% de la superficie del territorio estatal. El clima es templado húmedo con abundantes lluvias en verano. (INAFED, 2020)



Mapa 8. Oxchuc. Fuente: INEGI 2005.

La población total de Oxchuc, según el INEGI en el 2015 era de 48, 126 personas, lo que representa el 0.9% de la población estatal. Habitaban 49.6% hombres y 50.4% mujeres, es decir existen 48 hombres por cada 100 mujeres.

Los indicadores de carencias sociales del municipio en el 2015, la encabezaba por 96.4% carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, seguido del 58.7% en carencia por calidad y espacios en la vivienda, el 31.5% por carencia por acceso a la alimentación, el 31.5% riesgo educativo y el 11.4% carencia por acceso a los servicios de salud. (SEDESOL, 2017)

En 2010 el grado de marginación era de muy alto a nivel municipio, las localidades con grado de marginación muy alto eran de 79 con una población de 15,299 habitantes afectados, con un grado de marginación alto eran de 66 localidades, afectando a 28,034 habitantes.

La población afiliada a algún servicio de salud es del 88.5%, de este porcentaje el 98.7% se encontraba afiliada al seguro popular, el 5.1% al IMSS, el 0.6% al ISSSTE, esto incluye afiliación múltiple. (INEGI, 2016)

De la población que se considera indígena es del 98.34%. La población de más de 3 años que habla alguna lengua indígena es del 97.9%, y de estos el 37.78% son monolingües, es decir no hablan español. (INEGI, 2016)

3. CONCLUSIONES

Chiapas es en territorio el octavo más grande del país, y por número de habitantes ocupa el séptimo lugar. La mayoría de la población reside en zonas rurales.

Dentro del estado de Chiapas existen 12 de los 62 pueblos originarios de México, en los que destacan Tzeltal, Tzotzil y Ch'ol. El 36.1% de la población de Chiapas se auto-describen como población indígena. Se considera que el 29.2% de esta población es analfabeta. En cuanto a los servicios de salud, el 16.3% de la población indígena no cuenta con derechohabiencia, el 83.6% cuenta con derechohabiencia y de este el 84.1% corresponde al seguro popular.

El 95.8% de las localidades en Chiapas presenta grados de marginación muy alto o alto, ubicándose en el primer lugar de estados con marginación, de igual manera se ubica en el primer lugar en indicadores de pobreza. En el 2018 el 76.4% de la población vivía en pobreza y de este universo el 29.7% se encontraba en pobreza extrema. Solamente el 6% de la población se considera no pobre y no vulnerable.

Robinson M, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos recitó lo siguiente: *“El derecho a la salud “...” significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que **todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible**”*

En Chiapas, aunque el 83.6% de la población cuente con derechohabiencia, esto no garantiza que reciban atención médica, debido a que la mayoría de esta población sufre de pobreza, incluso de pobreza extrema; entonces al no tener recursos monetarios suficientes, es muy difícil que esta población salga de su comunidad a buscar atención médica, aunque estadísticamente cuenten con derechohabiencia.

La mayoría de esta población se considera indígena, y el artículo 2° de la Constitución Mexicana establece: “... este artículo reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y comunidades indígenas “...” La federación, las entidades federativas y los municipios tienen que promover la igualdad, las oportunidades de los indígenas, “...”, garantizar la educación, **asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud**, entre otros”

¿Se cumple este artículo en la población indígena de Chiapas? ¿Tienen derecho a la salud?

Sección III.

Reporte de las campañas dermatológicas en el Hospital San Carlos del periodo de agosto de 2019 a julio de 2020

JUSTIFICACIÓN

El Hospital San Carlos, instancia donde realicé mi servicio social durante el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2019 al 31 de julio de 2020, se ubica en el municipio de Altamirano, Chiapas. El hospital cuenta con varios protocolos de atención, entre ellos destacan tuberculosis, desnutrición infantil, psiquiatría y dermatología.

Al inicio de mi servicio social se me asignó como encargada de las campañas de dermatología, las cuales fueron dos de un día de duración cada una, realizadas en las instalaciones del hospital. Las campañas dermatológicas cuentan con un equipo de dermatólogos liderado por el Dr. Roberto Arenas Guzmán, lo acompañan la Dra. Josefina Carbajosa y el Dr. Miguel Ángel Aquino principalmente. La primera campaña fue el día 9 de octubre de 2019 y la segunda fue el día 15 de enero de 2020. Generalmente se hacen realizan cada 3 meses, es decir 4 veces al año, para poder brindar un mejor seguimiento de los padecimientos, sin embargo, debido a la pandemia del coronavirus se cancelaron las campañas subsecuentes.

En las campañas se atiende a los pacientes captados de la consulta externa por el médico general con problemas en la piel y sus anexos, incluso pueden llegar pacientes sin cita el día de la campaña a los que de igual manera se les brinda atención dermatológica. Debido a que las campañas se realizan cada 3 meses se pueden juntar de 50 a 100 citas en cada campaña, y al ser solo un día (turno matutino) de consulta dermatológica, el tiempo de consulta suele ser muy reducido. Se realizan intervenciones quirúrgicas ambulatorias, como toma de biopsia, exéresis de lesión, etc.

El tiempo de consulta puede ser de 5 a máximo 10 minutos para cada paciente, por este motivo muchas veces no se puede hacer una completa lectura del expediente clínico, omitiéndose muchas cosas relevantes para el padecimiento del paciente, además de que el hospital no cuenta con una historia clínica dermatológica.

Los datos que cuenta el Hospital de las campañas de dermatología son desde abril del 2018 hasta la actualidad. En el año 2018 se tienen contabilizadas 168 consultas repartidas en 3 campañas. En el año 2019 son 270 consultas repartidas en 4 campañas.

En el Hospital hay 14 guías dermatológicas de los padecimientos más comunes en la consulta de la región, elaboradas por el Dr. Roberto Arenas, la Dra. Josefina Carbajosa y el Dr. Aquino en donde resumen de manera muy breve el cuadro clínico de la enfermedad y de manera puntual el tratamiento, sin embargo, se ha visto que estas guías están en desuso.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Brindar herramientas al médico general y al especialista para mejorar la atención dermatológica continua y de alta calidad en Hospital San Carlos, Altamirano, Chiapas.

Objetivos Específicos:

1. Analizar la calidad de la consulta dermatológica en la consulta externa de medicina general de HSC.
2. Mejorar el manejo de información clínica del paciente dermatológico en HSC.
3. Unificar criterios para la atención dermatológica de calidad en HSC.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional de los pacientes atendidos por el médico de primer nivel en el Hospital San Carlos y derivados a las campañas dermatológicas realizados en el mismo Hospital, y a los pacientes que acudían el mismo día de la campaña por alguna patología dermatológica.

Se analizaron los datos de las campañas dermatológicas realizadas el día 23 de octubre de 2019 y el día 15 de enero de 2020, en las instalaciones del Hospital San Carlos, Altamirano, Chiapas.

Se recopiló información de los pacientes en base a su expediente clínico, se almacenó la información en una base de datos en Excel donde incluía lo siguiente: nombre completo, sexo, etnia, edad, comunidad, si eran citados o no, impresión diagnóstica y tratamiento que brindaba el médico general, diagnóstico final y tratamiento que brindaban los especialistas (dermatólogos), si se les realizó biopsia o no y cuál fue el resultado de la biopsia.

Se realizaron las siguientes actividades:

1. Análisis de los datos obtenidos de las campañas dermatológicas del 23 de octubre de 2019 y del 15 de enero de 2020, enfocándose en el índice de concordancia diagnóstica entre el dermatólogo y el médico general.
2. Realización de un formato para la historia clínica dermatología adecuada a la realidad del hospital para las campañas dermatológicas, así como para la recopilación de datos estadísticos.
3. Realización de algoritmos dermatológicos para facilitar al médico general el adecuado diagnóstico.

La estructura del protocolo se divide en tres secciones:

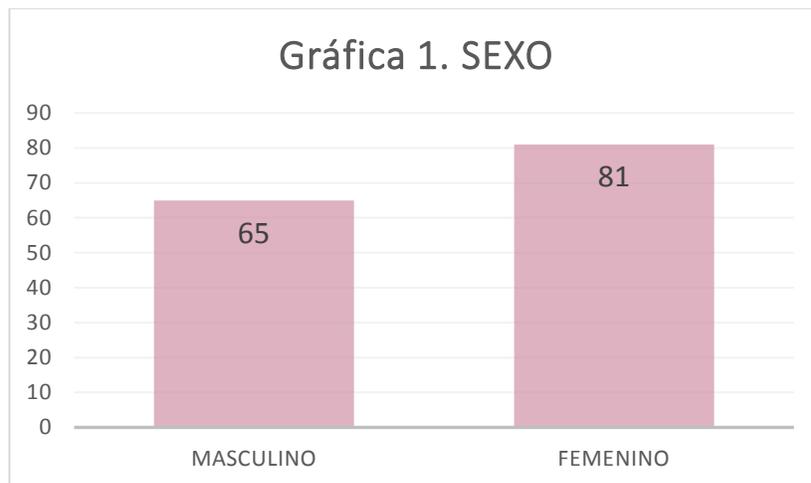
1. Análisis de los datos obtenidos en las campañas dermatológicas.
2. Formato de historia clínica dermatológica.
3. Algoritmos dermatológicos.

La Historia Clínica fue realizado bajo la supervisión del Dr. Roberto Arenas médico dermatólogo miembro del Consejo Mexicano de Dermatología y la Dra. Heleen Krupp medica coordinadora del Hospital San Carlos. Los algoritmos dermatológicos fueron realizados bajo la supervisión del Dr. Roberto Arenas.

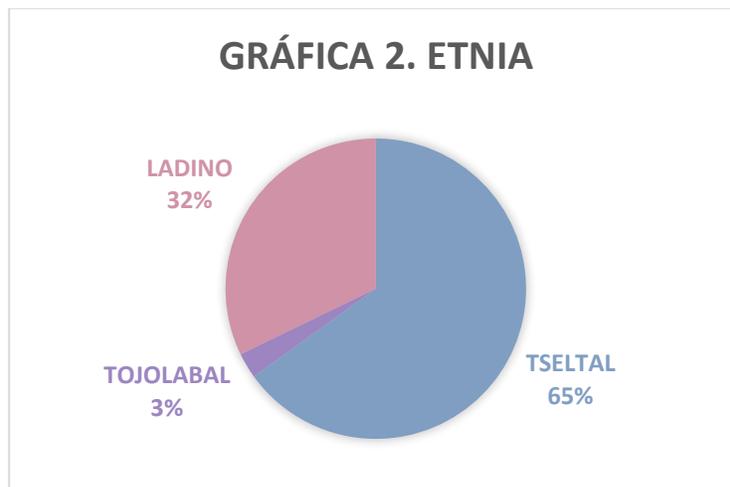
RESULTADOS

1. Análisis de los datos obtenidos en las campañas dermatológicas

En la campaña del 23 de octubre de 2019 se obtuvieron un total de 94 consultas, en la campaña del 15 de enero de 2020 fueron un total de 78 consultas; durante las dos campañas se obtuvieron 172 consultas dermatológicas. Se obtuvieron 26 pacientes de seguimiento, es decir que se repetían en las dos bases de datos, por lo que fueron un total de 146 pacientes.



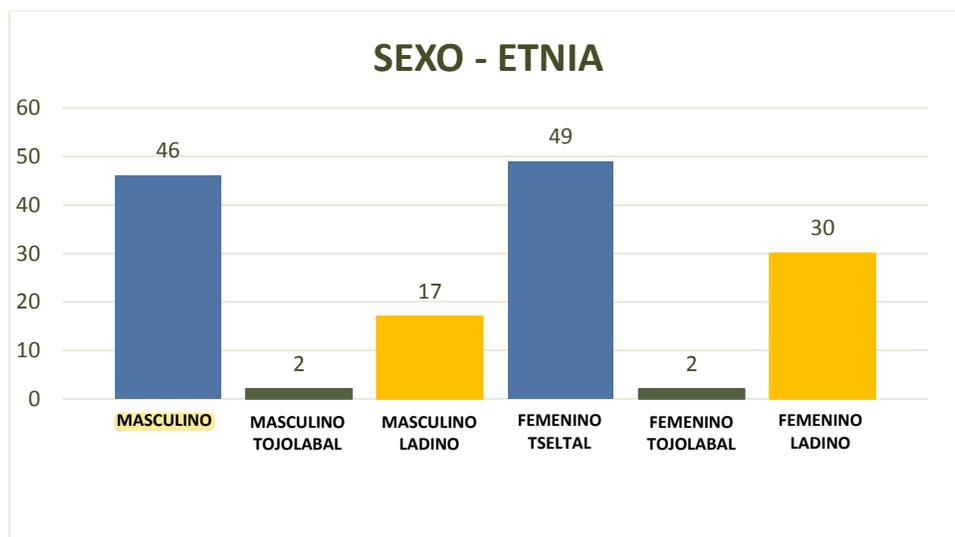
En la gráfica 1 se observa que de los 146 pacientes que acudieron a las campañas la mayoría fue del sexo femenino con un 55.47% (81 pacientes) mientras que del sexo masculino con un 44.5% (65 pacientes).



La mayoría de los pacientes hablaban tzeltal con un 65%, seguido del español en un 32% (llamados comúnmente ladinos, que es la población que no habla lengua indígena, en otras palabras, mestizos) y finalmente con un 3% tojolabal (gráfica 2).

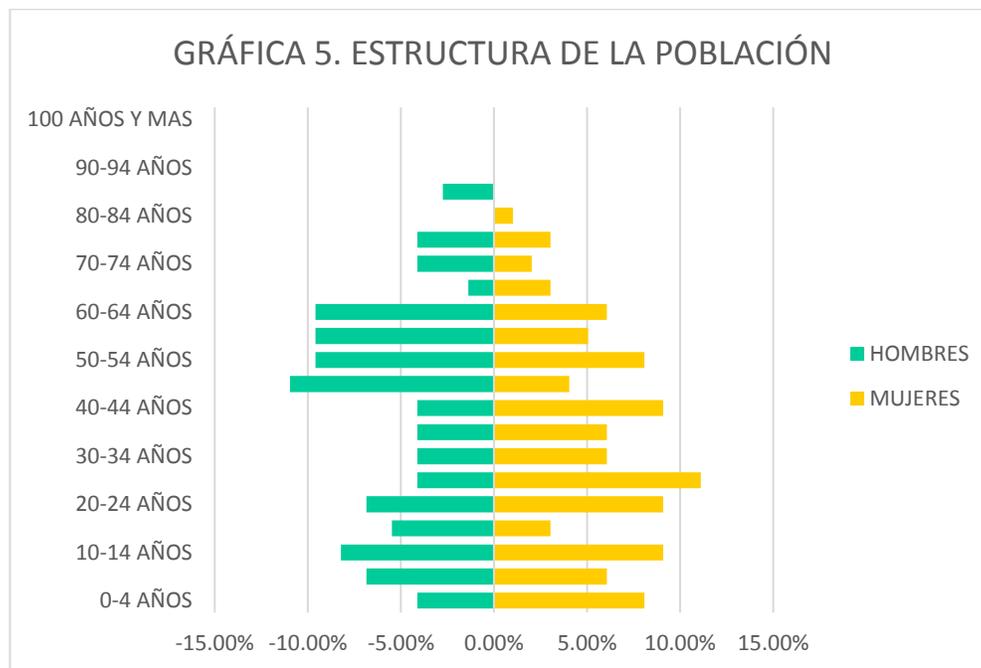


Los lugares de donde mayor frecuencia provenían los pacientes fue el municipio de Altamirano con un 27% (40 pacientes), seguido del municipio de Ocosingo con un 17% (25 pacientes), y el 56% (correspondiente a un total de 59 comunidades) provenían de alguna comunidad de los municipios Ocosingo, Altamirano, Chilón, Las Margaritas, Salto de Agua, Yajalón, Oxchuc y Comitán (Gráfica 3).



En la gráfica 4 se compara el sexo con la etnia, obteniéndose que tanto los hombres como las mujeres tzeltales acuden en igual proporción a las consultas dermatológicas (mujeres 49, hombres 46), es lo mismo para las mujeres y

hombres tojolabales (2 hombres y 2 mujeres), aunque la población es significativamente baja para poder hacer comparaciones. En la población mestiza (ladinos) la mayoría que acude a consulta son las mujeres, casi el doble de los hombres (30 mujeres contra 17 hombres).



En la gráfica 5 se realizó una pirámide poblacional con los datos obtenidos, en donde se observa que la mayoría de los pacientes menores a 10 años fueron mujeres, y el pico donde se observa mayor población fueron en los hombres de 45 a 69 años de edad. En las mujeres se observa un pico en la edad de 20 a 29 años de edad, y de ahí hay una disminución. Los pacientes más longevos correspondieron al sexo masculino en una edad comprendida entre los 85 y 89 años de edad. La edad media en mujeres fue de 34.86 años y en los hombres la edad media fue de 37.69 años.

La tabla 1 recoge las principales causas de derivación de la atención primaria por el médico general al dermatólogo. Las principales causas fueron psoriasis con un 8.02%, seguido de prurigo actínico o prurigo solar con un 6.79%, acné comedónico, condilomas acuminados, dermatosis y Enfermedad de Heck en un 4.32%. Fueron un total de 162 diagnósticos, debido a que 10 pacientes no tenían motivo de consulta, esto puede ser explicado porque el paciente no fue valorado

por el médico de primer nivel o el médico de primer nivel omitió el motivo de consulta.

Tabla 1. Principales causas de derivación desde la atención primaria al dermatólogo		
Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
PSORIASIS	13	8.02%
PRURIGO ACTINICO	11	6.79%
ACNE COMEDONICO	7	4.32%
CONDILOMAS ACUMINADOS	7	4.32%
DERMATOSIS	7	4.32%
ENFERMEDAD DE HECK	7	4.32%
DERMATITIS SEBORREICA	6	3.70%
LIQUEN SIMPLE CRÓNICO	6	3.70%
CARCINOMA BASOCELULAR	5	3.09%
VERRUGAS VULGARES	5	3.09%
VITILIGO	5	3.09%
DERMATITIS POR CONTACTO	4	2.47%
MELASMA	4	2.47%
DERMATITIS SOLAR HIPOCROMICA	3	1.85%

La tabla 2 resume los principales tratamientos utilizados por el médico de atención primaria, utilizando con mayor frecuencia la hidroxicina con un porcentaje de 14.62%, seguido del protector solar en 13.45%, lubriderm crema en un 10.53%. 65 pacientes no contaban con tratamiento.

TABLA 2. PRINCIPALES TRATAMIENTOS UTILIZADOS POR EL MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA		
TRATAMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
HIDROXICINA	25	14.62%
PROTECTOR SOLAR	23	13.45%
LUBRIDERM CREMA	18	10.53%
VASELINA SALICILADA	13	7.60%
DOXICICLINA TAB	9	5.26%
LIPIKAR AP CREMA	7	4.09%
MUPIROCINA CREMA	6	3.51%
TMP-SMX TAB	6	3.51%
CULTIVATE CREMA	5	2.92%
GLICEROLADO DE ALMIDON	4	2.34%

PEROXIDO DE BENZOILO CREMA	4	2.34%
EFFACLAR CREMA	3	1.75%

La tabla 3 resume los principales diagnósticos realizados por el dermatólogo, de 172 consultas fueron un total de 182 diagnósticos debido a que 10 pacientes tenían dos diagnósticos. Los principales diagnósticos realizados por el dermatólogo fue psoriasis en un 7.14%, seguido de prurigo solar o prurigo actínico con 6.04%, acné comedónico y liquen simple cada una con 4.95%, melasma y vitiligo cada una con 3.85%.

TABLA 3. PRINCIPALES DIAGNOSTICOS REALIZADOS POR EL DERMATÓLOGO		
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PSORIASIS	13	7.14%
PRURIGO ACTINICO	11	6.04%
ACNE COMEDONICO	9	4.95%
LIQUEN SIMPLE CRÓNICO	9	4.95%
MELASMA	7	3.85%
VITILIGO	7	3.85%
CONDILOMAS ACUMINADOS	6	3.30%
ENFERMEDAD DE HECK	6	3.30%
VERRUGAS VULGARES	6	3.30%
CARCINOMA BASOCELULAR	5	2.75%
DERMATITIS SOLAR HIPOCROMICA	4	2.20%
ECCEMA	4	2.20%
HEMANGIOMA	4	2.20%
ROSACEA	4	2.20%
CICATRIZ QUELOIDE	3	1.65%
DERMATITIS POR CONTACTO	3	1.65%

El grupo de las fotodermatosis que se presentó en el estudio representa el 11.53% es decir, más que el porcentaje obtenido por psoriasis. En este grupo se encuentran urticaria solar, prurigo actínico, fotosensibilidad por drogas o sustancias químicas exógenas y dermatosis exacerbadas por la RUV.

TABLA 4. PRINCIPALES TRATAMIENTOS UTILIZADOS POR EL DERMATÓLOGO		
TRATAMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
PROTECTOR SOLAR	33	12%
LIPIKAR BAUME CREMA	29	11%
HIDROXICINA TAB	18	7%
VASELINA SALICILADA	18	7%
CULTIVATE CREMA	16	6%
LUBRIDERM CREMA	15	6%
DERMATOVATE CREMA	9	3%
EFFACLAR JABON	8	3%
DOXICICLINA TAB	6	2%
PODOFILINA	6	2%
TMP-SMX TAB	6	2%
NEOSPORIN UNGÜENTO	5	2%
ACIDO ASCORBICO TAB	4	1%
OTROS	98	36%

Se obtuvieron un total de 271 tratamientos empleados, ya que la mayoría de los pacientes tenían más de un medicamento. En la tabla 4 se resumen los principales tratamientos empleados por el dermatólogo, el más recetado con un 12% fue el protector solar, seguido de lipikar baume con un 11%, hidroxicina y vaselina salicilada ambos con un 7% cada uno, cultivate crema y lubriderm crema cada uno con un 6%.

Se compararon los diagnósticos hechos por el médico general en la consulta de primer nivel comparada con el diagnóstico que emitió el especialista, en este rubro se decidió dejar solo un diagnóstico emitido por el especialista, siempre dejando el semejante en ambos casos. Fueron un total de 172 diagnósticos (el mismo número de consultas), encontrando que el 55.23% (95 diagnósticos) de los diagnósticos realizados por el médico general correspondían al diagnóstico hecho por el especialista, es decir más de la mitad de los diagnósticos coincidían, mientras que el 44.77% no correspondía, hubo 10 casos que no tenían diagnóstico por médico general, esto se puede explicar ya sea porque el médico general omitió diagnóstico o porque no era citado a la campaña.

En tabla 5 se recoge las principales enfermedades más frecuentemente derivadas y su concordancia, se encontró que las únicas enfermedades con una concordancia del 100% son la enfermedad de Heck y los condilomas acuminados, seguida de psoriasis en un 84.22%, las dos enfermedades con menor concordancia fue la dermatitis por contacto y el liquen simple crónico con un 33.33% cada una.

TABLA 5. CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTEMENTE DERIVADAS	
DIAGNÓSTICO	PORCENTAJE
PSORIASIS	84.62%
PRURIGO ACTINICO	54.55%
ACNE COMEDONICO	66.67%
LIQUEN SIMPLE CRÓNICO	33.33%
MELASMA	42.86%
VITILIGO	71.43%
CONDILOMAS ACUMINADOS	100.00%
ENFERMEDAD DE HECK	100.00%
VERRUGAS VULGARES	50.00%
CARCINOMA BASOCELULAR	60.00%
DERMATITIS SOLAR HIPOCROMICA	75.00%
ECCEMA	50.00%
HEMANGIOMA	50.00%
ROSACEA	75.00%
CICATRIZ QUELOIDE	66.67%
DERMATITIS POR CONTACTO	33.33%

Durante las campañas se realizaron 6 toma de biopsias, dos con resultado de tricopiteliomas múltiples, uno con nevo sebáceo y uno con queratosis seborreica, de los dos restantes resultados no se cuenta con los datos.

2. Formato de historia clínica dermatológica
HISTORIA CLINICA DERMATOLOGICA

No. Folio

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo _____ Ocupación: _____
Comunidad _____ Etnia: _____
Toma Alcohol ¿Qué tan seguido? _____
Fuma ¿Qué tan seguido? _____

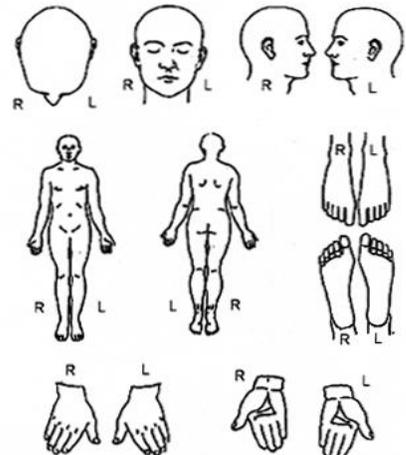
MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL: _____ ¿Qué le pasa en su piel?

¿Cuánto tiempo tiene con su problema de la piel? _____
¿Qué molestias tiene? _____
¿A qué le atribuye? _____
¿Qué se ha usado para curarse? _____

EXAMEN FISICO TIPO DE PIEL: I II III IV V

- Topografía: _____
- Morfología: _____

- Evolución: _____
- Síntomas: _____



DIAGNOSTICO:

Tiene algún otro problema de la piel: _____
Tiene alguna otra enfermedad que no sea de la piel, comorbilidades: _____

TRATAMIENTO:

NOMBRE DEL MÉDICO

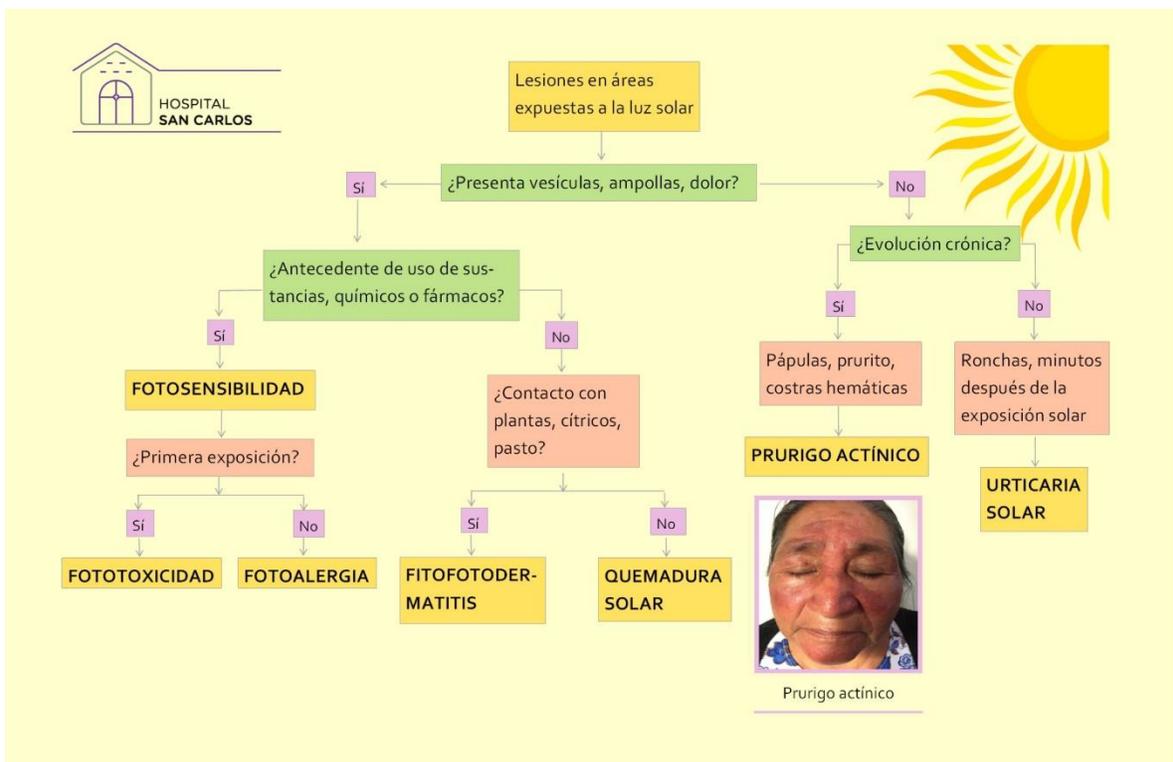
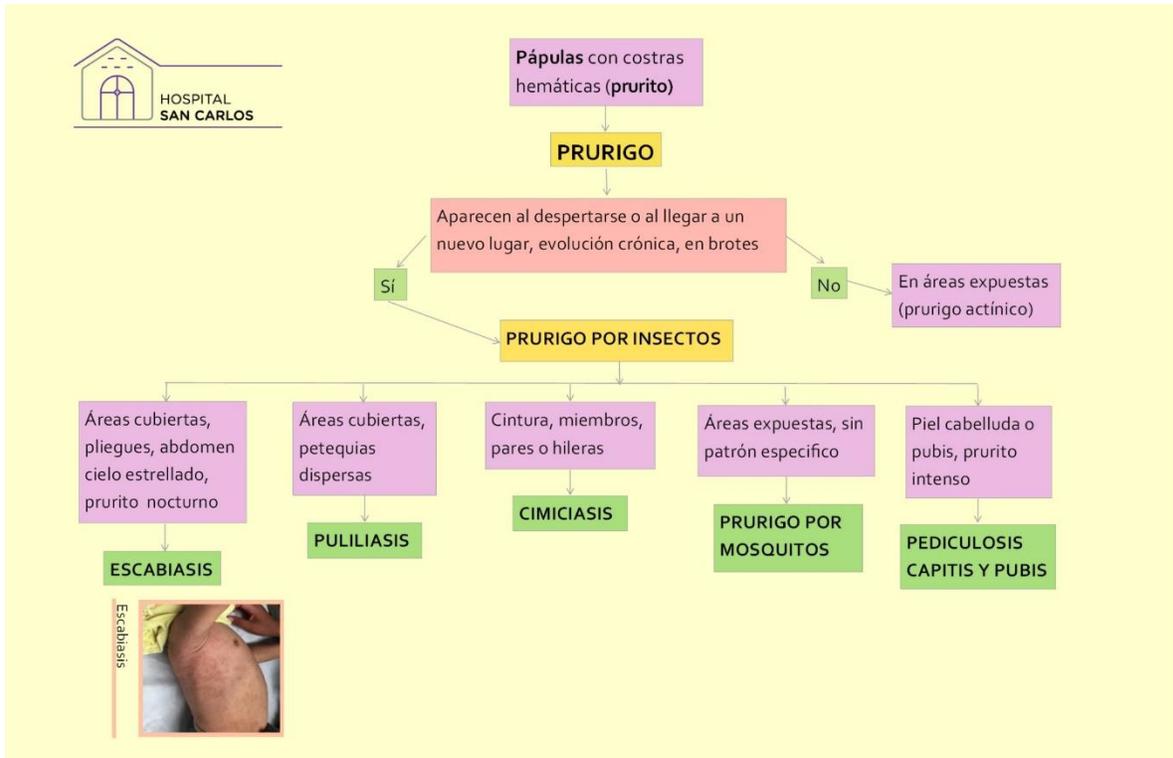
FECHA DE ELABORACIÓN

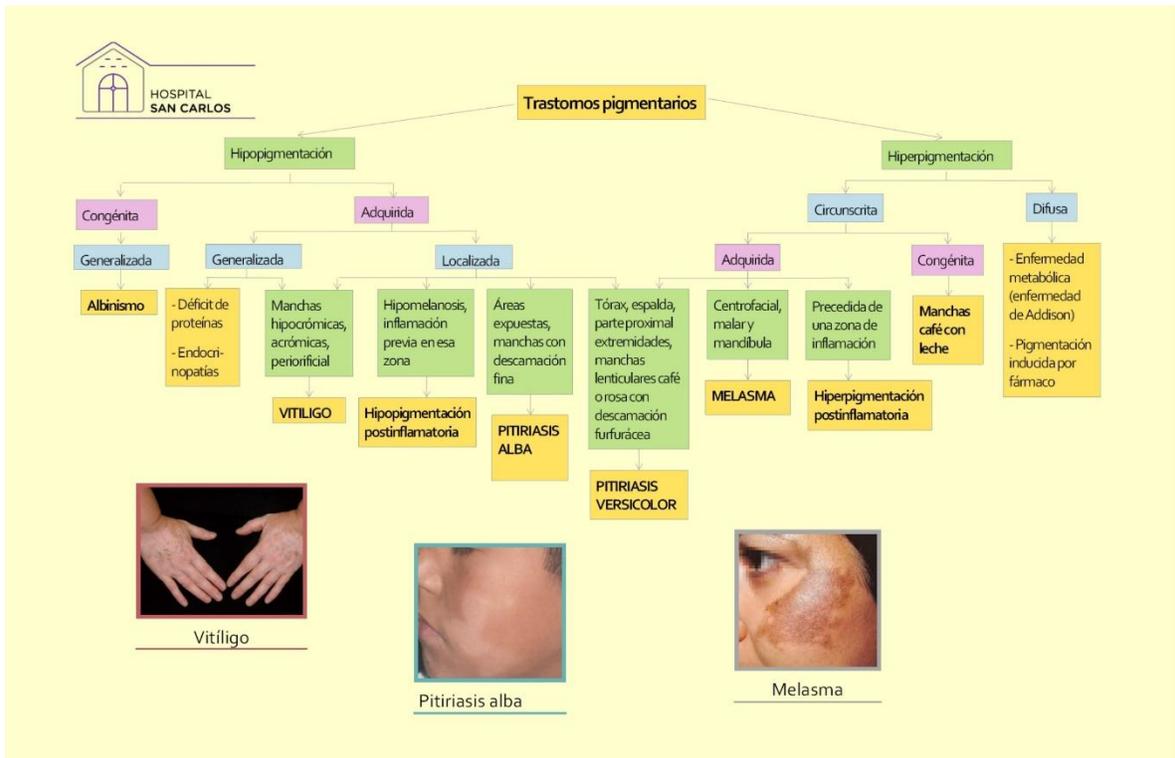
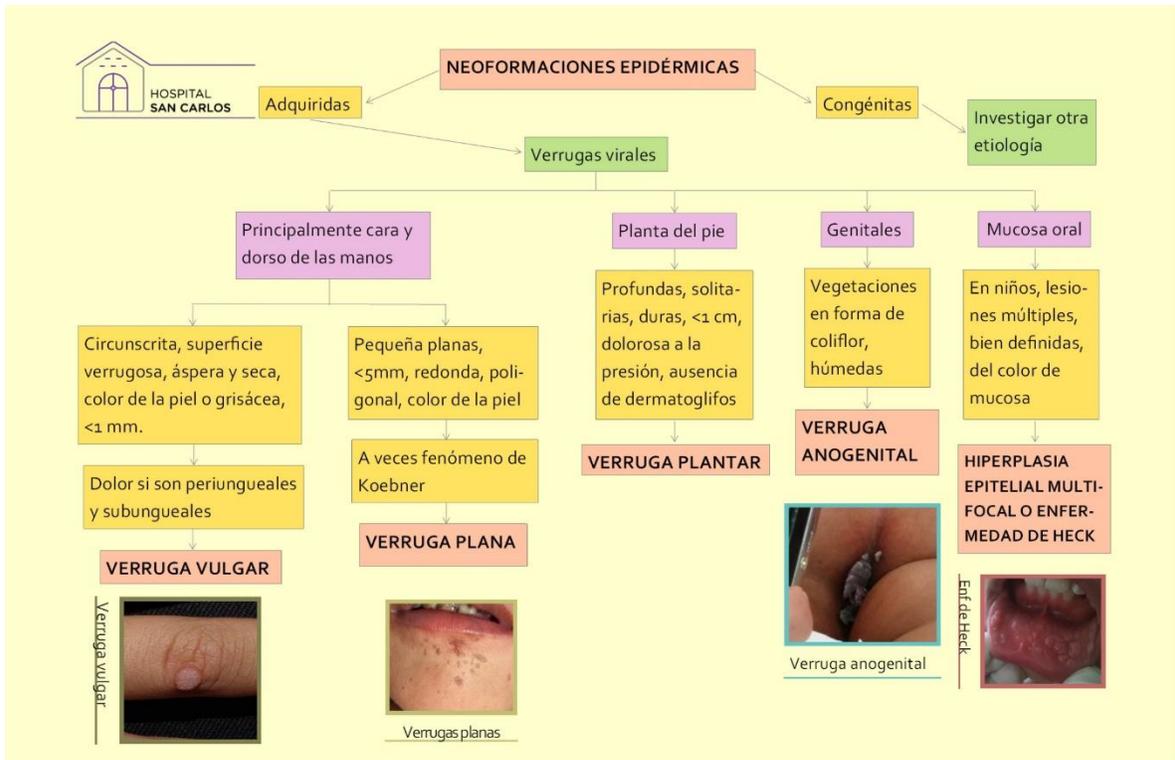
CONSULTAS SUBSECUENTES

FECHA DE CONSULTA	EVOLUCIÓN	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES

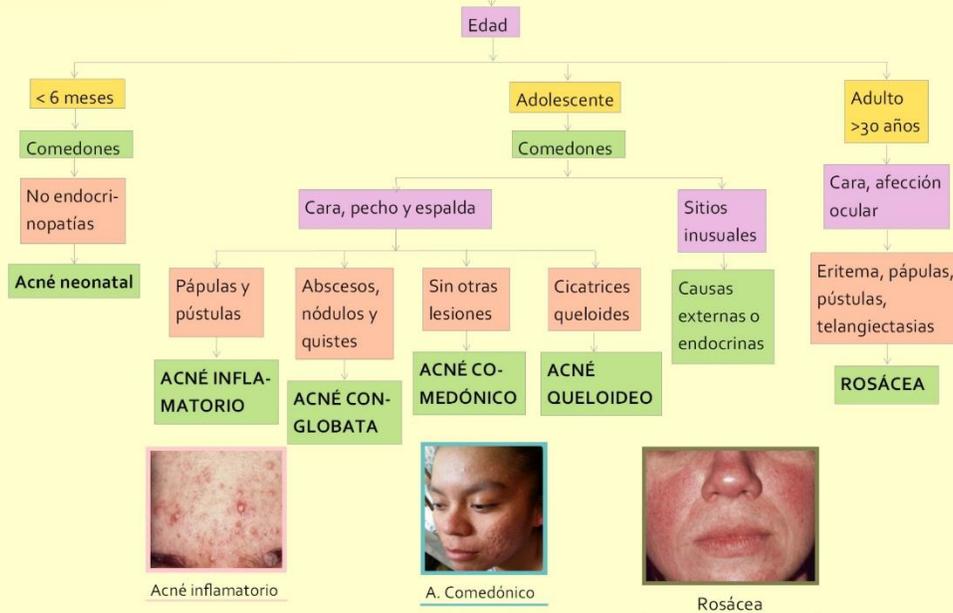
3. Algoritmos dermatológicos

Solo se incluyeron en los algoritmos las patologías más frecuentes según los resultados de las patologías más frecuentes de las campañas.

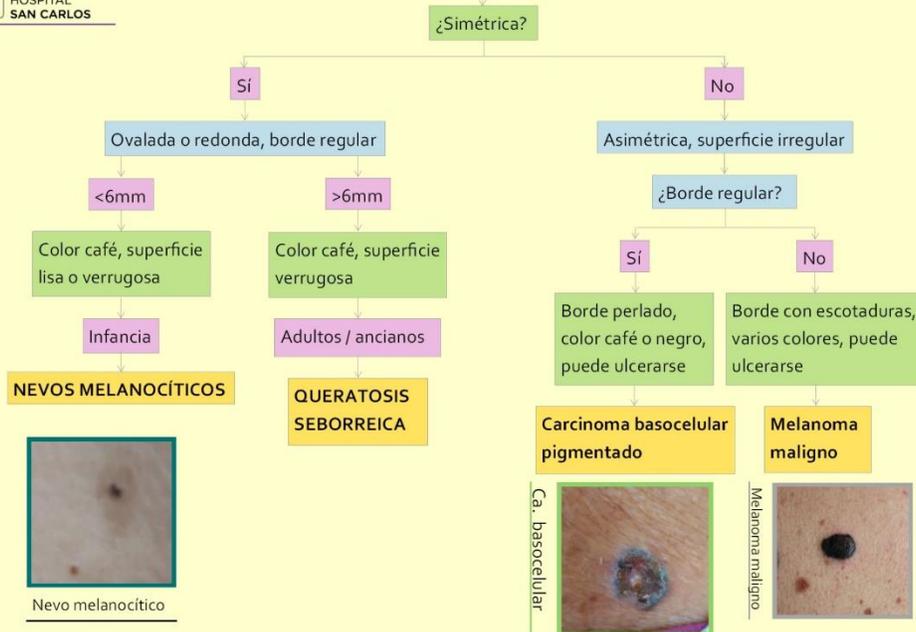


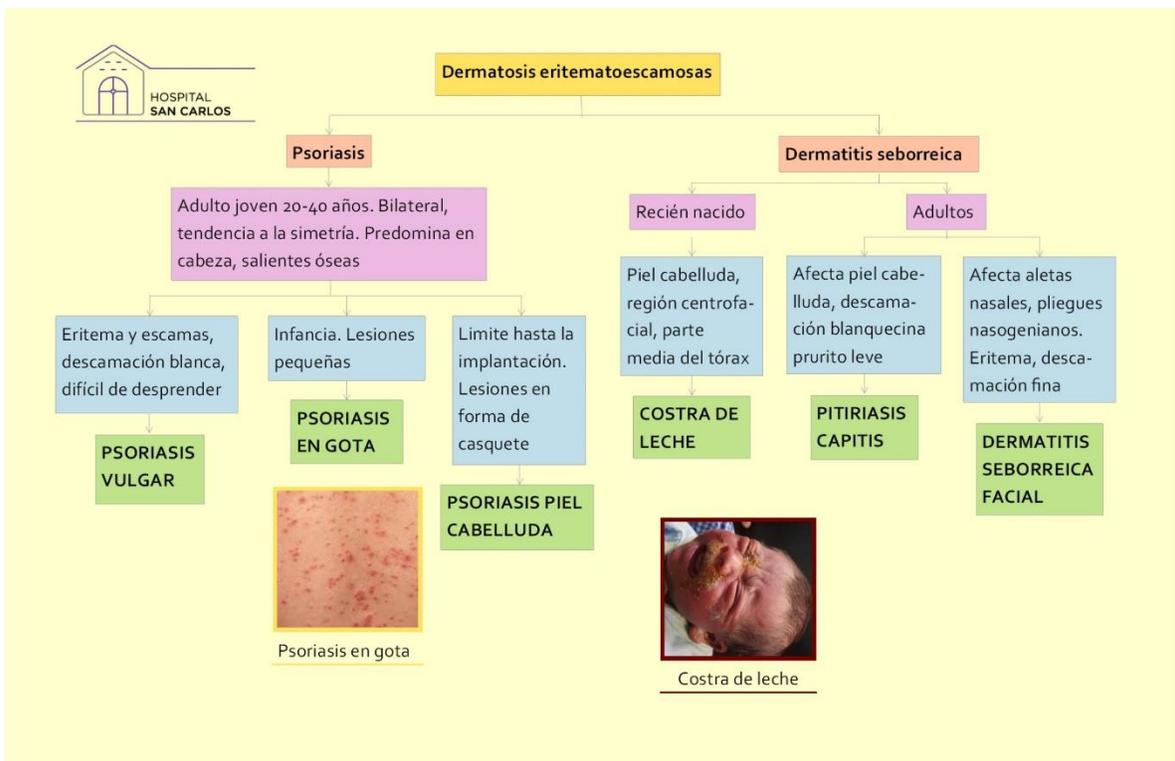
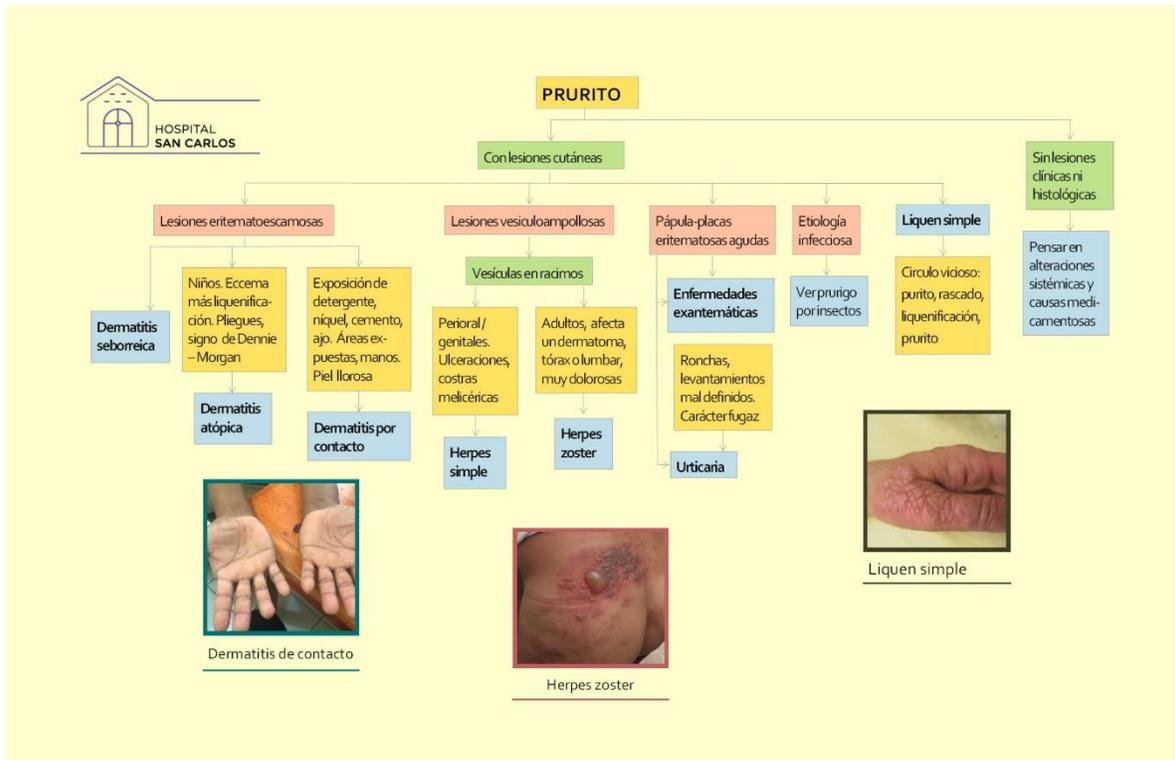


Trastorno inflamatorio de la unidad pielosebácea



Lesiones pigmentadas





ANALISIS

Las enfermedades dermatológicas son un motivo frecuente de consultas, y se ha visto según el estudio de Pérez A., que la mayor frecuencia de demanda es en población femenina que en hombres, en nuestro estudio existe una mayor demanda en población femenina con un 55.47% versus la población masculina con un 44.5%, sin embargo al separarlo por etnia se observa que existe la misma frecuencia de demanda entre la población masculina y femenina tzeltal, de la misma forma en los tojolabales, mientras que en la población cashlan si existe una mayor frecuencia de demanda en las mujeres casi del doble que en los hombres.

Existe un predominio de pacientes hablantes de tzeltal en un 65%, seguido del español (cashlan o ladinos) en un 32%, y en menor frecuencia tojolabal, aunque en el hospital también acuden pacientes hablantes de chol e incluso tzotzil.

Los municipios de Altamirano y Ocosingo son los principales lugares de donde provienen los pacientes, debido a que el Hospital se encuentra en la cabecera municipal de Altamirano, y sus límites colinda con el municipio de Ocosingo, sin embargo, en el estudio se observó que también provenían de otros municipios cerca del municipio de Altamirano como Las Margaritas, Oxchuc, Chanal, incluso de lugares un poco más alejados como Chilón, Salto de Agua y Yajalón.

Las patologías más frecuentes que se encontraron en la consulta fue psoriasis con un 7.14%, seguido de prurigo solar con 6.04%. Romero M. afirma que en la transición epidemiológica de patologías de dermatología en la región selvática en Chiapas las patologías más frecuentes son de psoriasis y escabiasis, y en años pasados estos lugares eran ocupados por escabiasis e impétigo. No se encontró ningún otro trabajo semejante al nuestro que este enfocado en la medicina comunitaria para comparar resultados.

Se encontró una concordancia del 100% para condilomas acuminados y enfermedad de Heck; mientras que para las principales enfermedades en este estudio no fueron tan altas. Psoriasis con 84.62%, prurigo solar o actínico con 54.55%, acné comedónico con 66.67%. Esto puede explicarse debido a que la

mayoría de los pacientes se han automedicado con corticoesteroides tópicos, por lo que podría ser más difícil de diagnosticar por el médico de atención primaria.

Existe un sesgo de información ya que algunos médicos generales omitieron el diagnóstico, o eran pacientes de primera vez. También se presentó un sesgo de confusión ya que en los diagnósticos que emitía el médico general al del especialista eran muy diferentes, esto se podría explicar debido al periodo que transcurre en que lo atiende el médico general y el especialista, es decir el padecimiento que presentó un paciente la primera vez que lo vio el médico de atención primaria pudo haber remitido en el transcurso que estuvo esperando a ser visto por el especialista, o incluso se agregó un padecimiento nuevo, esto explicaría por qué algunos diagnósticos son tan variados o algunos pacientes están sanos cuando los ve el especialista.

CONCLUSIONES

Las mujeres y los hombres que acuden a consultas dermatológicas en las poblaciones tzeltales y tojolabales son igual en frecuencia, aunque la muestra poblacional es poco significativa, mientras que en la población cashlan la población femenina acude más a las consultas que los hombres. Algunos trabajos han atribuido esta frecuencia más elevada de mujeres a la mayor preocupación por su imagen. (Pérez A, 2016) Recomiendo repetir el estudio en campañas posteriores para ver si se sigue presentando el mismo patrón.

El 5.81% de los pacientes en atención primaria no se cuenta con el diagnóstico, lo que supone una pérdida de información importante. Es necesario la concienciación del profesional de atención primaria sobre la necesidad de tener un motivo de consulta para la derivación al dermatólogo (Pérez M, 2016; Romero M, 2019) y en próximos estudios sería relevante eliminar a los pacientes que no se derivaron.

La derivación posterior del dermatólogo fue muy baja (2.32%), lo que nos habla de una eficiente capacidad de resolución de las enfermedades analizadas.

Sería interesante saber la cantidad de pacientes que han utilizado esteroides automedicados y si esto influye en la concordancia diagnóstica, así como la evolución de los pacientes, determinar mediante escalas si han mejorado o no, e identificar factores de riesgo para dichas patologías.

Es necesario identificar las enfermedades en que peor conocimiento exista para una adecuada formación de los profesionales en atención primaria, un correcto diagnóstico y un tratamiento oportuno, y de esta forma se podría reducir la derivación al especialista.

Las estadísticas sirven para monitorear tendencias en diagnósticos y tratamientos, el formato y algoritmo a implementar en la consulta externa. Sugiero un monitoreo periódico de la calidad de la atención dermatológica en la consulta general a base del formato y los algoritmos dermatológicos.

Por último, es importante resaltar que la mayoría de los pacientes son de poblaciones con muy alto porcentaje de marginación social, por lo que es difícil conseguir tratamientos adecuados y dar un seguimiento de su enfermedad.

Conclusiones de mi servicio social

El pertenecer al Hospital San Carlos, me ha permitido vivir un poco de la medicina comunitaria, me ha enseñado a que existen diferentes mundos, y que en estos mundos habitan las mujeres y hombres de maíz, y cada uno es diferente, cada uno tiene algo nuevo que enseñar, pero para aprender hay que saber escuchar.

Me llevo grandes experiencias y con cada una de ellas una enseñanza, que han hecho que ahora sea una médica competente. El estar aquí durante un año me ha ayudado a comprender mejor la diversidad social, la injusticia social que viven la población indígena y las irregularidades del sistema de salud.

Mi coordinadora Marissa me ha enseñado que no es mejor medico el que restaura la salud del enfermo, si no aquel que acompaña al paciente hasta el final, que declarar a un paciente terminal no significa bajar la guardia, que no tener el tratamiento adecuado, es usar el tratamiento que tienes, aunque no sabes si

realmente le puede ayudar, pero significa que nunca dejas solo al paciente, nunca lo abandonas.

El estar aquí es realmente un campo de batalla, donde mezclas tantos sentimientos, tantas emociones, donde por fin te das cuenta de las injusticias sociales, del sistema tan precario que tenemos que nunca ve por la gente de bajos recursos que tanto da.

Finalmente quiero compartir esta foto, donde están todas las hermanas y los médicos compartiendo la mesa. Me gustaría agradecer a las hermanas, a mis compañeros, a mi coordinadora la Dra. Marissa, a mi coordinador del servicio social el Dr. Joel y a SADEC por haber hecho de este servicio social una de las mejores experiencias de mi vida.



ANEXOS

Fotografías

a. Pacientes con padecimientos dermatológicos



1. Paciente con diagnóstico probable de enfermedad de Behcet



2. Paciente con diagnóstico de pénfigo foliáceo.



3. Paciente con diagnóstico de escabiasis.



4. Paciente con diagnóstico de hemangioma gigante.



5. *Paciente con diagnóstico de psoriasis.*



6. *Pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular*



7. Paciente con diagnóstico de Herpes zóster.



8. Pacientes con diagnóstico de prurigo solar.



9. Paciente con diagnóstico de síndrome de Ekbom.



10. Paciente con diagnóstico de micetoma por Nocardia



11. *Paciente con diagnóstico de amiloidosis macular.*



13. *Paciente con diagnóstico de verrugas planas*



12. *Paciente con diagnóstico de Leishmaniasis cutánea.*



14. *Paciente con diagnóstico de dermatitis por contacto*



15. Paciente con diagnóstico de dermatitis seborreica

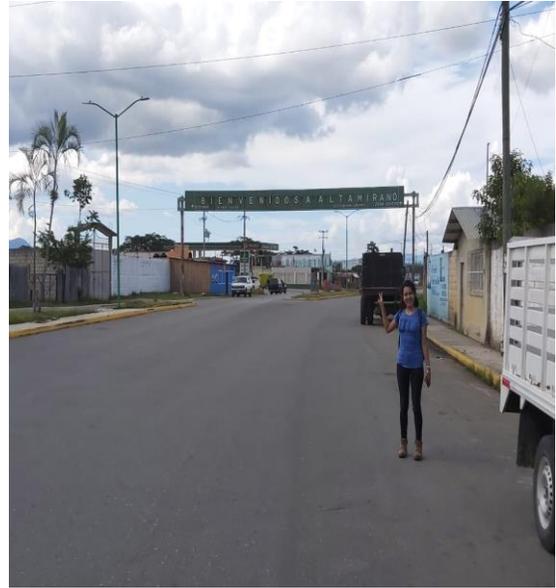


16. Aviso de campaña de dermatología

b. Hospital San Carlos



17. Rio Tza conejá y camino a la comunidad de Jalisco, Altamirano.



18. Jardín principal y entrada al municipio de Altamirano.



19. Instalaciones del Hospital San Carlos



20. Pacientito del programa de nutrición, octubre de 2019.



21. Festejando el cumpleaños de la pediatra en el HSC, octubre de 2019.



22. Festejando el día del médico con el equipo de dermatología, 23 de octubre de 2019.



23. Celebración del día de la Virgen de Guadalupe en el HSC, 12 de diciembre de 2019.



24. Fiesta entre el personal médico por el día de navidad, diciembre de 2019.



25. Reunión de despedida por los pasantes que terminan en febrero, enero 2020.



26. Viaje a Chiapa de Corzo, 23 de enero de 2020.



27. Foto de despedida de la coordinadora de médicos y coordinadora de pasantes de la UAM del HSC, 26 de febrero de 2020.



28. El nuevo equipo médico, marzo 2020.



29. Manifestándonos por el día de la mujer, en el jardín municipal, 8 de marzo de 2020.

3. Reuniones SADEC, Palenque, Chiapas



30. Fiesta de bienvenida SADEC, 1 de agosto de 2019.



31. Conociendo las instalaciones de Casa de apoyo a la Mujer (CAM), 2 de agosto de 2019.



32. Primera reunión SADEC, 29 de agosto de 2019.



33. Segunda reunión SADEC. 26 de octubre de 2019.



34. Taller de emergencias obstétricas. 26 de octubre de 2019.



35. Tercera reunión SADEC. Fiesta de fin de año. 1 de diciembre de 2019.



36. Tercera reunión SADEC. Fiesta de fin de año. Foto tomada por una voluntaria extranjera. 1 de diciembre de 2019.



Ilustración 37. Cuarta reunión SADEC. Fiesta de despedida. 1 de febrero de 2020.



38. Quinta reunión SADEC. Taller de obstetricia con el Dr. Juan. 28 de febrero de 2020.

BIBLIOGRAFÍA

1. SADEC, Salud y Desarrollo Comunitario. (2020). Recuperado el 08 de julio de 2020, website: <http://www.sadec.org.mx/index.htm>
2. Fossvi. Hospital San Carlos (2020). Recuperado el 08 de julio de 2020, website: <https://fossvi.org.mx/hospital-san-carlos/>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. 2002,1:1-34.
4. Instituto de Investigaciones Jurídicas. El derecho a la salud como derecho fundamental. UNAM. 2013; 1-10.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. 2006; 45:1-18.
6. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo. México: 2012.
7. Consejo Económico y Social (Ecosoc). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. 2000; 1-21.
8. Vásquez J. Derecho Humanos Pueblos Indígenas. Organización Panamericana de la Salud. 2008;1-8.
9. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Organización Mundial de la Salud. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado el 07 de abril de 2020, website: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
10. Secretaria de Salud. (2020). El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años. Recuperado el 07 de abril de 2020, website: http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html
11. Ahuja M. Derecho a la Protección de la Salud, de garantía de libertad otorgada a derecho humano reconocido. Boletín CONAMED – OPS. 2016:1-6.

12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 2 (Título I). Diario Oficial de la Federación, México, 5 de febrero de 1917.
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Conociendo Chiapas. México: INEGI; 2013.
14. México: Conoce Chiapas. (2020). Ubicación. Recuperado el 07 de abril de 2020, website: <https://www.chiapas.gob.mx/ubicacion/>
15. INEGI. México: Cuéntame... información por entidad. Clima. (2020). Recuperado el 23 de abril de 2020, website: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/territorio/clima.aspx?tema=me&e=07>
16. Secretaria de Hacienda del Estado de Chiapas. Plan Estatal de Desarrollo Chiapas 2019 – 2024. México: 2019.
17. Encuesta Intercensal (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015: Chiapas / Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2015.
18. Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas (CDI). Fichas de Información Básica de la Población Indígena. México: 2016.
19. Consejo Nacional de Población. Índice absoluto de marginación 2000-2010. México: CONAPO; 2013.
20. Consejo Nacional de Población. Índice de marginación por localidad 2010. México: CONAPO; 2012.
21. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza y evaluación 2020. Chiapas. Ciudad de México: CONEVAL, 2020.
22. Gómez O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H y Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53(2): 1-13.
23. Gobierno de México. ¿Por qué médicos del bienestar? (2020). Recuperado el 24 de abril de 2020, website: <https://www.gob.mx/insabi/acciones-y-programas/transformando-la-salud-con-compromiso-social>

24. SEDESOL. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2015, Altamirano, Chiapas. CONEVAL; 2015.
25. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad federativa. Chiapas. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2012.
26. Comité estatal de información estadística y geográfica de Chiapas (CEIEG) Chiapas Gobierno del estado. (2020). Recuperado el 24 de abril de 2020, website: <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/perfiles/Inicio>
27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos. Altamirano, Chiapas. México; INEGI: 2005.
28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico de Chiapas 2015. México; INEGI: 2016.
29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos. Altamirano, Chiapas. México; INEGI: 2005.
30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos. Chilón, Chiapas. México; INEGI: 2005.
31. SEDESOL. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2017, Chilón, Chiapas. CONEVAL; 2017.
32. Instituto de población y ciudades rurales. Perfil sociodemográfico Ocosingo 2016. (2016). Recuperado el 24 de abril de 2020, website: Disponible en: http://ciudadesrurales.chiapas.gob.mx/coespo/sociodemografico/PS_Ocosingo.pdf
33. SEDESOL. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2017, Ocosingo, Chiapas. CONEVAL; 2017.

34. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED). Oxchuc. (2020). Recuperado el 24 de abril de 2020, website: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07064a.html>
35. SEDESOL. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2017, Oxchuc, Chiapas. CONEVAL; 2017.
36. Gallo-Gutiérrez E. Protocolo diagnóstico de prurito. *Medicine*. 2010; 10(47):3147-50.
37. Mena-Cedillos CA. y Valencia Herrera AM. Guías diagnósticas y terapéuticas de las 10 patologías más frecuentes. Hospital Infantil de México “Federico Gómez.
38. Gil-Sánchez MP., Bernad-Alonso I., Lera-Imbuluzqueta JM. Y España-Alonso A. Protocolo diagnóstico de la fotosensibilidad. *Medicine*. 2014; 11(48):2864-9.
39. Cháirez P, Vega ME, Zambrano G, García AG, Maya IA, Cuevas JC. Presencia del virus papiloma humano en la cavidad oral: revisión y actualización de la literatura. *Int. J. Odontostomat*. 2015; 9(2):233-238.
40. Yarmuch P, Chaparro X, Fisher C y Benveniste S. Enfermedad de Heck: A propósito de un caso. *Rev. Chilena Dermatol*. 2012; 28(4):431-434.
41. Aguado-Gil L., Pretel Irazábal M., Irarrazabal-Armendáriz I. y Lera Imbuluzqueta JM. Protocolo diagnóstico de las alteraciones de la pigmentación. *Medicine*. 2014; 11(48):2869-73.
42. Chavarría-Mur E., Mauleón-Fernández C. y Hernanz-Hermosa J.M. Protocolo diagnóstico diferencial de las lesiones hipopigmentadas. *Medicine* 2002; 8(90):4890-4892.
43. Moreno B, Castenedo JP, Torres B y Moncada B. Pitiriasis alba. *Dermatología Rev Mex*. 2010; 54(2):67-71.
44. Pedraz J. y López-Bran E. Protocolo diagnóstico de las lesiones pustulosas. *Medicine*. 2018;(48):2877-81.

45. Lowell A. Goldsmith. Fitzpatrick Dermatología de Medicina General. 8ª edición, México: Panamericana, 2014.
46. Arenas Guzmán R. Dermatología, atlas, diagnóstico y tratamiento. 5ª edición, México: Mc Graw Hill, 2013.
47. Amado Saúl. Saúl lecciones de dermatología. 16va edición. México, Mc Graw Hill, 2015.
48. Pedraz-Muñoz J. y López-Bran E. Protocolo diagnóstico de las lesiones con sospecha de malignidad cutánea. Medicine. 2018; 12(47):2815-20.
49. Pérez Martín A., et al. Análisis de las derivaciones realizadas a dermatología desde atención primaria y su concordancia diagnóstica. Med Gen y Fam. 2016; 5(4):139-143.
50. Romero Navarrete M. La transición epidemiológica en dermatología. Dermatología CMQ. 2019; 17(3):160.