

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD  
LICENCIATURA EN MEDICINA

REPORTE FINAL DE SERVICIO SOCIAL  
**DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO:  
ENTRETEJIENDO RELACIONES HUMANAS.**



**LA GARRUCHA, CHIAPAS. MÉXICO**

**FEBRERO 2019 - ENERO 2020**

PRESENTA: KARLA YADIRA VERA SOLIS

MATRÍCULA: 2132035657

ASESOR: MTRO. JOEL HEREDIA CUEVAS



## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A los seres que más amo, mamá, papá y hermana que me han apoyado y acompañado en cada una de mis locuras, por su amor incondicional, porras, palabras de aliento, y confianza en cada paso que he dado en los últimos 7 años.

A mi familia y a la familia que elegí, con especial cariño a Cuquita, José Manuel, Tía Laura y Sandra por su empatía y apoyo.

A la persona que se ha sabido ganar ese lugar especial en mi corazón cada día con cada acción, mi compañero de viajes y de aventuras, del que admiro su ser tan libre, alegre y con la capacidad de asombro de un niño. A Raúl, por su apoyo, paciencia, comprensión y amor.

A mi *alma mater* por ser la casa de estudios que me abrió sus puertas y brindó conocimiento infinito, a los profesores, compañeros y amigos que conocí en esta travesía.

A SADEC A.C, por la calidez con que se convive en este espacio, y a las personas que forman parte de este bonito proyecto, Dr. Joel, Saúl, Mónica, Ful, Miguel y Karla por brindarme su apoyo y palabras de ánimo cuando lo necesité.

A mis compañeros de esta aventura, pasantes de estomatología y de medicina, con quienes reí, llore, me enojé, compartí muchas vivencias y forme buenas amistades.

A la organización EZLN, por la confianza de brindarme un espacio para aprender de ella(o)s y trabajar en las clínicas autónomas.

A las y los promotores de salud: Mary, Julita, Silverio, Sandra, Elsa, Fabi y Gerardo; a quienes no solo les tengo un gran cariño, también una gran admiración y respeto.

A la(o)s voluntarias Pilar, Alberto, Blanca, Ely, Alba, Leire, Sami y Jime, por todo su apoyo.

A las personas de la Garrucha y de las comunidades aledañas, por darme una lección de vida, grandes amistades, además de cariño y gratitud.

Con especial cariño a las y los niños de la Garrucha, quienes avivaron mi estancia en la Garrucha cada mes; con su autenticidad y su forma tan libre, sin pena de ser.

Finalmente, este trabajo se lo dedico a mi Abu Chimi, una angelita hermosa que cuida de mí desde el cielo, porque sé que le hubiera encantado conocer mi experiencia.

## TABLA DE CONTENIDO

<i>Tabla de Gráficas</i> .....	7
<b>TABLA DE TABLAS</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>1 PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL</b> .....	<b>2</b>
1.1 Personal.....	2
1.2 Relación médica-paciente.....	5
1.3 Comunitario.....	7
1.4 Institucional.....	10
1.5 Evaluación .....	12
<b>2. DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO DESDE EL DERECHO A LA SALUD</b> .....	<b>13</b>
2. 1 DERECHO A LA SALUD.....	13
2.2 DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO .....	17
2.2.1 Panoramas .....	17
2.2.1.1 Panorama Nacional .....	17
2.2.1.2 Panorama Estatal .....	18
2.2.1.3 PANORAMA MUNICIPAL .....	19
2.2.1.4 Panorama local .....	20
2.2.2 Indicadores Sociales .....	20
2.2.2.1 Demografía .....	21
2.2.2.2 Comunicación .....	22
2.2.2.3 Vías de acceso y transportes .....	23
2.2.2.4 Fecundidad y Natalidad.....	24
2.2.2.5 Mortalidad .....	25
2.2.2.6 Migración.....	26
2.2.2.7 Educación y analfabetismo .....	27
2.2.2.8 Vivienda .....	28
2.2.2.9 Servicios Públicos .....	29
2.2.2.9.1 Agua .....	29
2.2.2.9.2 Drenaje y manejo de excretas .....	30
2.2.2.9.3 Energía eléctrica.....	31
2.2.2.9.4 Manejo de basura .....	31

2.2.2.10	Alimentación .....	32
2.2.2.11	Servicios de salud .....	34
2.2.2.1.11	Salud en rebeldía .....	35
2.2.3	Indicadores económicos .....	38
2.2.3.1	Población económicamente activa por tipo de ocupación con perspectiva de género .....	38
2.2.3.2	Actividades productivas .....	39
2.2.3.3	Salario mínimo .....	39
2.2.4	Indicadores políticos.....	40
2.2.4.1	Antecedentes históricos .....	40
2.2.4.1.1	Origen de un nuevo comienzo.....	40
2.2.4.1.2	Y ROMPÍMOS EL CERCO (1994) .....	41
2.2.4.1.3	nuevamente ROMPIMOS EL CERCO (2019).....	43
2.2.4.2	Organización Social .....	44
2.2.4.3	Partidos políticos y organización comunitaria.....	45
2.2.4.3.1	EZLN.....	45
2.2.4.3.2	Partidistas .....	46
2.2.5	Indicadores culturales .....	47
2.2.5.1	Etnicidad y lengua .....	47
2.2.5.2	Religión .....	47
2.2.5.3	Tradiciones, Costumbres y Fiestas .....	48
2.2.5.4	Vestimenta.....	49
2.2.5.5	Recreación .....	50
<b>CONCLUSIÓN .....</b>		<b>50</b>
<b>3. EL SISTEMA DE SALUD DESDE UN ENFOQUE NACIONAL Y LOCAL .....</b>		<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b>POLÍTICAS DE SALUD .....</b>	<b>53</b>
<b>3.2</b>	<b>PERFIL DE MORBILIDAD .....</b>	<b>61</b>
3.2.1	Datos Demográficos .....	61
3.2.2	Enfermedades transmisibles y no trasmisibles.....	65
<b>3.4</b>	<b>Seguimiento de programas.....</b>	<b>76</b>
3.4.1	PROGRAMA “ATENCIÓN PRENATAL” .....	77
3.4.1.1	Objetivos y metas.....	77
3.4.1.2	Acciones y estrategias .....	78
3.4.1.2.1	Consulta de atención prenatal.....	78

3.4.1.2.2.	Atención del parto .....	78
3.4.1.2.2.	Capacitación a promotoras de salud sexual y reproductiva .....	79
3.4.1.3	Resultados .....	79
3.4.1.4	Análisis .....	85
3.4.2	PROGRAMA “CRECIMIENTO Y DESARROLLO” .....	87
3.4.2.1	Objetivos y metas.....	87
3.4.2.2	Acciones y estrategias .....	87
3.4.2.3	Resultados .....	90
3.4.2.3.1	Crecimiento y desarrollo de la niña y del niño sano .....	90
3.4.2.3.1.1	Campaña de desparasitación y aplicación de flúor .....	90
3.4.2.3.1.2	Campaña de vacunación .....	92
3.4.2.3.2	Crecimiento y Desarrollo de niña y niño con alguna patología. ....	92
3.4.2.4	Análisis .....	94
3.4.3	PROGRAMA “SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS” .....	94
3.4.3.1	Objetivos y metas.....	94
3.4.3.2	Acciones y estrategias .....	95
3.4.3.2.1	Consulta de personas con enfermedades CRÓNICO-DEGENERATIVAS .....	95
3.4.3.2.2	Capitación a los promotores de salud general. ....	95
3.4.3.3	Resultados .....	96
3.4.3.3.1	Diabetes tipo 2.....	96
3.4.3.3.2	Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) .....	97
3.4.3.3.3	Sobrepeso y Obesidad .....	98
3.4.3.3.3.3	Otros padecimientos crónico degenerativos .....	100
3.4.3.4	Análisis .....	101
3.4.4	PROGRAMA “DETECCIÓN OPORTUNA Y SEGUIMIENTO DE MUJERES CON CÁNCER CERVICOUTERINO”. 101	
3.4.4.1	Objetivos y metas .....	101
3.4.4.2	Acciones y estrategias .....	102
3.4.4.2.1	Campañas de detección oportuna de cáncer cerviouterino.....	102
3.4.4.3	Resultados .....	104
3.4.4.4	Análisis .....	106
3.4.5	PROGRAMA “DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA” .....	107
3.4.5.1	Objetivos y metas .....	107
3.4.5.2	Acciones y estrategias .....	107
3.4.5.3	Resultados .....	108

3.4.5.4	Análisis.....	108
	<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>108</b>
	<b>CONCLUSIÓN GENERAL.....</b>	<b>110</b>
	<b>COMENTARIO PERSONAL.....</b>	<b>111</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>112</b>
	<b>Mural “Parir en libertar, nacer a la autonomía” .....</b>	<b>116</b>
	<b>Remodelación de cocina de la Clínica “Jesús de la buena esperanza” .....</b>	<b>117</b>
	<b>Actividades previas a la fiesta decembrina en la Garrucha.....</b>	<b>118</b>
	<b>Elaboración de piñatas con material reciclado.....</b>	<b>119</b>
	<b>Fiesta decembrina para las y los niños de la Garrucha, diciembre 2019 .....</b>	<b>120</b>
	<b>Convivencia con personas de las comunidades .....</b>	<b>122</b>
	<b>Promotora(e)s de salud y voluntaria(o)s.....</b>	<b>125</b>

## **TABLA DE GRÁFICAS.**

Gráfica 1. Pirámide poblacional a nivel nacional; INEGI, 2015. ....	21
Gráfica 2. Pirámide poblacional en Chiapas; INEGI, 2015. ....	21
Gráfica 3. Pirámide poblacional de la Garrucha, Lagunas L. RSS 2015 .....	22
Gráfica 4. Consultas al mes a lo largo del S.S. Garrucha 2019-2020. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	61
Gráfica 5. Distribución por continuidad a lo largo del S.S. Garrucha 2019-2020. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS .....	61
Gráfica 6. Atención médica por sexo a lo largo del S.S Garrucha 2019-2020. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS. ....	62
Gráfica 7. Atención médica por grupo etario y sexo a lo largo del S.S. Garrucha 2019-2020. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS. ....	62
Gráfica 8. Distribución de la atención médica por sexo y grupo etario. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	63
Gráfica 9. Porcentaje de atención respecto a las diez principales comunidades, con relación al porcentaje acumulado; a lo largo del S.S. Garrucha feb 19- ene 20. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS....	64
Gráfica 10. Diez principales morbilidades registradas por mes, en el periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	68

Gráfica 11. Tres principales morbilidades no transmisibles por mes, a lo largo del S.S. Garrucha; feb 19-ene 20. Fuente: Hoja diaria de consulta. ....	70
Gráfica 12. Tres principales enfermedades transmisibles por mes, a lo largo del S.S. Garrucha; feb 19-ene 20. Fuente: hoja diaria de consulta. ....	71
Gráfica 13. Principales tres morbilidades en el grupo etario de menores a 1 año a lo largo del S.S. Garrucha feb19- ene20. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	73
Gráfica 14. Principales tres morbilidades en el grupo etario de 1 a 4 años a lo largo del S.S. Garrucha feb19-ene20. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	74
Gráfica 15. Principales tres morbilidades en el grupo etario de 5 a 11 años a lo largo del S.S. Garrucha feb19- ene20. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	74
Gráfica 16. Principales tres morbilidades en el grupo etario de 12 a 49 años a lo largo del S.S. Garrucha feb19- ene20. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	75
Gráfica 17. Principales tres morbilidades en el grupo etario de 50 años o más a lo largo del S.S. Garrucha feb19- ene20. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	75
Gráfica 18. Comportamiento de las consultas de atención prenatal por mes, a lo largo del periodo feb 19-ene 20, en la Clínica “Jesús de la buena esperanza”. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS. ....	80
Gráfica 19. Consulta por mes y por trimestre, en el periodo feb 19- ene 20; en la Clínica “Jesús de la buena esperanza”. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	82
Gráfica 20. Partos atendidos en la comunidad vs en el hospital, a lo largo del periodo feb 19- ene 20 en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	82
Gráfica 21. Número de partos por lugar de atención y por mes, a lo largo del periodo feb 19- ene 20 en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	83
Gráfica 22. Causas por las que se refirieron los partos a segundo nivel, a lo largo del periodo feb 19- ene 20 en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	83
Gráfica 23. Complicaciones del embarazo registradas, a lo largo del periodo feb-19 a ene-20 en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	84
Gráfica 24. Complicaciones del parto y puerperio, registradas a lo largo del periodo feb-19 a ene-20 en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	85
Gráfica 25. Campaña de desparasitación y aplicación de flúor, en las niñas y los niños de la Garrucha; nov-19. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	90
Gráfica 26. Talla para la edad vs peso para la edad, de la(o) niñas que participaron en la campaña de desparasitación. Garrucha, nov-19. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	91
Gráfica 27. IMC de la(o)s niñas participantes en la campaña de desparasitación. Garrucha, nov-19. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS. ....	91

Gráfica 28. Personas con Diabetes tipo II por sexo, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS .....	96
Gráfica 29. Consultas dadas por mes a personas con Diabetes tipo II, a lo largo del periodo feb 19- ene20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS. ....	97
Gráfica 30. Personas con HAS por sexo, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS. ....	97
Gráfica 31. Consultas dadas por mes a personas con HAS, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	98
Gráfica 32. Personas con SyO por sexo y grupo etario a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS .....	98
Gráfica 33. Personas con sobrepeso u obesidad por sexo a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS .....	99
Gráfica 34. Consultas dadas por mes a personas con SuO, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	99
Gráfica 35. Mujeres que ingresaron al programa vs las que fueron seguimiento, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS .....	105
Gráfica 36. Número de tomas vs entregas realizadas, durante las campañas de prevención de cáncer Cervicouterino, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	105
Gráfica 37. Hallazgos registrados en las citologías cervicales, de las campañas de prevención de cáncer Cervicouterino, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.....	106

## **TABLA DE TABLAS**

Tabla 1. Comparación de datos demográficos Estatales vs Nacionales.....	18
Tabla 2. SemafORIZACIÓN de los indicadores sociales a nivel estatal en comparación con las cifras nacionales. ....	21
Tabla 3. Acceso de las TIC por tipo de localidad.....	22
Tabla 4. Defunciones registradas en la Garrucha, a lo largo del S.S. en el periodo feb 19- ene 20. ....	26
Tabla 5. Comparación entre el porcentaje que estudia el nivel básico y el promedio de escolaridad entre la población nacional, estatal e indígena.....	27
Tabla 6. Línea del tiempo sobre la salud pública en México. ....	55
Tabla 7. Cronología de programas sociales implementados en México. ....	58

Tabla 8. Categorización de las morbilidades transmisibles y no transmisibles, registradas en el periodo feb 19- ene 20 en la consulta de la Garrucha .....	66
Tabla 9. Tasas de incidencias dentro de la categorización de morbilidad anual, durante feb 19- ene 20, en la Garrucha.....	67
Tabla 10. Diez principales morbilidades registradas en el periodo feb 19- ene 20 en la Garrucha .....	68
Tabla 11. Diez principales morbilidades no transmisibles registradas en el periodo feb 19- ene 20, en la consulta de la Garrucha.....	69
Tabla 12. Morbilidad por grupo etario en el periodo de S.S. Garrucha; feb 19 - ene 20. ....	72
Tabla 13. Comportamiento de las consultas de atención prenatal por mes en números absolutos a lo largo del periodo feb19- ene 20 en la Clínica “Jesús de la buena esperanza” .....	80
Tabla 14. Consultas realizadas de seguimiento a las mujeres que ingresaron al programa de atención prenatal por trimestre .....	81
Tabla 15. Presentación de las Niñas y niños en programa por alguna patología a lo largo del S.S. feb 19- ene20.....	93
Tabla 16. Personas en programa con otros padecimientos crónico-degenerativos. ....	100

## INTRODUCCIÓN

La elaboración de este escrito tiene como finalidad, un reporte de servicio social en medicina general, llevado a cabo en el periodo febrero 2019-enero 2020 en la comunidad de la Garrucha (Ocosingo, Chiapas).

Divido en tres capítulos, el primero de ellos estará dedicado a la experiencia vivida en los primeros meses. Desde el punto de vista personal, hablaré de mi proceso de adaptación; cómo fue la relación médica-paciente, además del contexto comunitario e institucional en el que realice el servicio social.

El segundo capítulo, se enfocará en analizar que es el derecho a la salud, echando un vistazo a la creación y desempeño de algunas instituciones y leyes que lo respaldan. Así se revisará de manera breve y concisa; a nivel internacional a la ONU, PIDESE y OMS; y a nivel nacional la Ley General de Salud, y el artículo 4° Constitucional.

Posteriormente de acuerdo con lo recaudado en el marco teórico, se hablará de datos demográficos; e indicadores sociales, económicos, políticos y culturales en los que se desarrolla la Garrucha, el municipio de Ocosingo, y Chiapas en comparación con otros estados. Todo, para realizar un diagnóstico de salud comunitario, con base en lo anterior.

Por último, en el capítulo tercero, como marco teórico se analizarán las políticas de salud en México, desde qué organizaciones se involucran en el sistema de salud mexicano, cómo se desarrolló, cómo está estructurado, y su funcionamiento actual. También se hablarán de los programas sociales que han existido, quiénes son los beneficiarios y de qué manera se benefician.

Para luego, exponer los resultados de la consulta dada en el año de servicio social en la Garrucha. Captando datos demográficos; un perfil de morbilidad general y de enfermedades infecciosas y no infecciosas por sexo y grupo etario; y un análisis sobre el funcionamiento de los programas que se llevan a cabo en las clínicas autónomas en atención a personas con: enfermedades crónico-degenerativas, mujeres embarazadas, crecimiento y desarrollo de las y los infantes, víctimas de violencia y prevención de cáncer Cervicouterino.

Considerando en todo momento la consulta de fuentes fidedignas, datos estadísticos como ejemplificación, pero sobre todo dándole una perspectiva personal impresa en cada parte de lo aquí escrito.

# 1 PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

## 1.1 PERSONAL.

En mi mundo, he construido durante 26 años a una mujer multidisciplinaria, desenvuelta en la música y medicina. Originaria de Xalapa, Veracruz. A los 9 años, gracias al esfuerzo de mi madre, aprendí a tocar flauta transversal, llevándome a gratas experiencias, pues con disciplina y amor a lo que hacía, tuve la oportunidad de conocer más del estado veracruzano, varias entidades federativas y algunos países; desde entonces mi cosmovisión se amplió, observando como el idioma, la cultura y las costumbres son determinantes en la personalidad de una individuo(o) contribuyendo a una identidad social.

Al cumplir 18 años tenía que tomar la decisión de qué y dónde estudiar, así fue como recibí el apoyo de mis padres para empezar la universidad en la ciudad de México, y como en ese momento fue difícil saber lo que profesionalmente quería ser el resto de mi vida, por un lado, entré a estudiar arquitectura en la UNAM y medicina en la UAM. Desde entonces, empecé un proceso de adaptación muy difícil en el que me enfrenté al mundo de afuera, viendo por mi seguridad, alimento, y bienestar. Despegándome del seno familiar, me enfrenté a la responsabilidad de vivir sola, cumpliendo con mis obligaciones escolares. Aunque para mí la arquitectura y medicina son similares, por ser un arte que estudia estructuras y entiende el funcionamiento de cada elemento como un todo, y su interacción de este con su entorno; después de tomar el primer semestre finalmente decidí que mi vocación sería tener un trato humanitario, que en la vulnerabilidad de las personas pudiera ser un instrumento de alivio para sus malestares.

Para mí, el servicio social en Medicina, además de ser la forma en que se consolidan años de aprendizaje que traerán experiencias para la preparación en el campo laboral, siendo el último año como universitaria, implica gran responsabilidad a partir de ese momento y en años venideros de cada acción realizada en pro de la salud ajena; así es la oportunidad de agradecer y retribuir el conocimiento aprendido en las aulas y áreas clínicas a la sociedad. El proyecto presentado en la elección de plazas “Desarrollo Humano en Chiapas”, se convirtió en una oportunidad para enriquecer mi visión del mundo, para aportar un grano de arena en la vida de otras personas con lo poco o mucho que sé de mi cultura y compartir mi identidad personal; así como para entender la situación de marginación, pobreza y desigualdad que existe en la zona sureste de México (como reflejo de la situación real del país); pero sobre todo para entretener relaciones humanas y absorber aprendizaje de su cultura e identidad social.

Antes había tenido la oportunidad de visitar Chiapas como turista en las cascadas de Agua Azul, Palenque y el Cañón del Sumidero, es por todo lo que mis ojos en estas visitas presenciaron; por la riqueza: biológica, cultural, política y social que representa el Estado de Chiapas para el país; en contraste con la carencia de prestaciones de salud siendo el primer lugar en mortalidad materna hasta Enero 2019 (publicado por el Observatorio de Muerte Materna en México), que decidí presentar mi interés ante el Dr. Joel Heredia coordinador del proyecto en Chiapas Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC). Cuando le mencioné a mi familia y amistades sobre ello, noté una visión que el gobierno de México a través de los medios de comunicación ha generado en la sociedad mexicana sobre Chiapas como zona insegura relacionada al movimiento zapatista, - ¡Con mucho cuidado! - son palabras que me repetían una y otra vez; pero no era la inseguridad mi mayor miedo, sino el enfrentarme yo misma ante lo desconocido.

Del EZLN sabía realmente muy poco como movimiento social y político indígena, como la búsqueda de la autonomía y defensa del territorio y sus derechos, quienes se alzaron en armas la misma fecha en que se firma el TLCAN (1994); cubriendo sus rostros con unos pasamontañas, se hicieron visibles al mundo; dignos de trato igualitario y respeto, pueblos originarios con grandes riquezas, hartos de no escucharse. También sabía por comentarios institucionales que el Subcomandante Marcos había sido profesor en la UAM-Xochimilco por los 80's. Finalmente mantuve mi decisión, y con apoyo de las personas que más amo, fue

como llegué a Palenque, Chiapas el 1 de febrero de 2019. El viaje lo hice en camión con una mochila de camping en el hombro llena y una maleta de mano, como si fuera una de las tantas veces que viajaba de Ciudad de México a Xalapa, pero esta vez 3 veces mayor el tiempo y la distancia, con este viaje iniciaba un año de retos y sueños por cumplir. SADEC sería el sitio que no sólo se convertiría en el centro de reunión, sino un lugar para descansar, para descargar lo vivido cada mes y para convivir.

Al llegar reconocí caras de personas que me encontré en algún momento de la carrera, en total éramos 8 personas; toda(o)s aliviados, sonrientes, con buena vibra. Hasta estar ahí me di cuenta que SADEC no sólo traía pasantes de las diferentes áreas de ciencias de la salud a Chiapas, sino también a través de un entorno amigable, se generaba una oportunidad para que profesionales de la salud o en formación puedan vivir la experiencia, ya sean residentes de México, como de cualquier otra parte del mundo; así conocí a las voluntarias que irían conmigo a la comunidad, situación que me dio mucha tranquilidad al saber que otras personas estarían acompañándome en este primer acercamiento, como un instinto de supervivencia, que aún sin conocerlas fueron con quienes en ese momento me sentí segura.

Mi servicio social lo hice en la comunidad de “La Garrucha”, la cual no solo es una comunidad zapatista, también es el caracol III, perteneciente al municipio autónomo Francisco Gómez, y al municipio estatal de Ocosingo. Mi primer arribo a la comunidad fue mucho mejor de lo que esperaba; junto con mi compañera(o)s quienes iniciábamos el servicio social (con similares miedos e inquietudes), para presentarnos ante la Junta de Buen Gobierno (JBG) como sucesores de los compañeros que terminaban su servicio social.

Durante el viaje a la vez que me maravillaba del paisaje pensaba: ¿A dónde voy?, ¿Me adaptaré?, ¿Podré con ésta responsabilidad?, muchas preguntas y ninguna respuesta; todo en mi cabeza giraba, mandé los últimos mensajes a las personas amadas antes de perder señal, y entré en un periodo de relajación, en el que no pude evitar cerrar mis ojos y dormirme, cuando desperté nos encontrábamos frente a la entrada del caracol III “La Garrucha”, mi hogar por un año. El sitio se encontraba a las orillas de un cerro, rodeado de casas de madera y techo de lámina, calles sin pavimentar, y mucha gente observándonos como si fuéramos de otro mundo. Al ver la clínica fue más de lo que esperaba, no se podía sentir como un lugar donde se brindaran servicios de salud; al contrario, se sentía acogedor y amigable en una combinación de colores azul cielo y lila.

La primer semana me acompañó Marionna, voluntaria de Cataluña; quien tenía 4 meses en la Garrucha (de la que observé la gran empatía y cariño que había ganado de las y los promotores de salud), mi antecesor Miguel (quien los días que me acompañó lo hizo manteniendo una distancia, dándome mi espacio y tiempo de adaptación); así como la estomatóloga Belén, que decidió quedarse en la Garrucha por 3 meses más (al ver que no hubo ningún pasante que cubriera la plaza); y finalmente pero no menos importante Pilar, voluntaria de Argentina, la persona que me acompañaría el primer mes en la comunidad y parte del segundo y quien se convertiría en mi confidente, apoyo y amiga.

Cuando llegamos a la Garra, las promotoras Julita y Mary estaban haciendo chumil wuaj (tortillas de calabaza), fue entonces que, con el objetivo de integrarnos y conocer el procedimiento de estas tortillas, nos unimos a la preparación; para después comer toda(o)s como en familia; para este punto mi cuerpo había soltado mucha tensión y empezado a ser yo misma.

Con el paso de los días me sentía en desventaja y limitada, al no poder entablar una conversación con las personas por no entender, ni hablar su idioma; percibía a veces que entre ellos se hablan en tzeltal de muchas cosas y en algún punto hasta de mí, sin entender lo que se decían, sin querer se marcaba una distancia entre ser kashlan (de ciudad) o ser de su mismo grupo étnico.

Desde mi llegada y en adelante, mis días serían muy diferentes a lo que habitualmente haría: despertar 6:30 am para estar lista a las 7 am, ir a la cocina una hora antes de iniciar las consultas, ayudar para aprender algo nuevo cómo: moler la masa de maíz 2 veces y luego tortear, o desgranar maíz para darle de comer a los pollos del corral, para luego sentarnos a desayunar toda(o)s juntos al ritmo de Lila Downs, Víctor Jara,

René Pérez, Manu Chao, entre otros. Después ya cargados de energía o a veces entre la preparación del desayuno, empezaban a llegar las personas en busca de consulta. Ya por las tardes, algunas veces subíamos al techo con la(o)s promotores de salud para contemplar las estrellas, donde se abría el espacio para conocer más de cada quién.

Antes de bajar a la comunidad muchas personas que concluían su servicio social me advirtieron que en la Garrucha había muchas urgencias obstétricas. Y se hicieron notar desde la primer semana; a los 3 días llegó una mujer de 24 años de edad, primigesta en trabajo de parto; creo que de todo lo que se me pudiera presentar, las urgencias obstétricas y los partos son lo que más miedo me daba al llegar; así que cuando me avisaron las promotoras que teníamos parto, entré en un modo de auto inseguridad, aunque tenía la teoría pocas veces en el internado atendí un parto; pero en ese momento sin conocerlas bien todavía, sentí la confianza de la experiencia de las promotoras por sus tantos partos atendidos, de esta manera todas nos encontrábamos ayudando en algo para que la mujer pariendo se sintiera cómoda, aún con todas las atenciones al expulsar a su bebé presentó un desgarro vaginal grado II, para el que Mary tomó la batuta y empezó a repararlo, llevados 2 puntos me preguntó -¿Quieres continuar?- a lo que por mi mente pasaba: ¡qué seguridad con que sutura!, ¡yo también puedo!, así continué, Pilar siendo también de gran ayuda aproximando los bordes y dando su opinión para que quedaría lo más estética posible; con todo esto, entendí que sola no hubiera podido, y que entre todas pudimos brindarle una atención adecuada a esa mujer.

Días después, hice mi primer traslado en redila (el único y famoso transporte de las comunidades en la zona tzeltal); por un pequeño de un año, con datos de dificultad respiratoria moderada, y una probable neumonía adquirida en la comunidad; una primera experiencia bastante buena, ya que viajamos en la cabina para las mejores comodidades del niño, llegando después de 2 hrs al hospital San Carlos donde fuimos recibidos con buen trato, y sin mayor demora. En adelante, realicé muchos otros traslados, en los que supe lo que era viajar en redila; entre el camino con baches, la persona que llevas de urgencia, los familiares alterados y la poca estabilidad del vehículo para realizar procedimientos, se convertía en una odisea.

El segundo mes lo recuerdo con especial cariño, era la última semana de Pilar en la Garrucha, había llegado un nuevo voluntario: Alberto originario de Galicia (una persona altruista y de gran carisma); para antes de la partida de Pilar, recreamos un dibujo hecho por ella que representaba a una mujer con su vestido tzeltal en trabajo de parto, en compañía de su familia y partera en la comunidad; dando a luz a la autonomía (su bebé), el cual representa la cultura y el derecho de las mujeres de etnia tzeltal tienen de cómo y dónde parir; mural que por decisión de las autoridades zapatistas se pintó en la sala de partos de la Clínica “Comandanta Ramona” en tan sólo 4 días; para el que la(o)s promotores de salud también fueron partícipes. Además de haber sido divertido, fortaleció el trabajo en equipo. Este mural se estrenó el día que fue terminado, con una mujer en trabajo de parto normo evolutivo.

Después tuve la oportunidad de convivir con 5 voluntarias más, con historias de vida únicas e increíbles, con quienes compartimos momentos irrepetibles, tanto las y los promotores de salud, como yo. Con ellas, coincidíamos que en la comunidad se perdía la noción del tiempo, sin internet, sin tener un horario fijo de trabajo, ni tener que trasladarte evadiendo tráfico, cansándote de largos trayectos; pues no te volvías esclava del tiempo. Aunque no voy a negarlo, poco a poco empecé a sentir que se convertía en un espacio un tanto demandante, por las personas que acudían a la consulta por las noches o apenas saliera el sol muchas veces no eran por una urgencia; hasta que un día platicando y externando este sentimiento, me di cuenta de que no me molestaba la mayoría de las veces porque no lo consideraba como trabajo; y aunque hubiera pocos ratos libres los aprovechaba para convivir en colectivo.

De esta manera mis días en la comunidad pasaban rapidísimo, en especial recuerdo el primer mes muy fugaz, maravillada del trabajo colectivo y las personas que conocí; aunque los últimos días antes de salir a la reunión SADEC me daba un poco de ansiedad por salir, ya que al final un solo espacio se convirtió en mi todo, lejos de los míos.

Finalmente, considero que mi proceso de adaptación nunca terminó, aunque pareciera que nada cambiaba, siempre había algo nuevo, cada mes tuvo sus altos y bajos, pues no faltaba alguna persona con caso clínico de interés de difícil resolución o forma de ayudar. Pero cada mes con mejores herramientas a utilizar, más segura de mí y de lo que hacía.

## 1.2 RELACIÓN MÉDICA-PACIENTE.

*“El médico competente, antes de dar una medicina a su paciente, se familiariza no sólo con la enfermedad que desea curar, sino también con los hábitos y la constitución del enfermo”.*

*Marco Tulio Cicerón*

La relación de confianza entre dos seres humanos ha sido capaz de lograr muchas curaciones. Desde mi percepción: La relación M-P existe desde que hay una comunicación verbal y no verbal, entre una(o) médico y una persona usuaria de salud. Alejandro Gómez Alcalá en el texto “Médicos y pacientes: ¿Fe o suspicacia?” (2004) describe a mi parecer muy bien como en la actualidad se ha modificado esta relación:

“En el médico se identifica una visión más comercial-empresarial y menos altruista de lo que ha sido históricamente. Los conflictos de intereses se han vuelto cotidianos, la ética del deber se ha ablandado y es evidente un gran celo por la competencia de los pares y una mayor búsqueda de bienes materiales. Por su parte, el paciente ha desertado de su condición pasiva para adoptar la de consumidor con su respectiva escala de valores: impaciencia e intransigencia en la obtención de resultados, desconfianza y cuestionamiento sobre las decisiones terapéuticas, demanda de opciones y de garantías y privilegio del gusto y las comodidades al menor costo”. (Gómez, 2004)<sup>1</sup>

Es cierto que se ha modificado la postura de la persona usuaria de sumisión ante la figura médica a empoderada, que la(o)s médicas se han convertido en prestadores de servicios de salud que ofrece consejos basados en conocimiento, pero cuyas decisiones ya no asumen; y que lo que antes era considerada una relación vertical, actualmente se ha horizontalizado en una relación multidisciplinaria en la que otros prestadores de servicios de salud se involucran para dar una atención integral a la persona. “Ambas partes (M-P) añoran la imagen de lo que el otro fue y lamentan los cambios, sin percatarse que la transformación de la medicina en un servicio tecnificado y mercantil [...] ha originado que la relación deje de ser fiduciaria (de fide, fe) para convertirse en arancelaria”. (Gómez, 2004)<sup>1</sup>

En 1928 Harvey Cushing, refirió que había una diferencia entre el arte y la ciencia en medicina, al arte como la habilidad para crear confianza en el paciente y sus familiares, al humanismo y al humanitarismo en la relación médico-paciente, y a la ciencia como la habilidad de diagnosticar con precisión y dar la terapéutica. Siendo en el arte donde se tacha de deshumanizada a la medicina moderna, dónde el médico con frecuencia descuida la comunicación con su paciente.

*“Por consiguiente, no es la tecnología la que deshumaniza, son deshumanizantes los que usan la tecnología sin el marco humanístico y humanitario, que es componente indisoluble del acto médico”.* (Patiño, 2016)<sup>2</sup>

A mi opinión resulta importante que las personas se reconozcan autónomas sobre su cuerpo, decidiendo informadamente sobre los diagnósticos y procedimientos terapéuticos que se le ofrecen, de acuerdo con sus creencias y/o concepto de bienestar personal. En la comunidad sí que la relación médica o médico-paciente se percibe fuerte, gracias a que como pasantes convertimos la clínica en nuestra casa por un año, y la interacción que eso conlleva a merced de las personas que acudan; sin límite de tiempo, podemos tardar lo que necesite la persona y su dolencia en la consulta; lo que nos da la oportunidad de escuchar y conocer el contexto social, ambiental, personal y hasta familiar que puede tener una persona cuando acude regularmente, y un panorama general pero amplio en las demás.

Para mí las consultas domiciliarias, fueron la mejor forma de entender la vida cotidiana de la población, porque al escribir una historia clínica me daba una idea de su vivienda, alimentación, etc.; pero estando en sus casas, hay un mar de información adicional, como la interacción familiar, buenos y malos hábitos, distribución del espacio, aseo, estatus socioeconómico, entre otros. Aún con todo esto, considero que la relación M-P no sería posible sin el fortalecimiento de ésta por las y los promotores de salud, quienes te acompañan en cada consulta y conocen a las personas usuarias de la clínica por años, pues al final son quienes mejor entenderán su contexto social por ser parte de este.

En el tercer mes tuve un caso particular que marcó mi servicio social, Aurelia de 33 años residente de Pataté Nuevo, vivió y creció con su familia en Chilón; dedicada a su hogar, madre de una y un pequeño de 3 y 8 años respectivamente. Sin antecedentes heredofamiliares de importancia. Indagando sobre su alimentación, realizaba 2 comidas al día, la cuál era muy básica a base de maíz y frijol, sin comer frutas ni verduras, no cloraban ni hervían el agua para tomar, tomaba 1 o 2 vasos de agua al día, con consumo de refresco y bebidas edulcorantes una vez al día. Su casa hecha de madera y techo de lámina, piso de tierra, cohabitaban 10 personas en la casa y en su cuarto dormían 3 personas más (su esposo, hija e hijo); contaba con letrina, luz eléctrica y agua intubada, tenía convivencia estrecha con perros, pollos y cerdos. Diagnosticada con Linfoma de Hodgkin en etapa III, atendida por oncología en Villahermosa, Tabasco; quién refiere manejo de quimioterapia por primera vez una semana y media previo a acudir a la consulta; la acompañaba su esposo, su suegra, y su cuñada, los que la ayudaban para caminar y sentarse por falta de fuerza; de constitución ectomórfica, pálida y con ojeras muy marcadas; Aurelia refería que año y medio atrás su vida era normal, sin ninguna molestia, desde entonces le daba mucho cansancio las actividades cotidianas, en varias ocasiones se desmayaba y se encontraba equimosis sin alguna causa. Ella rechazaba el hospital, ya que temía quedar internada por largo tiempo; una ocasión en la que se desmayó y perdió el estado de alerta, fue que su familia la llevó a que la valoraran en el hospital San Carlos, así fue como por interconsulta llegó al especialista. Era la primera vez que acudía a la clínica, acudía por un dolor abdominal (10/10 en escala de EVA), náuseas y vómitos en repetidas ocasiones; por toda la historia comentada sabía que era una usuaria oncológica, que iba en periodo Nadir postquimioterapia, y que como urgencia oncológica tenía que acudir al hospital tratante; el problema era que se encontraba a 8 hrs aprox. de éste, que ella no quería ir por temor a morir ahí lejos de sus seres queridos y que su esposo no se animaba a ir solo con ella por la condición en la que se encontraba.

Ese día el mejor plan era dejarla hospitalizada, por darle las mejores condiciones de higiene y comodidad, para evitar la menor contaminación posible, se canalizó y se le administró medicamento para mejorar sus molestias. Al otro día tenía mejor semblante y una sonrisa natural, se paraba sola al baño, refería sentirse mejor; les comenté a ella y sus familiares que la recuperación se debía a los medicamentos y que al terminar su efecto muy probablemente volverían las molestias, ya que sus defensas estaban muy bajas y que lo más adecuado era ir al hospital, con opción de Hospital San Carlos. Aurelia con esa mejoría que se notaba decidió no querer ir al hospital; mientras que con el paso de las horas vinieron los picos febriles, Aurelia se encontraba silente, diferente a la que amaneció con gran optimismo; al final la familia lo platicó y decidieron moverse para buscar transporte y llevarla.

La suegra se acercó a mí muy preocupada por el estado de salud de Aurelia, en el afán de desahogo me contó que Aurelia tenía nagual, que se convertía en jaguar y que su enfermedad vino después de una ocasión de casería en la que resultó dañada y que al final fue lo que la enfermó; no supe que decirle al respecto, solo le tomé la mano y le dije que lo más importante era que Aurelia se sintiera acompañada y apoyada, haciéndola sentir fuerte para que pudiera luchar. Unos momentos antes que llegara la redila fue que tenía el peor semblante y la mayor debilidad, sin poder articular una sola palabra, el marido llorando me dijo que le había dicho que ya moriría; al ver el deterioro tan rápido y en tan poco tiempo, solo pensaba en llegar al hospital sin perder más tiempo.

En el camino la familia dijo que cambiaríamos de transporte en Pataté Nuevo para mayor comodidad, así nos pasamos a una urbana en la que yo iba sentada con Aurelia prácticamente ella recargada sobre mí y su familia sentada detrás de nosotras; en el camino le íbamos platicando para que no se durmiera, checando en todo momento tuviera signos de vida; dos comunidades más adelante me percaté que ya no respiraba y su corazón ya no latía, rápidamente la recosté sobre los dos asientos y le comencé a dar RCP; todos estaban ya muy alterados, y el sobrino que iba manejando se puso tan nervioso que patinó la urban con la temblorina que no podía controlar (por poco nos arrollamos); en ese momento sabía que no le estaba dando compresiones de calidad, no había quien me relevara y yo me estaba agotando; no sé cuánto tiempo habrá pasado, solo me detuve, respiré profundo con las palabras entre cortadas me dirigí a su esposo y le dije que Aurelia ya no tenía vida.

La familia que iba acompañando se desbordó en un mar de lágrimas, no había forma de consolar el sufrimiento, yo me quité del asiento donde iba con ella y me senté hasta atrás muy triste e impotente; alguna persona de la familia se acercó y me dijo que no me sintiera mal, que sabían lo enferma que estaba, y que en cualquier momento pasaría.

Regresamos a Pataté Nuevo, donde se encontraban todas las personas que la conocían, fue muy fuerte ver su sufrimiento, todavía pasé al cuarto donde dormía, donde la recostaron con un ropón blanco. Ya no podía pensar en más, regresé a la clínica destrozada, sin poder contarle me encerré en mi cuarto y no salí hasta la mañana siguiente. Esos días estuve sin poder dormir bien, soñando feo, y pensando en el dolor de su familia y sus hijos al ya no tener a su mamá.

Días después tuve la oportunidad de ir a Ocosingo para despejarme un rato, lo único que deseaba era hablar con alguien para contarle y desahogarme, así con palabras que apenas me salían lo externé; pasó el tiempo, y un día antes de irme a Palenque, llegó su esposo con su suegra y la hija de Aurelia que no conocía, lo primero que hicieron fue brindarme un abrazo y darme unos tamales; platicamos varios minutos, me dijeron que había pasado la novena y no habían tenido tiempo de irme a ver, pero que se habían quedado preocupados por como vieron que me sentía ese día; la niña muy bonita y con una sonrisa muy natural igual a la de Aurelia, la iba cargando su papá, yo me tuve que hacer fuerte, y me dirigí al papá de la pequeña, para decirle que era muy importante sacar todo el sentimiento, y que estaba bien sentir tristeza, pero que no se dejara caer y que su hija y su hijo lo vieran derrotado, ya que ellos eran su motor y él era el pilar de ellos. Después de ese día me quedé más tranquila.

Ni en la universidad ni en la vida, me preparé para dar malas noticias, y peor aún en afrontarme a mí misma con lo que ello involucra, sólo sé que de esta experiencia aprendí muchísimo, que después vinieron otros casos difíciles para los que me sentía más preparada.

A veces como personal de salud nos olvidamos de lo importante que es escuchar, y comprender lo que la persona usuaria necesita, a lo mejor sólo espera que alguien la escuche, a lo mejor sólo quiere recibir un trato amable, a lo mejor sólo quiere escuchar unas palabras de aliento; muchas dolencias son somáticas, pero no porque no estemos frente a una, dejaremos de sentir empatía. La clave de la relación M-P es tratar a la persona que tienes en frente como te gustaría tratarse si estuvieras de ese lado.

### 1.3 COMUNITARIO.

*“La base de la cosmovisión es producto de las relaciones prácticas y cotidianas; se va construyendo a partir de determinada percepción del mundo, condicionada por una tradición que guía el actuar humano en la sociedad y en la naturaleza”.*

*López-Austin, 1995.*

Desde la cosmovisión de las personas que conocí en la comunidad, pertenecientes a la zona selva de habla tzeltal, pude observar que pese a la invasión y las relaciones desiguales a lo largo de la historia en las que

se han visto inmersos como grupo étnico; entre otras cosas por el despojo de sus tierras por propietarios privados, la llegada del catolicismo con los españoles y posteriormente de otras religiones; así como las relaciones interétnicas en la edad contemporánea que vivimos, algunas creencias sobre la enfermedad, la muerte y la conexión con la madre tierra del maya ancestral perviven, lo que pudiera verse favorecido por la lejanía de la comunidad a la ciudad más cercana, y la aún poca interacción con las personas ladinas.

Un primer acercamiento a como se percibe la enfermedad en las comunidades es la forma en que se expresan su preocupación a la persona que tiene la dolencia, ya que en vez de decir: ¿Qué te pasa? o ¿De qué estás enferma o enfermo?, suelen decirlo de una forma mucho más poética y profunda: ¿Binchi awo'tan? que significa ¿Qué dice tu corazón?, refiriéndose al alma y como se siente.

Por concepto de Salud según la OMS, se refiere al “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). La salud es un derecho universal que se relaciona con otros derechos. Mientras que, en las comunidades, don Sebastián dice “en tanto me sienta bien para ir a la milpa a traer mi alimento, sembrar y que el clima esté bueno, con eso”, doña Regina por su parte dice “me preocupo porque nos alcance el alimento, porque hay épocas en las que escasea, la tierra no da”. La salud se vuelve un equilibrio de la vida humana (físico, corazón y alma) con la naturaleza; constituido por un cosmos, la madre tierra y el inframundo, preservada por los guardianes de la madre tierra y las fuerzas naturales como el Sol, la Luna, la Lluvia y las Montañas.

El balance de todas estas fuerzas y energías, así como la ideal falta de escases en las necesidades básicas, se acercan más el concepto de la salud y “bien estar” de la comunidad. Por consiguiente, la enfermedad o “mal estar” sería consecuencia del desequilibrio en esta relación multifactorial.

Una prueba de la fuerte relación que para la comunidad se da entre la salud y la naturaleza, se aprecia en la forma en que las personas agradecen un nuevo terreno de milpa, terreno para construir una casa o la llegada de la época de siembra y cosecha; la gente agradece orando en el terreno y ofreciéndole tributo, para que la madre tierra permita ser trabajada y se bendiga el fruto. Sin dejar atrás que en la actualidad la religión se ha vuelto un punto clave para la estabilidad de este equilibrio. De las cuales el catolicismo es la religión predominante, aunque ya se hablan de la Iglesia adventista y la presbiteriana. De esta forma “*Se dice que una persona sabia tiene el don de curar, visualizar y sentir, así como de rezar y dar consejos. O de transmitir enseñanzas orales, de interpretar sueños, de sanar o dañar finalmente cuerpo y alma*”. (Gómez, 2004)<sup>3</sup>

En la actualidad existen personas dotadas por el cosmos para mantener el equilibrio, tal es el caso de la curandera o el curandero, quién reconoce cuando el cuerpo está descompensado por algún desorden de energía y enfermedad. Si la persona se debilita o enferma, el o la curandera dirá si hubo daño o brujería; en las comunidades es común encontrar este tipo de dolencias en las personas que les está yendo bien en su cosecha, muchas veces provocan envidia de otras, sentimiento considerado de los principales causantes de brujería, daño a la salud y con ello presencia de enfermedad o mal de ojo, por lo que toda(o)s los bebés por ejemplo llevan una pulsera roja para evitarlo.

En el marco de como una persona puede adquirir una enfermedad, también se habla del nagualismo (se dice que hay ciertas comunidades en las que se puede observar mayor población). “El nagualismo es la capacidad de algunas personas para transformarse en animales, quienes muchas veces buscan el monte o la selva y en la noche, mientras el cuerpo descansa, su espíritu sale a vagar en busca de experiencias. Las vivencias nocturnas del espíritu dejan huellas, sensaciones o heridas en la persona”. (Gómez, 2004)<sup>3</sup> “También se

dice podrían dañar y provocar algún malestar corporal, enfermedad, e incluso la muerte en alguna persona externa en momentos de vulnerabilidad, por ejemplo, durante el sueño”. (Escalona, 2012)<sup>4</sup>

El recién nacido puede venir dotado con algún poder, sabiduría, siendo el caso de lo que se conoce como las 3 áreas: Parteras, Hueseros y Yerberos. Las parteras son un caso muy particular de como la familia se da cuenta de que trae el don. Para ello me permito citar las palabras de doña Josefina (partera de la Garrucha por más de 40 años): -“Un día de chamaca soñé que tenía un bebé en mis brazos, al otro día le conté a mi mamá y a mi abuela que era partera; yo sin saber me dijeron que tenía el don, ¡qué va a ser! pensé; si estaba bien chamaca; pues a los 13 años atendí el parto de una prima, y desde ahí que no paro. Las parteras nacimos con el don de recibir chamacos, nadie nos enseña, una vez sólo se me ha complicado el parto y rápido recibió la atención en el hospital de la Ramona, mi mayor miedo es que se muera una mujer”-. Doña Josefina atiende partos en su casa, o a donde la lleven, utiliza mazorcas de maíz sin grano para amarrar el cordón umbilical o cintas de tela, aceite para hacer resbalar la cabeza del bebé y evitar los desgarros vaginales; recibe a bebés en cama, de pie o en cuclillas; y después la placenta se la lleva la familia y la entierra en el patio de la casa en agradecimiento a las fuerzas naturales; sólo las membranas se ponen a secar en un pañuelo, el cual lo traerá consigo siempre la persona que nació para su protección. En una ocasión de las que coincidí con doña Josefina en la atención de un parto, nació un bebé con hiperplasia palatina con un diente en erupción, a lo que le denominaban como “niño ratón”, luego me explicaron que hay bebés que nacen con algún rasgo físico del don que desarrollarán, en este caso el niño ratón se verá “dotado de riquezas económicas en su vida adulta”. A todo esto, actualmente en la Garrucha sólo se encuentra doña Josefina atendiendo partos como partera valga la redundancia, ya que doña Julia es demasiado grande, aunque nunca dejará de ser “La abuelita de más de media Garrucha”, como ella dice. Muchas de las parteras también son hueseras y muchos de los hueseros trabajan con plantas. Las y los hueseros en su caso, trabajan únicamente con las manos, tocando y sintiendo huesos es que notan si tienen algún problema como las fracturas, ocupando pañuelos o cartones cuando requieren inmovilizar la parte corporal afectada.

Los yerberos por su parte, poseen muy amplio conocimiento de la curación con plantas medicinales, en la clínica es bastante frecuente encontrar a personas que antes de acudir a la consulta general, van con el yerbero que en la Garrucha es don Sebastián, quién o quiénes les dan remedios con plantas para tomar en varios momentos del día, si no funciona el remedio, es que acuden a la consulta; en algunas ocasiones se lleva el tratamiento a la par. En los primeros meses que veía a las personas llegar con los remedios o me comentaban que estaban tomando plantas, les preguntaba que como se llamaba lo que tomaban, a lo que no me sabía responder ninguna persona. Por lo que me puse a indagar con algunos de los yerberos para conocer algunas de las plantas con las que trabajan y para que las utilizan, entonces ellos me respondieron: “-No sabemos cómo se llaman la mayoría, pero cuando las vemos, reconocemos para que funcionan y con el don que tenemos, damos los remedios que consisten en jugos de varias plantas medicinales para la curación de las personas según sea el caso”-.

Las y los promotores de salud me enseñaron el uso de algunas plantas medicinales que fuimos recetando en las consultas, en monoterapia cuando el malestar no era tan fuerte o como remedio en conjunto, así aprendí el uso del estafiate como antiespasmódico para dolores abdominales; el tomillo, la buganvilia y la hoja de limón como antitusígeno para las infecciones respiratorias altas; pasiflora como relajante del sistema nervioso central; la ruda como uterotónico cuando la menstruación no baja o en caso de querer abortar

como coadyuvante; el cordoncillo en jabón como antiséptico para las infecciones vaginales, entre otros. Todas estas personas forman parte de una *cosmovisión* que permite la perpetuación del grupo étnico, siendo reconocidos e importantes en la comunidad, convirtiéndose en instrumentos para preservar la salud, y con ello la cultura.

## 1.4 INSTITUCIONAL

Como parte de este contexto, me permito hablar primero de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, en la Ciudad de México; la cuál es mi casa abierta al tiempo y *alma mater*. En esta unidad se lleva un sistema de estudios diferente al tradicional, llamado sistema modular Xochimilco, con el principal objetivo de la vinculación de la universidad con la sociedad por medio del estudio de un problema concreto que afecte a las clases más necesitadas. Con la incorporación en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la interdisciplina (en la que se ve a un objeto de estudio en todo su contexto y no como materias aisladas) y la aplicación del conocimiento a una realidad concreta (de una forma interdisciplinaria y mediante la investigación científica). (Arbesú 2009)<sup>5</sup>

A través del Programa de investigación interdisciplinario Desarrollo Humano en Chiapas (aprobado por el Colegio Académico de la UAM en 1995), la Universidad pretende contribuir a afrontar los complejos problemas del estado de Chiapas considerados de interés nacional. Con este fin, se realizan diversas actividades centradas en las prioridades sociales, mediante la vinculación de las actividades universitarias de investigación, formación y servicio, en conjunto con organizaciones sociales y con organismos no gubernamentales. Las áreas de investigación y de articulación del trabajo han sido: medicina, estomatología y nutrición, así como el diseño de tecnología para la salud, con lo que se ha buscado el diseño y puesta en marcha de modelos de atención en salud con participación comunitaria, la realización de campañas, la capacitación de promotores de salud y el servicio social.

Por su parte agronomía, veterinaria, biología, diseño industrial y gráfico, con el fin de promover el aprovechamiento sostenible de recursos naturales (agua, productos forestales –maderables y no maderables–), mejoras en la producción agropecuaria, incluyendo agricultura para el autoconsumo, con la capacitación de la población; también se han llevado a cabo investigaciones para profundizar en el conocimiento de los valores en la cultura tzeltal, e investigaciones para avanzar en la construcción de estrategias de desarrollo humano (en los procesos de exclusión social, económica, política, cultural). (Cortez, 2006)<sup>6</sup>

En el caso de Salud ha sido en conjunto con la Asociación Civil sin fines de lucro: Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC) con quien se ha articulado el trabajo; la cuál nace en primera instancia de la experiencia del Programa de Salud Comunitaria en Marqués de Comillas desarrollado en 1985, extendido al Valle de Santo Domingo en 1989 y a Las Cañadas en 1993; todos ellos con el Instituto Nacional Indigenista (INI), con el principal objetivo de formar promotores, promotoras y parteras en varias comunidades para fortalecer la organización de las comunidades, y así dejar el proceso en manos de la población; de estos programas se obtuvieron buenos resultados, pero insuficientes para la necesidad del estado chiapaneco; considerado como uno de los estados con los más bajos niveles nacionales de desarrollo humano.(Salud y Desarrollo Comunitario)<sup>7</sup>

A la par, ocurre que el 1 de enero de 1994 se levanta en armas el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), que desde el 11 de noviembre de 1983 se había conformado; “la lucha es por y para el pueblo”, demandando al Estado mexicano: trabajo, tierra, techo, alimentación, salud, educación, independencia, libertad, democracia, justicia y paz para los pueblos originarios chiapanecos, así como el fin del “gobierno ilegítimo” del entonces presidente de México, Carlos Salinas de Gortari.

El subcomandante Marcos en una entrevista del 04 de enero de 1994 dijo: - “Los indios siempre han vivido en guerra porque la guerra hasta hoy ha sido contra ellos. [...]En todo caso, tendremos la oportunidad de morir combatiendo y no de disentería, como mueren normalmente los indios chiapanecos”-. Dispuestos a vivir por la patria o morir por la libertad, deciden exigirlo empuñando las armas.

Por lo que se vio afectado el trabajo, con la suspensión de los fondos de los proyectos puestos en marcha por el INI, como resultado de las políticas gubernamentales en materia de salud. Así es como asesores y coordinadores comunitarios del proyecto deciden continuar, pero ahora como una ONG, capaz de fortalecer el proyecto desde otra perspectiva, abarcando otras regiones del estado.

De esta manera en febrero de 1995 en coordinación con Médicos del Mundo España, se retoma el trabajo como SADEC, A.C. en la que participan las y los socios, personal administrativo, y pasantes de servicio social de Medicina, Estomatología, Enfermería y Nutrición.

El trabajo de SADEC tiene como principales objetivos:

- Reducir los índices de morbimortalidad con énfasis en la materno-infantil
- Formar personal local en salud (promotores y parteras)
- Apoyar el servicio social comunitario en campo
- Promover la participación de la mujer
- Promover la investigación

Considerando como ejes transversales el Derecho a la Salud, Interculturalidad y Género. (Salud y Desarrollo Comunitario)<sup>7</sup>En la rama médica, se da seguimiento a los programas de:

- Atención prenatal
- Crecimiento y Desarrollo del infante con realización de campañas de desparasitación y aplicación de flúor en colaboración con estomatología
- Detección y seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas
- Detección oportuna de Cáncer Cervicouterino con toma de la citología cervical
- Detección de víctimas de violencia.

Con todo ello, actualmente se trabajan en la región de Las Cañadas y la región Selva, que a su vez se dividen en 6 subregiones, en las que se ha diseñado un proyecto junto con las autoridades y comités de Salud comunitario y regional. Así cada subregión tiene una clínica comunitaria regional donde se tiene una médica o un médico y una o un estomatólogo como parte de su servicio social, promotoras y promotores de salud, y farmacias; los cuáles funcionan como centros de referencia para las Casas de Salud Comunitarias localizadas en varias comunidades periféricas a esta, atendidas por las y los promotores de salud.

En la Garrucha existen 2 clínicas como parte de la estructura autónoma Zapatista de quien depende la coordinación y la organización del trabajo y donde SADEC colabora, una clínica regional “Jesús de la Buena Esperanza” y una de zona clínica de la mujer “Comandanta Ramona”.

En la Clínica Jesús de la Buena Esperanza se trabaja con los programas antes mencionados a excepción de los programas de atención prenatal y detección oportuna de cáncer Cervicouterino, los cuáles además se

han trabajado juntamente con las promotoras de salud sexual y reproductiva de la clínica de la mujer “Comandanta Ramona”:

En ambas clínicas no existe un horario de consulta, las personas acuden a cualquier hora, así tampoco existen días de descanso ni días festivos, la atención es continua. Las personas que necesiten referencia por falta de material médico o por requerir una atención especializada se derivan desde aquí, con traslado en caso de requerir el acompañamiento con manejo terapéutico al hospital por la médica(o) y/o algún o alguna promotora de salud.

Como pasantes de servicio social, se trabaja en un plan diseñado por mes, en el que se está permanentemente de 20 a 25 días según sea el caso en la comunidad, luego de cumplirlos nos reunimos como grupo para dar el informe del mes por comunidad y presentar casos clínicos de impacto durante el mes, para posterior revisar temas relacionados con: el derecho a la salud, políticas de salud, salud y género, talleres de urgencias gineco obstétricas, repaso de enfermedades infectocontagiosas, taller de idioma tzeltal, taller de ultrasonografía y taller de salud mental; abarcado durante todo el año de servicio social, dedicando 3 días al mes. Luego, tener 6 días de descanso (acumulados de los fines de semana que nos encontramos en las clínicas), para volver a la comunidad.

## 1.5 EVALUACIÓN



Ilustración 1 Análisis FODA de Servicio Social.

## 2. DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO DESDE EL DERECHO A LA SALUD.

En este capítulo se tocará como punto central el tema de derecho a la salud, debido a su importancia como parte de una medicina integral desde el contexto en el que se generó a nivel mundial hasta la creación de organizaciones e instrumentos utilizados a lo largo de la historia para su búsqueda y cumplimiento, con énfasis en México.

Se analizarán los cambios a la Constitución Política Mexicana tras este enfoque, así como a la Ley General de Salud y las últimas reformas realizadas, herramientas que ayudarán a comprender más tarde, todos los factores involucrados en la salud de una población, englobándolos en un diagnóstico de salud comunitario enfocado en la Garrucha, estado de Chiapas, México (lugar donde realicé mi servicio social). Para ello se tomarán en cuenta datos nacionales, estatales y municipales, con la finalidad de una mejor comprensión del contexto de la población en estudio. Todo esto, ayudará a entender si de acuerdo con lo establecido en la Constitución Mexicana y la Ley General de Salud, se respeta lo referente al derecho a la salud con un enfoque intercultural; sin discriminación, desigualdad social e inequidad de género en la población de estudio.

En contexto general, la Garrucha es una comunidad que pertenece a la región selva norte, en el estado de Chiapas, México. Poblada por personas indígenas de habla tzeltal (una de las variantes de la cultura maya); caracterizada por una peculiar diferencia política, no regida por el gobierno mexicano. Se ubica en el municipio estatal de Ocosingo, municipio con mayor territorio estatal y mayor número de personas con algún grado de marginación social.

Esta comunidad se encuentra a 2 horas de la urbe más cercana, rodeada de paisajes montañosos, caminos de terracería, casas de madera (algunas de ellas pintorescas, con murales en sus paredes alegrando la vista); animales que se atraviesan en la carretera (generando una especie de regulación de velocidad por los vehículos); niñas y niños a la orilla de la carretera jugando con llantas de bicicletas, carritos de madera o piedras; mujeres sentadas a fuera de su casa, asomadas por la ventana o tendiendo ropa en preciosos y coloridos vestidos tzeltales; así como hombres solos o familias enteras, caminando por las carreteras cargando leña para sus hogares. La diferencia de estas comunidades y las manchas urbanas, a simple vista pareciera ser muy evidente. Con este apartado se busca esclarecer más este panorama, para entender el proceso de salud-enfermedad que afecta a este sector poblacional, desde una perspectiva social, cultural, económica, política, pero, sobre todo, humana.

### 2.1 DERECHO A LA SALUD

*«El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social».*

*OMS, 2017.*

Al analizar semánticamente estas dos palabras por separado, refleja como el contexto es el que le otorga significado, como decirle “salud” a una persona cuando estornuda o en un brindis; al darle indicaciones a alguien sobre algún lugar: te vas todo “derecho”, esta relación entre las palabras y sus significados divergentes se denomina *polisemia*.” [...] nos permite comprender lo infructuoso que es exigir “La definición única y verdadera de un término”<sup>8</sup> (Cáceres, 2000). Paralelamente la definición de ambos términos se ven inmersos en un contexto cultural, los cuáles han evolucionado con este.

En un macro contexto, a decir verdad, el derecho a la salud va más allá de no padecer enfermedad, o recibir tratamiento oportuno para recuperarla. El peso de este binomio de palabras recae en lo inaccesible que se vuelve para las personas de bajo nivel socioeconómico; y no solo por la falta de recursos para acceder a los servicios de salud, también por la malnutrición o el hambre, el nulo acceso al agua potable y a una vivienda de materiales perdurables, así como la falta de educación y trabajo digno. Lo que evidencia la interacción con otros derechos fundamentales y remarca las desigualdades y prácticas discriminatorias, en las que se ve afectada la salud de las personas.

Con el principal objetivo de combatir estas barreras puestas por la diferencia de: edad, raza, religión, estado de salud, estatus socioeconómico, estatus migratorio, orientación sexual, inequidad de género, cultura, entre otros; se han creado instrumentos y organizaciones nacionales e internacionales:

- *Organización de las Naciones Unidas (ONU)*. Nace en 1945, en plena segunda guerra mundial, con la firma de 51 Estados, México entre ellos, con el compromiso de mantener la paz y la seguridad en el mundo, así como defender los derechos humanos. Aunque la universalidad de estos derechos humanos se ha controvertido principalmente en países con democracia débil o inexistente. En el 2000 la ONU trazó metas con eje central en 8 “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, los cuáles no fueron del todo logrados; por lo que en el 2015 se adoptaron 17 objetivos, llamados “Objetivos de Desarrollo Sostenible” (ODS) hasta ahora vigentes, con metas específicas a alcanzarse en los 15 años siguientes, entre los que están: fin de la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, educación de calidad, igualdad de género, agua limpia y saneamiento, trabajo decente y crecimiento económico, reducción de desigualdades, producción y consumo responsable. <sup>9</sup> (ONU, 2020) Dentro del ODS: Salud y Bienestar, se busca enfrentar actualmente graves riesgos de salud como: altas tasas de mortalidad materna y neonatal, propagación de enfermedades infecciosas y no transmisibles y la falta de acceso a la salud reproductiva.
- *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Surge como parte de los asuntos tomados en la creación de las Naciones Unidas, entrando en vigor en 1948; tiene su sede en Ginebra, Suiza y lo conforman actualmente los 193 Estados miembros también de la ONU. La OMS define a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, definición que entró en vigor el 7 de abril de 1948, desde entonces sin modificarse. El actual Director General el Dr. Tedros Adhanom refiere “La Salud para todos debe ser el centro de la gravedad para lograr todos los ODS, porque cuando las personas están sanas, sus familias, comunidades y países se benefician. Pero aún tenemos un largo camino por recorrer. Alrededor de 400 millones de personas -uno de cada diecisiete ciudadanos del mundo- no tienen acceso a servicios sanitarios esenciales”. <sup>10</sup>(OMS, 2020) La OMS estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el objetivo de ofrecer asesoramiento respecto a cómo mitigar las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, lo que contribuye a la mala salud de una persona. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) dejan entre ver las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países como resultado del poder, políticas adoptadas y la distribución de recursos a nivel mundial, nacional y local; así como los valores adherentes a la cultura y sociedad, posición social como: género, raza o etnia, educación, ingreso y ocupación, mientras que los determinantes intermedios expresan los factores biológicos y del comportamiento en el que se incluyen los hábitos alimenticios y los vicios,

las condiciones socio-ambientales y materiales.<sup>11</sup> (Instituto Nacional de Salud Pública). Buscando a través de la DSS la mejoría en las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, dinero y recursos, así como medir y analizar el problema.

- *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*, el cuál es el instrumento internacional del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos. En diciembre de 1966 se aprueba el PIDESC junto con *El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)*; en 1981 México se adhiere a ellos. Por medio del PIDESC, se establece la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de los” derechos humanos básicos”, se genera el deber de los Estados de promover el respeto universal y a los individuos, de procurar el mantenimiento y el respeto a los derechos del pacto. Dentro del Pacto en el artículo 9 se señala el derecho a la seguridad social, y en el artículo 12 el derecho a la salud donde se destaca el disfrute del grado máximo de salud física y mental individual, la prevención de la salud con medidas higiénico-ambientales y tratamientos oportunos, con especial énfasis en la reducción de la mortalidad materno-infantil, con la finalidad de que se cumpla la gratuidad universal junto con el artículo 9.<sup>12</sup> (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012)
- *Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)* del Estado mexicano, se rige conforme a la Constitución Política de México, creada a través de la reforma constitucional del artículo 102° en 1992. La CNDH vigila sean respetados los *derechos fundamentales*, obligada a promocionarlos y difundirlos, de los cuales la Salud forma parte.

El 3 de febrero de 1983 la *Constitución Política de México de 1917* modificó el artículo 4° Constitucional en el párrafo cuarto, donde se garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud por medio de una ley. El derecho a la protección de la salud se introduce como una garantía social, en el que el Estado tiene la responsabilidad de proveer lo necesario para su efectividad y asegurar la asistencia sanitaria.<sup>13</sup> (Lugo, 2015). Con tres vertientes:

- 1.- Universalidad en cuanto a su cobertura, puesto que se otorga a todo mexicano sin distinción alguna.
- 2.- Diseño de una ley que establezca las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud.
- 3.- Descentralización en los servicios de salud y con ello, se deja a la misma ley la distribución de competencias, quedando atribuido a las entidades federativas y no a la federación.

Hasta este punto, se conoce que el derecho a la salud resulta mucho más complejo de solo estar libre de enfermedad, abarcando políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud, la propia autonomía corporal en todos sus sentidos y la interrelación con otros derechos fundamentales; por su parte, el derecho a la protección de la salud hace referencia a la responsabilidad del Estado de garantizar la asistencia sanitaria y lo estipulado en el derecho a la salud, para la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana, por medio de actitudes solidarias y difusión en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud (Art.2).<sup>13</sup> (Lugo, 2015).

Para esto último, en diciembre de 1983, el Congreso de la Unión aprobó:

- *La Ley General de Salud*, la cual entró en vigor en 1984. Estructurada en 18 títulos, 59 capítulos, 472 artículos y 7 artículos transitorios, tiene como objetivos:

Definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud; establecer las bases jurídicas para hacerlo efectivo; definir la participación y responsabilidades de los sectores público, social y privado; establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud; a la Secretaría de Salud (SSA) le confiere la competencia para dictar las normas técnicas en materia de salubridad general entre las que queda sujeta la prestación de servicios en todo el país, así como verificar su cumplimiento. <sup>14</sup> (Cámara de Diputados)

A la fecha, la Ley General de Salud ha tenido 118 reformas en los diferentes artículos; en enero del presente año se han publicado las últimas reformas en los artículos 79, 314, 348 y 419.

Me parece interesante la adición al Artículo 10 Bis (2018) en el que se toca el punto de la objeción de conciencia que como personal de salud podemos llevarlo a cabo, a excepción de cuando la vida del paciente este en riesgo o se trate de una urgencia médica; aunque en la Constitución no exista algún artículo que proteja este derecho, se puede inferir el art. 24 en el que se garantiza la libertad de conciencia, respaldada como parte del PIDCP en el art.18 donde dice que toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Habrá que tomárselo con cuidado, considero una buena iniciativa como parte de la libertad de conciencia y acordes a los principios morales de cada quién, sin llegar a ser un deslindamiento de responsabilidades.

También destaca la reforma al Artículo 111 (2019) donde se agrega a la promoción para la salud: la alimentación nutritiva, actividad física y nutrición; en un país que ocupa el primer lugar en obesidad infantil y el segundo en adultos, según la UNICEF.

En el marco de la apertura del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), en 2019 se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud:

La reforma de los artículos 2 y 3, dice que toda persona que no cuente con seguridad social tiene derecho de recibir de forma gratuita la prestación a los servicios de salud, medicamentos e insumos asociados sin importar la condición social, también se agrega con la finalidad de la protección a la salud, el desarrollo de la enseñanza, la investigación científica y tecnológica para la salud, así como la promoción y prevención de las enfermedades. Anexando en el art. 7 la coordinación de la SSA con el INSABI para su cumplimiento, en calidad de órgano rector, con acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Con ello, garantizando la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud particularmente para las personas sin seguridad social (art. 25).<sup>15</sup> (Decretos de Reforma,2020)

En el art. 77 se mencionan los requisitos para la prestación (vivir en territorio nacional, no ser derechohabiente, contar con CURP o acta de nacimiento) y se establece al INSABI como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud, que funge como fideicomitente, siendo la Secretaría de Hacienda y Crédito Público quienes establecerán la forma en que se ejerzan los recursos del mismo; recursos asignados anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente, los bienes muebles e inmuebles que el Gobierno Federal aporte y los demás bienes que reciba por cualquier otro título, teniendo como fin el destinar sus recursos a:

- I. La atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos,
- II. La atención de necesidades de infraestructura preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social,

- III. Complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como del acceso a exámenes clínicos, asociados a personas sin seguridad social.

Entre otras reformas hechas a la *Ley General de Salud*, referentes al derecho de la protección a la salud en las comunidades indígenas están:

En el Art. 10 (2006) hace referencia que la SSA promoverá la participación de los prestadores de servicios de salud, así como de las autoridades de las comunidades indígenas, siendo con estos últimos por medio de convenios y contratos al definir las responsabilidades de ambas partes; el Art. 64 (2009) por su parte establece acciones para capacitar y fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio. De la mano con lo que se articula en el Art. 64 Bis 1 (2015) donde se menciona que los servicios de salud prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiente o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento. Acciones con las que se busca combatir la muerte materna-infantil.

Referentes a la traducción en la lengua indígena de la comunidad o la región, se establece combatir la desinformación con la orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud por parte de las instituciones de salud (Art. 54 en 2006); también la información y orientación educativa referente a planificación familiar (Art. 67 en 2006); y la educación para la salud, haciendo orientación en su lengua sobre la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y la activación física. Así como, llevar a cabo la detección y seguimiento de peso, talla e índice de masa corporal, en los centros escolares de educación básica (Artículo 113 en 2006 y 2015).<sup>14</sup> (Cámara de Diputados)

Pareciera obvio a primera vista argumentar que el Derecho a la Salud se considera como un derecho social universal y como tal todas las personas lo tienen, pero la realidad es distinta. Se dificulta abarcar en una sola definición lo que significa salud, en un mundo pluricultural, en el que las demandas y necesidades básicas de la población son distintas y están en constante cambio.

El Derecho a la Salud no debe entenderse como un “derecho a estar saludable” sino como “un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”. El cuál es importante verse con perspectiva de género y considerar los determinantes básicos para la salud. Como lo menciona la Observación General No. 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: incluyendo políticas públicas de prevención, de difusión y promoción, de saneamiento público, cuidado del medio ambiente y de salubridad para prevenir enfermedades epidémicas, endémicas o de otra índole. Como pieza fundamental el individuo mismo que lo posee, con el derecho de estar informado sobre medidas de promoción, prevención o control de las enfermedades que lo aquejen, así como la responsabilidad y deber de cuidar su salud física, mental y social. Sin dejar a un lado, que también requiere que los encargados de decidir las políticas nacionales estén convencidos que la salud de la población es un factor indispensable para el desarrollo de la nación y que, lejos de ser un gasto público es una inversión.

## 2.2 DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

### 2.2.1 PANORAMAS

#### 2.2.1.1 PANORAMA NACIONAL

México es considerado como un país megadiverso en lo cultural y natural, favorecido por su posición geográfica, su clima, relieve, suelo y agua se ubica en la catorceava posición entre los países con mayor

superficie y el décimo lugar como el país más poblado. A pesar de estos números, la densidad del país con la población distribuida por todo el territorio es baja en comparación con otros países, pero la realidad es que el 56.9% de la población esta conglomerada en las 59 zonas metropolitanas que tiene el país; favorecidas con mayor desarrollo social, no solo por alojar a poco más de la mitad de la población nacional, sino por ser sedes principales del sector terciario, accediendo con mayor facilidad a los servicios de transporte, comunicación, educación, servicios públicos y de salud.

Según el INEGI (2015) el 78% de la población nacional se concentra como población urbana, y el 22% con menos de 2500 habitantes se concentra como población rural. Distribución que varía de acuerdo con la entidad federativa, como en el caso del Estado Chiapaneco que discrepa de esta distribución teniendo más o menos la misma cantidad de población rural que urbana.

En la *Tabla 1* se puede observar que, la esperanza de vida es 2 años menor en Chiapas que la nacional; que la pobreza extrema es casi 4 veces mayor de la que existe de manera general en el país, reflejado en su índice de analfabetismo, y relacionado a que existe una población importante de personas de pueblos originarios.

*Tabla 1. Comparación de datos demográficos Estatales vs Nacionales.*

<i>Indicador</i>	<i>Unidad</i>	<i>En Chiapas</i>	<i>En el país</i>
<i>Superficie</i>	Km2	73,311	1, 953,162
<i>Densidad</i>	Hab/km2	71	61
<i>Distribución</i>	Rural / Urbana (%)	51% / 49%	22% / 78%
<i>Población</i>	Habitantes	5,647,532	126,577,691
<i>Distribución de la población</i>	Mujeres/Hombres (%)	M 51.4% / H 48.6%	M 51.1% / H 48.9%
<i>Esperanza de vida</i>	Años	73	75.2
<i>Analfabetismo Len- guas indígenas habladas Ha- blantes de lengua indígena</i>	población de 15+ años (%)	14.8	5.5
	número	13	69
	porcentaje (%)	28 %	7 %
<i>Actividades Económicas</i>			
<i>Primarias</i>	Aportación al PIB (%)	7.3%	3.6%
<i>Secundarias</i>		20.9%	31.9%
<i>Terciarias</i>		71.8%	64.5%
<i>Pobreza Multidimensional</i>	Población total en pobreza (%) Po-	77.1%	43.6%
	población en pobreza moderada (%)	49%	35.9%
	Población en pobreza extrema (%)	28.1%	7.6%

Datos recuperados de: Encuesta Intercensal INEGI 2015.

### 2.2.1.2 PANORAMA ESTATAL

Chiapas es uno de los 32 estados mexicanos, representado apenas el 3.7% de la superficie del país, pese a ello se ubica en el décimo lugar como el estado con mayor superficie y el séptimo lugar con la mayor población. Con una distribución por género muy similar a la nacional.

Su capital es Tuxtla Gutiérrez la cuál, junto con San Cristóbal de las Casas, Tapachula, y Comitán tienen una quinta parte de la población total del estado.

En la *Ilustración 2* se observa el estado Chiapaneco con sus 124 municipios actualmente registrados, siendo Ocosingo el municipio con mayor superficie territorial y Santiago el Pinar como el menos extenso.

Se sitúa en la parte sureste de la República Mexicana, colinda al norte con Tabasco, al noroeste con Veracruz, al sureste con la República de Guatemala, al suroeste con el Océano Pacífico y al oeste con Oaxaca. Forma parte como uno de los tres estados que colinda con el país de Guatemala (junto con Tabasco y Campeche), abarca el 57.31% de toda la longitud fronteriza.

Se encuentra entre los estados más biodiversos del país, rico en recursos naturales y culturales, con 44.2% de su superficie cubierto de vegetación natural. Presenta amplia variedad de ecosistemas, entre pastizales (25.6%), selva (9.6%) con su máxima expresión en la Selva Lacandona, y bosques de coníferas, encino y niebla (9%) estos últimos reconocidos por la UNESCO por su alta biodiversidad y extensa aportación de servicios ambientales.

Posee hábitats que albergan fauna en peligro de extinción como el mono araña, águila arpía, saraguato, jaguar, quetzal, entre otros. Desafortunadamente su explotación irracional ha devastado extensas áreas de bosques y selvas, provocando la pérdida de especies de flora y fauna silvestres.

El estado Chiapaneco forma parte de la Llanura Costera del Golfo Sur, Cordillera Centroamericana, Sierra de Chiapas y Guatemala, con una altitud máxima de 4 000 m del nivel del mar por el volcán Tacaná (en el límite fronterizo con Guatemala).

Por sus cuerpos de agua se tienen 4 presas, 5 lagunas y 49 ríos; de los cuáles el río Usumacinta y el río Grijalva son de los más importantes por ser los dos ríos más caudalosos del país y representar la mayor producción de energía hidroeléctrica, como en el caso del río Grijalva. En infraestructura y desarrollo tiene el 3<sup>er</sup> lugar en extracción de petróleo y gas, el 4<sup>to</sup> lugar en fabricación de productos químicos básicos y el 6<sup>to</sup> en aeropuertos internacionales.<sup>17</sup> (INEGI, 2013)

En cuanto a su clima, predominan los días lluviosos y húmedos en verano, habiendo un contraste de clima entre sus regiones: hacia el norte superando los 35°C en verano, mientras que en la zona de los altos presentándose temperaturas por debajo de los cero grados en invierno. En particular es por su clima templado-húmedo que favorece el cultivo de café cereza, palma africana de aceite y plátano, con los que ocupa el primer lugar de producción nacional.

### 2.2.1.3 PANORAMA MUNICIPAL

Ocosingo en voz náhuatl significa “Lugar del señor negro”. Es uno de los dos municipios del estado de Chiapas perteneciente a la región socioeconómica número XII “Selva Lacandona” (junto con Altamirano); se ubica a 893 metros de altitud por encima del nivel del mar y su extensión territorial representa el 11.39% de la superficie estatal. Limita al norte con Palenque, al este y al sur con la República de Guatemala, al suroeste con las Margaritas y al noroeste con Chilón, Oxchuc, Altamirano y San Juan Canuc. En este municipio se hablan 2 lenguas mayas propias de la zona: tzeltal con 654,553 hablantes y el lacandón con 1129 hablantes.<sup>21</sup> (INPI, 2019).



*Ilustración 2. Mapa con división política del estado de Chiapas.*

En 2017 la población era de 218,893 habitantes, de los cuales el 50.7% fueron mujeres y el 49.3% fueron hombres.<sup>20</sup> (INEGI, 2017). La red hidrológica es densa, entre los ríos que comprenden están: el Usumacinta y Jataté; albergando la laguna Miramar. Predomina el clima cálido húmedo, el cual permite albergar una gran variedad de especies de animales, entre ellas: nauyaca, boa, mono araña y saraguato, cocodrilo de pantano y río, jabalí, armadillo, mapache, venado, cabrito, manatí y jaguar.

Alberga varios sitios arqueológicos de la cultura maya: Bonampak, Yaxchilán, Tonina, Mesabok y Sibal.<sup>18</sup> (Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México, 2010) A pesar de ello su riqueza natural y cultural, Ocosingo según información de SEDESOL (2010), cuenta con un grado de marginación municipal muy alto. Para el 2010, el municipio tenía 1,114 localidades de las cuales sólo 5 eran urbanas y el resto rurales. Aunque solo se concentra el 10.4% de la población en las comunidades rurales de menos de 100 habitantes, mientras que en las zonas rurales de más de 10,000 habitantes se concentra el 26.3% de la población, la mayor población se concentra en comunidades rurales de menos de 2500 habitantes y urbes pequeñas.<sup>19</sup>(SEDESOL, 2010)

#### 2.2.1.4 PANORAMA LOCAL

La Garrucha se encuentra en la región noreste del estado en la zona selva norte en el municipio gubernamental de Ocosingo, a 800 metros sobre el nivel del mar (véase la *Ilustración 3*). Colinda al norte con Mitontic, al noreste con tierra negra, al sur con Patihuitz, al este con tierra recuperada y al oeste con la esperanza. Su clima es cálido-húmedo, con sensación térmica min. de 13°C y máx. de 30°C. Dentro de su historia, la comunidad de la Garrucha actual es relativamente joven, ya que se comenta por los lugareños, que en la cima del cerro que se encuentra al oeste de la comunidad hace algunos años se ubicaba la “Vieja Garrucha”, pero debido al incremento de la población y el difícil acceso a ella, las 5 familias fundadoras se tuvieron que desplazar a lo que hoy en día es la comunidad. Actualmente, la vieja Garrucha se encuentra deshabitada, con algunas casas destruidas que dejan el rastro de que hubo una comunidad.

En el catálogo SEDESOL de microrregiones; la Garrucha (con un grado de marginación muy alto y un rezago social alto) presenta datos del 2005 y 2010, que al compararse se percibe una disminución poblacional del 35.2% para 2010 (182 habitantes) con respecto al 2005 en ambos años<sup>22</sup> (SEDESOL). Aunque con estos datos podría intuirse que la población va muriendo o migrando en 5 años; se tiene que tomar en cuenta la condición política de la comunidad al recaudar la información.



Ilustración 3. La Garrucha; Colección personal.

#### 2.2.2 INDICADORES SOCIALES

En la *Tabla 2* se muestra cómo se han comportado 8 indicadores sociales en el periodo 2010-2016 en Chiapas. Clasificándolo por semáforo, en verde cuando supera la puntuación nacional y rojo cuando se encuentra por debajo, así como la posición a nivel nacional en la que se encuentra. Se observa que, el estado Chiapaneco sólo se encuentra en verde en atención en salud y alimentación, los cuáles se han reducido a más de

Tabla 2. Semaforización de los indicadores sociales a nivel estatal en comparación con las cifras nacionales.

Indicador	Nacional	Estatal				Semáforo	Posición a nivel nacional
	2016	2010	2012	2014	2016		
Cobertura educativa	17.4%	35.0%	33.5%	30.7%	29.0%	●	32°
Acceso a la salud	15.5%	35.4%	24.9%	20.7%	15.0%	●	21°
Seguridad social	55.8%	82.4%	83.3%	82.8%	81.1%	●	32°
Calidad y espacios en la vivienda	12.0%	33.3%	29.1%	26.9%	24.5%	●	30°
Servicios básicos en la vivienda	19.3%	60.7%	56.8%	57.4%	52.3%	●	31°
Alimentación	20.1%	30.3%	24.7%	27.5%	19.4%	●	15°
Empleo en el sector privado	17.5%	50.9%	46.7%	48.5%	49.9%	●	32°
Población con ingreso inferior a L2	50.6%	80.9%	76.4%	78.7%	79.8%	●	32°

Recuperada del Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social; SEDESOL,2018.

la mitad y a un tercio, respectivamente. Y presenta 6 carencias sociales en: educación, seguridad social, vivienda, servicios básicos y situación económica.

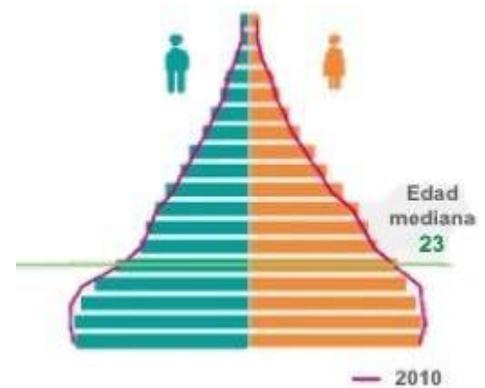
### 2.2.2.1 DEMOGRAFÍA

La estructura por edad de la población refleja su dinámica e interacción.

En la *Gráfica 1* para 2015 a nivel nacional, por ejemplo, comparado con el 2000 y 2010, se aprecia una disminución de la natalidad a lo largo del tiempo, y un incremento poblacional a partir de los 40 años, en ambos sexos. Mientras que, la población menor a 15 años en 2015 representa el 27.4% del total, el grupo de 15-64 años constituye el 65.4%, y las personas de edad avanzada el 7.2%.<sup>26</sup> (INEGI, 2015)

Dicha distribución muestra que el país tiene actualmente su punto máximo de población económicamente activa, relativo a las personas en edades dependientes.

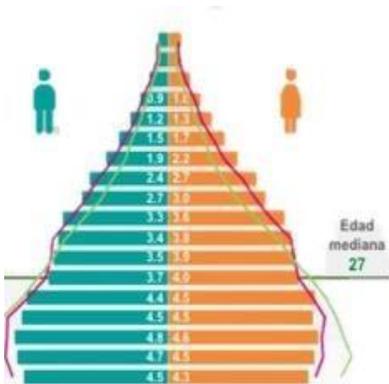
Otro dato interesante para analizar a nivel nacional es que a pesar de que en México existen 1.2% más mujeres que hombres; las estadísticas reflejan que nacen más hombres que mujeres; sin embargo, es a partir de los 20 años que la relación cambia, debido



Gráfica 1. Pirámide poblacional a nivel nacional; INEGI, 2015.

según la Encuesta Intercensal 2015 a dos factores: mayor migración internacional masculina y mortalidad del mismo sexo más elevada.

Por su parte, Chiapas se consideró como la entidad con estructura poblacional más joven (INEGI,2015). En la *Gráfica 2* se puede ver una pirámide de base ancha; los primeros 10 años de vida son el 24% de la población total; cifra que va disminuyendo de forma simétrica hasta los 25 años, donde la disminución es más notoria y hacer una diferencia entre el número de mujeres más que el de hombres. Lo que podría explicarse por las mismas razones que se expresan en el país, aunque a una escala nacional.<sup>26</sup> (INEGI, 2015)

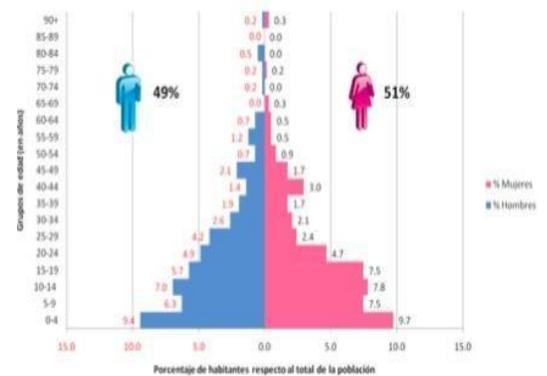


Gráfica 2. Pirámide poblacional en Chiapas; INEGI, 2015.

En el 2015, la población de la Garrucha era de 575 personas con predominio femenino. Su pirámide poblacional representada en la *Gráfica 3* se ve desequilibrada, con mayor población de 0-4 en ambos sexos con 19.3% de la población total, y una base ancha en general en los primeros 25 años de vida. Mientras que la población de 65 años y más, representa apenas el 1.9% de la población total.<sup>27</sup>(Lagunas L, 2015)

Todo lo anterior, me lleva a la reflexión de que a nivel nacional la tasa de fecundidad y natalidad se ha reducido, lo que permite una distribución mayor en edades económicamente productivas; aunque llegará un punto en el que se invierta la pirámide, y tengamos una población mayoritariamente longeva. Mientras que en Chiapas y la Garrucha, la mayor población se encuentra en los primeros años de vida. Reflejando una tasa de fecundidad y natalidad alta; lo que trae varias implicaciones, entre ellas un gasto mayor en los bolsillos familiares de los hogares.

Estructura por Sexo y Edades de la Población de La Garrucha estimación 2015.



Gráfica 3. Pirámide poblacional de la Garrucha, Lagunas L. RSS 2015

### 2.2.2.2 COMUNICACIÓN

El uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) es primordial para el desarrollo social y económico de un país, reflejado en su PIB. En 2012 el Banco Mundial dio a conocer para los países en desarrollo, una estrategia de TIC que abarca tres orientaciones: conexión, innovación y transformación, con el fin de transformar la prestación de servicios básicos, potenciar la innovación e incentivar la productividad, y mejorar la competitividad, México recibiendo una inversión por el BM en 2013.

A nivel nacional el equipamiento de las TIC en las viviendas ha incrementado sustancialmente desde 2001 a 2019, actualmente: 44.3% de las viviendas tienen computadora, 53.9% radio, 56.4% conexión a internet, mientras que 92.5% telefonía y televisión. Dentro de las razones por las que los hogares no disponen del equipamiento, la falta de recursos económicos representa el 53.3%. Estos datos son infructuosos, cuando se comparan las viviendas urbano-rurales, para 2019<sup>23</sup>:

Tabla 3. Acceso de las TIC por tipo de localidad

Artículo/tipo de localidad	Viviendas urbanas	Viviendas rurales
Computadora	50.9%	20.6%
Internet	65.5%	23.4%
Telefonía	95.7%	81.1%
Radio	55.5%	48.2%

Datos recuperados de ENDUTH 2019.

Es clara la diferencia de disponibilidad de las TIC entre la población urbana y la rural observada en la *Tabla 3*; según ENDUTH (2019), las principales causas de porque no disponen de telefonía celular es por falta de recursos económicos con un 47.7%, mientras que por la falta de servicio en su localidad (infraestructura, cobertura de red) corresponde al 3.9%.

En 2013, Chiapas ocupó el 1<sup>er</sup> lugar en terminales satelitales instaladas para el servicio de telefonía rural.<sup>17</sup> (INEGI, 2013) A pesar de ello, las localidades en la periferia de Ocosingo no tienen acceso a la red telefónica, por la infraestructura inexistente.

En la Garrucha y sus alrededores la forma de comunicarse es por medio de radios woki toki que muchas familias adquieren para poder comunicarse con sus familiares de otras comunidades, o pasar mensajes. En este sentido tienen canales y códigos específicos para poder identificar cuando el mensaje es para una persona o familia determinada.

Recién en 2019, llegó a la Garrucha la red Conectaless rural de la compañía Viasat (Compañía de telecomunicaciones trasnacional de California, E.U.), una forma de tener Wifi a través de fichas de prepago que van desde los 13 pesos por 1 hr de conexión a internet, hasta 150 pesos por 1 GB para usarlo del modo que más convenga., este modo de tener internet es el que han adoptado las familias de esta cañada para su comunicación. Don Luis y doña Petrona son la única tienda en la Garrucha que maneja este servicio, ellos refieren que fueron unas personas a ofrecerles el servicio; luego de haber aceptado y firmar el contrato les llevaron una computadora para generar los códigos, junto con un modem y les instalaron la antena en el techo de su casa. Ellos van cada cierto tiempo a Ocosingo para pagar por el servicio. Aunque la conexión de internet tiene un alcance de no más de 10 metros, se convirtió en la oportunidad para la conexión de la comunidad con el resto del mundo.

### 2.2.2.3 VÍAS DE ACCESO Y TRANSPORTES

En México la red de Carreteras Nacionales comunica casi todas las regiones y comunidades del país, siendo la carretera la infraestructura de transporte más utilizada. Entre autopistas, carreteras, caminos rurales y brechas; México cuenta con 750 691 km. En Chiapas, se cuenta con una longitud total de carretera de 23, 427 km, de las cuales:

- Troncal federal principal (2 o 4 carriles) se tiene una longitud de 2 655 km.
- Carreteras secundarias: pavimentadas 4,587 km, revestidas 223 km, y terracería con 8 km.
- En caminos rurales: 14,892 km son revestidos, 1,003 km son terracería y 59 km son brechas mejoradas.<sup>24</sup>(INEGI, 2011).

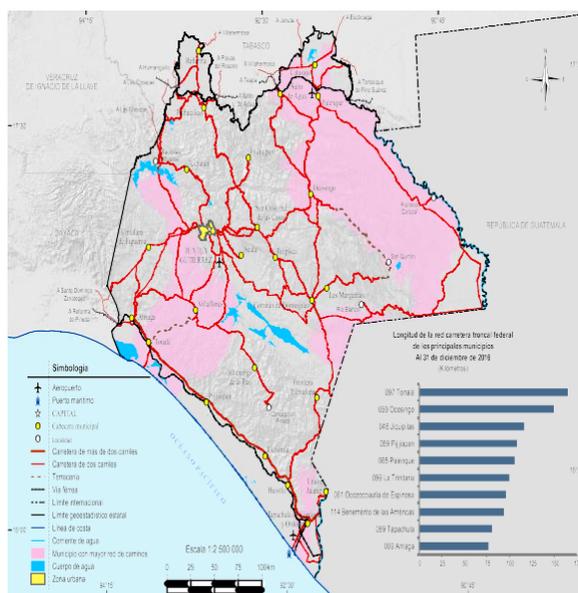


Ilustración 4. Mapa con los tipos y localización de carreteras Principales en Chiapas; SCT,2015

Como se muestra en la *Ilustración 4*, se conoce que la mayor cantidad de km que conecta al estado de Chiapas son caminos rurales en sus diferentes versiones, siendo Ocosingo uno de los municipios con mayor red de carreteras<sup>25</sup> (Hernández, 2009), y contemplando los datos antes mencionados, se infiere que la mayor cantidad de carreteras que tiene Ocosingo son de tipo rural.

Por otro lado, en cuanto a transporte en el Estado de Chiapas; se cuenta con tres Aeropuertos en Palenque, Tuxtla Gutiérrez y Tapachula; un puerto marítimo; y 3 vías férreas (una al sur y dos al norte); el resto de transporte es camiones (tipo escolar) en las zonas urbanas, urbanos que comunican el amplio margen de las carreteras secundarias, y redilas (camionetas de batea) utilizadas en caminos rurales, para comunicar las comunidades más apartadas con la urbe.

El camino de Ocosingo a la Garrucha se clasifica dentro de los caminos rurales: Un pequeño tramo de 15 km aproximados se considera como camino rural revestido. Y los siguientes 45 km como terracería y

brechas (véase la *Ilustración 5*). Para acceder a la comunidad de La Garrucha hay dos formas: desde la cabecera municipal de Ocosingo o desde San Quintín. Desde Ocosingo se toma una redila por un costo de \$35.00 (vía principal de acceso a la comunidad y las comunidades aledañas), el número de redilas que salen por día es de aproximadamente 5 a partir de las 10:30 am, dependiendo de si se consigue llenar y en qué tiempo, es la salida de las redilas. Este transporte es utilizado por los lugareños principalmente para comprar alimentos de su canasta básica que difícilmente se obtienen en la comunidad y en caso de urgencias médicas la redila se vuelve el transporte de traslado; ya que en el lugar no se cuentan con vehículos particulares por los usuarios, incrementando el costo hasta 20 veces por traslado.

Por San Quintín las redilas salen de la madrugada a partir de las 12 am para hacer el recorrido de 132 km en 5 hr aproximadamente para llegar a Ocosingo; de esta manera por la Garrucha las redilas empiezan a pasar desde las 3 am.



*Ilustración 5. Condición de las carreteras y la redila; Colección personal.*

De la Garrucha y Patihuitz (poblado vecino) las redilas locales empiezan a salir desde las 5:30 am para Ocosingo; siendo las 10 am es difícil encontrar una redila que te lleve a Ocosingo, ya que se espacian por mucho más tiempo, hasta que a las 2 pm ya no hay forma de ir a Ocosingo en transporte público; misma hora que las redilas empiezan a regresar de la cabecera municipal, llenas de cargamento en un tiempo aproximado de una hora y media a dos horas y media a la Garrucha.

#### **2.2.2.4 FECUNDIDAD Y NATALIDAD**

Las tasas de fecundidad y natalidad son muy importantes para analizar, por un lado, a las mujeres en edad reproductiva, el número de hijos que se tienen en relación con la muerte materna; así como la natalidad, importante como indicador de crecimiento y la necesidad de recursos básicos como educación, salud, alimentación y vivienda.

A nivel nacional en 2014, las mujeres de 15-49 años tenían en promedio 2.3 hijos. La tasa de fecundidad por grupo de edad (hijos por cada mil mujeres) para ese mismo año, reflejó que las mujeres adolescentes presentaron un incremento del 10%, en cambio las mujeres de 20-49 años tuvieron valores más bajos respecto al 2009.

Se vuelve relevante al echar un vistazo a la tasa global de fecundidad por tamaño de localidad, la cual se mantiene más alta en la población rural con 2.8 hijos por cada mil mujeres. <sup>26</sup> (INEGI, 2015)

En la encuesta Intercensal del INEGI (2015), Chiapas se encontró como la entidad con la mayor tasa de fecundidad por grupos de edad, con una tasa global de 3 hijos por cada 1 000 mujeres; presentando su mayor aumento en el embarazo adolescente pasando de 66.98% en 2009 a 77% en 2014. Por su parte, el número de nacimientos se había mantenido descendiendo gradualmente desde 2013 hasta 2019 a nivel

nacional, donde según el Sistema de Información de la Secretaría de Salud se registraron 883,341 nacimientos (siendo apenas el 45.6% de los registrados en 2018); de los cuáles el 7% son indígenas.

Mientras que, en Chiapas para el mismo año, se registraron 39,258 nacimientos (poco más de la mitad de los registrados en 2018); siendo el 22% de ellos indígenas. Aunque se podría deducir que es la población indígena la que tiene la tasa de fecundidad y natalidad en aumento; el Sistema de Información de la Secretaría de Salud dice lo contrario, presentando un descenso del 49.4% del 2018 al 2019; lo cual infiere que la tasa alta de fecundidad y natalidad se presenta en población chiapaneca no indígena (al menos de acuerdo con los datos recabados por la SSA), considerando únicamente la(o)s niñas del registro civil.<sup>28</sup> (Sistema de Información de la Secretaría de Salud, 2019).

En la clínica de la Ramona se atendieron 28 partos a lo largo del servicio social, es difícil conocer con precisión cual es la tasa de natalidad en la comunidad porque la mayoría de los partos son atendidos por Josefina (partera de la Garrucha), y aunque se ha buscado el trabajo en conjunto es difícil por la diferencia política que se presenta.

### 2.2.2.5 MORTALIDAD

A nivel nacional la mortalidad ha ido en aumento con el paso de los años, en la última actualización del 2018 se registraron 722,611 muertes.<sup>29</sup> (INEGI, 2018) En la población general, la principal causa de muerte fueron las enfermedades del corazón (20.1%), seguida de diabetes (15.2%), tumores malignos (12%), enfermedades del hígado (5.5%) y accidentes (5.2%).<sup>30</sup>(INSP, 2017)

En el estado de Chiapas para el 2017 se registraron 26,629 defunciones; ocupando el 8<sup>vo</sup> lugar como el estado con más defunciones<sup>29</sup> (INEGI, 2018). Donde el estado ocupa los primeros sitios en mortalidad por causas sujetas a vigilancia epidemiológica como: IRAS (Infecciones respiratorias agudas superiores) y EDAS (Enfermedades digestivas agudas) en menores a 1 año con una tasa de 210.4 por cada 1 000 habitantes (tasa nacional 62.2); en etapa pos neonatal una tasa de 253 (tasa nacional 65); en edad preescolar de 1-4 años la tasa fue del 41.9 (tasa nacional 9.2); en cambio en el grupo de 65 años y más, las enfermedades por VIH, tuberculosis, Influenza son las más frecuentes con una tasa de 22.4 por cada 1 000 habitantes (tasa nacional 11.3).

En el año de servicio social se registraron un total de 10 defunciones; de las cuales 2 fueron comentadas por personas de la comunidad, 4 llegaron finadas a la clínica, y 4 recibieron tratamiento paliativo en la clínica a la par de la medicina tradicional, y la oración. Acerca de estas últimas, cabe destacar que se creó un vínculo fuerte entre la familia de la(o)s finadas y yo; preparándose para el duelo, y creando un ambiente de paz y armonía para la persona doliente; en todo momento se respetó la decisión de las personas a no acudir a un siguiente nivel de atención, o la negación a algún tratamiento. Tomando en cuenta en todo momento las creencias de las familias.

Como se puede observar en la *Tabla 4*, el 90% de las defunciones son del sexo femenino, y solo el 10% pertenecen a la comunidad de la Garrucha, el resto es de otras comunidades. Entre las causas de las defunciones: 10% se debió a enfermedades del corazón, 20% a complicaciones de Diabetes; 20% a tumores malignos (con un caso registrado de CaCu); 10% enfermedades del hígado; 20% accidentes registradas en niñas en periodo neonatal y preescolar; así como 10% resultó infección, y 10% fue un óbito como causa de enfermedad hipertensiva del embarazo. Estadísticas muy acordes a las causas principales de defunción registradas a nivel nacional.

Tabla 4. Defunciones registradas en la Garrucha, a lo largo del S.S. en el periodo feb 19- ene 20.

Edad	Sexo	Comunidad	Diagnóstico de defunción
39 SDG	F	Agua Escondida	Óbito causado por eclampsia en embarazo adolescente.
21 días	F	Patihuitz	Asfixia del Recién nacido.
3 años	F	San Bartolo	Choque anafiláctico por picadura de animal venenoso.
36 años	F	Pataté Nuevo	Leucemia mieloide aguda en etapa IV.
55 años	F	Sultana	Complicaciones de Diabetes tipo 2.
57 años	F	Galeana	Choque séptico postquirúrgico.
60 años	F	San Juan	Cáncer Cervicouterino
60 años	M	Patihuitz	Complicaciones de Diabetes tipo 2.
70 años	F	Garrucha	Cirrosis e insuficiencia hepática.
75 años	F	Sultana	Insuficiencia cardiaca congestiva

Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

En cuanto a la mortalidad materna para la semana 52 del 2019 se registraron 690 defunciones totales de las cuáles Chiapas tuvo 57 de ellas (42 recibieron atención en alguna institución y 15 no), ocupando el 2<sup>do</sup> lugar después del Edo. de México con 77 defunciones. Dentro de las principales causas se encuentran: causas maternas indirectas no infecciosas, Hemorragia Obstétrica, Enfermedad Hipertensiva y aborto; abarcando el 74.6% del total de las causas, registradas<sup>31</sup> (Secretaría de Salud, 2020). A pesar de que en 2018 Chiapas ocupó el 1<sup>er</sup> lugar en muertes maternas con 71 casos, y al menos por los últimos 5 años se había mantenido entre los primeros tres lugares; el número de casos registrados en Chiapas y a nivel nacional ha ido disminuyendo año tras año. En la Garrucha no se han registrado muertes maternas, comenta Mica (promotora de salud sexual y reproductiva) quien refiere no le ha tocado algún caso en los 13 años que lleva trabajando ahí. Aunque como se mostró en la tabla anterior sobre las defunciones registradas en la Garrucha, en una mujer con trastorno hipertensivo del embarazo se registró un óbito de 39 SDG.

### 2.2.2.6 MIGRACIÓN

Los datos generados por la Encuesta Intercensal 2015, refleja que 17.4% de los mexicanos, nacieron en una entidad distinta a la entidad en que residen o nacieron en el extranjero.

Las entidades federativas con mayor porcentaje de población nacida en otra entidad o país son: Quintana Roo, BCS y México. Mientras que, en el otro extremo, Chiapas tiene el menor porcentaje de población nacida en otra entidad o país con 3.4%, seguida por Guerrero, Oaxaca, Tabasco y Veracruz.

Ahora bien, de acuerdo con el Saldo Neto Migratorio (SNM), es decir la diferencia entre inmigrantes y migrantes; al interior del país los estados con el mayor SNM son: Quintana Roo, BCS y Querétaro. Por el contrario, Guerrero y el Distrito Federal, son los estados que más población pierden, entre otros también se encuentra Chiapas en 5<sup>to</sup> lugar.<sup>26</sup> (INEGI,2015)

En tanto que la migración nacional e internacional indica una alta movilidad entre la población indígena, y al mismo tiempo muestran la configuración de Baja California, Nuevo León y Quintana Roo como polos

de atracción (debido a que en esas entidades el porcentaje de población indígena que nació en otra entidad de la República supera el 70%). Del lado contrario, las entidades que se distinguen por registrar una mayor expulsión de población indígena nativa son Oaxaca, Veracruz, Yucatán, Ciudad de México y Puebla; además de estas entidades en México y Chiapas se presenta un flujo importante de migrantes recientes.

De acuerdo con el porcentaje de la población indígena en hogares según condición migratoria, en 2015, Chiapas tuvo un 4.3% de SNM de los cuales 0.6% inmigran y 4.9% emigran. Queriendo decir que la migración en Chiapas es mayormente de salida a otros estados o países que, de entrada.<sup>32</sup> (Coordinación General de Planeación y Evaluación, 2015).

En la Garrucha y las comunidades aledañas los hombres no zapatistas, suelen ir a buscar mejores oportunidades de trabajo a otros sitios, para luego volver con dinero para la familia. Los principales sitios que se comentan en las historias clínicas son: Playa del Carmen, Cancún, Ciudad de México, Tijuana y Estados Unidos. Se refiere varios han quedado allá, sin volver. Sin embargo, las mujeres suelen migrar únicamente a otras comunidades, cuando contraen matrimonio y buscan una vida en pareja. Lo que refleja una desigualdad de género en la búsqueda de la mejora económica entre ser hombre o mujer.

### 2.2.2.7 EDUCACIÓN Y ANALFABETISMO

La educación constituye el motor del desarrollo y bienestar, por ello se tiene como objetivo la incorporación de las niñas y los niños a la escuela desde edades tempranas, hasta alcanzar la cobertura universal.

En 2015, la(o)s niñas de 3-5 años que asisten al preescolar, representan una población muy similar por sexo y por tamaño de localidad, abarcando el 61% de este sector poblacional.

En la *Tabla 5* se puede observar que, el porcentaje de las y los niños que acuden a la educación básica a nivel nacional y estatal se encuentran por arriba del 90%; a pesar de que, en la comparación estatal, Chiapas tenga el último lugar.<sup>26</sup> (INEGI, 2015) En tanto que en la población indígena a nivel nacional esta cifra disminuye drásticamente, siendo únicamente el 15% de la población quienes terminan la primaria.<sup>32</sup> (Coordinación General de Planeación y Evaluación, 2015).

Cifras que se reflejan en el promedio de escolaridad de la población de 15 a 29 años, entre los extractos poblacionales comentados; donde a nivel nacional es a 1<sup>ro</sup> de bachillerato, a nivel estatal a 1<sup>ro</sup> o 2<sup>do</sup> de secundaria y en población indígena es hasta 4<sup>to</sup> o 5<sup>to</sup> de primaria.

*Tabla 5. Comparación entre el porcentaje que estudia el nivel básico y el promedio de escolaridad entre la población nacional, estatal e indígena.*

<b>Población</b>	<b>Indicadores</b>	<b>% de población que estudió nivel básico</b>	<b>Escolaridad promedio en años en población de 15 a 24 años</b>
<b>Nacional</b>		96%	9.2
<b>Estatal</b>		93%	7.2
<b>Indígena</b>		15%	4.5

Recuperado de la Encuesta Intercensal; INEGI, 2015.

Otro indicador para medir el nivel educativo es el analfabetismo; en México la tasa es de 5.5 por cada 1 000 habitantes; siendo Chiapas el estado con mayor tasa en el país con 14.8, en contraste con la menor tasa de 1.5 que tiene la ciudad de México<sup>26</sup> (INEGI, 2015). Sin embargo, en la población indígena la tasa incrementa a 17.8. Lo que demuestra que, a pesar del incremento en los niveles educativos y la asistencia escolar, la brecha entre entidades federativas y aún más entre la población indígena y no indígena es muy amplia.

Por sexo y edad, la tasa incrementa muy bruscamente conforme aumenta la edad, desde una tasa de 1.2 en el grupo de 15-29 años, hasta una tasa de 28.5 en los 75 y más. Por su parte, visto por sexo, las mujeres en todos los grupos de edad se mantienen con mayor tasa de analfabetismo.

En la Garrucha, debido a los dos sistemas políticos predominantes, las y los niños acuden a la escolita zapatista o a la escolita partidista:

- La escolita zapatista tuvo un periodo de año y medio sin abrirse por falta de maestros (promotores de educación) para impartir clases. Actualmente son 3 promotores de educación de la comunidad quiénes imparten las clases, dividiéndose a los niños por edades que van desde los 4 hasta los 13 años. Debido a que el 100% de las y los pequeños entienden y hablan español, las clases son impartidas en el idioma, y aunque se inculcan algunas cosas del idioma tzeltal; por ser un idioma fonético más que escrito, y con la poca practica del habla con otras personas en tzeltal; la realidad es que se está perdiendo en la población más pequeña el idioma. La escolita zapatista dura 3 años en los que se ven español, matemáticas, ciencias naturales e historia principalmente del movimiento armado zapatista y todo su referente, en un horario de 7 am a 1 pm con un descanso para tomar pozol (tiempo en que todos vuelven a sus casas por una hora). Dentro del movimiento zapatista la escuela no es obligatoria, volviéndose flexible a las y los niños que tienen que acudir a trabajar con sus familias en las milpas o los que deciden por su cuenta no estudiar. (Observación directa)

Hace un par de años, el caracol III de la Garrucha construía una secundaria, creada para continuar los estudios, el proyecto fue muy ambicioso, construyendo dormitorios, pensando en jóvenes zapatistas de otras comunidades, para que no tengan que viajar todos los días desde sus comunidades; el cual quedó trunco por falta de recursos.

- Por su lado, las y los niños partidistas acuden a la primaria con la impartición de clases por personas de la comunidad que, a pesar de no tener el título de docencia, fueron seleccionadas y capacitadas para ello. Una vez concluida la primaria, las y los niños tienen que hacer un recorrido caminando de 40 min o en bici (como van muchos) de 15 min, para poder acudir a la telesecundaria o al Cobach en la comunidad aledaña que es Patihuitz, en estas escuelas existen docentes que cursan sus prácticas profesionales.

Ya para el nivel superior, se vuelve muy difícil para las familias sustentar el gasto que ello representa, ya que acudir a Ocosingo todos los días representa un gasto enorme con sólo el transporte de ida y vuelta, además que el transporte por la tarde ya no se vuelve una opción para regresar, por lo que los estudiantes se verían obligados a rentar un lugar en la cabecera municipal, representando un gasto mayor. Actualmente, en la comunidad de la Garrucha sólo 2 jóvenes han tenido acceso al nivel superior (un hombre y una mujer).

En otro sentido, de acuerdo con las consultas dadas, es notable que, a mayor edad y de inclinación femenina aumenta el analfabetismo. Lo que podría explicarse, por un lado, por la migración de los hombres de las comunidades a otros lugares en busca de mayores oportunidades; siendo al relacionarse con otras personas, que cobra sentido la utilidad de saber leer y escribir.

#### 2.2.2.8 VIVIENDA

La calidad de las viviendas no solo es un indicador económico, también nos ofrece información para factores que pueden presentarse ante la enfermedad; como el contagio de IRAS, parasitosis e infecciones dermatológicas por el hacinamiento, la falta de refrigerador por la conservación de alimentos o medicamentos, cocina de leña por las enfermedades pulmonares, o pisos de tierra causantes de reacciones alérgicas.

A nivel nacional (2015) se tenía un registro de 3.7 personas por vivienda. Como indicadores económicos, se contempló la presencia de electrodomésticos y servicios en los hogares; dentro de los electrodomésticos, Chiapas tuvo el menor porcentaje, con viviendas faltantes de Internet y refrigerador.<sup>26</sup> (INEGI, 2015)

Los datos del CONEVAL (2016), ponen en evidencia que las viviendas con mayor rezago son las de población rural.

En Chiapas, el informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social (2018), refleja que el 51.8% de la población vive en pobreza, concentrada en 20 municipios de acuerdo con la carencia por calidad, espacios; y servicios básicos en la vivienda. Ocosingo forma parte de los 20 municipios que tienen la mayor concentración de carencias: 22.1% de las viviendas con piso de tierra, 1.4% techos de material endeble, 26.6% sin agua intubada, 19% sin drenaje y 29.2% con un cuarto; y solo en agua entubada y muros de material endeble, parece defenderse.<sup>33</sup> (Subsecretaría de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional)



*Ilustración 6. Viviendas zapatistas y partidistas, respectivamente, en la comunidad de la Garrucha; colección personal.*

En la Garrucha, las familias son en promedio de 7 a 9 personas por hogar, con uno o dos cuartos para dormir de acuerdo con las historias clínicas realizadas. Con estos datos, se estima que el índice de hacinamiento es de 3.5 (estimando 7 personas y 2 dormitorios), clasificado índice de hacinamiento medio.

Por otro lado, las diferencias en materiales para construir los hogares reflejan la condición política de la familia (véase la *Ilustración 6*).

Las casas de las familias partidistas en su mayoría se han beneficiado de programas como vivienda digna y apoyo a la vivienda impulsados por el gobierno federal a través del FONHAPO o el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias de SEDESOL con participación del gobierno estatal y municipal; dándoles materiales para construir sus casas de block y cemento, colado para piso firme y techos de lámina, estas casas se han construido con 2 cuartos para dormir y un cuarto amplio como sala.

Por el contrario, las casas de las familias zapatistas se caracterizan por estar hechas de tablas, techo de lámina, y piso de tierra en su gran mayoría, uno o dos cuartos para dormir. Ambos hogares tienen un cuarto amplio de cocina aparte en donde se tiene una estufa de leña, y letrina (aunque varios hogares no cuentan con ella). (Observación directa)

En cuanto a electrodomésticos, en las casas hay en un 30 a 40% aproximadamente televisión y teléfonos celulares, mientras no hay refrigeradores, ni internet en cada hogar.

## 2.2.2.9 SERVICIOS PÚBLICOS

### 2.2.2.9.1 AGUA

El agua es el recurso más abundante en sus diferentes presentaciones en el globo terráqueo; en México se cuentan con 13 regiones hidrológico-administrativas; en el sureste existen 4 de ellas, con las cuáles se tiene 7 veces más agua disponible que en el resto del país. Lo anterior tiene implicaciones importantes en su uso y administración, en el sureste, por ejemplo, la relativa abundancia acentúa la necesidad de protección a

centros de población contra inundaciones, gestión del drenaje para la producción agrícola y la combinación en la operación de las presas de los grandes complejos hidroeléctricos para la generación de energía eléctrica en época de lluvia. En Chiapas se encuentra la región XI. (Frontera Sur), siendo la del río Grijalva-Usumacinta la más importante contribuyendo al 99% del agua anual a nivel nacional.<sup>34</sup> (CONAGUA, 2018)

En cuestiones de salud, es de suma importancia el manejo del agua en los hogares, tanto por la mejora en la calidad de vida, como por el riesgo de contaminación y a su vez, propagación de infecciones tanto digestivas como dermatológicas que se transmiten por este medio.

En 2015, 95.3% (97.8% urbana, 87% rural) de las viviendas a nivel nacional tenían acceso al agua entubada ya sea dentro de la vivienda, por llave pública o por otra vivienda cercana.<sup>26</sup> (INEGI, 2015)

A nivel estatal en 2010 se contaban con 304 tomas de agua en operación para abastecimiento público de los cuáles 48% eran manantiales. En el mismo año, con una población de poco más de 4 millones y medio, el 70% de la población no tenía acceso al agua potable y saneamiento, en tanto que el 26% de las viviendas no contaban con agua entubada.<sup>17</sup> INEGI (2013)

Dentro de los usos principales del agua a nivel estatal: el 77.9% se ocupa en el sector agrícola, el 19.9% en abastecimiento público y el 2.2% en la industria. Sin embargo, el 40% a 50% del agua se desperdicia en fugas por la deficiente red hidráulica.<sup>34</sup> (CONAGUA, 2018)

Paralelo a la cañada a la que pertenece la Garrucha se encuentra el río Tzaconejá el cuál desciende por el este y el río Jataté que desciende por el oeste, ambos sin tener contacto directo con la comunidad generan un pequeño arroyo al noreste y una pocita al suroeste de la comunidad. Ambos ríos continúan su cauce hasta que 32 km más al sur de la Garrucha se encuentran a la altura de una comunidad llamada sultana. El agua que abastece a la comunidad de la Garrucha proviene de un tanque de agua ubicado en un cerro al oeste de la comunidad, la cuál es transportada por tubería hasta cada una de las casas. Los principales usos del agua en la comunidad se hacen en el consumo del hogar, aunque el agua viene entubada, el agua no es potable por lo que el riesgo de infecciones es latente, a pesar de ello, la gente en su mayoría la consume de la llave sin pasar por algún modo de desinfección. Para fines recreativos, la gente acude regularmente al arroyo o poza cercanas para bañarse, como una actividad regular. La escasez de agua se presenta cuando no llueve por varias semanas o meses en algunos años. En la actualidad, la precipitación se ha reducido en verano, lo cual genera temporadas de escasez para el acceso de este recurso por algunos días. Algunas familias lo previenen conteniendo el agua en tambos, ya sea de la que viene entubada o de la lluvia, el problema es que a veces no tienen tapa, lo que puede generar mosquitos transmisores de enfermedades vectoriales.

#### 2.2.2.9.2 DRENAJE Y MANEJO DE EXCRETAS

De manera análoga al agua entubada, el drenaje de las aguas residuales generadas en los hogares se vuelve importante de analizar por determinar la calidad de vida de la población y un indicador importante de salud. A nivel nacional en 2015, el 91.4% de la población tenía cobertura de alcantarillado a red pública o fosa séptica (96.6% urbana, 74.2% rural).<sup>26</sup> (INEGI, 2015) En 2011, había 31 plantas de tratamiento de agua residual en la entidad chiapaneca, las cuáles cubrían el 21.5% del tratamiento del agua, lo que significa el desagüe de la gran mayoría en ríos o arroyos.<sup>35</sup> (SEMARNAT, 2012)

En la Garrucha y las comunidades aledañas se dispone de letrinas o fosas sépticas para realizar sus necesidades; aunque



*Ilustración 7. Arroyo contaminado, cerca de la comunidad de la Garrucha.; colección personal.*

también alto porcentaje de la población realiza sus necesidades al aire libre, en zonas cercanas a las casas y los cauces de agua. Como se muestra en la *Ilustración 7*, contaminando el ambiente, y exponiendo a la misma población a enfermedades infecciosas. Sólo dentro del caracol de la Garrucha se tienen algunas regaderas y retretes, puestos estratégicamente en lugares donde se necesita mantener más higiénico el lugar, como es el caso de las clínicas autónomas.

### **2.2.2.9.3 ENERGÍA ELÉCTRICA**

Existen 7 fuentes de generación de energía a nivel nacional. Siendo las energías: termoeléctrica con el 55.6%, y las hidroeléctricas con el 30.4%, las de mayor aporte. La hidroeléctrica de Chicoasén, Chiapas tiene fuerte presencia, colocando Chiapas en 2<sup>do</sup> lugar nacional en generación, transmisión y distribución de energía eléctrica.<sup>17</sup> (INEGI, 2013)

La encuesta Intercensal del INEGI (2015) a nivel nacional refleja que el 98.7% de las viviendas cuenta con energía eléctrica. Lo que nos habla de un incremento gradual en los últimos 15 años hasta casi llegar a la cobertura total. Es al ver detenidamente por tamaño de localidad, que, en las comunidades con menos de 2500 habitantes, son las que tienen menor cobertura de este servicio con el 96.1%, encontrándose en desventaja por 2.7 puntos porcentuales con las viviendas de localidades de 2500-14,999 habitantes y 3.6 puntos porcentuales entre las viviendas en localidades con más de 100,000 habitantes.

En la Garrucha todas las casas cuentan con acceso a la luz eléctrica y alumbrado público (este último funcionando desde 2019). Dicho servicio otorgado por la Comisión Federal de Electricidad se ha conseguido por los habitantes de las comunidades sin pago por el servicio.

En el estado dentro de los usos de energía eléctrica, el sector doméstico representa el 88% de su consumo<sup>26</sup> (INEGI, 2015), y en la Garrucha no es la excepción, considerándose su principal uso para el alumbrado de casas, funcionamiento de electrónicos (teléfonos celulares) y comunicación vía wifi (recién implementado en 2019). La energía eléctrica llega a fallar más seguido que cualquier otro servicio básico, dejando de funcionar hasta por un par de semanas cuando se presentan tormentas eléctricas o lluvia abundante. Para ese tipo de problemas, dentro del caracol “La Garrucha” se cuenta con un generador eléctrico que funciona con diésel para las necesidades internas del caracol. También, se encuentra un generador eléctrico portátil en la clínica, utilizado en las urgencias médicas. Mientras que en los hogares utilizan lámparas o velas para estos casos.

### **2.2.2.9.4 MANEJO DE BASURA**

La producción y consumo de bienes y servicios generan inevitablemente algún tipo de residuo, ya sea sólidos (orgánicos e inorgánicos), líquidos (aguas residuales) o gases. La importancia de su manejo no sólo involucra los efectos ambientales y de salud pública derivados de su creación y manejo, sino también el uso de los recursos naturales.

En México, según la cifra más reciente publicada en 2015, la generación de Residuos Sólidos Urbanos alcanzo (RSU) 53.1 millones de toneladas diarias, presentando un aumento respecto al 2003 del 61.2%, que expresado a consumo diario por persona alcanza el 1.2 kg en ese año.<sup>36</sup> (Sistema Nacional de Información Ambiental y de Recursos Naturales, 2015)

Si bien, la generación de residuos está íntimamente ligada al proceso de urbanización, acompañado por el poder adquisitivo de la población que conlleva a estándares de vida con altos niveles en consumo de bienes y servicios, lo que produce un mayor volumen de residuos; en tanto que, en las comunidades rurales, al basarse en un consumo menor de productos manufacturados ¿Podría inferirse que se producen menos desechos inorgánicos?

En Chiapas, se estimó para el 2012 la generación de RSU entre 1 y 1.5 millones de toneladas, colocándose entre los estados con mediana generación de residuos. Y el 90 al 95% son recolectados según SEDESOL (2012).<sup>37</sup>

Lo sorprendente es que, al comparar la generación de residuos por tipo de localidad de 1997-2012, lo que pareciera que las localidades rurales o semiurbanas generarían menor cantidad de residuos, son las que se han mantenido en un alto margen.<sup>37</sup> (Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, 2012) De acuerdo al tipo de residuo: los residuos de comida, jardines y materiales orgánicos similares son el 52.4% , papel, cartón y productos de papel el 13.4%, los plásticos el 10.9%, le sigue el vidrio con 5.9%, y el resto lo componen el aluminio, textiles, entre otros.<sup>36</sup>

Por su parte la encuesta Intercensal de INEGI 2015, analiza la forma en que las viviendas desechan la basura lo que refleja que el casi el 79.4% la dan a un camión de basura, el 12.3% la quema o entierra, el 6.5% la deja en un contenedor o depósito, y el 1.3% la tira en otro lugar. De acuerdo con el rubro de las personas que queman o entierran la basura, Chiapas se encuentra como el estado con mayor porcentaje de personas que tienen esa práctica con el 37.4%.<sup>26</sup> Mientras que México recicla el 9.6% de los RSU en comparación con los países promedio que pertenecen a la OCDE que reciclan el 24% de ellos,<sup>36</sup> en la Garrucha muchas personas utilizan como abono los residuos orgánicos, o en caso de ser semillas las recolectan para sembrar. En el caso de las mazorcas sin grano de maíz le dan utilidad para encender el fuego.

La recolección se hace principalmente de plásticos y envolturas de papel, los cuáles se llevan a un lugar destinado para su quema, ubicado aproximadamente a 3 km de la Garrucha, cerca de otras comunidades y a la orilla de la carretera. La incineración a su vez implica riesgo con su manejo en primer lugar por encontrarse cerca de las localidades, por encontrarse en un lugar de paso de personas y por el descontrol que puede provocarse debido a la quema de residuos altamente inflamables. Por otro lado, en algunas ocasiones la recolección puede tardar más tiempo, por lo que su desabasto puede generar mal olor y creación de larvas y moscas.

Aunque en la actualidad el mayor problema es la recolección de los desechos, debido a que la gente tira la basura en las carreteras mientras van en las redilas, en las calles o en los cuerpos de agua, contaminando de forma importante el ambiente; para lo que se necesita mayor aporte de información y educación sobre las consecuencias de contaminación ambiental y medidas de implementación para combatirlo.

#### 2.2.2.10 ALIMENTACIÓN

En 2016, cinco de cada diez personas en el país no contaban con los recursos suficientes para adquirir los bienes y servicios que se requieren para satisfacer sus necesidades (canasta no alimentaria) y dos de cada diez no contaban con ingresos suficientes para adquirir la canasta alimentaria. De acuerdo con la medición de la pobreza por indicadores de carencia social, se estimó en 2018 un 20.4% de personas en carencia por acceso a la alimentación. En tanto que para el mismo año en población indígena que vive en localidades rurales con menos de 2500 habitantes se registraron 2.2 millones de personas.<sup>38</sup> (CONEVAL, 2019)

Debido a la situación de carencia alimentaria; en 2013 se publicó el Decreto por el que se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre (CNCH), el cual se planteó el objetivo de garantizar la seguridad alimentaria y la nutrición de las personas que en el país viven en situación de pobreza extrema, y así contribuir a su derecho por la alimentación.

La prioridad fueron los municipios del país con mayor número de personas en pobreza extrema y carencia por acceso a la alimentación, así como los que tenían mayor porcentaje de población; de esta manera, de los 118 municipios que tenía Chiapas para ese entonces, 55 formaron parte de los 400 municipios prioritarios de la CNCH, siendo Chanal el municipio de mayor porcentaje, y Ocosingo el de mayor número de personas en pobreza extrema<sup>39</sup> (Cruzada Nacional Contra El Hambre, 2016). Para lo que se implementó la

entrega de despensas a mujeres embarazadas y puérperas en lactancia, así como a los extremos de la vida de forma prioritaria; capacitaciones sobre producción, administración, fortalecimiento empresarial y orientación productiva, entre otras acciones. Lo que resulta poco eficiente debido a que se necesita apoyo continuo, que las personas tengan acceso fácil a los alimentos nutritivos y a bajo costo para combatir el consumo de comida chatarra.

La canasta básica actual según SEGALMEX, ha aumentado de 23 a 40 productos de primera necesidad, con el objetivo de satisfacer las necesidades nutricionales de una familia mexicana promedio; a un costo de \$1,632,51 pesos en la zona urbana y \$1,116.6 pesos en la zona rural. Por agrupación de los productos incluye: legumbres, lácteos, carne, frutas, verduras, harinas y productos de limpieza.<sup>40</sup> (Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural). Sin embargo, durante los primeros 3 meses del 2020, el 35.7% de la población del país se encontró en pobreza laboral (antes de SARS-COV19) lo cual dificulta su acceso a la canasta básica, siendo Chiapas, Oaxaca y Guerrero los estados con mayor porcentaje.

Mientras que, la definición propia del concepto de carencia alimentaria incluye el acceso físico y económico a ésta; resulta evidente que ambos factores son determinantes y explican la carencia alimentaria en Chiapas. Por un lado, por el difícil acceso a los alimentos nutritivos como frutas y verduras en las comunidades, y por el otro a la falta de recursos económicos para adquirirlos. En 2015, en Chiapas el 40% de la población careció de recursos necesarios para adquirir la canasta básica y 25% padeció de carencia alimentaria.<sup>38</sup>

En la Garrucha la variedad de alimentos es escasa, su alimentación se basa principalmente por orden de prioridad en:

- Maíz (tortillas, pozol o tostadas). - Siendo la base de la alimentación, se consume diario, con un promedio de 10-15 tortillas al día y al menos una vez al día pozol.
- Frijol. - al igual que el maíz, se consume del diario. Encontrado en las 2 o 3 comidas que las familias realizan al día.
- Café. - Las personas suelen consumirlo del diario, lo cual se debe a que el costo del café es muy bajo en esta zona y varias familias son productoras.
- Azúcar de mesa. - Suelen comprarla por costal en Ocosingo, la cual tarda en acabarse.
- Sal.- Se compra por bolsa, usada de forma regular en los hogares.
- Chile. - Como parte de la dieta mexicana, en la comunidad se consume chile piquín, habanero y serrano para acompañar sus comidas.
- Pasta. - las pastas se han vuelto parte de los alimentos de principal consumo, por su costo bajo y fácil acceso en las tienditas, el cual difícilmente caduca.
- Puré de tomate envasado. - aunque las personas no lo utilizan del diario, lo compran como parte de su despensa para algunas comidas.
- Refresco o jugos de sabor. - las personas suelen tomar refresco cuando tienen alguna paga, festejan algo o están con las o los amigos, el cuál puede consumirse 2 veces por semana o en el otro extremo 1 vez al mes.
- Huevo. - es un producto que se suele consumir de manera especial en alguna celebración o llegada de alguna visita a sus hogares.
- Galletas, papas fritas. - así como el refresco es de los productos más consumidos en las tiendas, el cual se consume en varias ocasiones como un tiempo de comida.
- Leche en polvo. - la población que la consume únicamente son las y los niños lactantes.
- Aceite. - no se suele utilizar del diario, debido a que la base alimentaria no lo requiere.
- Arroz. - Por la falta de cosecha en la milpa de esta legumbre, para adquirirlo necesitan comprarlo, lo que se vuelve de difícil acceso y un lujo comerlo.
- Frutas y verduras. - en la garrucha se producen algunas por temporadas como: el limón, naranja, hierba mora, chayote, champiñones, calabaza, elote y yuca; los cuáles se consumen muy bien durante la temporada, el resto de las frutas y verduras se vuelve inaccesible.
- Carne. - ya sea pollo, res, pavo o cerdo se consume muy esporádicamente, si acaso una vez al mes.

Si comparamos la canasta básica propuesta por SEGALMEX con lo que se consume en la comunidad, podría decirse que sólo 15 de estos productos incluyendo el detergente en polvo forma parte de sus básicos, de los cuáles 7 forman parte del consumo diario, generando un déficit de nutrimentos en la alimentación.

### 2.2.2.11 SERVICIOS DE SALUD

Dentro de las carencias sociales, el acceso a la seguridad social es el predominante tanto en la población rural como urbana, así como en la población indígena como no indígena.

El INEGI (2015) refiere haber 98,224,540 afiliados a alguna institución de seguridad social, abarcando el 82.2% de la población total nacional. Aunque para el CONEVAL (2018) la carencia de seguridad social abarcaba el 55.1% en población no indígena y 78.2% en población indígena a nivel nacional, aumentando la carencia entre más pequeña es la localidad.<sup>38</sup> Como se comenta más adelante en políticas de salud, en 2017 según la Encuesta Nacional del Empleo y la Seguridad Social: Chiapas presentaba el porcentaje más alto de afiliados al Seguro Popular con 79.8%,<sup>41</sup>(ENESS, 2017) lo que la convierte en la Institución de seguridad social más importante en el estado, lo cual cobra mucho sentido, si pensamos que la mayor parte de la población trabaja bajo el concepto de empleo informal, limitando su acceso a otro tipo de seguridad social.

De acuerdo con los Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México (2015), 8 de cada 10 personas que viven en hogares indígenas declaró estar afiliada a uno o más servicios de salud. Mientras que en entidades como Guerrero, Chiapas y Puebla 9 de cada 10 personas se encuentran afiliadas al Seguro Popular. En Chiapas la segunda Institución con mayor afiliación es el IMSS apenas con el 5% de la población indígena total, mientras que el ISSSTE representa el 1%.<sup>32</sup>

Otro indicador de carencia social importante y relacionado con el tema, es el acceso a los servicios de salud. Esta carencia social se presenta con un 15.4% en la población indígena nacional, y con un 16.3% en población no indígena.<sup>32</sup> En este rubro en particular, se aprecia que entre mayor es la población, tanto en los indígenas como los no indígena mayor es la carencia. Lo que podría deberse a un desabasto por recursos médicos. Aunque eso no mitiga la falta de infraestructura y recursos médicos en las pequeñas comunidades. Hoy en día se tienen 2.2 médicos por cada 1 000 habitantes en México, según la OCDE; en tanto que en Chiapas (2015) se tenía 1.4 médicos por cada 1,000 habitantes ejerciendo.

El país presenta graves problemas de adecuación entre la oferta de profesionales en medicina y las necesidades de la población, acentuándose en estados pobres y dispersos como Chiapas.

En gran medida esto se debe al sistema de enseñanza dentro de la formación médica, donde se inculca la búsqueda de especialidad médica para segundo y tercer nivel, abandonando del panorama la atención del primer nivel y a la población rural con necesidad de su cobertura.

La cabecera municipal de Ocosingo es la ciudad principal de referencia para las comunidades de la zona selva norte; perteneciente a la jurisdicción sanitaria No. IX. En este lugar, para la atención médica de la población existe:

- El hospital básico comunitario para atender a la población no asegurada, inaugurado junto con la clínica de la mujer en 2012, cuenta con 20 camas censables, destinados a 200 mil habitantes de diversas comunidades<sup>42</sup> (La crónica Diaria, 2012);
- Una unidad de medicina familiar del ISSSTE; y
- El Hospital rural no.32 del IMSS, el cual se conforma además por 46 unidades médicas rurales, brindando atención desde 1980 a más de 230 mil personas de 11 municipios de la región selva, con 45 camas censables y 15 no censables<sup>43</sup> (Presidencia de la República, 2019).

Dichos centros de atención médica funcionan con pocos insumos y medicamentos, en donde las personas beneficiarias se ven obligadas a comprar desde jeringas hasta medicamentos especializados difíciles de conseguir en las farmacias convencionales, además de realizar sus estudios de gabinete en centros de atención privados, volviéndose una atención médica muy costosa para el bolsillo de las familias e inaccesible para otras que ni siquiera les representa una opción acudir en busca de la atención especializada en ginecología, cirugía general, pediatría, medicina interna, urgencias o medicina familiar; sin mencionar las referencias a especialidades de tercer nivel en las que puede demorar mucho tiempo la atención de los pacientes enviados como interconsulta por los hospitales rurales o como emergencias médicas cuando se encuentran entre 3 a 7 hrs de distancia enviándose al Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas, el Hospital de Especialidades Pediátricas en Tuxtla Gutiérrez o el Hospital de Alta Especialidad en Villa Hermosa, Tabasco. A pesar de ello, el Hospital rural del IMSS y Hospital Básico Comunitario por parte del INSABI representan los principales puntos de referencia para las urgencias médicas o interconsultas de las comunidades, entre las que está la Garrucha.

En la Garrucha, para el 2015 el 40.9% o 235 personas de la población partidista se encontraba afiliada al Seguro Popular<sup>27</sup>, la cual tiene una clínica de atención primaria en Patihuitz; aunque en el último año esta clínica no ha funcionado regularmente por falta de personal médico e insumos adscritos a la Secretaría de Salud; por lo que la población de Patihuitz y de las comunidades aledañas, acuden a la clínica autónoma “Jesús de la Buena Esperanza” o clínica autónoma de las mujeres “Comandanta Ramona” ubicadas en el Caracol III de la Garrucha, para recibir la atención médica.

#### 2.2.2.1.11 SALUD EN REBELDÍA

El Sistema de Salud Autónoma Zapatista (SSAZ), forma parte de las demandas de autonomía fundamentales lanzadas por el EZLN junto con: tierra, trabajo, educación, alimentación, techo, justicia, libertad, paz y autonomía. Los cuáles se interrelacionan entre sí.

Desde la práctica se plantea que toda la población tenga el derecho a la atención sin discriminación alguna, ni por religión ni por partido político. Proponiéndose trabajar colectivamente para garantizar el derecho a la salud, por actores voluntarios sin ningún tipo de coerción, dándole importancia a la voz del paciente, considerado como sujeto activo, en una relación horizontal entre el prestador de servicios de salud y el paciente, sin ser impositiva<sup>44</sup> (Daguette F; Martínez C; Rojas E; 2013). Brindando la atención gratuita para la población zapatista de primera instancia, recurriendo al cobro significativo de los medicamentos, para evitar su desabasto.

El SSAZ está integrado por un comité de salud local, en donde cada comunidad asigna a una persona para representarlos en el programa de salud, los cuáles son la base fundamental del sistema de salud autónomo. Luego están los Coordinadores municipales de salud, los cuáles se nombran de la misma manera que los comités. Y los promotores de salud de todas las edades, clasificados en primero y segundo nivel (de acuerdo a sus evaluaciones globales en los cursos), quienes se capacitan cada 3 meses en su respectivo caracol por los coordinadores municipales que a su vez se capacitan en el caracol Morelia con apoyo médico para consolidar la información que será transmitida en sus respectivas áreas: salud general, salud sexual y reproductiva, o huesera(o)s, yerbera (o)s y parteras (también conocido como 3 áreas).

La estructura del SSAZ se compone de acuerdo con su infraestructura y participación comunitaria en<sup>45</sup> (Heredia J, 2007):

- Casas de Salud Comunitarias. - las cuáles se encuentran en las comunidades zapatistas, construidas por ellos mismos, con el equipo médico indispensable. Donde promotores de salud algunos de ellos nombrados también vacunadores y promotoras de salud sexual y reproductiva, atienden a la población local, de acuerdo con su capacitación.

- Clínicas Regionales y de Zona Autónomas.- Unidades médicas de referencia, donde participan promotores de salud permanentes (capacitado y con años de experiencia que los respaldan en la atención de urgencias médicas); así como personal médico provenientes de la UAM campus Xochimilco en Ciudad de México a través de SADEC A.C; quienes intentan resolver problemáticas más complejas con los medios que disponen, sabiendo el límite de lo que se puede hacer desde esa posición y, en caso contrario, actuar rápido para su traslado a un segundo nivel de atención.

En el entendido de conocer sus límites, el SSAZ reconoce su deficiencia para atender muchos padecimientos, debido a la falta de infraestructura y personal calificado para ello; poniendo como prioridad la vida antes de cualquier diferencia político-social. Derivando a la persona a un Hospital perteneciente al sistema de salud nacional en la mayoría de los casos u ONG como el Hospital rural San Carlos en el municipio de Altamirano, donde se brinda atención médica para la población indígena de los municipios aledaños, entre ellos Ocosingo; y atención médica gratuita a la población zapatista.

En el Caracol de la Garrucha existen 2 clínicas: una clínica regional dedicada a la atención en salud general y dental, así como una clínica de zona dedicada a la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres. Ambas en atención de la población las 24 hrs de lunes a domingo.



Ilustración 8. Clínica autónoma "Jesús de la buena esperanza"; Colección personal

- **“Jesús de la buena esperanza” clínica de salud general y dental.**

Dos años después de que se inauguran los caracoles, esta clínica empezó a funcionar con 8 promotores y promotoras en turno. Actualmente, existe un personal de salud conformado por: 2 promotoras (una de ellas como coordinadora regional) y 2 promotores permanentes de salud general, así como una o un médico y una o un estomatólogo en su último año de formación de la carrera respectiva, y voluntaria(o)s por lo regular con carreras afines a la salud, como médica(o)s de familia por 1 o 2 meses de estancia. Esta clínica, tiene un área dental que cuenta con una silla especial de uso odontológico, una silla móvil, una autoclave, un equipo para realizar “rayos x” dentales, un lavadero, y un buró para guardar material.

La parte de salud general cuenta con un consultorio médico, en el que hay un escritorio, 3 sillas, una cama de exploración con pierneras y banco para subir, un tripié, una mesa con todos los utensilios de curación, equipo de diagnóstico, baumanómetro y estetoscopio; una mesa con los expedientes clínicos, una autoclave funcional, una báscula y 2 buros en los que se guardan mascarillas bolsa-reservorio y simples para caso necesario, medicamentos y material donado para tenerlo a la mano (véase la *Ilustración 8*). Además, cuenta con un baño con excusado, regadera y lavabo de manos para los pacientes, así como un área de hospitalización con 3 camas hospitalarias, un tripié, un equipo de nebulización, cómodos y patos para hacer del baño, así como un tanque de oxígeno grande, 2 medianos y uno pequeño para trasladar. En hospitalización no sólo se dejan a las personas en observación, también se colocan sondas vesicales, se canaliza o se nebuliza a la persona según lo requiera.

Entre otras áreas esta la farmacia, donde se tienen los medicamentos que por años se han ido renovando para la atención de las patologías más frecuentes en el primer nivel; en esta área también se encuentran

jabones de plantas medicinales como el cordoncillo (hechos por las promotoras de ambas clínicas) para atender las infecciones vaginales, pasiflora seca para afecciones con el estado de ánimo, antídotos naturales contra la mordedura de víbora, y pomadas homeopáticas para dolores musculares. Se cuenta con un laboratorio clínico con microscopios, máquina de centrifugado, así como tubos de ensayo, pipetas y portaobjetos, el cuál es utilizado por uno de los promotores de salud general permanentes, haciendo estudio de glucosa, triglicéridos, hemoglobina, gota gruesa, examen general de orina y coproparasitoscópico, el gran problema del laboratorio es que muchas veces no se cuenta con los reactivos necesarios por falta de presupuesto. También, existe una tienda colectiva atendida por las promotoras de salud general (aquí se vende ropa, accesorios personales y comida), de la cual se obtienen recursos para las necesidades alimentarias de la clínica. Y un cuarto que además de ser el lugar donde se imparten clases para los promotores, funciona para guardar las vacunas gracias a un refrigerador que se tiene en este lugar.

Como áreas comunes existe un baño con regadera y agua caliente, una cocina con estufa de leña y una de gas, un refrigerador, y un cuarto para cada personal de salud (de hecho, existen 10 cuartos más para albergar a una parte de los promotores que llegar cuando se capacitan.

- **“Comandanta Ramona” clínica de las mujeres.**



Ilustración 9. Clínica autónoma "Comandanta Ramona"; Colección personal

Con la conmemoración del día internacional de la mujer en el 2008 se inaugura esta clínica, llevando el nombre de una de las 7 mujeres pertenecientes al CCR, figura importante al garantizar los derechos reproductivos, educativos, políticos y laborales de las mujeres en la primera declaración de la selva lacandona.

Actualmente, está a cargo de 3 promotoras permanentes de salud sexual y reproductiva (una de ellas como coordinadora de zona), promotoras rotantes por 21 días, la o el médico que se encuentre en la otra clínica también apoya el trabajo de esta clínica, sobre todo en la atención del parto. Aquí también llegan voluntarias a fines al área, como partera y enfermera gineco-obstetra, aunque por un corto periodo de un mes o 2 semanas.

La clínica tiene un consultorio con escritorio, dos sillas, una báscula, una cama de exploración con pierneras para realizar citologías cervicales, una lámpara de exploración ginecológica, un lavamanos y 2 buros para guardar material (sobre todo espejos vaginales, y equipo para toma de citologías cervicales, un Doppler para escuchar el latido fetal, así como un AMEU). Se tiene además un cuarto amplio de hospitalización con 4 camas hospitalarias, una camilla para trasladar pacientes en ambulancia; y un baño con regadera y excusado para las pacientes dentro de hospitalización y afuera otro para los familiares. En la sala de partos, se encuentra un área de CEYE donde se encuentra un autoclave y equipo para la atención de partos (desde pinzas hasta campos y batas para esterilizar), una cama de exploración, dos cuneros para recibir al bebé, un buró con mascarillas neonatales y de adulta, un tanque de oxígeno y un botiquín de urgencias gineco-obs-tétricas. Existe también, un cuarto para realizar USG, con su cama de exploración, y un lavamanos (véase la *Ilustración 9*). Una farmacia con métodos anticonceptivos como DIU, inyecciones, pastillas, plantas como la ruda y los jabones para infecciones vaginales. Existen a su vez áreas comunes: cocina, fregaderos, y un área amplia destinadas a la recreación, por lo regular se ha utilizado para dar clases a las promotoras de salud sexual y reproductiva. La clínica de la Ramona cuenta con una ambulancia, la cual no se

suele utilizar regularmente, únicamente se hace uso de ella cuando la paciente no encuentra transporte de traslado y es de suma urgencia, esto debido al costo que representa su movilización para el movimiento, considerando que no siempre se tiene el presupuesto o el combustible para hacerlo.

Aunque es de suma importancia la participación de las clínicas autónomas en la prevención, seguimiento y tratamiento de las afecciones de la población; en la Garrucha existen una(o)s personajes igualmente importantes, que contribuyen de gran manera a preservar la medicina tradicional, llámese huesero(a)s, yerbero(a)s y partera, los cuáles antes eran zapatistas, pero por diferentes cuestiones ahora son partidistas. Estas figuras públicas de la comunidad son reconocidos, respetados y muy solicitados tanto en la Garrucha como en las comunidades aledañas.

Las clínicas autónomas hacen amigable la interacción con la medicina tradicional. Respetando el trabajo de las y los compañeros, en un ambiente armónico por ambas partes.

La salud no tiene fronteras, religión ni partidos políticos, el SSAZ como modelo de salud enfocado en la horizontalización de los diferentes actores y servidores de la salud; tiene la oportunidad de fortalecer la participación de las parteras, yerberos, hueseros y curanderos en las prácticas comunitarias, que se han ido mermando por la medicina occidental; y con ello la calidad de los servicios de salud.

---

## 2.2.3 INDICADORES ECONÓMICOS

### 2.2.3.1 POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA POR TIPO DE OCUPACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

En México, la población económicamente activa en 2015 representaba el 65.4% de la población total del país; viendo este porcentaje como un 100%, la ocupación laboral se reparte en 6 grandes grupos: 34.4% de la población se dedica a los servicios de transporte, comunicación, y afines al gobierno; 18.3% al comercio; 16.7% a la minería, industrias manufactureras, electricidad y agua; el 11.1% a la agricultura, ganadería, pesca y caza; el 9.4% a los servicios educativos, de salud y de asistencia social y el 8.4% a la construcción.<sup>26</sup>

En Chiapas de cada 100 personas económicamente activas 97 están ocupadas, de las cuáles 45 trabajan en el comercio y servicios; y 45 son trabajadores subordinados con remuneración.

Dentro de la población indígena, la condición de actividad o inserción de las fuerzas de trabajo en el mercado laboral contribuye a que la población busque migrar para aspirar a mejores ingresos. <sup>46</sup>(Instituto Nacional de Estadística y Geografía,2018)

En la Garrucha, si echamos un vistazo a la pirámide poblacional de 2015, podemos decir que el 54% de la población es económicamente activa (mayores de 15 años y personas sin limitaciones para trabajar). Y de este porcentaje el 49.8% se encuentra como población económicamente activa ocupada, de los cuáles:

- **Población económicamente activa ocupada, “remunerada”:** representa el 26.1% de la población (igual a 150 habitantes). Distribuida en: 21.6% agricultor, 1.6% tiene algún cargo en la comunidad (promotores y comisaria), 1% es comerciante (abarrotes y textiles), 1% tiene algún oficio (músico, carpintero, albañil, veterinario, chofer) y el 0.9% es empleado. (De las personas que perciben ingresos el 95.3% son hombres, mientras que el 4.7% son mujeres).<sup>27</sup>

- **Población económicamente activa ocupada, no remunerada:** el 23.7% se dedica a la preparación de alimentos, lavado de ropa, aseo de la casa y cuidado de las y los hijos, de este porcentaje el 100% son mujeres.<sup>27</sup>

En la comunidad 89.1% de las familias se dedica al campo en un horario de 5:30 o 6 de la mañana a 1 o 2 de la tarde, de lunes a jueves con 3 días de descanso.

A la milpa no acude el padre de familia solo, principalmente en época de siembra, lo acompañan los hijos de 8 a 10 años para aprender y ayudar. Y regularmente también acuden las mujeres (madre e hijas), principalmente para cortar leña y llevarla al hogar. (Observación directa)

### 2.2.3.2 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

En el periodo de 2000 a 2015 se observa un notable crecimiento en las actividades económicas terciarias destinadas en el sector de comercio y servicios; las actividades secundarias disminuyeron dos puntos porcentuales; en tanto que las actividades primarias tuvieron la mayor reducción.<sup>47</sup> (INEGI Sistemas de Cuentas Nacionales de México) En Chiapas de cada 100 pesos aportados a la economía: 69.05 son por actividades terciarias, 23.95 por las secundarias, y 6.99 por las primarias.<sup>46</sup>

En la comunidad, se dedican principalmente al sector primario, en la agricultura y en menor medida la ganadería, mayoritariamente para su autoconsumo, como lo muestra la *Ilustración 10*. En las milpas se cultiva: maíz, frijol y café principalmente. También se produce hierba mora, elote, calabaza, chayote, limón, plátano y naranja por temporadas. Cuando se tiene una producción suficiente, las familias mandan por las tardes a las y los niños a venderlos para generar un poco de ingreso de sus cultivos. (Observación directa)



*Ilustración 10. La milpa y las personas viniendo de trabajarla; Colección persona*

### 2.2.3.3 SALARIO MÍNIMO

El salario mínimo del 2019 al 1<sup>o</sup> de enero del 2020 aumento el 5% en la zona libre de la frontera norte del país y el 20% en el resto del país, siendo \$185.56 y \$123.22 mxn respectivamente.<sup>48</sup> (CONASAMI, 2020)

En las comunidades rurales, con el objetivo de contribuir al bienestar social de la(o)s sujetas agrarias, existe actualmente el programa Sembrando Vidas del gobierno federal; recibiendo un apoyo económico y en especie como: plantas, insumos y herramientas; así como acompañamiento técnico para compartir conocimientos. Con las condiciones previas de tener un ingreso inferior a la línea de bienestar rural, y ser propietarios de 2.5 hectáreas disponibles para proyecto agroforestal.<sup>49</sup> (Secretaría de Bienestar, 2019)

En la comunidad, los partidistas son los que se encuentran inmersos en este programa; con su ingreso mensual de 5,000 pesos, es decir, 166.6 pesos diarios (apenas superior a un salario mínimo); el gobierno federal busca combatir la desigualdad económica, la cual para 2018 reflejó: 71.9% de la población indígena y el 46.3% de la población no indígena con ingreso inferior a la línea de pobreza (\$2,071.9 rural y 3,195.43

urbana). Mientras que el 40% de la población indígena y 14.3% de la población no indígena por debajo de la línea de pobreza extrema por ingresos (\$1,149.18 rural y \$1615.21 urbana) <sup>50</sup> (CONEVAL InfoPobreza)

Ocosingo cuenta con más de 3 carencias sociales, siendo el municipio con mayor número de personas en pobreza extrema, la población dispone de un ingreso tan bajo, que aún si lo dedicasen por completo a la adquisición de alimentos, no podría acceder a todo lo que compone la canasta alimentaria. Por lo que el programa de sembrando vidas, contribuye junto con otros programas como cruzada contra el hambre o programas para mejorar las viviendas y servicios, para catalogar a muchas personas en pobreza extrema (personas que tienen 3 o más carencias sociales y que su ingreso es menor a la línea de bienestar mínimo) a solo pobres (personas con al menos una carencia social y que su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requieren para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias).

## 2.2.4 INDICADORES POLÍTICOS

### 2.2.4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Ante la llegada de los españoles a Chiapas, una expedición en 1527 llegó a los Altos donde vencieron a los Tzotzil-Tzeltales y los sometieron. Hecho fortalecido a la llegada de Bartolomé de las Casas a Ciudad Real (ahora San Cristóbal de Las Casas) concentrando a los Tzotzil-tzeltales como esclavos.<sup>21</sup>

Entre 1847 y 1901, se dio un levantamiento armado entre los mayas y los blancos, llamada “Guerra de Castas”, que, aunque no surge en Chiapas (sino en Yucatán), representa la rebelión de los indígenas mayas de toda la región que sufrían de la misma discriminación: esclavitud, desplazamiento de sus propias tierras, y trabajo laboral con largas jornadas a cambio de una choza y escaso jornal que solo podían cambiar en tiendas de raya.

Desde la colonia hasta la revolución mexicana los tzeltales se obligaron a trabajar minas, molinos y haciendas del estado, con muy mala paga y en condiciones precarias. Esta marginación económica y social continuó durante casi todo el siglo XX.

#### 2.2.4.1.1 ORIGEN DE UN NUEVO COMIENZO

En 1906, Emiliano Zapata Salazar “El Caudillo del Sur” (símbolo para los indígenas y campesinos de América Latina, por su lucha contra las desigualdades sociales); defendió las tierras de campesinos frente al acoso de latifundistas, donde acuñó la frase: “Es mejor morir de pie que vivir toda la vida arrodillado”. Más tarde, formuló su propia Reforma Agraria conocida como el “Plan de Ayala”, para devolverle la tierra a los indígenas, demandando “tierra y libertad”, con el plan buscaba colectivizar las grandes tierras y liberar así a miles de campesinos e indígenas de la opresión latifundista a la que estaban sometidos, “La tierra para quien la trabaja”. Desde 1911 hasta 1919, luchó intensamente por los derechos de los pobres en los estados del sur de México (véase la *Ilustración 11*).



*Ilustración 11. El pueblo exigiendo sus derechos, por Diego Rivera.*

La influencia de la figura e ideales de Emiliano Zapata ha sido inspiración para movimientos de obreros, campesinos e indígenas, como el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), quienes se ven a sí mismos como los “herederos de quinientos años de resistencia indígena contra el imperialismo”, que tras haber creído en promesas nunca cumplidas por cientos de años, la necesidad de frenar la esclavitud, las muertes por hambre, enfermedades curables, sumido en la ignorancia, analfabetismo y la incultura, los llevó como pueblo a juntarse, para decir ¡Ya basta!.<sup>51</sup> (El Despertador Mexicano, 1993). Como lo dice una estrofa del himno zapatista: “Nuestro pueblo dice ya, acabar la explotación, nuestra historia exige ya, lucha de liberación”.

Con el anhelo de un nuevo panorama, el dolor por perder seres queridos y el agotamiento de la explotación; el 17 de noviembre de 1983 nace el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), como una de las Fuerzas de Liberación Nacional (fundadas en 1969); principalmente como un grupo político militar formado por indios en un Comité Colectivo: Tzotziles, Tzeltales, Choles, Tojolabales, Mames y Zoques (principales grupos étnicos de Chiapas).

Luego de una contrarreforma a la ley Agraria por Carlos Salinas de Gortari (presidente de México en turno) y la modificación al Artículo 27 Constitucional. Así como la firma de México, Estados Unidos y Canadá en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), definen la fecha en que el EZLN se levantaría en armas, cubriendo sus rostros para “ser invisibles”, se vuelven visibles tanto en México como en el mundo.

Con la entrada en vigor del TLCAN, el 1 de enero de 1994, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional declara la guerra al Estado, pidiendo a los poderes Legislativo y Judicial asumir su responsabilidad constitucional para impedir la política genocida, a Organismos Internacionales y a la Cruz Roja Internacional proteger a la población civil de los combates. “Declaramos ahora y siempre que estamos sujetos a lo estipulado por las Leyes sobre la Guerra de la Convención de Ginebra, formando el EZLN como fuerza beligerante de nuestra lucha de liberación. Tenemos al pueblo mexicano de nuestra parte, tenemos Patria y la Bandera tricolor es amada y respetada por los combatientes INSURGENTES, utilizamos los colores rojo y negro en nuestro uniforme, símbolos del pueblo trabajador en sus luchas de huelga, nuestra bandera lleva las letras <<EZLN>>, EJERCITO ZAPATISTA DE LIBERACIÓN NACIONAL, y con ella iremos a los combates siempre”.<sup>52</sup> (Comandancia General del EZLN, 1993).

Posteriormente tomaron la ciudad de San Cristóbal de Las Casas elegida por el Comité Colectivo; una ciudad donde ellos demandan respeto por los blancos (lo cual dicen nunca sintieron), luego tomaron Ocosingo, Las Margaritas y Altamirano, donde combatieron contra el Ejército mexicano. Bajo el lema “El pueblo Manda y El Gobierno Obedece” dan a conocer las principales demandas al Gobierno Federal: TIERRA, TECHO, TRABAJO, ALIMENTACIÓN, SALUD, EDUCACIÓN, CULTURA, INDEPENDENCIA, DEMOCRACIA, LIBERTAD, JUSTICIA Y PAZ.

Tras la represión militar, su mando recibió el nombre de Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General (CCRI-CG) del EZLN, compuesto por 23 comandantes indígenas chiapanecos y un subcomandante (Subcomandante Galeano o el Sub Marcos).

Como resultado de las primeras negociaciones en 1996 se firmaron Los Acuerdos de San Andrés sobre los Derechos y Cultura Indígena por el EZLN y el gobierno de México, donde este último se compromete a otorgar derechos, incluyendo autonomía a los pueblos indígenas de México, y atender las demandas en materia de justicia e igualdad para los pobres del país.<sup>53</sup> (Comité de asesores del EZLN, 1996)

### 2.2.4.1.2 Y ROMPÍMOS EL CERCO (1994)



**Ilustración 12.** Zapatistas, en el segundo encuentro de mujeres y en el XXVI aniversario del levantamiento armado; Colección personal.

El EZLN rompe el cerco por primera vez, el 19 de diciembre de 1994 con la aparición de 38 nuevos municipios de Chiapas declarados territorios en rebeldía<sup>54</sup> (CCRI-CG del EZLN, 1994). Los zapatistas construyeron 5 Municipios Autónomos Zapatistas (MAREZ), después de que el gobierno de Zedillo había destruido el primero en Guadalupe Tepeyac; con los nombres de: La realidad, Oventic, La Garrucha, Morelia y Roberto Barrios, que más tarde en 2003 serían los Caracoles Zapatistas, con sus Juntas de Buen Gobierno (JBG).

🌀 Caracol I. La Realidad “Madre de los caracoles del mar de los sueños”

**JBG:** Hacia la esperanza.

**MAREZ:** (4) General Emiliano Zapata, San Pedro de Michoacán, Tierra y Libertad y Libertad de los Pueblos Mayas.

**Zona** Fronteriza; Marqués de Comillas, la región de Montes Azules, fronterizos a Guatemala y Tapachula

🌀 Caracol II. Oventic” Resistencia y rebeldía por la humanidad”

**JBG:** Corazón céntrico de los Zapatistas delante del mundo.

**MAREZ:** (7) San Andrés Sakamchén de los Pobres, San Pedro Polhó, Santa Catarina, Magdalena de la Paz, 16 de febrero, San Juan Apóstol Cancuc y San Juan de la Libertad.

**Zona:** Los altos de Chiapas.

🌀 Caracol III. La Garrucha” Resistencia hacia un nuevo amanecer”

**JBG:** El camino del futuro.

**MAREZ:** (4) Francisco Gómez, San Manuel, Ricardo Flores Magón.  
y Francisco Villa.

**Zona:** Selva. Municipio oficial de Ocosingo.

🌀 Caracol IV. Morelia” Torbellino de nuestras palabras”

**JBG:** Corazón del arcoíris de la esperanza.

**MAREZ:** (7) 17 de noviembre, Primero de Enero, Miguel Hidalgo, Vicente Guerrero, Ernesto Ché Guevara, Olga Isabel y Lucio Caballas.

**Zona:** Abarca los municipios gubernamentales de Ocosingo, Altamirano, Chilón, Oxchuc, Huixtán, Amatenango del Valle y Teopisca.

🌀 Caracol V. Roberto Barrios” El caracol que habla para todos”

**JBG:** Nueva semilla que va a producir.

**MAREZ:** (7) Vicente Guerrero, Del trabajo, Francisco Villa, San José en Rebeldía, Benito Juárez, La Paz y La montaña. **Zona:** Norte de Chiapas.

### 2.2.4.1.3 NUEVAMENTE ROMPIMOS EL CERCO (2019)

Para agosto 2019, el EZLN hizo un comunicado a través de su página oficial enlace zapatista. Titulado “Y rompimos el cerco”; presentando los nuevos Caracoles y más MAREZ en nuevas zonas del sureste mexicano, así como Centros de Resistencia Autónoma y Rebeldía Zapatista (CRAREZ). “Aunque con lentitud, como debe ser según su nombre, los 5 caracoles originales se reprodujeron después de 15 años de trabajo político; y los MAREZ y sus JBG también tuvieron que hacer crías y ver que crecieran. Ahora serán 12 caracoles con sus Juntas de Buen Gobierno”.<sup>55</sup> (Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General del Ejército Zapatista de Liberación Nacional, 2019).

Este crecimiento exponencial, tiene 2 principales fundamentos:

- 1.- Trabajo político organizativo de las mujeres, hombres, niñas y niños y ancianos bases de apoyo zapatistas.
- 2.- La Política gubernamental destructora de la comunidad y la naturaleza como ellos le llaman a la “Cuarta Transformación” y los proyectos del gobierno en curso.

Con esto, el EZLN da a conocer los nuevos 7 CRAREZ como se puede observar en el mapa de la *Ilustración 13* (con predominio en la zona selva norte y los altos de Chiapas); más los 5 caracoles originales, 13 en total. Además de los MAREZ originales que son 27; dando un total de 43 centros Zapatistas.

- ☉ Caracol. Colectivo el corazón de semillas rebeldes, memoria del Compañero Galeano.

**JBG:** Pasos de la historia, por la vida de la humanidad.

**Zona:** La unión. Tierra recuperada, a un lado del ejido San Quintín. Municipio oficial de Ocosingo.

- ☉ Caracol. Espiral digna tejiendo los colores de la humanidad en memoria de las personas caídas.

**JBG:** Semilla que florece con la conciencia de las que luchan por siempre.

**Zona:** Tulan Ka ‘u, tierra recuperada. Municipio oficial de Amatenango del Valle.

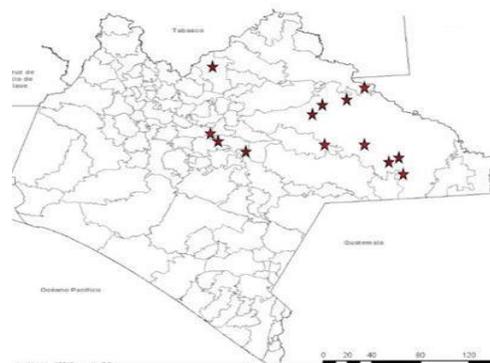
- ☉ Caracol. Floreciendo la semilla rebelde.

**JBG:** Nuevo amanecer en resistencia y rebeldía por la vida y la humanidad.

**Zona:** Patria Nueva, tierra recuperada. Municipio oficial de Ocosingo.

- ☉ Caracol. En Honor a la memoria del Compañero Manuel.

**JBG:** El pensamiento rebelde de los pueblos originarios.



*Ilustración 13. Mapa de Chiapas con los 12 caracoles zapatistas; Colección personal.*

**Zona:** Nuevo Jerusalén, tierra recuperada. Municipio oficial de Ocosingo.

☉ Caracol. Resistencia y Rebeldía un Nuevo Horizonte.

**JBG:** La luz que resplandece al mundo.

**Zona:** Dolores Hidalgo, tierra recuperada. Municipio oficial de Ocosingo.

☉ Caracol. Raíz de las Resistencias y Rebeldías por la Humanidad.

**JBG:** Corazón de nuestras vidas para el nuevo futuro.

**Zona:** Ejido Jolj'a. Municipio oficial de Tila.

☉ Caracol. Jacinto Canek

**JBG:** Flor de nuestra palabra y luz de nuestros pueblos que refleja para todos.

**Zona:** Comunidad del CIDECI-Unitierra. Municipio oficial de San Cristóbal de las Casas.

Además de la creación de 4 nuevos MAREZ:

- 1.- Esperanza de la Humanidad, en el ejido Santa María. Municipio oficial de Chicomuselo.
- 2.- Ernesto Che Guevara, en El Belén. Municipio oficial de Motozintla.
- 3.- Sembrando conciencia para cosechar revoluciones por la vida en Tulan Ka'u.
- 4.- 21 de diciembre, en Ranchería Kánal Hulub. Municipio oficial de Chilón.

#### 2.2.4.2 ORGANIZACIÓN SOCIAL

El **Congreso Nacional Indígena** (CNI) se constituyó el 12 de octubre de 1996, conformándose como una organización social que se planteó ser la casa de los pueblos indígenas, un lugar donde los pueblos originarios encuentran un espacio de reflexión y solidaridad para fortalecer sus luchas de resistencia y rebeldía; “un espacio de organización como los indios que somos” (CNI página oficial).

Lo constituyen pueblos, naciones y tribus originarios de México: Amuzgo, Binnizá, Chichimeca, Chinanteco, Chol, Chontal de Oaxaca, Chontal de Tabasco, Coca, Comcac, Cuicateco, Cucapá, Guarijío, Ikoots, Kumiai, Lacandón, Mam, Matlazinca, Maya, Mayo, Mazahua, Mazateco, Mixe, Mixteco, Nahuatl, Ñahñu/Ñajtho/Ñuhu, Náyeri, Popoluca, Purépecha, Rarámuri, Sayulteco, Tepehua, Tepehuano, Tlapaneco, Tohono Oódam, Tojolabal, Totonaco, Triqui, Tzeltal, Tzotzil, Wixárika, Yaqui, Zoque, Afromestizo y Mestizo.<sup>56</sup> (Congreso Nacional Indígena, 2017)

Colectivamente construyen, defienden, y ejercen los acuerdos de San Andrés, como la constitución de sus pueblos, ya que representa la única forma de seguir existiendo, siendo su derecho a la libre determinación y autonomía. Su espacio máximo de decisión es la asamblea general reunida en el congreso, en donde todas y todos tienen palabra para decidir colectivamente.

Los pueblos que conforman el CNI se rigen por siete principios:

**I.- Servir y no servirse.**

**II.- Construir y no destruir.**

**III.- Representar y no suplantar.**

**IV.- Convencer y no vencer.**

**V.- Obedecer y no mandar.**

## **VI. - Bajar y no subir.**

## **VII.- Proponer y no imponer.**

En el Quinto Congreso Nacional Indígena se consultó la opinión de los pueblos, para conformar un **Concejo Indígena de Gobierno** (CIG). El resultado de la consulta en diciembre del 2016 fue la aprobación de la propuesta, con la participación de 523 comunidades, de 25 estados del país y de 43 pueblos indígenas.

El CIG es la parte medular de la propuesta que el CNI hace al país y a los pueblos indígenas. Es la forma de cómo nos organizaremos nacionalmente desde abajo y a la izquierda para gobernar este país, desde la otra política, la de los pueblos, la de la asamblea, la de la participación de todas y todos. Es la forma en que cómo los pueblos nos organizamos para tomar las decisiones sobre los asuntos y problemas que nos competen a todas y todos. Es la otra forma de hacer política, desde la horizontalidad, desde el análisis y la toma de decisiones colectiva.<sup>57</sup> (Concejo Indígena de Gobierno)

Regido por los mismos 7 principios, el CIG está integrado por concejales, una mujer y un hombre de cada lengua de las diferentes regiones en donde se encuentran los pueblos, tribus y naciones que conforman el CNI. Concejales elegidos por usos y costumbres en sus asambleas y/o espacios de decisión, que asumen el compromiso de participar activamente en este espacio y de llevar a sus asambleas las propuestas y acciones que emanen del CIG.<sup>57</sup>

### **2.2.4.3 PARTIDOS POLÍTICOS Y ORGANIZACIÓN COMUNITARIA**

En la Garrucha la población se encuentra dividida por 2 principales inclinaciones políticas.

Zapatistas en un 53% y Partidistas con 47%.<sup>27</sup>

Pese a que pertenecen a diferentes ideologías políticas, el pueblo se encuentra unido, muestra de ello, es que al existir problemas o situaciones de mutuo interés (en pro de la mejora comunitaria), las dos organizaciones suelen reunirse en asambleas.

#### **2.2.4.3.1 EZLN**

La forma de organización es colectiva. En cada comunidad existe un agente autónomo, un coordinador de educación y un coordinador de salud. Los cuáles son elegidos por la misma comunidad, ante cualquier problema se realizan asambleas.

Cuando no se puede solucionar el problema, se transfiere al Concejo Autónomo, instancia a nivel región, el cual se encuentra en la cabecera municipal autónoma en cada Caracol. El cometido de un Concejo Autónomo es ver lo referente a vivienda, alimentación, cultura, trabajo, tierras, comercio, información, tránsito, administración de justicia, salud y educación. (Interrogatorio Directo a Concejo)

De esta manera, si el Concejo no puede resolver la demanda; existe una instancia más que se encarga de las situaciones de Zona, La Junta de Buen Gobierno. La cuál se ocupa de ver los asuntos de los MAREZ, tratando situaciones que involucren a los municipios autónomos y los municipios estatales. Mientras que, de las Juntas de Buen Gobierno, se encarga el Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General (CCRI-CG). Todos ellos, compuesto por habitantes de las MAREZ, para un bien colectivo, el cuál es un servicio rotativo por 10 días. (Observación Directa)

La organización zapatista tiene varias áreas de trabajo:

Sistema de Salud Autónoma Zapatista (SSAZ); Sistema de Educación Autónoma Zapatista; Radios Comunitarias (Los tercios); Sociedad cooperativa (cafetalera); Cooperativa de Artesanía Mujeres por la dignidad y el colectivo Mujeres de la Resistencia; Área de Agroecología Autónoma.

Dentro de su régimen cuenta con Leyes Revolucionarias, enunciadas a continuación:

Ley de Impuestos de Guerra; Ley de Derechos y Obligaciones de los Pueblos en Lucha; Ley de Derechos y Obligaciones de las Fuerzas Armadas Revolucionarias; Ley Agraria Revolucionaria; Ley del Trabajo; Ley de Industria y Comercio; Ley de Seguridad Social; Ley de Justicia; Ley Revolucionaria de Mujeres.<sup>58</sup> (Centro de documentación sobre Zapatismo)

Esta última Ley, creada por mujeres zapatistas entre ellas liderada por la comandanta Ramona, resalta por la importancia de horizontalizar los cargos entre hombres y mujeres, con el derecho de trabajar y recibir un salario justo, derecho a la autonomía de su cuerpo, a la educación y a elegir su compañero de vida.<sup>58</sup>

Con la reunión de las mujeres por su derecho, también se acuerda la prohibición del alcohol por hombres y mujeres zapatistas. El cuál es penalizado con la cárcel, en un transcurso de horas o días, dependiendo la falta. (Observación directa).

#### 2.2.4.3.2 PARTIDISTAS

El gobierno de México ha inscrito bajo un Registro Agrario Nacional 4,119 Sociedades Rurales en Chiapas (2º lugar con más SR), con la finalidad de coordinar actividades productivas de asistencia mutua y comercialización en sus núcleos agrarios, accediendo a programas sociales de los gobiernos federal, estatal y municipal, facilitando la obtención de créditos para impulsar proyectos que generen empleo<sup>59</sup> (Registro Agrario Nacional, 2018). De acuerdo con el Art. 108 de la Ley Agraria existen 4 tipos diferentes de Sociedad Rurales, de los cuáles en la cañada de la Garrucha se observa:

- 1.- Unión de Ejidos: Pudiéndose integrar por dos ejidos o comunidades.
- 2.- Asociación Rural de Interés Colectivo (ARIC): Dividido en al menos 6 grupos.

Manteniéndose bajo un régimen de Comisariado Ejidal con un presidente, un secretario y un tesorero.

Por otro lado, se han implementado Acciones y Programas por parte de la Secretaría del Bienestar para tratar de disminuir la desigualdad social; estos son los programas dirigidos a población en pobreza<sup>60</sup> (Secretaría de Bienestar-Archivos-, 2015-2019):

- Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores -en zonas indígenas a los 65 años- (2019): Con un monto de \$1,275 pesos mensuales en pago bimestral.
- *Sembrando Vida (2019)*: para sujetos agrarios con ingreso inferior a la línea de bienestar rural, y 2.5 hectáreas disponibles, monto \$5,000 pesos mensuales y especies.
- *Programa de Abasto Social de Leche Liconsa (2015)*: fortalecer el cumplimiento del derecho a la alimentación con leche de elevada calidad con precio subsidiado.
- *Programa de Abasto Rural de Diconsa (2015)*: Facilita la compra de productos de la canasta básica un precio más bajo por la población de alta y muy alta marginación.
- *Desarrollo de Zonas Prioritarias (2015)*: Producto de la fusión de los Programas de Desarrollo Local, Microrregiones y de Apoyo a Zonas de Atención Prioritaria (ZAP), atiende integralmente los rezagos vinculados con la infraestructura básica comunitaria, y la carencia de servicios básicos.
- *PROSPERA. Programa de Inclusión Social (2015)*: Articula y coordina la oferta institucional de programas y acciones de política social, incluyendo aquellas relacionadas con el fomento productivo, generación

de ingresos, bienestar económico, inclusión financiera y laboral, educación, alimentación y salud, dirigida a la población que se encuentre en situación de pobreza extrema.

## 2.2.5 INDICADORES CULTURALES

### 2.2.5.1. ETNICIDAD Y LENGUA

A nivel nacional en 2015, 21.5% de la población se autor reconoce como indígena (51.3% mujeres y 48.7% hombres). Oaxaca y Yucatán son las entidades federativas con mayor porcentaje de autor reconocimiento, rondando en el 65%; mientras que en Chiapas el 36.1% de la población estatal se autor reconocen de pueblos originarios.<sup>26</sup>

En México, se hablan 69 lenguas indígenas<sup>62</sup> (CDI, 2019), siendo el Náhuatl la lengua más hablada en el país con el 23.4% de la población hablante, seguida por el Maya con 11.6% y el Tzeltal con 7.5%. En total 16 lenguas representan el 88.8% de la población que habla alguna lengua indígena.

En 2010, la población en el país que hablaba un idioma indígena era el 6.6%, disminuyendo 0.1 puntos porcentuales para 2015. A pesar de que Oaxaca encabezara la lista como el estado que más hablantes de lengua indígena; Chiapas para ese año tenía el 27.9% de su población hablando alguna lengua indígena, además de que tiene los municipios con mayor porcentaje de hablantes; ejemplo de ello es Santiago El pinar, encabezando la lista con 99.9% de la población hablante en algún idioma indígena.<sup>61</sup> (INEGI, 2010)

En Chiapas, mientras que de cada 100 personas 14 no hablan español, los idiomas más hablados son Tzeltal 40.4% (474,298 hablantes, en 2,232 localidades), Tzotzil 36.6%, Chol 16.8%, Zoque 4.7% y Tojolabal 4%. Abarcando el 66.5% de los hablantes. Distribuidos principalmente en las regiones de los Altos de Chiapas y Selva.

En la Garrucha, se habla tzeltal, en su mayoría adulta(o)s jóvenes y adulta(o)s mayores son los que se comunican más en su lengua materna, en tanto que los más jóvenes en especial en edad preescolar y escolar utilizan más el castellano como medio de comunicación. En general, las personas de la comunidad hablan el tzeltal y entienden y hablan el castellano. A observación general las mujeres tienen a hablar y entender menos castilla que los hombres, debido al poco uso e interacción que llegan a tener con personas hablantes únicamente del castellano.

### 2.2.5.2 RELIGIÓN

Junto con los conquistadores españoles, a México llegó la religión católica. Para 2010, a nivel nacional 85.1% de la población de 5 años y más encuestada por INEGI era católica, 10.2% practicaba alguna otra religión entre las más comunes: protestantes y evangélicos; mientras que el 0.7% no practicaban ninguna religión.<sup>63</sup> (INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda, 2010) En el mismo año en Chiapas el 58% de la población profesaba el catolicismo.

La religión, se ha convertido de suma importancia en la salud mental y espiritual de las personas, encontrando gran arraigo a ello en las comunidades.

En la Garrucha predomina la religión católica, de nombre “San Francisco” se encuentra dentro del caracol de la Garrucha, permitiendo su entrada a la(o)s compañeras partidistas al caracol (véase la *Ilustración 14*). Las congregaciones son impartidas los domingos a las 9 de la mañana, por un padre con biblia traducida al tzeltal, quien es parte de la comunidad y en su día a día realiza las mismas actividades que el resto de las personas. Las mujeres de todas las edades acuden al recinto con una chalina blanca que cubre su espalda y los hombres suelen acudir de camisa de cuadros y botas; todos muy bien arreglados.

Ya en la ceremonia las mujeres sentadas de lado derecho y los hombres de lado izquierdo, suena la música con letra en castellano, producida con guitarras y guitarrón por adultos jóvenes. (Observación directa)

Aunque en la Garrucha predomina la religión católica, existen otras religiones como la Iglesia adventista y la presbiteriana.



*Ilustración 14. Festejos religiosos en la Garrucha.; Colección personal.* **2.2.5.3 TRADICIONES, COSTUMBRES Y FIESTAS.**

Las tradiciones y costumbres mexicanas han evolucionado a través del tiempo, reflejando la influencia de otras naciones que han intervenido a lo largo del tiempo en México, tales como España y Estados Unidos. Sin embargo, en México aún se conservan elementos de las culturas aborígenes que poblaron este territorio.

Actualmente, las principales tradiciones y costumbres son: el día de muertos (1 y 2 de noviembre), día de la virgen de Guadalupe (12 de diciembre), las posadas (16-24 de diciembre), noche buena (24 de diciembre), los reyes magos (6 de enero), candelaria (2 de febrero), carnavales (mes de febrero); así como algunos días históricos mexicanos: día de la independencia (16 de septiembre) y día de la revolución mexicana (20 de noviembre).

En la Garrucha, muchas de las festividades que se celebran en el resto del país no suceden aquí. Aunque, existen en general muchas fiestas patronales a lo largo del año, como población en general suelen celebrar el día de muertos (festejo muy importante para ellas), realizando sus altares en cada casa, con velas, flores y comida, para esta población es indispensable pasar el día en familia y visitar el panteón; de igual forma cuando fallece una persona se suelen reunir por 9 días para rezar y brindar culto en la casa del difunto, frente a un altar con flores y copal.

Sin duda, los eventos que más predominan son los de tipo religioso: Semana santa, día de la virgen de Guadalupe (véase la *Ilustración 15*), noche buena, así como algunos santos, entre ellos el más importante es el festejo del santo patrono del ejido “San Francisco” el 3 y 4 de octubre. En todos ellos existen marchas encabezadas por el padre, detrás de él van los hombres y después las mujeres, realizan una caminata por la comunidad, para volver a congregarse en la iglesia. Las mujeres se reúnen para hacer tamales de hoja de plátano, se lanzan cohetes durante el día y por la noche se contrata a músicos que tocan hasta la una o dos de la mañana; se suele bailar música ranchera, lo interesante es que a través de las festividades se puede entender cómo se relacionan los hombres y las mujeres; por su parte las mujeres suelen bailar en grupos, hasta que los hombres se acercan a ellas para pedir bailar una pieza; las personas del centro de la pista son las que indican cuando empezar a bailar, aun teniendo rato de haber empezado la canción; mientras que las mujeres mayores rodean la pista sentadas, viendo el espectáculo, muchas veces cuidando a niños pequeños, los cuáles los tienden en el piso encima de una cobija. Cada hora se detiene la música para tomar un descanso, y a la mitad de la fiesta se suele llamar primero a los hombres y luego a las mujeres para comer tamales con café. (Observación directa)



*Ilustración 15. Día de la virgen de Guadalupe en la Garrucha.; Colección personal*

Las personas no festejan sus cumpleaños, día que pasa como desapercibido. El único cumpleaños que festejan y en grande son los XV años, tantos en mujeres como en hombres. Los quince años junto con la boda, son las festividades que se centran en las personas.

Por su lado, existen festejos propios del EZLN (observación directa):

1 de enero. - Día del levantamiento armado zapatista, contra el gobierno mexicano. En el caracol se celebra con música y comida. Cada año existe un evento masivo en algún caracol donde se reúnen las y los zapatistas de los diferentes caracoles para festejarlo. En 2019 sucedió en el caracol Morelia, dando apertura a que las personas externas al movimiento zapatista pudiéramos celebrarlo con ellos. Principal discurso hecho por el subcomandante Moisés primero en Tzeltal y luego en español.

7,8 y 9 de agosto. - Creación de los caracoles. Estos días se incluyen eventos recreativos con basquetbol, música y comida.

16 de septiembre. - Día de la Garrucha. Se realiza una caminata por la comunidad y se realiza hace un baile conmemorativo. Aquí se festeja diferente el día de la independencia, donde se realiza el grito honrando a los héroes de la independencia mexicana y se cantan tanto el himno nacional como el himno zapatista, este día se ondean ambas banderas.

10 de abril. - Día del asesinato de Emiliano Zapata. Se le rinde culto con un minuto de silencio, unas palabras lideradas por los insurgentes y canto del himno zapatista.

En todas estas fechas se realiza el izado de bandera zapatista, con un homenaje con escolta por compuesta por mujeres, encabezado por los insurgentes y los milicianos, se reúnen las y los zapatistas, toda(o)s encapuchadas o con pañuelo cubriendo su nariz y boca.

Día Internacional de las mujeres (8 de marzo). - En la garrucha, se realiza comida para festejarlo. En 2018 el EZLN encabezado por las mujeres zapatistas, realizó el primer encuentro de mujeres que luchan y en diciembre de 2019 se llevó a cabo el segundo, al que tuve la oportunidad de ir, aquí se tocaron temas como la violencia desde sus diferentes perspectivas, trabajo colectivo y organización entre las mujeres para ayudarnos unas a las otras

Día de las madres. - El 10 de mayo, se realiza un evento dirigido por los promotores de educación y los niños de la escuela zapatista, donde se les reconoce a las mamás con poemas, pequeñas obras de teatro (en español), y bailables, en la cancha de la escuela.

#### **2.2.5.4 VESTIMENTA**

Las mujeres de la comunidad suelen vestir con faldas de flores y blusas estampadas. En las comunidades más vestimenta característica es el tradicional vestido tzeltal, un vestido hecho por ellas mismas

que lo usan tanto niñas como adultas, bordado con listones de colores y encaje (muy colorido y vistoso), se pone con una gabacha encima, la cuál es un mandil de la misma textura que el vestido. Todas las mujeres lucen su cabello largo bien cuidado (no existen mujeres con pelo corto).

La vestimenta tradicional de los hombres es una camisa de cuadros, pantalón de mezclilla, zapatos casuales o botines. (Observación directa) Para ir a la milpa los hombres y niños suelen llevar sus botas de hule y su machete.

### 2.2.5.5 RECREACIÓN

La recreación de los niños y adultos jóvenes mexicanos se basa recientemente en aparatos tecnológicos como celular, tabletas, computadoras, o consolas de videojuegos, evidenciando a una población crecientemente sedentaria. Muy pocos son ahora las y los niños que salen a jugar con otras. La falta de interacción con otras personas nos está volviendo una sociedad individualista y obesa.

En cambio, la vida en las comunidades es como se recuerda la infancia 20 años atrás.

Las personas de las comunidades suelen tener ciertos pasatiempos por la tarde: los hombres (zapatistas y no zapatistas) por lo general se reúnen cada tarde para practicar basquetbol en la cancha del caracol. En la Garrucha existe un equipo local, que compite contra otras comunidades en un torneo, y los domingos por la mañana suelen reunirse para ir al potrero y jugar futbol. Los muchachos ganadores ya sea en fútbol o en basquetbol reciben una Coca Cola grande pagada por el equipo perdedor. Los músicos se juntan cada tarde para tocar, lo cual genera un ambiente muy amigable. Mientras que las mujeres siempre en grupo salen a ver tienda por tienda joyería de bisutería y ropa, comprar unas palomitas y platicar con sus amigas. Actualmente, con la llegada del internet a la comunidad, las personas suelen ocupar parte de su tiempo vespertino, para conectarse con su móvil a la internet y ver vídeos en Facebook, YouTube o utilizar el buscador Google. (Observación directa)

Por parte del EZLN no está permitido el consumo de alcohol (debido a que se había tenido queja por las mujeres zapatistas de que el alcohol contribuida al maltrato físico por parte de los hombres), y los que llegan a desobedecer esta regla y son vistos, son castigados y encerrados en la cárcel por un día. En cambio, los partidistas sobre todo después de una fiesta terminan ebrios; a pesar de ello, nunca se ha sabido de algún caso de violencia.

## CONCLUSIÓN

Entre un contexto histórico llenó de desigualdad social, discriminación, racismo, esclavitud y hasta genocidio; después de la segunda guerra mundial, el mundo se plantea la necesidad de crear Organismos encargados de defender los derechos humanos. De este modo, nace la Organización de las Naciones Unidas, y años más tarde la OMS.

Con la ONU se establecen 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (creados en el 2000 y modificados en 2015), con la meta de ser cumplidos para el 2030; entre los que se encuentra salud y bienestar, con el que se busca enfrentar las principales causas de muerte en países en vías de desarrollo: muerte materna y neonatal, así como muerte por enfermedades infecciosas no transmisibles. La OMS por su parte estableció en 2005 los Determinantes Sociales, con los cuáles se plantean los factores con los que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; y que pone en desventaja a la población de alta y muy alta marginación. manos, donde se le asigna un artículo al derecho a la protección social, y uno al derecho a la salud.

Considerando a este último, como el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, entrelazado con otros derechos; sin dejar atrás una perspectiva intercultural y de género. Mientras tanto, a nivel nacional por la modificación al artículo 4º Constitucional en 1983, se introduce el derecho a la Protección de la Salud como una garantía social y derecho fundamental; con los principales objetivos de universalizar su cobertura, y diseñar la ley general de salud en la que se establezca las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud, y con ello regir un Sistema Nacional de Salud.

México, a pesar de ser un país megadiverso, presenta grandes rezagos sociales, con visibles contrastes entre sus estados, donde en términos generales los del sur son los de mayor marginación, y los del norte más desarrollados. Paralelo a lo que ocurre en América Latina con América del Norte.

Al presentar en páginas anteriores los indicadores y con ello los determinantes sociales en los que se desenvuelve la comunidad; se puede dimensionar con números y no solo con verbo, la alta marginación con el que se le clasifica a la Garrucha, al municipio de Ocosingo, y al estado de Chiapas en general. Dejándose entre ver como el poder y la distribución de recursos, beneficia a unos cuantos, mientras que a otros no les es favorable, como en este caso.

En una comunidad que se encuentra a hora y media de la cabecera municipal, en las faldas de montañas, donde debido a los terrenos tan accidentados y la lejanía de la ciudad más cercana, se pierde la comunicación. La mayoría de la población vive hacinada en pequeñas casas hechas de madera, con piso de tierra, y techo de lámina; que en términos de salud refleja una mayor probabilidad de contagio de enfermedades transmisibles; que van desde infecciones respiratorias, dermatológicas y gastrointestinales, hasta tuberculosis o enfermedades transmitidas por vectores como Leishmaniosis, Malaria o Dengue, las cuáles son endémicas de la región. Ahora bien, si a esto le sumamos la estrecha convivencia con animales y sus excrementos, la falta de un sistema adecuado de drenaje y recolección de basura; así como la falla por temporadas de servicios como la luz o el agua cuando se presentan tormentas o sequía, aunado a la falta de tratamiento previo del agua antes de llegar a los hogares, agrava mucho más la situación.

Pero esto aún no es lo peor, debido a la dificultad de acceso a las comunidades, en parte por la falta de transporte a cualquier horario, los problemas de interculturalidad, la discriminación y desigualdad social; existe ausencia de personal médico en atención primaria por parte de la Secretaría de Salud en estas comunidades, y apenas una cobertura mínima de especialidades básicas; ni qué hablar de la atención de enfermedades que requieren un hospital de tercer nivel, las cuáles son las que presentan un mayor gasto catastrófico para las familias. Con todo esto, y lo estipulado en los objetivos de desarrollo sostenible sobre la meta para 2030 de reducir la muerte materna, y la muerte por enfermedades transmisibles o no, se torna lejos de una realidad. Así, padecimientos que tienen cura, o que son consecuencia de la falta de un diagnóstico o tratamiento oportuno en una persona sana (como lo es la mujer embarazada); se convierten en riesgo para la privación de la vida, atentando contra el derecho a la salud.

Ante la ausencia de clínicas con personal capacitado por parte de la SSA, existe en esta cañada un sistema de salud autónomo encabezado por la organización política EZLN; el cual atiende sin discriminar a cualquier persona. Encabezado por promotores de salud (personas de la misma comunidad capacitadas) en acompañamiento de pasantes de servicio social en medicina y estomatología de la UAM, así como médica(o)s de familia o parteras voluntarias; se lleva a cabo la tarea de atender a este sector poblacional, derivando y transportando en condiciones desfavorables, a las personas que necesitan una atención especializada a hospitales comunitarios de la SSA u ONG ubicados a dos horas de distancia.

Por su parte, uno de los puntos claves para entender la progresión de una localidad, es conocer cuantas carencias sociales tiene, y cuanto es su ingreso mensual destinado a la canasta básica alimentaria y no alimentaria; lo cual clasifica a una población en alta o muy alta marginación. Las carencias sociales incluyen: rezago educativo, acceso a la salud, seguridad social, calidad y espacios en la vivienda (materiales del

techo, piso y muros); servicios básicos en la vivienda (agua potable, luz, drenaje); y acceso a la alimentación.

En este sentido y haciendo un análisis de estos indicadores; en la Garrucha con una población que máximo estudia 3 años siendo zapatistas y una población partidista que, a pesar de las adversidades para acudir a la secundaria y preparatoria por la distancia y esfuerzo económico, las y los jóvenes no aspiran ir a la Universidad, por el gasto en el bolsillo tan importante que ello representa; obstaculizando la posibilidad de mejores ingresos económicos; ubicando a esta población por debajo de la línea de pobreza extrema por ingresos (CONEVAL,2018). Para ello el gobierno federal ha implementado programas de apoyo social en zonas de alta y muy alta marginación, con apoyos económicos mensuales que apenas superan el salario mínimo; los cuáles benefician a la población partidista, y contribuyen en reducir la pobreza extrema del país a sólo personas en pobreza. En tanto, las y los zapatistas como organización autónoma, buscan el trabajo para el bien colectivo, viviendo sencillamente de acuerdo con sus principios.

Por su parte, se vuelve difícil el acceso a la canasta básica, con los 40 productos establecidos de primera necesidad recomendados para una adecuada nutrición (según SEGALMEX); teniendo sólo acceso a 7 productos como parte del consumo diario; sin incluir frutas y verduras, los cuales según el plato del buen comer deben abarcar la mayor porción de las comidas. Impidiendo un adecuado crecimiento y desarrollo en los niños, por problemas de desnutrición y malnutrición a causa del consumo de alimentos chatarra, y provocando problemas de sobrepeso y obesidad en los adultos.

Con todo lo anterior, se concluye que en la Garrucha y en las comunidades aledañas, existe discriminación, desigualdad social y violación a los derechos humanos de estas personas; al no tener acceso al derecho a la salud, se transgrede el artículo 4º constitucional. Teniendo que lidiar con carencias sociales, pobreza y apatía por parte del gobierno mexicano; situación que no fue de su elección, pero que los pone sin saberlo en desventaja y en peligro como grupo étnico.

### 3. EL SISTEMA DE SALUD DESDE UN ENFOQUE NACIONAL Y LOCAL

En este capítulo se analizará como primer punto el sistema de salud mexicano, echando un vistazo a algunas organizaciones multinacionales involucradas en el tema.

Yendo de lo general a lo particular, se hablará de la interacción de México a nivel mundial, de la construcción del sistema de salud mexicano actual a través de una línea del tiempo; y un análisis de los programas que ha habido en México dedicados a la seguridad social, llegando a las características de los vigentes.

Posteriormente, se pasará a presentar la información sobre las consultas dadas en la comunidad de la Garrucha en el periodo de febrero 2019 a enero 2020.

Presentando en primer término los datos demográficos: número de consultas por mes, personas de primera vez vs subsecuentes anual, atención médica por grupo etario y por sexo; y principales comunidades que más frecuentaron la consulta.

En adelante, los datos presentados serán mayormente estadísticos con la explicación necesaria, abordando el perfil de morbilidad de las enfermedades transmisibles y no transmisibles que se presentaron a lo largo del servicio social, viéndolo con perspectiva de género, y con todos los posibles factores involucrados en ellos, acorde con lo descrito en el diagnóstico de salud comunitario.

Por último, se presentará el trabajo que se llevó a cabo en las clínicas autónomas de la Garrucha, en cuanto al abordaje de las personas que necesitan seguimiento por varias causas con datos estadísticos de acuerdo con la información recabada mes con mes. Subsecuentemente se hablarán de los programas:

- -Atención prenatal
- -Crecimiento y desarrollo (campañas de desparasitación y aplicación de flúor, campaña de vacunación, y atención de él o la niña con alguna comorbilidad).
- -Seguimiento de las personas con enfermedades crónico-degenerativas.
- -Detección oportuna y seguimiento de mujeres con Cáncer Cervicouterino.
- -Detección oportuna y seguimiento de víctimas de violencia.

Junto con ellos se busca analizar su funcionamiento durante el año de servicio social, considerando todas las aristas que emergen para su cumplimiento; poniendo en contexto el derecho a la salud y las políticas de salud.

#### 3.1 POLÍTICAS DE SALUD

La salud enfocada inicialmente en aspectos curativos únicamente pasó a tener una orientación del cuidado colectivo “Salud pública o Salubridad”; para enfocarse luego en la salud integral, incluyendo los componentes biológicos y genéticos de las personas, los efectos del medio ambiente y los factores del comportamiento, ya sea individual o colectivo.

En la búsqueda de una atención de salud accesible para todas y todos con calidad, la salud ha sido puesta en el modelo económico neoliberal como un producto mercantil, que acompañado de tintes progresistas en mejora para el desarrollo de los países y a través de la banca internacional, se ha aprovechado la situación para trazar líneas políticas en salud que en el fondo buscan acumular capital ejerciendo control político de

los países con la idea de que las personas con vidas saludables son más productivas y por lo tanto se fortalece la economía nacional.

En 1944, nace en Washington D.C. el Fondo Monetario Internacional (FMI) junto con el Grupo Banco Mundial (GBM) tras la segunda guerra mundial; este último con el fin de promover el desarrollo económico en países pobres. Debido a que el costo de un sistema de salud es muy alto y solo la minoría de países pueden solventar el gasto, el GBM ha hecho gran cantidad de préstamos a varios países del mundo destinados al sector salud, de especial relevancia se muestra en el artículo “Las Políticas de Salud del Banco Mundial” de Shiri Noy, donde se menciona que Latinoamérica sin duda ha sido la región con más préstamos en la historia.<sup>64</sup> (Noy S; 2013)

El Banco Mundial, ve a la salud como una inversión fundamental de capital humano y de crecimiento económico; ya que el gasto en salud, y en la educación ayudan a reducir la pobreza, lo cuál sería beneficioso para el crecimiento económico nacional. Con la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) exhorta a que todas las personas puedan acceder a servicios de salud de calidad sin tener que experimentar dificultades financieras. Se plantea los objetivos de poner fin a la pobreza extrema y aumentar la igualdad y prosperidad compartida, asumiendo el compromiso de ayudar a los Gobiernos a lograr la CSU antes de 2030.<sup>65</sup> (Grupo Banco Mundial, 2019)

Los métodos y la filosofía del neoliberalismo han sido controversiales; acusado de promover una agenda de privatización, favoreciendo los intereses de corporaciones transnacionales, principalmente de seguros de salud y de empresas farmacéuticas<sup>64</sup>. Mientras que, uno de los retos más grandes son las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos mentales, cáncer), las cuáles provocan el 70 % de las muertes a nivel mundial, la mercantilización de los servicios de salud ha hecho de la necesidad un negocio. La tasa de malnutrición y de mortalidad materna siguen siendo elevadas en países de ingreso bajo y de ingreso mediano<sup>66</sup> (Banco Mundial, 2018). Aunado a esto, los sistemas de salud de muchos países enfrentan también desafíos como el envejecimiento de la población relacionado a los cuidados de larga duración, de los cuales sólo el 5.6 por ciento de la población mundial vive en países que ofrecen una cobertura total para este tipo de cuidados.

En muchos países aún existen grandes brechas en la cobertura, en particular entre las comunidades pobres y marginadas, el informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la protección social 2017-2019 para lograr alcanzar los ODS, muestra que sólo el 29% de la población mundial dispone del acceso a una seguridad social integral, en tanto el 71% restante, no está protegida.<sup>67</sup> (OIT, 2017-2019)

Siendo la protección o seguridad social un derecho humano, abarca condiciones de maternidad, desempleo, accidentes del trabajo, enfermedades incapacitantes, pensiones para la tercera edad y niñez. La protección social universal planteado por la ONU, como parte de los ODS y apoyados por el GBM, se ve todavía como un anhelo; en tanto, se vuelve un reto mundial por alcanzar la asistencia social, en especial para las personas pobres y vulnerables.

En México de 2015 a 2018, el porcentaje del PIB destinado al gasto público en salud disminuyó progresivamente, al pasar de 3 a 2.8%, el cuál al ser comparado con países en desarrollo económico menor o igual que México; muestra como Costa Rica, Argentina, Cuba o Panamá, por mencionar algunos; destinan más recurso al gasto público en salud, colocando a México como el país de la OCDE que menos recursos destina en éste sector.<sup>16</sup> (OCDE, 2019) La OMS por su parte, refiere que el gasto sanitario se compone de gasto público, pagos directos (por la persona usuaria), y fuentes como el seguro médico voluntario. En México, el gobierno se encarga en promedio del 51% del gasto sanitario del país, mientras que el 35% es por pagos directos.

Por su parte, la “Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social” más actual de 2017 (con una población total nacional de 123.7 millones de personas en el país), presentó el 39.3% de la población como afiliadas al Seguro Popular (siendo Chiapas el estado donde se encuentra el porcentaje más alto con 79.8%, seguido

por Oaxaca con 77%); 36.3% al IMSS; 5.6% al ISSSTE; 4.3% a otra institución pública (PEMEX, SEDENA, SEMAR); en tanto que el 1.1% al sector privado.

El 54.3% de la población total encuestada afiliada o no, acudió a algún servicio médico, siendo las mujeres quienes han acudido mayoritariamente con 58.7% vs 49.7% de los hombres. Aunque suena contradictorio pensar que de esa población que acudió a algún servicio de salud en el último año, el 35.1% refirió atenderse en un servicio médico privado, el 34.8% en el Seguro Popular y solo el 28.3% en el IMS<sup>41</sup>.

Lo interesante de estos datos, es analizar qué porcentaje de la población total en México no tiene seguridad social, lo cual según INEGI (2017) el 13.3% de la población total no está afiliada a alguna institución. Aquí también se menciona que el seguro popular cubría más números de afiliados seguido por el IMSS, pero al ver la preferencia de la población para su atención, se observa que la gente ha recurrido más al sector privado que a estas instituciones; lo que puede deberse a factores como: el seguimiento aplazado de citas médicas; la tardanza en las consultas de urgencia; o a la falta de recursos para la atención, recurriendo a los familiares de los pacientes para adquirir lo más indispensable.

Tabla 6. Línea del tiempo sobre la salud pública en México.

<b>300dC</b>	Medicina Tradicional	1973	Inicio del Programa Nacional de Inmunizaciones.
<b>1578</b>	Primera cátedra de Medicina por parte de la Real y Pontificia Universidad de México.	1977	Conformación del sector salud, bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; no incluyó al IMSS ni al ISSSTE.
<b>1905</b>	Inauguración del Hospital General de México	1979	Creación del Programa IMSS-COPLAMAR. Desaparece en 1983.
<b>1917</b>	Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública,	1983	Incorporación a la Constitución del derecho a la protección a la salud.
<b>1925</b>	Creación de la Academia Mexicana de Cirugía.	1984	La Secretaría de Salud (SSA), sustituyó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Promulgación de la Ley General de Salud, desapareciendo el Código Sanitario.
<b>1934</b>	Expedición de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad entre el Departamento de Salubridad y Gobiernos de los Estados.	1988	Creación del programa IMSS-Solidaridad.
<b>1936</b>	Implantación del Servicio Médico Social para los Estudiantes de Medicina.	1990	Se crea la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
<b>1937</b>	Creación de la Secretaría de Asistencia Pública.	1991	Inauguración del Instituto Nacional de Salud Pública.
<b>1942</b>	Inauguración del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. (Hoy InDRE). Inicio de actividades del Hospital Central Militar.	1995	Se inicia una nueva descentralización de los servicios de salud estatal, con una reforma al IMSS.
<b>1943</b>	Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública, en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.  <b>Creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)</b> y el primero de los Institutos Nacionales de salud, el "Hospital Infantil de México".	1996	Conformación en cada estado de un Organismo Público Descentralizado (OPD), encargado de los servicios de salud.
<b>1944</b>	Inicio del Plan Nacional de Hospitales. Fundación del BM y FMI.	1997	(1997-2002) Se crea el Programa de educación, salud y alimentación (PROGRESA).

1945	Nacimiento oficial de Las Naciones Unidas.	2001	Creación del Instituto Nacional de las Mujeres.
1946	Fundación del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).	2002	Creación del programa Oportunidades (2002-2014).
1948	Creación del Instituto Nacional Indigenista. (Desaparece en 2003). Fundación de la OMS.	2003	Constitución del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) y el <b>Seguro Popular</b> para la población sin seguridad social laboral.
1952	Inauguración del Hospital “La Raza” del IMSS.	2007	Reforma al ISSSTE.
1953	Creación del Programa de Bienestar Social Rural.	2014	(2014-2018) Creación del programa IMSS-Propera.
1959	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).	2018	Creación del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. Creación del IMSS-Bienestar
1961	Creación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), que más tarde en 1977 sería el DIF	2020	Inauguración del INSABI

*Datos recuperados de:* Fajardo G.; Sánchez J. (2005). *La medicina mexicana de 1901 a 2003*. Revista Mexicana de Patología Clínica. pp.118-123.

En la *Tabla 7*, se sintetiza los diferentes programas a lo largo de la historia de México destinados a la seguridad social de la población mexicana; a forma de cuadro comparativo se puede observar que desde 1979, con la puesta en marcha del programa IMSS-Coplamar, se buscaba destinar la atención a la población rural marginada, como programa piloto para buscar solución a los padecimientos agudos causantes de alto índice de mortalidad en la población en general; e incrementar el fomento de la participación comunitaria. Con el paso de los años, toma fuerza en los programas destinados a la atención y detección de los padecimientos crónico-degenerativos; embarazo, parto y puerperio, desnutrición y campañas de vacunación y detección oportuna de CaCu.

*“Aunque la estrechez financiera, los bajos salarios y el lento crecimiento del empleo, han conducido a un prolongado deterioro del IMSS, manifestado en la falta de medicamentos e insumos; problemas de mantenimiento de equipo e instalaciones; retraso en la edificación de nueva infraestructura e inestabilidad contractual de nuevo personal, en su momento se consideró como la mejor institución pública de salud en América Latina”*<sup>68</sup> (Asa C.L. 2010).

En México, la seguridad social emana del artículo 123 constitucional, sobre los derechos del trabajo con el Estado y el patrón como sujetos obligados, cuyos deberes están reglamentados en las leyes de Seguridad Social.

El sistema de salud mexicano tiene la característica básica de un alto grado de segmentación, a diferencia de algunos otros sistemas de salud mundial, en el que un solo instituto funciona para la seguridad social del país. En México, el IMSS da la seguridad social a los trabajadores del sector privado, y el ISSSTE a los trabajadores del estado. Sin embargo, a partir del “ajuste estructural” iniciado en 1983, la población no asegurada o “abierta” incrementó de la mano con el crecimiento del desempleo y el empleo informal; población objetivo de la SSA. (véase la *Tabla 6*).

En 1973 se reforma la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS; derivado de esta reforma en 1974, se instrumenta el Programa Nacional de Solidaridad Social, del que surge la creación y desarrollo de los programas del IMSS bajo la necesidad de cubrir la seguridad social, y con ello mejorar la salud de los grupos más vulnerables. Transformando el sistema de atención médica en un Modelo de Atención Integral a la Salud, se buscaba interrelacionar la atención médica y la participación comunitaria.

Las reformas en el sistema de salud mexicano, y específicamente su descentralización (tras el primer intento de unificación de los servicios de salud fallido) inicia en los ochenta; impulsada por el Banco Mundial en 1983 en México, con el cuál se acepta la exigencia de este para obtener préstamos y renegociar la deuda externa; así se descentralizaron los servicios de salud de la Secretaría de Salud (SSA).

El que fue hasta antes del año pasado el último proceso de reforma, se inició con el IMSS en 1995; pasó por la constitución del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) y el Seguro Popular (para la población sin seguridad social laboral en 2003), y culminó con la reforma del ISSSTE en 2007.

Con un esquema de separación entre las funciones de regulación, administración del financiamiento y la prestación de servicios; que significaba la mercantilización y apertura a la privatización, con la idea de universalizar la cobertura de salud. El problema de ello es la errónea denominación de “cobertura” dada por las instituciones antes mencionadas, queriendo abarcar la mayor población posible, dejando de lado muchas enfermedades fuera del paquete ofrecido a la población.

Antes de analizar los programas actuales que trabajan sobre seguridad social en México, es importante retomar algunos puntos importantes sobre el Seguro Popular y los programas del IMSS.

En la *Tabla 7* se puede observar que para tener derecho al SP se planteó como un seguro voluntario, teniendo que pagar y renovar con una cuota familiar anual; mientras que el seguro médico laboral del IMSS es obligatorio (para la persona y familiares directos).

El seguro médico laboral cubre todas las intervenciones, en tanto que el SP sólo ampara 66 padecimientos por el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, y por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Cuatro enfermedades de gasto catastrófico para adultos, y dieciocho para los menores de cinco años, incurriendo a un alto gasto de bolsillo para lo padecimiento no contemplados.<sup>68</sup> (Asa C.L. 2010). Así México ocupa el segundo lugar como el país con mayor gasto de bolsillo, según la OCDE.

El SP tenía como principal enfoque la atención de primero y segundo nivel; aunque la mayor inversión federal se había hecho en la creación de 6 hospitales de alta especialidad; lo cuáles han estado crónicamente sub ocupados, sin llegar a trabajar al 100% de su capacidad, por falta de mantenimiento y contratación de mayor personal médico.

Añadido a esto, como dice Asa Cristina Laurel en su texto “Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta”: en el seguro popular los estados deben aportar una cuota fija e igual por cada familia afiliada. Siendo un arreglo inequitativo ya que los estados más pobres y con menos ingresos fiscales, tienen la menor cobertura de seguridad. Por ejemplo, en Chiapas (el estado más pobre de México), la cobertura es del 18%; mientras que en Nuevo León (el estado más rico), la cobertura es del 69%.<sup>68</sup>

Esta inequidad pudiera convertirse en un obstáculo para la universalización de la cobertura, por falta de recursos estatales; y a su vez, afectando otras inversiones sociales básicas.

El IMSS-Bienestar y el INSABI, tienen establecido como meta en común: crear un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos, para la población que carece de seguridad social. La iniciativa establece que en el actual “Cuadro Básico de Insumos” (CBI) y el “Catálogo de Insumos” (CI), se identificarán de manera conjunta como Compendio Nacional de Insumos para la Salud. Aunque no se esclarece el procedimiento para el uso del Compendio por el IINSABI; la LGS establece que todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deben apegarse al CBI y al CI; teniendo implicaciones para aquella institución que no se apegue a ella.

Para 2016, el Banco Mundial indicó que México contaba con 2.2 profesionales en medicina y 2.8 enfermeras y/o enfermeros por cada mil habitantes (cifras bajas entre los países de la OCDE); así, el INSABI busca contratar mayor personal de Salud para mejorar dicha cifra; con la adherente distribución más uniforme de éstos en el territorio mexicano, y no sólo en las grandes metrópolis como lo es en la actualidad.

Por otro lado, la OCDE reportó que México destina el 5.2% del gasto total en salud en gastos administrativos; colocándose como uno de los países con gastos mayores en este rubro. Lo que podría tener una explicación, al mantener dos esquemas financieros para brindar atención a la población sin seguridad social; por un lado, el IMSS-Bienestar (financiado con recursos del Gobierno Federal), y por el otro el INSABI (financiado con recursos de los Gobiernos Federal y Estatales), generando una duplicidad en cobertura, funciones, y estructura administrativa.<sup>69</sup> (Reyes H; Dreser A..2019)

Por último, partiendo del reconocimiento del derecho a la salud, el INSABI promete garantizar por ley los servicios de primer y segundo nivel (objetivo ambicioso y deseable); sin embargo, potencialmente muy costoso. Mientras que, en los servicios de alta especialidad, que son los que tienen mayor potencial de ser económicamente catastróficos y empobrecedores, la cobertura no ha sido clara.

Lo que ya no se puede permitir México es llamar cobertura universal a un sistema que ni siquiera es obligado para toda la población mexicana, cuando el derecho a la salud no es cuestionable, ¿Por qué la segura social en México tendría que ser voluntaria?

**Tabla 7. Cronología de programas sociales implementados en México.**

Programa/ Vigencia	Objetivos	Población beneficiaria	Insumos	Logros
<b>IMSS-COPLAMAR</b> <b>1979-1983</b>  <b>Sexenio de José López Portillo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención de la población rural marginada en México.</li> <li>-Identificar los padecimientos más frecuentes de la localidad y la causa.</li> <li>-Evaluar resultados para continuar o modificar el plan y programa de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención de 14 entidades federativas.</li> <li>Cobertura de 11.5 millones de personas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 hospitales y 3,025 Unidades Médicas Rurales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Descenso en la frecuencia de las infecciones digestivas.</li> <li>-Avance en el control de las complicaciones del embarazo, parto, puerperio y desnutrición.</li> <li>-Participación de promotores voluntarios, médicos tradicionales y asistentes rurales.</li> </ul>
<b>IMSS- SOLIDARIDAD</b> <b>1988-1994</b>  <b>Sexenios de Carlos Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar servicios oportunos y de calidad a la población campesina e indígena.</li> <li>-Detección y control de enfermedades transmisibles, así como padecimientos crónico-degenerativos.</li> <li>-Atención odontológica; y</li> <li>-Planificación familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención de 17 entidades federativas y cerca de 11 millones de mexicanos indígenas y campesinos rurales del país.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3540 unidades médicas rurales y 69 hospitales rurales.</li> <li>-El programa operó con fondos del Gobierno Federal, apoyado en la estructura administrativa del IMSS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promovió la salud integral, se fortaleció el Modelo de Comunicación educativa “de la gente para la gente”.</li> <li>-Se otorgaron 17,816,946 consultas, poco más de 5 millones de detecciones de padecimientos crónico-degenerativos.</li> <li>-Campañas de vacunación.</li> </ul>
<b>PROGRAMA DE EDUCACIÓN, SALUD Y ALIMENTACIÓN (PROGRESA)</b> <b>1997-2002.</b>  <b>Sexenios de Ernesto Zedillo y Vicente Fox</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Integrar en un solo programa las dimensiones de salud, alimentación y educación, trabajando en el alivio de la pobreza, siendo la familia la unidad de intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Población rural y semiurbana. En Chiapas, Oaxaca, Veracruz, entre otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Becas a niñas y niños</li> <li>-Suplementos alimenticios para menores de 5 años y mujeres embarazada.</li> <li>-Ayuda económica a las familias cada 2 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyos para el desarrollo familiar., por asistir a pláticas y consultas médicas por cita.</li> </ul>

<p><b>IMSS-OPORTUNIDA-DES</b> <b>2002-2014.</b></p> <p><b>Sexenios de Vicente Fox y Felipe Calderón</b></p>	<p>-Contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el otorgamiento de servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbanas marginadas de nuestro país.</p> <p>-Involucrar y hacer partícipes a la comunidad en el cuidado de su propio bienestar físico.</p>	<p>-Atención en 27 estados del país, con una población de 11.9 millones de personas, siendo más del 50% de Chiapas, Oaxaca y Veracruz.</p>	<p>-Hospitales Rurales con las especialidades básicas.</p> <p>-Más de 300 mil voluntarios con conocimientos y pleno respeto a la cultura, organización y prácticas tradicionales</p>	<p>-Vacunación universal, para los niños con el es que a básico establecido por el Sector Salud.</p> <p>-Prevención y reducción de la muerte materna.</p> <p>-Atención Integral del Adolescente.</p> <p>-Prevención y atención oportuna del CaCu.</p> <p>-Vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades.</p>
<p><b>SEGURO POPULAR</b> <b>2002-2019.</b></p> <p><b>Sexenios de Vicente Fox, Felipe Calderón, Enrique Peña Nieto y Andrés Manuel López Obrador</b></p>	<p>-Extensión de la cobertura universal mediante el aseguramiento, con énfasis en las personas sin seguridad social laboral, incluidas las mujeres embarazadas.</p>	<p>-Titular y su familia.</p> <p>-Niños nacidos después del 2007.</p> <p>-Para 2018 afilió a 53.5 millones de personas.</p>	<p>-6 Hospitales de tercer nivel y centros de salud estatales.</p> <p>-Pago de cuota (prima) familiar anual, por estatus socioeconómico.</p> <p>- “Cuota solidaria federal” de 22.5% del Salario mínimo. Los estados debían aportar una cuota fija e igual por cada familia afiliada.</p>	<p>-Cupo anual máximo del 14.3% de la población objetivo.</p> <p>-El Fondo de Protección para Gastos Catastróficos cubrió para 2018, 66 padecimientos agrupados en 9 categorías. el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), cuatro enfermedades de gasto catastrófico para adultos (CaCu, tratamiento ambulatorio de VIH-SIDA, Cirugía de cataratas y Ca de mama) y 18 para los menores de cinco años.</p>
<p><b>IMSS- PROSPERA</b> <b>2014-2018.</b></p> <p><b>Sexenio de Enrique Peña Nieto</b></p>	<p>-Promover un enfoque intercultural en salud en su plantilla laboral, proporcionando una atención de mayor calidad e integralidad.</p> <p>-Promover el acceso a la educación primaria y secundaria a la población adulta beneficiaria del programa.</p> <p>-Igualdad de género.</p> <p>-Atención a la salud de los migrantes.</p>	<p>En 28 entidades federativas, con una cobertura de 12.2 millones de personas.</p> <p>De esta población 3.9 millones de personas se localizan en comunidades predominante indígenas.</p>	<p>-Con una red de personal integrada por 24,976 trabajadora(e)s, entre ellas parteras y médicos tradicionales -Su financiamiento proviene fundamentalmente de 2 fuentes: el Gobierno Federal y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.</p>	<p>-Vinculación interinstitucional con el Seguro popular, con el fin de garantizar el derecho a la salud.</p> <p>-Cruzada Nacional Contra el Hambre.</p> <p>-Colaboración con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), para la atención integral en 1<sup>er</sup> nivel.</p> <p>-Capacitación de 3,726 personas con un enfoque intercultural.</p> <p>--Incorporación del Expediente Clínico Electrónico (ECE).</p>
<p><b>IMSS-BIENESTAR</b> <b>2018- Vigencia actual.</b></p> <p><b>Sexenio de Enrique Peña Nieto y Andrés Manuel López Obrador</b></p>	<p>-Cumplir con uno de los objetivos prioritarios del Plan Nacional de Desarrollo: Llevar medicamentos y consultas gratuitas a todas y todos los mexicanos para 2024.</p> <p>-Combatir la desigualdad social.</p> <p>-Acercar servicios médicos de tercer nivel a la población marginada.</p> <p>-Poner en marcha la Orientación Médica Telefónica, para resolver dudas médicas a la población que acude a las UMF.</p> <p>-Atención domiciliaria, para los derechohabientes con imposibilidad de acudir a la UMF.</p>	<p>-Para 2018 abarcó más de 13 millones de personas de comunidades rurales e indígenas sin seguridad social con presencia en 19 entidades del país.</p>	<p>-Cuenta con 4 mil 086 unidades médicas de las cuales 80 son hospitales rurales de segundo nivel.</p> <p>-Más de 26 mil trabajadores de salud.</p> <p>-Contratación de poco más de 5,000 médicos especialistas para la cobertura.</p>	<p>De 2018-1019:</p> <p>-Se implementó el Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas.</p> <p>-Se creó la Unidad de Investigación de Seguimiento en Enfermedades Metabólicas.</p> <p>-Mantiene 8 prioridades en salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Atención integral a la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial;</li> <li>2.Fortalecimiento de la salud materna;</li> <li>3.reducción de la mortalidad neonatal;</li> <li>4.Atención a la infancia;</li> <li>5. Atención a la adolescencia;</li> <li>6. Vacunación;</li> <li>7. Vigilancia epidemiológica, 8.Fortalecimiento del primer y segundo niveles de atención.</li> </ol>

<p><b>INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR (INSABI)</b></p> <p><b>2020-Vigencia actual.</b></p> <p><b>Sexenio de Andrés Manuel López Obrador</b></p>	<p>-Crear un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud, y medicamentos para la población sin seguridad social.</p> <p>-Cubrir como mínimo la consulta externa en el primer nivel de atención, y en el segundo nivel cubrir la consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas, así como los medicamentos del Compendio Nacional de Insumo</p> <p>-Reforma a la normativa que gestiona los medicamentos. En materia de distribución por "unidosis", así como una vigencia del registro sanitario indefinida y no cada 5 años como esta vigente.</p> <p>-Establecer la posibilidad de vender medicamentos con receta médica a través de máquinas despachadoras.</p>	<p>En enero de 2020 se adhieren al Acuerdo de Coordinación con el INSABI 23 entidades federativas</p>	<p>-Recursos humanos, financieros y materiales que actualmente se destinan a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud" (CNPSS).</p> <p>-Acuerdos de coordinación entre la Secretaría de Salud y las Entidades Federativas.</p> <p>-Impacto presupuestal evaluado entre 0.65 a 3.63 puntos porcentuales del PIB (considerando costos del servicio de salud), según el Centro de Investigación económica y Presupuestaria (CIEP).</p>	<p>-Atención de pandemia por Covid-19 con mayor número de personal médico.</p>
--	--	---	---	--

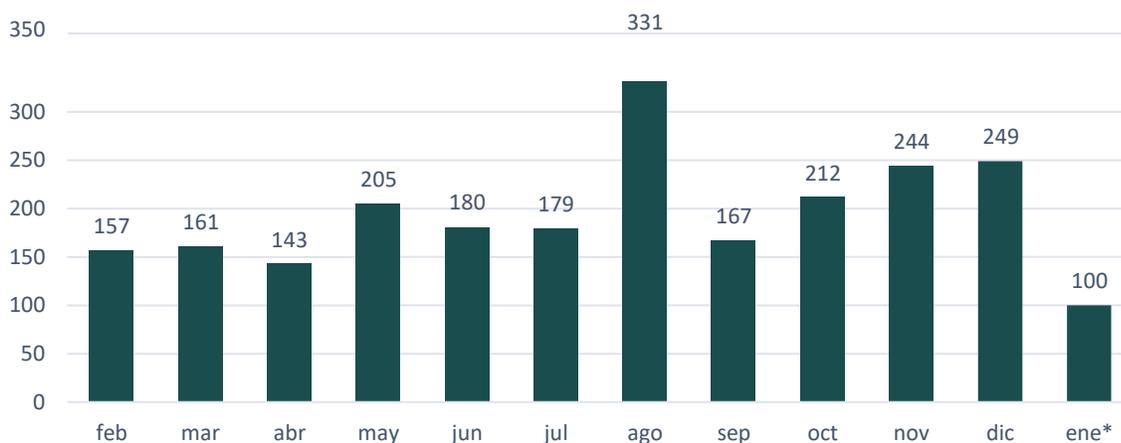
Datos recuperados de: Asa, C.I. *Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta*. Centro de Análisis y Estudios sobre Seguridad Social. México D.F. Mayo 2010. pp 2795- 2804. Y páginas oficiales: [fimss.gob.mx](http://fimss.gob.mx); [dof.gob.mx](http://dof.gob.mx); [www.gob.mx/insabi](http://www.gob.mx/insabi).

## 3.2 PERFIL DE MORBILIDAD

### 3.2.1 DATOS DEMOGRÁFICOS

En el periodo Febrero-2019 a enero-2020 se registraron un total de 2,328 consultas, distribuidas con una media de 194 consultas por mes. En la *Gráfica 4*, se observa que en el mes de agosto se realizó mayor atención médica, debido a que acudió población zapatista de otras comunidades a la celebración de aniversario por la creación de los caracoles. Presentando la menor población atendida en el mes de enero, por motivo de mi periodo vacacional.

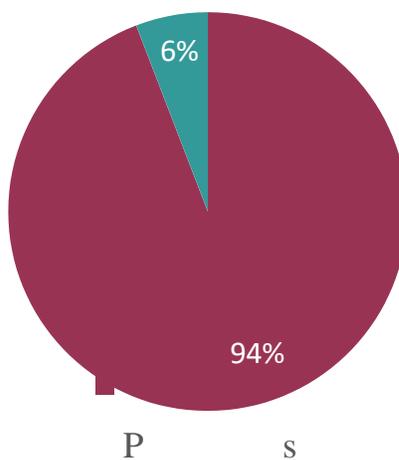
*Consultas al mes a lo largo del S.S. Garrucha 2019-2020.*



*Gráfica 4. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

En el mismo periodo se realizaron 2,863 diagnósticos de los cuáles, el 94% fueron de primera vez y 6% subsecuentes como lo muestra la *Gráfica 5*. Desde una perspectiva personal, a las personas se les dificulta acudir a cita de continuidad debido a que 3 de cada 4 consultas provienen de otras comunidades diferentes a la Garrucha (véase *gráfica 9*), lo que representa un esfuerzo físico y económico mayor en las familias, ya que muchas de ellas caminan una o dos horas para recibir la atención. Considerando lo anterior, y a criterio

*Distribución por continuidad a lo largo del S.S. Garrucha 2019-2020.*

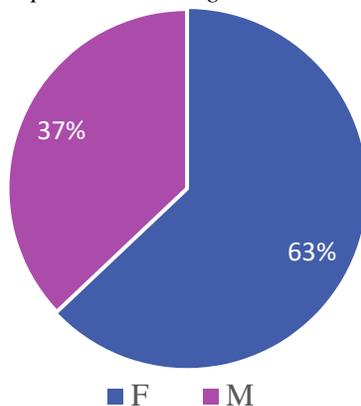


*Gráfica 5. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

propio lo mejor era informar y esclarecer los signos de alarma, y en casos de alto riesgo llevar la continuidad.

La presentación de los siguientes datos contempla 2,193 personas que recibieron algún tipo de atención médica por primera vez al mes en el periodo febrero 2019 a enero 2020 en la Garrucha.

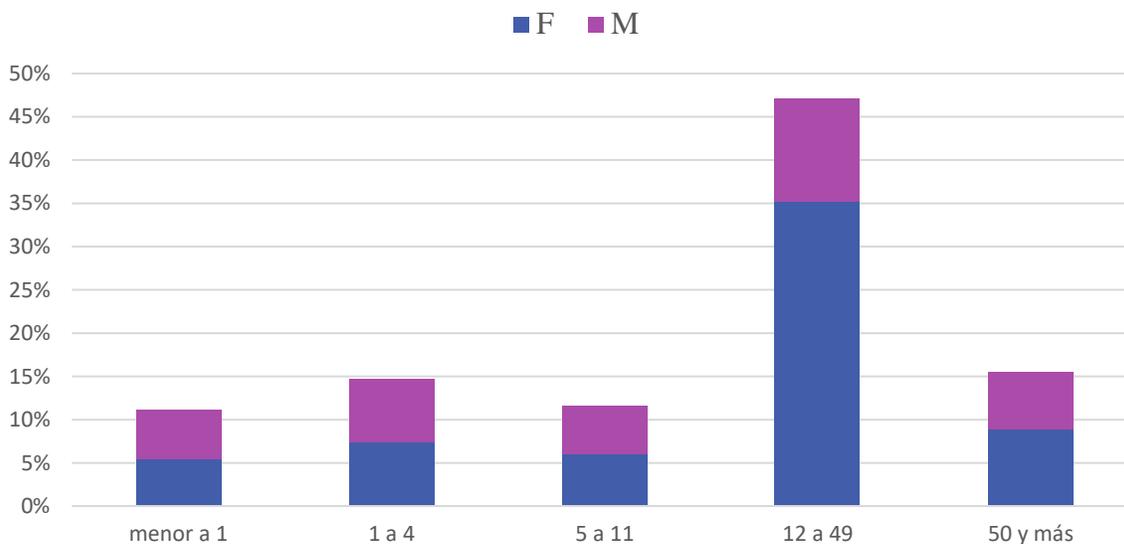
*Atención médica por sexo a lo largo del S.S Garrucha 2019-2020.*



*Gráfica 6. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

El 63% de las personas atendidas fueron mujeres y el 37% hombres. Quiere decir que por cada hombre que consultó, se atendieron 1.7 mujeres (véase la Gráfica 6).

*Atención médica por grupo etario y sexo a lo largo del S.S. Garrucha 2019-2020.*



*Gráfica 7. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

De las consultas registradas en el periodo 2019-2020, el grupo etario predominante es el de edad reproductiva (12-49 años) con 47% del total; notando un gran predominio de población femenina formando el 74% de dicho grupo. Mientras que en los grupos de preescolares y escolares se generó una distribución equitativa (véase Gráfica 7).

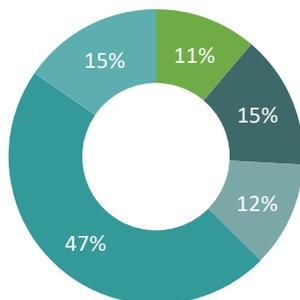
Por su parte, en las *Gráfica 8*, se muestra la distribución general y por sexo del grupo etario, en todas presentando el predominio de personas entre 12 a 49 años, seguido por la población adulta mayor.

Predominando tanto hombres como mujeres en edad reproductiva, representando esta última el 56% de la atención; permitiendo una distribución más grande entre los otros grupos etarios, rondando entre una quinta a una sexta parte.

*Distribución de la atención médica por sexo y grupo etario.*

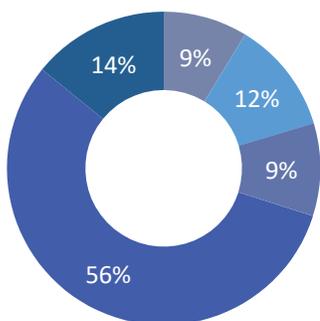
**Distribución de atención médica por grupo etario  
S.S. Garrucha 2019-2020**

■ menor a 1 ■ 1 a 4 ■ 5 a 11 ■ 12 a 49 ■ 50 y mas



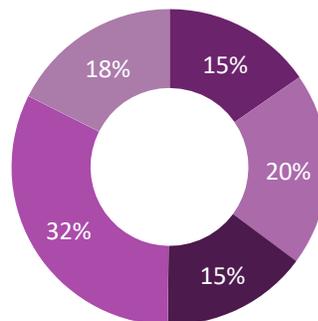
**Distribución de atención médica a mujeres por grupo etario  
S.S. Garrucha 2019-2020.**

■ menor a 1 ■ 1 a 4 ■ 5 a 11 ■ 12 a 49 ■ 50 y mas



**Distribución de atención médica a hombres por grupo etario  
S.S. Garrucha 2019-2020**

■ menor a 1 ■ 1 a 4 ■ 5 a 11 ■ 12 a 49 ■ 50 y mas



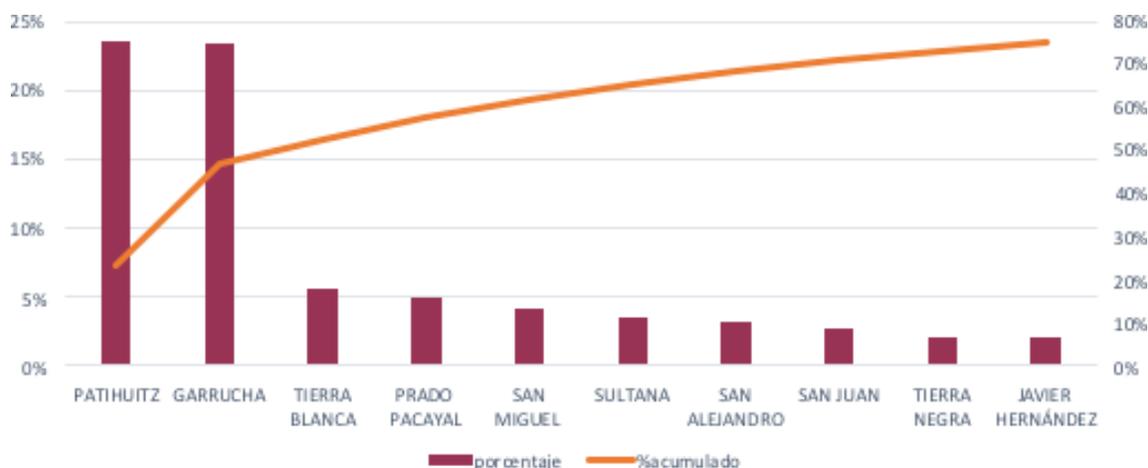
*Gráfica 8. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

Por otro lado, en la *Gráfica 9*, se muestran las 10 principales comunidades en orden descendente que recibieron algún tipo de atención médica registradas en el periodo febrero 2019- enero 2020 en la Garrucha, considerando que el 75% de la población objetivo reside en ellas. Se puede observar que la población de Patihuitz y Garrucha representan el 47% de la población atendida.

De estas comunidades la Garrucha (182 hab.) por ser el centro de sede se espera el resultado presentado, mientras que Patihuitz (863 hab.), y Tierra Negra (50 hab.) son las más cercanas con un tiempo aproximado de 40 min caminando.

El resto de las comunidades acuden en transporte público, es así como San Miguel (720 hab.), Javier Hernández-terru recuperada (50 hab. estimados), Tierra blanca (488 hab.) y San Alejandro (90 hab.) realizan un recorrido con tiempo estimado de 20 a 30 min; mientras que Prado Pacayal (788 hab.), San Juan (584 hab.) y la Sultana (185 hab.) les toma entre hora y media a dos horas acudir a la consulta, Siendo una población regional de 4,000 habitantes para 2010(SEDESOL,2010).

*Porcentaje de atención respecto a las diez principales comunidades, con relación al porcentaje acumulado; a lo largo del S.S. Garrucha feb 19- ene 20.*



Gráfica 9. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

Debido a la escasez de datos actualizados de la región, y tomando como referencia a la población municipal de Ocosingo de 2010 a 2020, en el que se aprecia un incremento del 20.8% en 10 años; al extrapolarlo respecto a la población total de las 10 comunidades principales que acudieron a la consulta en la Garrucha en el periodo de Febrero-2019 a Enero 2020, y contemplando que se trata del 75% de la población, para el 2020 se esperaría que la población haya aumentado a 4,832 habitantes en la región, por lo que se estima que la tasa anual de morbilidad general con respecto a un total general de 2015 diagnósticos mórbiles de primera vez, sea de 417 por 1000 habitantes como se muestra en *la Ilustración 16*, datos que en adelante servirán para entender las tasas de incidencia.

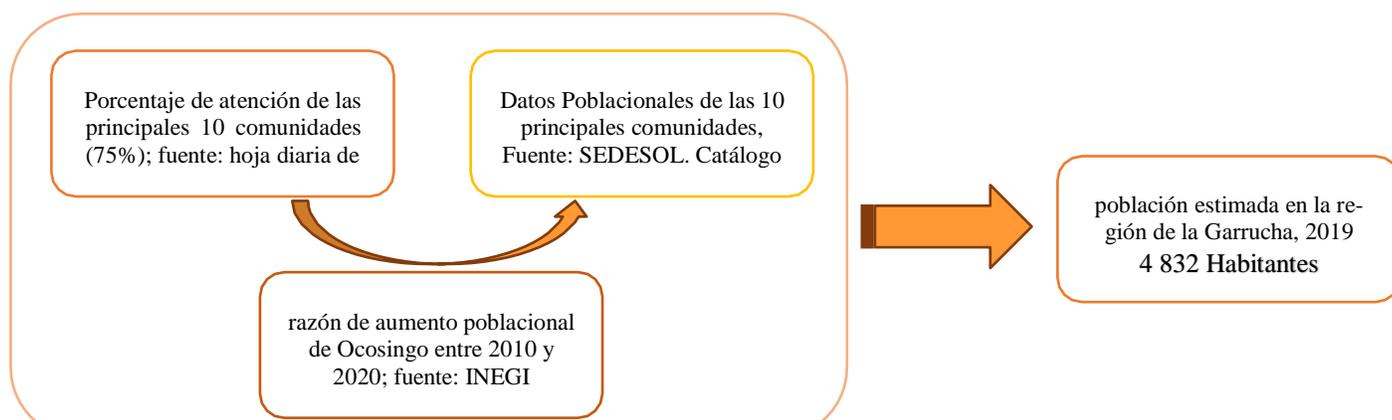


Ilustración 16. Forma en que se obtuvo la población regional estimada para sacar en adelante las tasas de incidencia.

### 3.2.2 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

En este apartado se tomó en cuenta un total de 2015 diagnósticos con morbilidad de primera vez, se excluyó a la población sana, embarazada y en puerperio fisiológico, y procedimientos médico-quirúrgicos realizados como métodos de planificación familiar, toma de muestras de citología cervical y revisión de estudios paraclínicos.

En la *Tabla 8*, se muestra la clasificación de los principales grupos de enfermedades hechos para la interpretación de los resultados presentados en las siguientes páginas. De esta manera se agruparon las patologías por agente causal en: las enfermedades transmisibles, que se obtienen por medio de un agente biológico patógeno como virus, bacterias, parásitos u hongos; y las enfermedades de etiología genéticas, higienico-dietéticas multifactoriales y accidentes.

Para diferenciarlas, se clasificaron por aparatos y sistemas en: enfermedades transmisibles con el inicio de la palabra “infecciones” y para las enfermedades no transmisibles simplemente poniendo el nombre del aparato o sistema al que se refiere. Con especial interés debido a su ocurrencia, se clasificó para las infecciones gastrointestinales como: GEPI hablando de las enfermedades infectocontagiosas por virus y bacterias y a las Helmintiasis referentes por parásitos.

Como métodos diagnósticos la clínica es la predominante en todos los casos, y como estudios paraclínicos se contó con USG, tiras reactivas y lancetas para medir glucemia, baumanómetro, tiras reactivas para orina, báscula, toma de hemoglobina, leucocitos y triglicéridos (aunque la mitad del año no hubo material suficiente en el laboratorio para tomar las muestras), microscopio para cristalografías y prueba de gota gruesa.

De la categorización de morbilidades antes presentada, en la *Tabla 9* se exponen las consultas anuales totales por agrupación, proporción de cada categoría y su porcentaje acumulado, considerando 2015 consultas totales por morbilidad. De esta manera, se obtiene que las IRAS tienen la mayor proporción siendo el 18.1% de las morbilidades diagnosticadas y que, añadiendo a las enfermedades gastrointestinales, helmintiasis, GEPI, osteomioarticulares y sobrepeso u obesidad, representan el 50% de las morbilidades totales. Por otro lado, se aprecia que las enfermedades crónico-degenerativas como la Hipertensión arterial sistémica y la Diabetes tipo II representan una proporción por debajo de 1.5% de la morbilidad total cada una.

Para el siguiente análisis, se tomó en consideración los 10 principales diagnósticos de morbilidad realizados por mes (véase *Tabla 10*). Se obtuvieron las tasas considerando 4832 habitantes estimados en la región (como se explica en la *Ilustración 16*). En la tabla se puede apreciar que el 40% son morbilidades no transmisibles y 60% morbilidades transmisibles. Encabezando esta lista se encuentran las Infecciones respiratorias agudas con una tasa 7 veces mayor a la morbilidad 10 de este listado con 75.5 por cada 1000 habitantes, en segundo lugar están las enfermedades gastrointestinales, le siguen infecciones gastrointestinales ya sea por helmintos, virus o bacterias se encuentran las helmintiasis por un lado teniendo una tasa de 34.8 por cada 1000 y las GEPI de 20.7 por cada 1000 Hab, haciéndose presentes las afecciones osteomioarticulares junto con el sobrepeso u obesidad con tasas de 19.7 y 17.8 por cada 1000 habitantes respectivamente, con lo que se hacen presentes las enfermedades crónico degenerativas en las principales morbilidades; por último relacionado con la atención a la mujer aparecen las alteraciones menstruales y las infecciones vaginales.

Tabla 8. Categorización de las morbilidades transmisibles y no transmisibles, registradas en el periodo feb 19- ene 20 en la consulta de la Garrucha.

Enfermedades transmisibles	GEPI (Gastroenteritis probablemente infecciosa)	Gastroenteritis alimentaria viral, Shigella, Salmonelosis.
	HELMINTIÁSIS	Amebiasis, Giardiasis, Ascariasis, Oxiuros.
	IRAS (Infección de vías respiratorias altas)	Resfriado común, Faringitis viral, Faringoamigdalitis bacteriana, Sinusitis, Otitis externa y Otitis media.
	INFECCIONES VÍAS RESPIRATORIAS BAJAS	Neumonía Adquirida en la Comunidad, Bronquiolitis, CRUB, Tos ferina.
	INFECCIONES DERMATOLÓGICAS	Miasis, Escabiasis, Celulitis, Herpes Zóster, Onicomycosis, Varicela, Ectima, Leishmaniasis, tiña corporis, impétigo.
	IVU (Infección de vías urinarias)	Infección de vías urinarias bajas, cistitis, pielonefritis.
	INFECCIONES VAGINALES	Vaginosis bacteriana, Tricomoniasis, Candidiasis vaginal, Ascus.
	INFECCIONES ODONTOGÉNICAS	Ábscesos odontogénicos, caries, candidiasis oral.
Enfermedades NO transmisibles	ACCIDENTES Y/O HERIDAS	Quemaduras, Heridas punzocortantes, mordeduras o picaduras de animales, accidentes automovilísticos.
	GASTROINTESTINALES	Gastritis, dispepsia, reflujo gastroesofágico, colitis inflamatoria, constipación, hemorroides, colecistitis, coledocolitiasis, apendicitis, STDA, oclusión intestinal, cirrosis hepática.
	ALTERACIONES MENSTRUALES	Amenorrea, dismenorrea, polimenorrea, Hipermenorrea, hipermetrorragia.
	OSTEOMIOARTICULARES	Fibromialgia, artrosis, artritis séptica, artralgias, mialgias, tendinitis.
	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	Otalgia, tinnitus, miopía, rinitis alérgica, cuerpo extraño, cerumen impactado.
	PIEL Y TEJIDOS BLANDOS SUBCUTÁNEOS	Dermatitis atópica, dermatitis por contacto, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, xerosis cutánea, uña enterrada
	PULMONARES	EPOC, Asma bronquial, Dificultad respiratoria.

Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

Tabla 9. Tasas de incidencias dentro de la categorización de morbilidad anual, durante feb 19- ene 20, en la Garrucha.

Categorización de las morbilidades	Consultas	Proporción	Porcentaje
	anuales	en %	Acumulado
IRAS	365	18.1	18.1
GASTROINTESTINALES	229	11.4	29.5
HELMINTIÁSIS	168	8.3	37.8
GEPI	100	5.0	42.8
OSTEOMIOARTICULARES	95	4.7	47.5
SOBREPESO Y OBESIDAD	86	4.3	51.7
INFECCIONES DERMATOLÓGICAS	83	4.1	55.9
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	72	3.6	59.4
ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL	68	3.4	62.8
INFECCIONES VAGINALES	66	3.3	66.1
PIEL Y TEJIDOS BLANDOS SUBCUTÁNEOS	65	3.2	69.3
CEFALEAS	64	3.2	72.5
IVU	56	2.8	75.3
ACCIDENTES Y/O HERIDAS	48	2.4	77.7
INFECCIONES VÍAS RESPIRATORIAS BAJAS	45	2.2	79.9
ANEMIA NUTRICIONAL, NO ESPECÍFICA	44	2.2	82.1
SÍNDROME FEBRIL	40	2.0	84.1
PULMONARES	37	1.8	85.9
INFECCIONES ODONTOGÉNICAS	32	1.6	87.5
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	28	1.4	88.9
DIABETES	26	1.3	90.2
Otros	198	9.8	100.0
Total general	2015	100.0	100.0

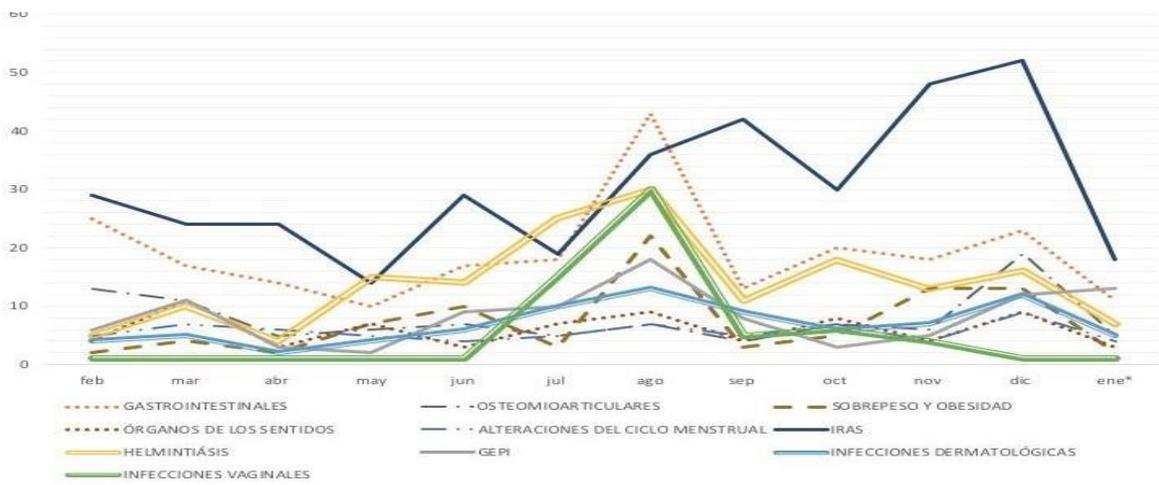
\* Con base en 2015 consultas totales de morbilidad; Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS

Tabla 10. Diez principales morbilidades registradas en el periodo feb 19- ene 20 en la Garrucha.

Principales morbilidades Mes	02	03	04	05	06	07	8	09	10	11	12	01*	Total Gral.	Tasa*.
IRAS	29	24	24	14	29	19	36	42	30	48	52	18	365	75.5
GASTROINTESTINALES	25	17	14	10	17	18	43	13	20	18	23	11	229	47.4
HELMINTIÁSIS	5	10	4	15	14	25	30	11	18	13	16	7	168	34.8
GEPI	6	11	3	2	9	10	18	8	3	5	12	13	100	20.7
OSTEOMIOARTICULARES	13	11	5	6	7	5	7	4	7	6	19	5	95	19.7
SOBREPESO Y OBESIDAD	2	4	2	7	10	3	22	3	5	13	13	2	86	17.8
INFECCIONES DERMATOLÓGICAS	4	5	2	4	6	10	13	9	6	7	12	5	83	17.2
ÓRG. DE LOS SENTIDOS	4	11	3	7	3	7	9	4	8	4	9	3	72	14.9
ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL	5	7	6	6	4	5	7	5	7	4	9	4	68	14.1
INFECCIONES VAGINALES	1	1	2	7	10	15	30	5	6	4	1	1	66	13.7
Total general	94	101	63	71	100	117	215	104	110	122	166	69	1332	302.72

Diez principales morbilidades registradas por mes, en el periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.  
Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

\*. Tasa estimada con una población de 4832 hab; Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.



Gráfica 10. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

Con la Gráfica 10, se puede observar la relación entre la época del año y la frecuencia de las enfermedades. Por ejemplo, las IRAS predominan durante todo el año, pero su punto máximo se observa en invierno. En

cambio, las helmintiasis, GEPI, Infecciones dermatológicas e infecciones vaginales presentan su clímax en verano, de lado de las enfermedades no transmisibles, se observa el predominio de las gastrointestinales durante todo el año, seguidas por sobrepeso y obesidad, ambas con pico máximo en agosto, relacionado con el mes de mayor consulta.

Tabla 11. Diez principales morbilidades no transmisibles registradas en el periodo feb 19- ene 20, en la consulta de la Garrucha.

Enfermedades no transmisibles	Mes	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01*	Total general	Tasa* mil hab.
GASTROINTESTINALES		24	16	14	10	17	18	42	13	20	18	23	10	225	51.1
OSTEOMIOARTICULARES		13	11	4	6	7	5	7	4	7	6	19	5	94	21.3
SOBREPESO Y OBESIDAD		2	4	2	7	10	3	22	3	5	13	13	2	86	19.5
ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL		5	7	6	5	4	5	7	5	7	4	9	4	68	15.4
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		4	10	3	6	3	7	8	4	7	4	9	3	68	15.4
PIEL Y TEJIDOS BLANDOS SUBCUTÁNEOS		7	8	5	7	1	3	9	5	7	7	2	4	65	14.7
CEFALEAS		2	5	6	7	7	1	9	4	5	7	9	2	64	14.5
ACCIDENTES Y/O HERIDAS		2	9	2	2	5	1	7	4	6	2	7	1	48	10.9
ANEMIA NUTRICIONAL, NO ESPECÍFICA		2	2	1	5	5	2	11	2	3	2	3	6	44	10
SÍNDROME FEBRIL		6	2		6	3		4	3	5	5	1	1	36	8.1
<b>Total general</b>		<b>67</b>	<b>74</b>	<b>43</b>	<b>61</b>	<b>62</b>	<b>45</b>	<b>126</b>	<b>47</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>95</b>	<b>38</b>	<b>798</b>	<b>181.2</b>

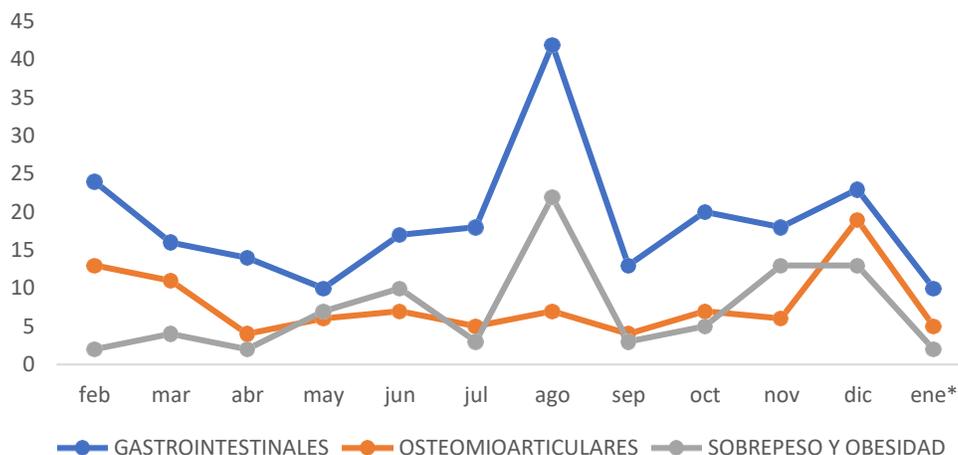
\*. Tasa estimada con una población de 4832 hab; Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS

Visto desde las enfermedades no transmisibles como lo muestra la *Tabla 11* las 10 más frecuentes en la consulta representan una tasa anual de 181.2 enfermas y enfermos por cada 1000 habitantes, tomando en cuenta una población de estimada de 4832 hab. de acuerdo a lo expresado en la *Ilustración 16* de las cuales las relacionadas con el sistema digestivo tienen la mayor tasa anual con 51.1; mientras que las afecciones osteomioarticulares representan una tasa anual de 21.3; esta última con una estrecha relación con el sobrepeso y obesidad. Las alteraciones menstruales principalmente amenorreas y dismenorreas también se hicieron presentes durante todo el año, específicamente en mujeres jóvenes, en relación con su estilo de vida sedentaria, con poca actividad física y su falta de ingesta de agua, con una tasa anual de 19.5.

Las afecciones de los órganos de los sentidos se deben principalmente a cerumen ótico y otalgias por un lado, y a miopía por el otro, esta última relacionada con las cefaleas por el esfuerzo que involucra la atención focal, y a la vez las cefaleas se explican junto con las epigastralgias principalmente en población femenina que se encuentra en estado marital, por diferencias de pareja; y a su vez por las largas caminatas realizadas día a día para ir a la milpa bajo el sol y de regreso al cargar leña en la cabeza.

Vinculado con el tipo de trabajo que realizan las familias en el campo, en especial los hombres se encuentran los accidentes y/o heridas con una tasa anual de 9.9 por 1000 habitantes. Mientras que la anemia nutricional se ve relacionada con la alimentación deficiente de nutrientes.

Tres principales morbilidades no transmisibles por mes, a lo largo del S.S. Garrucha; feb 19- ene 20.



Gráfica 11. Fuente: Hoja diaria de consulta.

En la Gráfica 11, se puede observar las 3 principales enfermedades no transmisibles con respecto a su comportamiento mensual. El pico más alto de las enfermedades gastrointestinales y de sobrepeso y obesidad, se relaciona con el mes de mayor consulta. Claramente las afecciones gastrointestinales que implican gastritis, dispepsia y colitis principalmente son las sobresalientes en todos los meses, esto se puede deber a que las personas realizan únicamente 2 comidas al día, generando un espacio de más de 14 hrs entre la comida y el desayuno del otro día; y por otro lado a la presencia de irritantes en la dieta diaria como el chile, el refresco y el café.

Las alteraciones osteomioarticulares por su parte se aprecian en constante crecimiento durante el año con sus fluctuaciones, con incrementos en noviembre-diciembre y febrero, meses en que se prepara el terreno y se siembra el maíz, frijol, etc.; también se relaciona con las largas caminatas cargando muchas veces leña en la espalda o las mujeres al ir cargando a su bebe.

Mientras que, el sobrepeso y obesidad se aprecia principalmente en mujeres, a observación personal muchas de ellas, son personas con una solvencia económica ligeramente mayor, hablando específicamente de mujeres partidistas, se debe a la vida sedentaria, dedicadas exclusivamente al hogar, y con una alimentación rica en carbohidratos como el pan, galletas y tortillas, el consumo rutinario de refresco, junto con la baja ingesta de frutas y verduras.

En el recuento de las 20 principales morbilidades, en 2019 la Dirección General de Epidemiología contempló a nivel nacional y estatal a la gastritis, úlceras y duodenitis en 4<sup>to</sup> lugar de morbilidad con una tasa anual de 11.2 (nacional) y 9.1 (estatal) por cada 1000 hab. (sólo después de 3 morbilidades transmisibles), en cambio, de acuerdo a la atención dada en la Garrucha, las enfermedades gastrointestinales ocuparon el 2<sup>do</sup> lugar entre todas las morbilidades, una tasa 5.2 veces mayor que la tasa estatal.

Por otro lado, la Obesidad se colocó en la 8<sup>va</sup> posición (nacional) con una tasa anual de 5.3 y en la 14<sup>va</sup> posición (estatal) con una tasa anual de 1.76 por cada 1000 hab.; distinto a lo visto en la garrucha para el 2019 que ocupó el 6<sup>to</sup> lugar Y una tasa 10.1 veces mayor a la estatal. Entre tanto ni a nivel nacional ni estatal, las afecciones osteomioarticulares figuran. Toda esta diferencia abismal más notable entre lo estatal y local podría deberse a la carencia de alimentos nutritivos y la escasa dieta de 2 comidas al día, que no

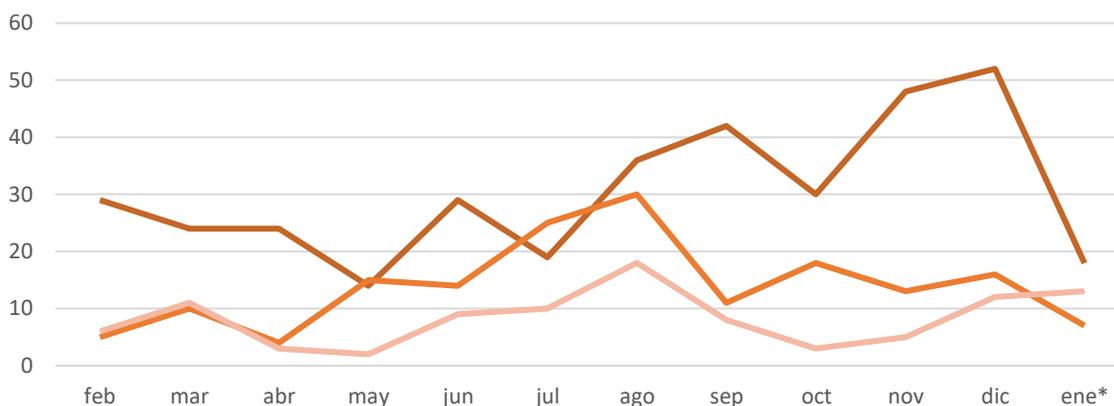
sólo provoca problemas de ulceración gástrica; también el dejar de comer se ha comprobado que aumenta de peso, debido a que el cuerpo ocupa la reserva de glucosa para que el organismo siga funcionando, produciendo más tejido adiposo. Entre tanto, el estilo de vida de campo, y las largas caminatas diarias cargando la mitad de su peso, generan afecciones osteomioarticulares en las personas.

Del lado de las enfermedades transmisibles, se percibe que su mayor frecuencia se ve influenciada por la malos hábitos y cambios de clima, así las IRAS concentran una tasa anual de 75.5 por cada mil habitantes, siendo el grupo de patologías que más se presentaron en la consulta. Seguidas por las infecciones gastrointestinales: Helmintiasis y GEPI, con una tasa anual de 34.7 y 20.6 respectivamente.

En las comunidades las personas están acostumbradas a tomar agua de la llave, sin pasar por hervirla o clorarla, a pesar de la información que se difunde en la garrucha sobre el uso del agua, aún son pocas las familias que lo hacen; lo que resulta en GEPI de tipo viral o bacteriana, o bien en infecciones parasitarias siendo las más frecuentes por Oxiuros, Giardia o E. Histolytica. Por su parte, debido al calor que se siente en primavera y verano principalmente; otro hábito frecuente que la gente tiene es bañarse en algún cause de agua, aunque las mujeres también aprovechan para lavar su ropa, lo que provoca su contaminación, incrementando la incidencia de infecciones dermatológicas, vaginales e infecciones urinarias.

En otro orden de ideas, debido a la falta de aseo dental personal, resulta muy frecuente ver gingivitis y placas de sarro, lo que ocasiona la colonización de microorganismos Gram positivos, ocasionan una complicación 100% prevenibles como las infecciones, visto en 6.6 personas por cada mil habitantes.

*Tres principales enfermedades transmisibles por mes, a lo largo del S.S. Garrucha; feb 19- ene 20.*



*Gráfica 12. Fuente: hoja diaria de consulta.*

Al contemplar en la *Gráfica 12*, como se comportan las 3 enfermedades transmisibles por mes, se puede observar que las IRAS encabezan la frecuencia y están en estrecha relación con los cambios de clima. Pese a que, el clima es frío en diciembre, enero y febrero; en julio, agosto y septiembre se revelan las épocas de lluvia. En el mismo sentido, las familias tienen casa-habitación con tamaño muy reducido por lo que la propagación es fácil, poniendo en peligro a los extremos de la vida en riesgo de complicarse con neumonías, factor para que las infecciones respiratorias bajas ocupen un lugar entre las 10 enfermedades transmisibles. Mientras que, las infecciones gastrointestinales disminuyen en meses fríos, y aumentan en épocas de calor, por los motivos expuestos anteriormente.

A nivel nacional y estatal las enfermedades transmisibles ocupan los primeros lugares, y se comportan con mayor frecuencia que las no transmisibles, las IRAS se encuentran encabezando la lista igual que en la garrucha, a nivel nacional con una tasa anual de 188.7 y a nivel estatal 105.9 por cada mil habitantes. En 2<sup>do</sup> lugar están las infecciones intestinales mal definidas a nivel nacional con una tasa anual de 42.5 en tanto en Chiapas es de 36.7 por cada 1000 habitantes.

Tabla 12. Morbilidad por grupo etario en el periodo de S.S. Garrucha; feb 19 - ene 20.

Infeciocontagioso	F	M	T	0 a 1	T	M	F	No infeciocontagioso
IRAS	41	57	98		12	5	7	SÍNDROME FEBRIL
INFECCIONES VÍAS RESPIRATORIAS BAJAS	8	10	18		11	4	7	PIEL Y TEJIDOS BLANDOS SUBCUTÁNEOS
INFECCIONES DERMATOLÓGICAS	10	6	16		10	2	8	PULMONARES
<b>Suma del grupo</b>	<b>59</b>	<b>73</b>	<b>132</b>		<b>33</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>Suma del grupo</b>
IRAS	51	41	92		16	9	7	SÍNDROME FEBRIL
HELMINTIÁSIS	37	36	73		8	4	4	GASTROINTESTINALES
GEPI	13	16	29	1a4	7	2	5	PIEL Y TEJIDOS BLANDOS SUBCUTÁNEOS
<b>Suma del grupo</b>	<b>101</b>	<b>93</b>	<b>194</b>		<b>38</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>Suma del grupo</b>
IRAS	24	30	54		14	4	10	GASTROINTESTINALES
HELMINTIÁSIS	20	15	35		10	4	6	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS
GEPI	6	7	13	5 a 11	9	5	4	PULMONARES
<b>Suma del grupo</b>	<b>50</b>	<b>52</b>	<b>102</b>		<b>33</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>Suma del grupo</b>
IRAS	51	44	95		152	55	97	GASTROINTESTINALES
INFECCIONES VAGINALES	60	60			67	67		ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL
GEPI	17	19	36		54	21	33	OSTEOMIOARTICULARES
<b>Suma del grupo</b>	<b>128</b>	<b>63</b>	<b>191</b>		<b>273</b>	<b>76</b>	<b>197</b>	<b>Suma del grupo</b>
IRAS	9	17	26		46	14	32	GASTROINTESTINALES
HELMINTIÁSIS	5	12	17		37	16	21	OSTEOMIOARTICULARES
GEPI	5	11	16	50 y +	34	1	33	SOBREPESO Y OBESIDAD
<b>Suma del grupo</b>	<b>19</b>	<b>40</b>	<b>59</b>		<b>117</b>	<b>31</b>	<b>86</b>	<b>Suma del grupo</b>
<b>Total del sector Infeciocontagioso</b>				434	928	494		<b>Total del sector No Infeciocontagioso</b>
Respecto a 2015 casos				49.53%	46.05%	24.15%		

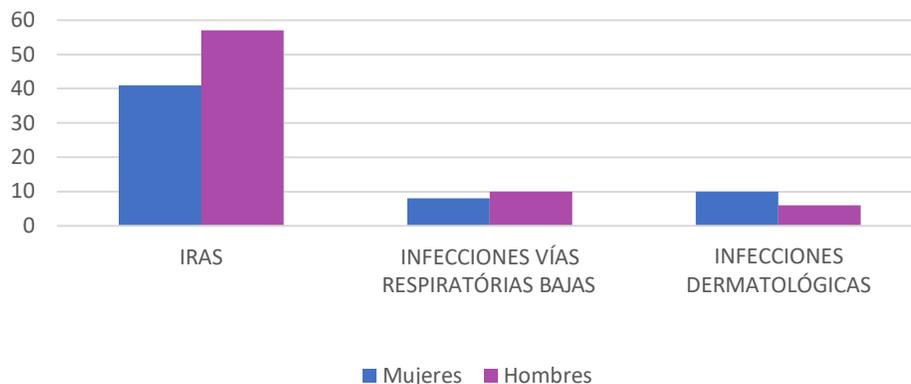
Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS

Siendo las infecciones por helmintos menos frecuente a nivel nacional; por ejemplo, la amebiasis a nivel nacional ocupa el 16<sup>vo</sup> lugar con una tasa anual de 1.5, a la vez que en Chiapas la amebiasis ocupa el 7<sup>mo</sup> lugar con una tasa anual de 4.29. Mientras que, las infecciones por otros protozoarios se encuentran en la 11<sup>va</sup> posición con una tasa de 2.24. Acto que refleja la importancia de las infecciones por parásitos en el estado y en las comunidades con alto grado de marginación, donde las infecciones por parásitos ocupan el

3<sup>er</sup> lugar de morbilidad y son 5.2 veces mayor que la tasa estatal de amebiasis e infecciones por otros parásitos juntas. Esta gran diferencia incluso en comparación con la estatal se esperaría como consecuencia de las carencias sanitarias por el inadecuado manejo de las excretas y drenaje, así como la falta de agua potable, que existen en estas zonas marginadas.

Todo lo anterior se acentúa por grupos de edad, como lo muestra la *Tabla 12*, Donde se presentan las principales 3 morbilidades transmisibles y no transmisibles por grupos de edad y por sexo.

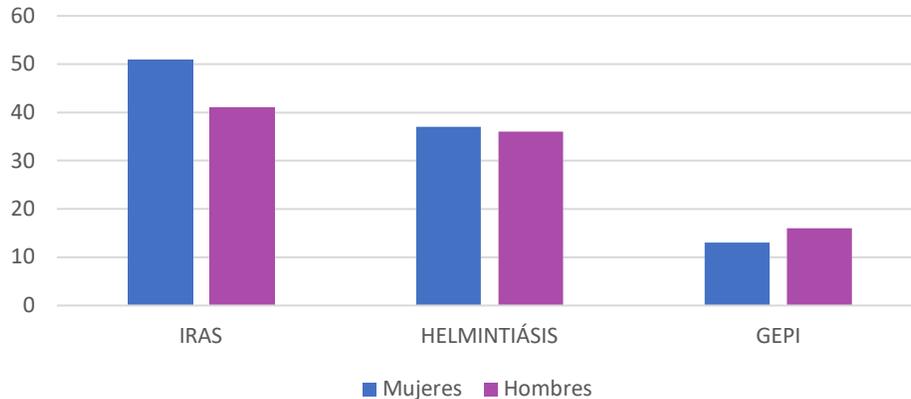
*Principales tres morbilidades en el grupo etario de menores a 1 año a lo largo del S.S. Garrucha feb19- ene20.*



*Gráfica 13. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS*

En el grupo de 0 a 1 año: se aprecia que las principales enfermedades son las transmisibles con más frecuencia en el sexo masculino, en las que figuran no sólo las IRAS sino también sus complicaciones como las Neumonías y bronquiolitis, debido a los cambios de clima y a las condiciones de viviendas que propician ambientes húmedos y fríos para las y los lactantes, además del hacinamiento en los hogares. Por otro lado, también figuran las afecciones dermatológicas ya sea infecciosas como el impétigo y la escabiosis como principales diagnósticos, o del tipo dermatitis del pañal, por contacto o seborreica por el lado de las no infecciosas, las cuáles en este grupo de edad poseen especial relevancia ya que la piel del y la bebé es 40% más delgada que la del adulto, y debido a que su pH es mayor disminuye la función de barrera de la piel ante agentes tóxicos o infecciosos. A pesar de ello, a nivel nacional no figuran dentro de las principales afecciones en este grupo de edad y a nivel estatal la escabiosis representa sólo el 0.6% de la morbilidad de este grupo etario. Lo que permite entender que son afecciones multifactoriales, entre la falta de higiene en su cuidado, las condiciones del agua, el clima húmedo, el uso de jabón de ropa para bañarlos, la falta de aseo de la ropa de cama, y la estrecha convivencia con los demás integrantes de la familia, que contribuyen a su incidencia en este grupo de edad (véase *Gráfica 13*

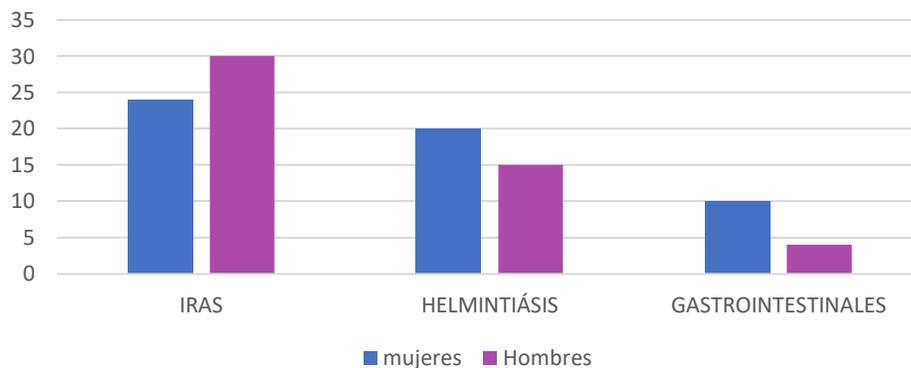
Principales tres morbilidades en el grupo etario de 1 a 4 años a lo largo del S.S. Garrucha feb19- ene20.



Gráfica 14. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS

En el grupo de 1 a 4 años: las y los niños se enferman más por infecciones respiratorias agudas siendo las niñas quienes recibieron mayor atención médica, ya en este grupo se hacen notar las helmintiasis y las infecciones gastrointestinales en 2<sup>do</sup> y 3<sup>er</sup> lugar, producto del cambio de alimentación de pasar de leche materna a la introducción a la dieta familiar; mientras que del lado de las no transmisibles, se presentan los síndromes febriles de causa no específica, y en segundo lugar las afecciones de piel y tejidos blandos como dermatitis por contacto que se presentan muchas veces por el sol, sudor, y el agua contaminada de los arroyos (véase Gráfica 14).

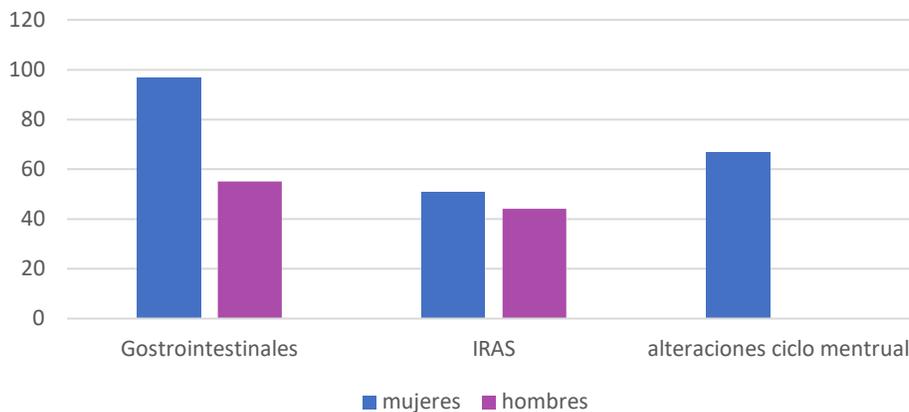
Principales tres morbilidades en el grupo etario de 5 a 11 años a lo largo del S.S. Garrucha feb19- ene20.



Gráfica 15. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS

Grupo de 5 a 11 años: Se presentan las mismas enfermedades transmisibles que en el grupo etario anterior, con mayor frecuencia de IRAS y GEPI en los niños y de Helmintiasis en las niñas. Mientras que, del lado no infeccioso, las afecciones gastrointestinales como dolor abdominal generalizado y distensión abdominal son las frecuentes, seguidas de los tapones de cerumen y los cuerpos extraños introducidos a la nariz u oído, ambas afecciones más frecuentes en las niñas. El tercer lugar lo ocupan las enfermedades pulmonares como el asma bronquial ligeramente más frecuente en los niños, siendo esta afección la más frecuente en este grupo de edad a nivel nacional (véase Gráfica 15).

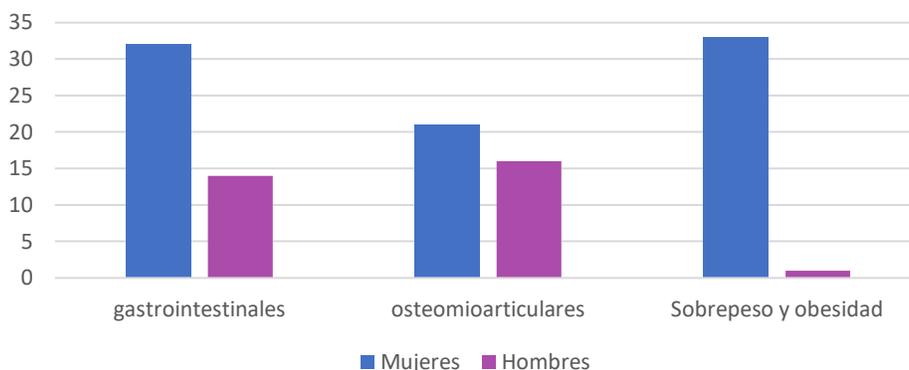
Principales tres morbilidades en el grupo etario de 12 a 49 años a lo largo del S.S. Garrucha feb19- ene20.



Gráfica 16. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS

Grupo de 12 a 49 años: En este grupo son más frecuentes las enfermedades no transmisibles como las enfermedades gastrointestinales tal como: gastritis, colitis y dispepsia, seguidas por las IRAS. En tercer y cuarto lugar están afecciones únicamente de las mujeres como las infecciones vaginales que a nivel estatal se encuentran entre las 10 principales morbilidades generales; y las alteraciones menstruales como la dismenorrea y amenorrea. Ya en este grupo de edad se dejan ver las alteraciones osteomioarticulares resultado de las actividades cotidianas (véase Gráfica 16).

Principales tres morbilidades en el grupo etario de 50 años o más a lo largo del S.S. Garrucha feb19- ene20.



Gráfica 17. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS

Grupo de 50 y más años: Cabe resaltar que en este grupo de edad se observa como principal patología el sobrepeso y obesidad, afectando principalmente a las mujeres. La cuál ocupa el 8<sup>vo</sup> lugar a nivel nacional, mientras que pierde posiciones a nivel estatal, llegando a la 14<sup>va</sup> posición, siendo el grupo de 50 a 59 años el segundo segmento poblacional con mayor incidencia después del grupo de 25 a 44 años. Después se encuentran las enfermedades gastrointestinales, las IRAS, las enfermedades osteomioarticulares propias de la edad, y por último las infecciones gastrointestinales.

Para entender cómo se presentaron las 5 morbilidades distribuidas por sexo, se realizó un análisis con las razones ponderadas según su población atendida (véase Gráfica 17).

Las mujeres por su lado, refleja lo que las estadísticas anteriores han ido contemplando, siendo las IRAS las de mayor incidencia con el 14% del total de las enfermedades que aquejan a las mujeres, seguidas por

las enfermedades gastrointestinales, las helmintiasis, el sobrepeso y la obesidad en estrecha relación con las afecciones osteomioarticulares, y en quinto lugar están las alteraciones del ciclo menstrual, junto con las infecciones vaginales.

De lado de los hombres, si bien se ven afectados por las mismas 3 patologías principales que las mujeres, llevado a un porcentaje ponderado respecto a las morbilidades que aquejan a los hombres, las IRAS se ven incrementadas 10% más que en las mujeres, en tanto las helmintiasis y las enfermedades gastrointestinales se presentan con un porcentaje más bajo; en este grupo se ven las GEPI en tercer lugar; y en cuarta se encuentran las infecciones dermatológicas (con mayor incidencia en lactantes), las afecciones osteomioarticulares y los accidentes y/o heridas como cortadas por machete o mordeduras de víbora, relacionadas con los trabajos de campo que llevan a cabo; mientras que el 5 lugar lo ocupan las afecciones de los órganos de los sentidos representando el 4% de las morbilidades que afectan a los hombres, en la edad preescolar y escolar por objetos extraños en la nariz o al interior del oído, y en los adultos por tapones de cerumen.

### 3.4 SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS.

Como parte de la atención integral de la población, se han implementado programas en atención a ciertos grupos de personas en específico para su seguimiento preciso, debido a que, dentro de las 20 principales morbilidades, las no transmisibles con mayor incidencia a nivel nacional (2019), son: Obesidad en la octava posición con una tasa anual de 5.37, Hipertensión Arterial con 4.3, y Diabetes 3.4 por cada 1000 habitantes; estando en décimo y décimo primer lugar, respectivamente. Además, al visualizar las principales causas de muerte en México (2018), son las enfermedades del corazón (en relación con la Hipertensión y dislipidemias, este último yendo de la mano con la obesidad) y la Diabetes, tanto en hombres como en mujeres; quienes ocupan los 2 primeros sitios. Por la importancia que cobra todo lo anterior, es que se lleva un **programa de detección y seguimiento de las enfermedades crónico-degenerativas y un programa de Sobrepeso y Obesidad.**

Por otro lado, las mujeres embarazadas se consideran de alto riesgo, debido a las complicaciones que se pueden presentar incluso sin que la mujer padezca alguna enfermedad previa, y que puede poner seriamente en riesgo su vida y la de su bebé, mientras que la mayoría de estas complicaciones son evitables. En este sentido, para la semana 52 del 2019, el Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica reportaba una razón de mortalidad materna (RMM) a nivel nacional de 31.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, siendo Chiapas una de las entidades con la mayor RMM de 57/100,000 nacidos. Debido a que la muerte materna se considera como resultado de la desigualdad social, por los obstáculos de acceso a servicios de salud, la desinformación, y la pobreza en general; una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible implementadas por la ONU se debe precisamente a la reducción de la RMM mundial a menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos, lo que implica combatir lo que más aqueja a este segmento poblacional, la discriminación. Para ello se cuenta, con el **programa de Atención prenatal para el seguimiento de mujeres embarazadas, en parto y puerperio.**

En otro orden de ideas, de acuerdo con el INEGI los tumores malignos son la tercera causa de muerte general. Mientras que, en las mujeres ocupan el primer lugar en el grupo de mujeres de 25 a 44 años y el segundo en el grupo de 45 a 64; siendo en este segmento poblacional el cáncer de mama y Cervicouterino los principales, se hace un seguimiento de la incidencia y prevalencia a través del **programa Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino.**

De la mano con la atención integral de la mujer, se tiene el **programa de Detección Oportuna de Víctimas de Violencia**, en sintonía con lo establecido en la Ley Revolucionaria de mujeres por el EZLN, en la octava demanda donde se dice: “ninguna mujer podrá ser golpeada o maltratada físicamente ni por familiares ni

por extraños”. Aunque se dirige a la población en general, ya que por igualdad de género los hombres también son violentados.

A nivel nacional en 2018, se tenía una tasa de incidencia delictiva de 37,807 casos por cada cien mil habitantes, siendo Chiapas el estado con la menor tasa de 19,409 por cada cien mil habitantes.

Por último, ante la respuesta a las enfermedades infecciosas por parásitos, la carencia alimentaria y mal nutrición, prevalentes en regiones de alta marginación; se lleva el **programa de Crecimiento y Desarrollo del niño sano**. Por un lado, para detectar los casos de desnutrición, sobrepeso y obesidad infantil; y por el otro, para realizar desparasitación de este sector de la población, contribuyendo a su adecuado crecimiento.

En los programas antes mencionados se contemplan tanto población zapatista como partidista de la Garrucha y de las comunidades que pertenecen a la región. Para llevar un registro de las personas, se tomó en cuenta el número de consultas realizadas, de esta manera para poder ingresar a algún programa: a partir de la segunda consulta en meses subsecuentes o tercera consulta en meses dispares se ingresaron a las personas con padecimientos crónicos degenerativos, víctimas de violencia y sobrepeso y obesidad; mientras que las mujeres embarazadas siempre ingresaron en su segunda consulta. Por su parte, los niños de campaña de desparasitación y toma de medidas somatométricas; además de las mujeres de campaña que se les tomó sus citologías cervicales, se ingresaron desde la primera vez. Cabe aclarar que algunas de las personas que se muestran en estas estadísticas llevaban ya en seguimiento continuo en la clínica; lo que se esclarecerá para mejor visualización de la atención.

No está de más contemplar que la atención médica de enfermedades que requieren un seguimiento continuo, en cualquiera de los casos, se vuelve difícil cuando acuden de comunidades apartadas, lo que simboliza un gasto físico y económico; añadido a ello, las personas acuden de primer instancia con el yerbero(a), huesero(a) o partera; y la consulta médica se toma como segundo término en la mayoría de los casos; o cuando ya existe alguna complicación que no ha podido ser curada con la medicina tradicional.

Los programas antes mencionados, se llevan a cabo en la clínica general y regional de “Jesús de la Buena Esperanza”, aunque el programa de Atención Prenatal se llevó coordinado con las promotoras de salud sexual y reproductiva de la clínica de zona “Comandanta Ramona”, donde la población femenina embarazada acude con mayor regularidad, mientras que la minoría llega a la consulta de medicina general. Sin embargo, debido a la alta demanda presentada a lo largo del año en la consulta de medicina general, el trabajo con las promotoras de salud sexual y reproductiva se llevó a cabo entre consultas para valorar por ambas partes a las mujeres que presentaban alguna particularidad que requería un seguimiento más estricto de acuerdo con su criterio, y en tiempo libre para comentar y valorar al resto de las mujeres.

---

### 3.4.1 PROGRAMA “ATENCIÓN PRENATAL”.

#### 3.4.1.1 OBJETIVOS Y METAS

Este programa está enfocado exclusivamente en la atención de la mujer embarazada, en parto o en puerperio. Con los objetivos de:

- ◆ Hacer frente a la muerte materna en la región.
- ◆ Acompañar en esta condición fisiológica a las mujeres, para hacer cumplir su derecho reproductivo en condiciones saludables, y crear un entorno amigable con las prácticas tradicionales.
- ◆ Identificar factores que puedan poner en riesgo el embarazo, parto y/o puerperio.
- ◆ Tratar oportunamente las afecciones que puedan complicar el embarazo y su buen término.

- ◆ Derivar y acompañar de manera inmediata a un segundo nivel, las complicaciones que sean desfavorecidas y letales para las mujeres embarazadas, en parto o puerperio.

Con las metas de ingresar al mayor número de mujeres al programa de atención prenatal, otorgar cuando mínimo 5 consultas de seguimiento por mujer embarazada y realizar el seguimiento con herramientas paraclínicas: el ultrasonido y pruebas de laboratorio como biometría hemática, glucosa, examen general de orina. Principalmente, cubriendo el derecho a la salud de este sector poblacional, que en una condición fisiológica como es el embarazo sea respetado, gratuito y accesible, brindando una atención en su idioma, con todo el profesionalismo y sentido humano.

Para fines estéticos en este programa, así como en las gráficas presentadas antes donde se compara la población por sexo, he decidido invertir los colores representando a las mujeres con azul, rompiendo estereotipos relacionados con el género.

### **3.4.1.2 ACCIONES Y ESTRATEGIAS**

#### **3.4.1.2.1 CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL**

Para llevar el seguimiento de las mujeres embarazadas se empleó el programa de atención prenatal que se describe en las Guías de Práctica Clínica. Una consulta mensual durante el primero y segundo trimestre, dos consultas al mes iniciando el tercer trimestre y hasta la semana 36, y después de la semana 36 cada semana. Aclarando dudas, y siendo enfáticas en los datos de alarma en todo momento para acudir a la clínica. Sí las mujeres después de la semana 41 no habían dado a luz, se les solicitaba acudir a la consulta para referir a segundo nivel.

En toda consulta de embarazo hubiera sido o no de programa, se llevó un carnet de atención prenatal; tomando peso, presión, tira reactiva de orina, medida de hemoglobina por colorimetría, medida de fondo uterino, Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF) y materna, evaluación de presentación, posición y situación a partir del segundo trimestre de embarazo, toma de glucemia a las 24 SDG, USG en caso de no tener ninguno realizado, mientras que mujeres en programa se les realizó cada trimestre.

Como observación personal me daba la impresión de que las mujeres acudían a sus citas con mayor regularidad cuando se les comentaba sobre hacer un ultrasonido. En muchas ocasiones sobre todo las mujeres sin seguimiento por la clínica llegaban con un resultado de USG hecha por el Dr. Ángel (Médico particular que da consultas en la comunidad de San Miguel 3 días al mes). Lo anterior, me hace reflexionar que un porcentaje importante de las mujeres embarazadas buscaban una, dos o hasta tres valoraciones por diferentes personajes de salud con el objetivo de tener un embarazo saludable, con la figura principal de la partera, a la que se le tiene mucho respeto en las comunidades.

#### **3.4.1.2.2. ATENCIÓN DEL PARTO**

Durante la atención del parto en la clínica de la mujer, se trabajó en equipo, como pieza central la mujer a parir, en un contexto de parto humanizado, buscando la mayor comodidad posible de las mujeres embarazadas, creando un ambiente de confianza. Se permitió el paso hasta de dos personas a la sala de partos, las cuáles estuvieran como apoyo de la mujer embarazada para su mayor comodidad. Se realizaron partos verticales que permitiese el efecto de gravedad para la expulsión con mayor facilidad de él o la neonata y menores complicaciones por desgarros, a una inclinación de la cama de exploración de 45 grados. El uso de luces tenues, música instrumental en tono bajo, masaje de espalda para relajar a la mujer entre contracciones, y el empleo de ejercicios que facilitaran el paso del bebé por el canal del parto, sin que la mujer se cansara caminando.

### 3.4.1.2.2. CAPACITACIÓN A PROMOTORAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Como parte de la formación de parteras, me invitaron a participar en la capacitación de parteras y promotoras de salud, sexual y reproductiva pertenecientes al municipio autónomo Francisco Gómez, con la participación de 35 mujeres zapatistas, llevado a cabo cada 3 meses en la clínica de la mujer, por un periodo de 5 días en los que se vieron los temas de: Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, signos vitales y atención del embarazo, parto y puerperio. Además, con las promotoras de salud sexual y reproductiva se llevó a cabo la capacitación de atención de urgencias obstétricas tales como: Hemorragias obstétricas y trastorno hipertensivo del embarazo, teórico práctico.



*Ilustración 17. Capacitación a promotoras de salud sexual y reproductiva; Colección personal.*

### 3.4.1.3 RESULTADOS

“Jesús de la buena esperanza” se dieron un total de 142 consultas relacionadas a la mujer embarazada, de las cuales el 104 fueron de primera vez y el 38 subsecuentes. Consultas que incluyen: pruebas confirmatorias de embarazo, seguimiento del embarazo, atención del parto (en coordinación con la clínica “Comandanta Ramona”) y mujeres en puerperio. Para fines estadísticos lo comentado en este apartado se hará únicamente respecto a la atención dada en la clínica de medicina general “Jesús de la buena esperanza”.

Como parte de la partería tradicional en la región, la mayoría de las mujeres embarazadas que acuden a la consulta llevan el seguimiento con las parteras de sus comunidades, quienes son una parte esencial en la atención del embarazo, parto y puerperio; acudiendo por una valoración externa a la clínica una o un par de ocasiones; sobre todo en el último trimestre de embarazo poco antes del parto; mientras el amplio margen de las mujeres que decide llevar su seguimiento ya sea en la clínica “Jesús de la buena esperanza” o en la clínica de la Mujer “Comandanta Ramona”, es porque han decidido que su bebé nazca ahí.

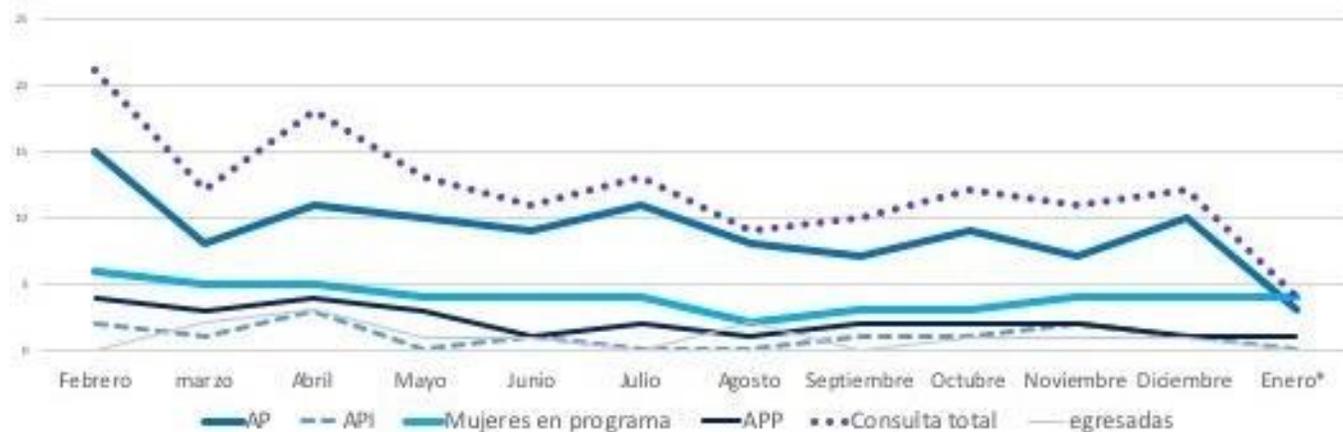
En la *Gráfica 18* se muestran las mujeres embarazadas que acudieron a la consulta por mes, clasificando la atención en: mujeres sin seguimiento o consulta de primera vez (AP), ingresadas en su segunda consulta (API), en programa con 3 o más consultas (APP), siendo la consulta total la suma de las tres antes mencionadas, añadido a ello se presentan las mujeres que se encuentran en programa por mes y las mujeres que egresaron del programa por cumplir los 40 días de puerperio.

Como se puede observar la mayoría de las consultas por mes son de mujeres embarazadas que acuden a la consulta por primera vez, donde los primeros 3 meses de servicio social esta población representa dos terceras partes de la población total, y posteriormente fue encontrándose en una relación más estrecha con la consulta total, esto podría explicarse por un lado debido a la confianza que existe en mayor medida con las promotoras salud sexual y reproductiva y por el otro podría explicarse debido a que en los primeros meses fueron en los que menos consulta general hubo; y debido al tiempo que se dedica por consulta el cuál puede exceder los 30 min hasta 1 hr, es que varias de las mujeres embarazadas de programa, podrían optar por entrar a la consulta donde no tarden mucho tiempo esperando, de acuerdo a la demanda del día que sean citadas. Ya que muchas veces al platicar con Mica y Elsa (promotoras de salud sexual y

reproductiva de la clínica la Ramona) notaba que algunas de las mujeres embarazadas que estaban en programa en la clínica general, acudían a su consulta del mes en la Clínica de la Ramona.

Por otro lado, las mujeres en programa se mantienen de forma lineal con sus pequeñas variantes durante todo el año. De manera similar se comportan los ingresos y egresos, los cuáles generan un balance y aplanamiento de la curva de las mujeres en programa, al ser casi igual la cantidad de mujeres que ingresan que egresan.

Gráfica 18. Comportamiento de las consultas de atención prenatal por mes, a lo largo del periodo feb 19- ene 20, en la Clínica “Jesús de la buena esperanza”.



Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

En la *Tabla 13* se aprecia en números absolutos lo expresado en la *Gráfica 13*, de manera detallada se observa que la consulta de primera vez es la de mayor frecuencia en todo el año representando en promedio el 70%, mientras que las consultas subsecuentes fueron en promedio el 30%. Dentro de las consultas subsecuentes mes con mes se encuentran las mujeres que ingresaron al programa y las mujeres que ya se encontraban en él.

Tabla 13. Comportamiento de las consultas de atención prenatal por mes en números absolutos a lo largo del periodo feb19- ene 20 en la Clínica “Jesús de la buena esperanza”.

Mes	AP	API	APP	Consulta total	Mujeres en programa	Egresos
<b>Febrero</b>	15	2	4	21	6	0
<b>Marzo</b>	8	1	3	12	5	2
<b>Abril</b>	11	3	4	18	5	3
<b>Mayo</b>	10	0	3	13	4	1
<b>Junio</b>	9	1	1	11	4	1
<b>Julio</b>	11	0	2	13	4	0
<b>Agosto</b>	8	0	1	9	2	2

<b>Septiembre</b>	7	1	2	10	3	0
<b>Octubre</b>	9	1	2	12	3	1
<b>Noviembre</b>	7	2	2	11	4	1
<b>Diciembre</b>	10	1	1	12	4	1
<b>Enero*</b>	3	0	1	4	4	0
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>142</b>	<b>-</b>	<b>11</b>

\*2021; AP: Primera consulta; API: Segunda consulta e ingreso; APP: Tres o más consultas; Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS

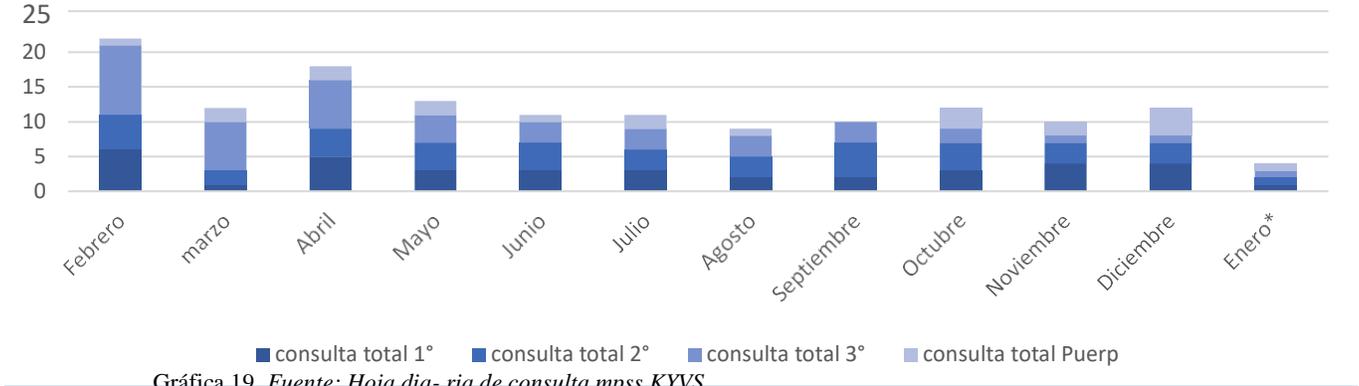
Durante el año de servicio social ingresaron 12 mujeres a programa, hubo 38 consultas de seguimiento lo que nos dice que en promedio cada mujer recibió 3 consultas, aunque al observar la *Tabla 14* donde se exponen el número de consultas dadas a cada mujer del programa se puede observar que la moda de consultas fue 2 y que sólo 3 mujeres recibieron consultas en cinco o más ocasiones. Por otro lado, de las 38 consultas que se hicieron de seguimiento en todo el año 18% fueron de primer trimestre, 34% de segundo, 45% de tercer trimestre y 3% de mujeres en puerperio. Además, es de resaltar que 7 de las mujeres que llevaron seguimiento fueron de la Garrucha las cuáles presentaron mejor seguimiento, siendo el resto de dos comunidades cercanas, lo que deja entre ver lo importante que es la accesibilidad de la clínica para el seguimiento.

*Tabla 14. Consultas realizadas de seguimiento a las mujeres que ingresaron al programa de atención prenatal por trimestre.*

<b>Nombre</b>	<b>Comunidad</b>	<b>1er trimestre</b>	<b>2do trimestre</b>	<b>3er trimestre</b>	<b>Puerpe- rio</b>	<b>Consulta Total</b>
<b>A.G. P.</b>	Garrucha	1	2	2	-	5
<b>C.C.M.</b>	Garrucha	-	-	2	1	3
<b>H.H.J.A.</b>	Garrucha	1	2	2	1	6
<b>J.L.M.E.</b>	Patihuitz	-	-	2	-	2
<b>L.G.G.</b>	Patihuitz	1	-	1	-	2
<b>L.J.J.</b>	Tierra blanca	-	1	1	-	2
<b>L.M.M.</b>	Patihuitz	-	1	1	-	2
<b>M.H.C.</b>	Garrucha	1	2	2	-	5
<b>M.A.F.</b>	Garrucha	1	1	1	-	3
<b>P.G.T.</b>	Patihuitz	-	1	1	-	2
<b>S.L.A.</b>	Garrucha	-	1	2	1	4
<b>V.G.J.</b>	Garrucha	2	-	-	-	2
<b>Total</b>		7	13	17	3	<b>38</b>

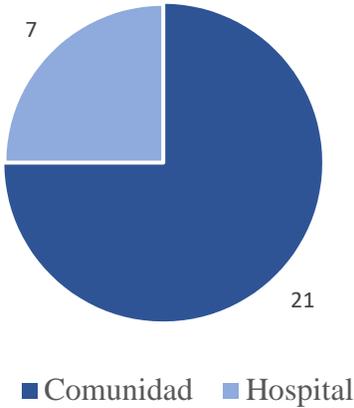
Por otro lado en la *Gráfica 19*, se puede observar la consulta total de mujeres con y sin seguimiento al mes y por trimestres de embarazo. Aquí la mayoría de las consultas se presentan en el tercer trimestre siendo poco menos de una tercera parte, y alrededor de la mitad las mujeres de primero y segundo trimestre. Mientras que, en la mayoría de los puerperios aquí presentados (los cuáles son aproximadamente una quinta parte de las mujeres embarazadas) son los partos atendidos en la comunidad, siendo sólo 8 mujeres que acudieron a su consulta puerperal.

*Consulta por mes y por trimestre, en el periodo feb 19- ene 20; en la Clínica “Jesús de la buena esperanza”.*



*Gráfica 19. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

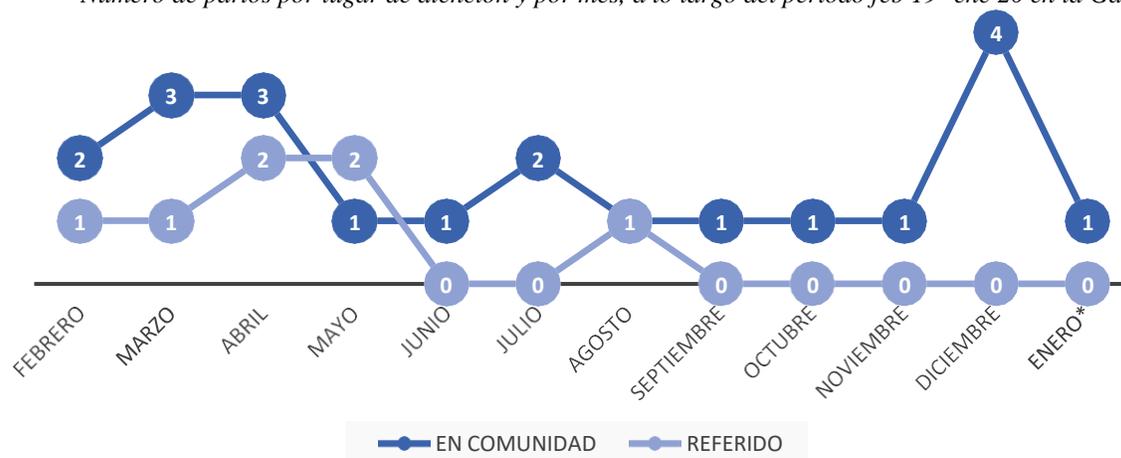
*Partos atendidos en la comunidad vs en el hospital, a lo largo del periodo feb 19- ene 20 en la Garrucha.*



*Gráfica 20. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

De acuerdo con la atención del parto, se recibieron un total de 28, de los cuáles: 7 fueron referidos y trasladados al Hospital Rural del IMSS donde 6 recibieron la atención sin mayores complicaciones y una fue trasladada vía aérea al Hospital de las culturas en SCLC al presentar complicaciones hemodinámicas, teniendo como última información por familiares su lenta recuperación. Mientras que, 21 fueron atendidos en la comunidad, refiriéndome con ello que, según la hoja de consulta diaria 2 fueron atendidos por promotora de salud, 2 por la médica pasante y 17 coordinados, aunque considero que en todo momento fue un trabajo en equipo. (véase la *Gráfica 20*).

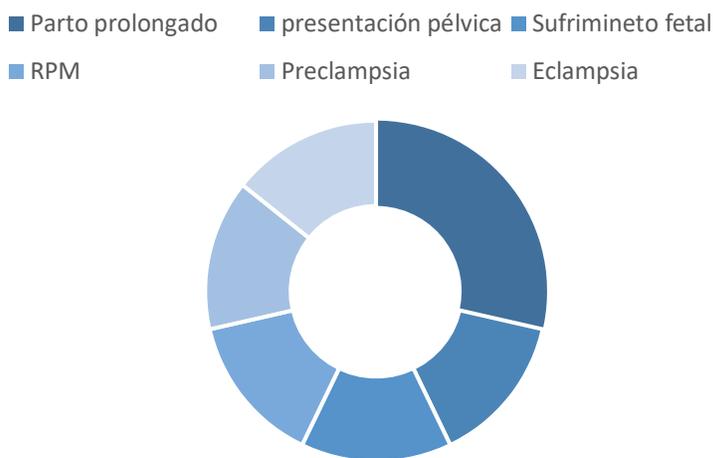
Número de partos por lugar de atención y por mes, a lo largo del periodo feb 19- ene 20 en la Garrucha.



Gráfica 21. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

Con respecto al número de partos referidos y atendidos en la comunidad por mes; los primeros 4 meses fueron donde mayor número de embarazos se trasladaron, siendo un total de 7. Mientras que, en los siguientes 8 meses sólo hubo un traslado (véase la *Gráfica 21*). Se consideró a 2 de ellos como parte de la inseguridad de atender partos tan lejos de un hospital, específicamente por parto prolongado en el segundo y tercer mes, los cuáles probablemente pudieron haberse atendido en la comunidad.

Causas por las que se refirieron los partos a segundo nivel, a lo largo del periodo feb 19- ene 20 en la Garrucha.



Gráfica 22. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

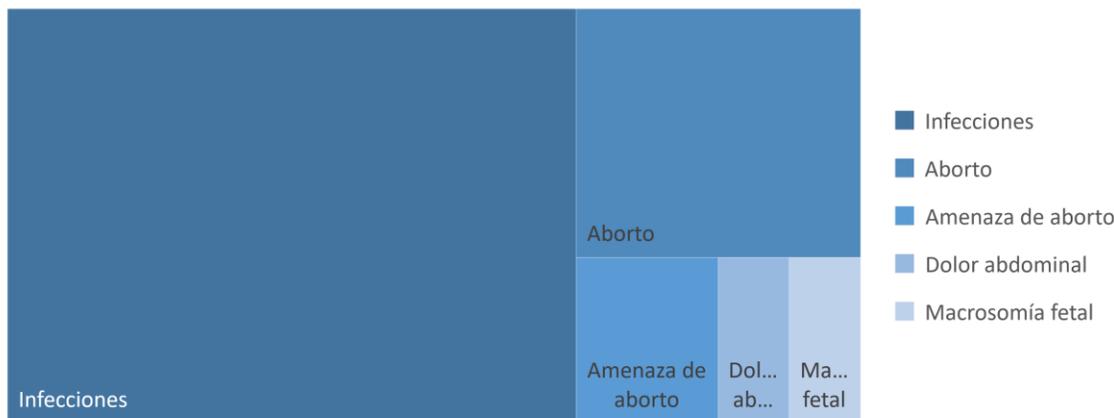
En la *Gráfica 22*, se presentan las causas por las que se refirieron los partos. De las cuáles el 28% de los casos fueron por trastorno hipertensivo del embarazo y parto prolongado, respectivamente. Todas las complicaciones del parto se resolvieron en el Hospital del IMSS Ocosingo sin mayor complicación, a excepción de la mujer que presentó Eclampsia en la fase activa del trabajo de parto. Con tan sólo 13 años, residente de agua escondida (comunidad a 2 hrs en redila de la Garrucha) y sin consulta de atención prenatal; días anteriores presentaba edema de miembros inferiores y cefalea. La cuál llegó de urgencia a la clínica convulsionando, tras 4 horas en este estado se encontraba combatiente con Glasgow de 8, una presión arterial de 215/180 y sin encontrar FCF; se trasladó de inmediato administrándole hidralazina y sulfato de magnesio

intravenoso, vendaje y elevación de miembros inferiores, oxígeno y cobija térmica. A pesar de que la

respuesta fue mejorando en el trayecto, al llegar al hospital sin crearme que la mujer tenía eclampsia por el estado de alerta con el que llegó, se pasó a revisión donde se confirmó un óbito, y se encontró al neonato coronando; volviendo a convulsionar en el periodo expulsivo. Se solicitó apoyo por terapia intensiva en el hospital de las culturas, San Cristóbal de las Casas, donde fue trasladada varias horas más tarde en helicóptero de urgencia al hospital de 3<sup>er</sup> nivel, recibiendo una atención integral como última información recibida por familiares

Con respecto a las consultas dadas, la mayoría de las mujeres se encontraron entre los 18 a 25 años, mientras tanto la edad promedio de las mujeres embarazadas con complicaciones del parto que se trasladaron fue de 21.4 años, siendo la edad más baja de 13 y la más alta de 26 años.

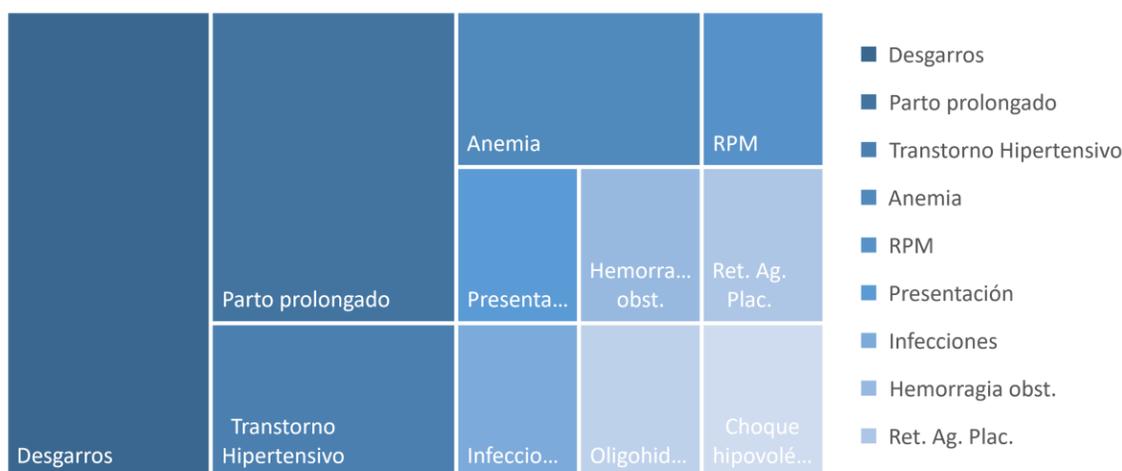
*Complicaciones del embarazo registradas, a lo largo del periodo feb-19 a ene-20 en la Garrucha.*



*Gráfica 23. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

Dentro de las complicaciones del embarazo, se tomaron en cuenta tanto a mujeres con seguimiento y mujeres sin seguimiento (*Gráfica 23*) de las cuales solo una en seguimiento presentó infección urinaria. Mientras que, la mayoría de las mujeres embarazadas que tuvieron alguna complicación fue por infecciones principalmente de vías urinarias o vaginales, con una frecuencia de dos terceras partes; una quinta parte de las complicaciones fueron abortos (6 en total), de los cuáles uno fue aborto auto inducido con medicamentos, un aborto espontáneo y cuatro inducidos con medicamentos en la clínica por decisión de la mujer embarazada (todas ellas mujeres de más de 30 años con multiparidad). En la clínica de la mujer se realizaron los abortos inducidos por medicamentos a las mujeres que no tenían planeado el embarazo y/o que tienen factores de riesgo para su vida (decisión tomada por ellas); con la condición de ser un embarazo que máximo se encontrara en la semana 10 de gestación y que la mujer anímicamente se encontrara saludable, por el riesgo de hemorragias obstétricas. Esta práctica se realiza discretamente en común acuerdo entre la mujer embarazada, las promotoras de salud, los familiares y la médica pasante, debido a la concepción de la población sobre el aborto.

*Complicaciones del parto y puerperio, registradas a lo largo del periodo feb-19 a ene-20 en la Garrucha*



Gráfica 24. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

A nivel nacional las principales causas de muerte materna en el parto y puerperio son: Hemorragia Obstétrica (20.4%) y Enfermedad Hipertensiva, edema y proteinuria (20.6%) En la Garrucha la edad promedio de atención del parto y puerperio con complicaciones fue de 22 años con una moda de 17 años, y casi la mitad de estas mujeres sin seguimiento eran un embarazo adolescente.

En la *Grafica 24* se observó que dentro de las principales complicaciones en el parto se encontraron los desgarros vaginales en diferentes grados, los cuáles se presentaron en los primeros meses de servicio social; reparados por cuenta propia en la comunidad (a lo que las personas de la zona le llaman “Cesárea vaginal”). Entre los primeros partos en los que la atención fue horizontal y posteriormente los atendidos verticalmente se aprecia una diferencia, bajando significativamente la incidencia de desgarros.

Como segundo término, se encuentran los partos en fase activa prolongados, seguidos por los trastornos hipertensivos, los síndromes anémicos y las hemorragias obstétricas

Como resultado final, una de cada cinco mujeres tuvo una de las dos principales complicaciones que pueden llevar a la muerte materna según la estadística nacional, afortunadamente resueltas sin tragedia.

Por último, para evitar los embarazos no deseados se promocionó los métodos de planificación familiar, con especial énfasis en las mujeres de tercer trimestre que estaban por terminar su embarazo, las mujeres que empezaban su etapa reproductiva, las mujeres mayores de 35 años, así como las que tenían multiparidad.

En la comunidad aún son un tabú los métodos de planificación familiar, por el costo beneficio que representaba se les ofrecía como mejor método el DIU del cual 2 mujeres se decidieron por él, a pesar de tratar de dar la información más clara posible, las mujeres en general piensan que les da cáncer por ponérselo o que se contagiaron de alguna enfermedad. Los métodos de planificación más utilizados son las inyecciones bi o trimensuales, de las cuáles tenía 2 o 3 consultas por mes, sobre todo de mujeres de la Garrucha y Patihuitz.

#### 3.4.1.4 ANÁLISIS

De acuerdo con los objetivos y metas planteadas para este programa, considero que las acciones realizadas no fueron suficientes, me quedo descontenta con los resultados ya que por un lado este programa en general es del que más aprendí y cambié formas de trabajo, cuestionándome la práctica médica que había conocido en mi formación académica.

En un principio el programa de atención prenatal fue con el que más insegura me sentí debido a lo que representa en todas sus vertientes, en especial la atención del parto, trabajándolo internamente hasta actuar con seguridad, adicionalmente aprendí y me hice amiga de la partería tradicional y se logró integrar un equipo de trabajo con las promotoras de salud sexual y reproductiva.

A pesar de tener como punto central a la mujer, dar un trato cálido, y utilizar las pruebas paraclínicas para detectar y tratar oportunamente cualquier anormalidad, con la finalidad de respetar el derecho a la salud y contribuir con la equidad de género, la meta de dar un seguimiento de atención prenatal basado en la NOM-007 dentro de la clínica se vio mermado debido a la baja ocurrencia en consultas de seguimiento.

Por lo que considero la intervención de los siguientes factores:

- La falta de experiencia de la médica pasante en el manejo de la atención prenatal, sobre todo en los primeros meses.
- La ubicación de la clínica desfavorecida a muchas gestantes.

Sin embargo, el 85% de las mujeres que recibieron consulta de atención prenatal (con o sin seguimiento en la clínica) llevaban un control con partera, mientras que el 15% que no llevaban seguimiento con parteras fueron consultas de primera vez. Dicho de otra manera, de las 104 mujeres embarazadas que acudieron de primera vez y no llevaron un seguimiento en la clínica, el 80% acudió a control con partera, mientras que de las 36 mujeres embarazadas que tuvieron 2 o más consultas en la clínica, el 100% llevaba un seguimiento a la par; reflejando la importancia de la partería en la atención prenatal y el parto en la región.

Considerada como una práctica tradicional, la partería conserva su importancia debido al reconocimiento a las parteras por su experiencia, compromiso y empatía hacia las mujeres gestantes, quienes han decidido hasta la fecha llevar su seguimiento mayormente con ellas, aunado al rechazo que se desata al experimentar o escuchar de la violencia obstétrica que se vive en los hospitales y centros de salud. Es por esto que, el Sistema de Salud Autónomo Zapatista se ha ocupado en la capacitación de las parteras zapatistas en temas como signos vitales, anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, trabajo de parto y urgencias obstétricas, para detectar datos de alarma y referir de inmediato en caso necesario.

Por su parte, la atención en la Clínica de las mujeres “Comandanta Ramona” al ser exclusiva para mujeres y atendida únicamente por mujeres; permite crear una relación de mayor confianza por parte de las personas usuarias. Convirtiéndose en el punto de referencia de las parteras de la zona, en calidad de segundo nivel, que gracias al compromiso y profesionalismo del personal a cargo; las herramientas para la atención del parto; y el botiquín de urgencias obstétricas (en el que se encuentran medicamentos para comenzar el tratamiento de las principales complicaciones obstétricas mientras se traslada a un hospital con especialista) se combate en esta región la muerte materna, desafortunadamente no es suficiente para llegar a todas las comunidades de forma accesible para las consultas de seguimiento.

Por otro lado, el modelo de atención de la mujer embarazada en las Clínicas Autónomas de la Garrucha ha funcionado por muchos años, de modo que se ha sistematizado la atención del trabajo de parto en una atención más hospitalaria. Sin embargo, gracias a las herramientas dadas en las clases de SADEC y la convivencia en la Garrucha con las voluntarias Ely y Sami (enfermera gineco-obstetra y partera, respectivamente), es que se buscó cambiar un poco esta visión, para transformarla en un modelo de atención centrado en el parto humanizado junto con las promotoras de salud. Es muy confortable ver el resultado de todas nosotras, al cambiar una visión a favor del parto vertical, otorgando el derecho de parir a la mujer gestante, con resultados mayormente favorables.

Por otro lado los talleres de obstetricia que se impartieron en la Garrucha cada 3 meses, fueron dedicados a parteras y promotoras de salud zapatistas únicamente, debido a que dichos cursos son programados por

la misma organización, por lo que una propuesta para crear una red sólida en la atención de la mujer embarazada sería invitando también a las parteras partidistas a los talleres de atención del parto y urgencias obstétricas; con la logística de compartir información mutua y que todas sepan identificar datos de alarma para acudir a un siguiente nivel, así como para llevar un seguimiento en conjunto.

En conclusión, a pesar de que se dio un paso importante para mejorar la calidad en la atención del parto en la clínica; las mujeres de las comunidades son atendidas a mayor escala tanto en atención prenatal como en partos por las parteras, de ahí la pieza fundamental que representan y el apoyo que necesitan.

A nivel local, hace falta mayor comunicación con la partera Josefina; debido a la diferencia política, no se ha podido crear una atención en conjunto, únicamente son referidas a la clínica para la realización de USG y en caso de alguna complicación. Como una oportunidad, el animar y capacitar a las mujeres interesadas en ser parteras o promotoras de salud sexual y reproductiva, conociendo a más mujeres con el mismo interés y compartiendo las experiencias de las que tienen experiencias, puede ser una buena opción para crear una red sólida de apoyo y manejo de complicaciones oportunas en el embarazo.

---

## **3.4.2 PROGRAMA “CRECIMIENTO Y DESARROLLO”.**

### **3.4.2.1 OBJETIVOS Y METAS.**

Programa dirigido a la atención de la niña y el niño desde el nacimiento hasta los 15 años. Con dos principales vertientes: la(o)s niñas sanas; y las y los niños con alguna patología.

Teniendo como objetivos:

- ◆ Combatir la morbi-mortalidad infantil por padecimientos prevenibles en la región.
- ◆ Realizar campañas de desparasitación, aplicación de flúor y vacunación para fortalecer la salud de las y los niños.
- ◆ Realizar de una forma dinámica actividades para crear consciencia sobre el cuidado al medio ambiente; el uso del agua, la basura, los alimentos chatarra; la importancia de cepillar sus dientes y hacer ejercicio.
- ◆ Llevar un seguimiento de medidas antropométricas de las y los niños de la Garrucha, además de la(o)s niñas que lleguen a la consulta, con la finalidad de detectar desórdenes alimenticios.
- ◆ Diagnosticar y llevar un seguimiento estricto de las y los niños con morbilidades crónicas.
- ◆ Derivar de forma oportuna a un segundo nivel cuando se requiera de una atención especializada.
- ◆ Crear una relación médica-paciente amigable.

Con los objetivos anteriores, se plantea la meta de reducir la morbi-mortalidad infantil de la región (como lo establecen los ODS) para contribuir al entorno de salud y bienestar de la población infante. Que el servicio de salud se otorgue de manera accesible, de calidad, gratuita y con una perspectiva intercultural; contribuyendo a su derecho a estar saludables.

Así como, crear una conciencia colectiva del cuidado del ambiente, para la salud del planeta.

### **3.4.2.2 ACCIONES Y ESTRATEGIAS**

Debido a que no existe la idea de llevar a las y los niños únicamente para el seguimiento de su crecimiento y desarrollo; esta población sólo acude a la consulta cuando tienen algún padecimiento por curar.

Por lo anterior, es que se realizó un chequeo antropométrico a toda(o) niña que acudió a la consulta, para detectar algún problema de mal nutrición.

Enfáticamente se invitó a mamá y papá con hija(o)s recién nacidas a llevar un seguimiento más estricto para evitar cualquier situación.

En todos los casos, dando datos de alarma en su idioma para acudir a la consulta, y recalcando la importancia de la lactancia materna hasta el año y medio y la introducción de la dieta alimentaria; además de las deficiencias al promover la comida chatarra en las y los menores.

Para las consultas médicas pediátricas se utilizó: báscula neonatal o báscula con estadiómetro de acuerdo a la edad del niño o niña; cinta métrica en caso de peso para la edad bajo, para medir: perímetro cefálico torácico, abdominal, braquial, muslo y pie; tablas de peso para la edad, talla para la edad e IMC (según la OMS); test de Denver para detectar problemas en el neurodesarrollo en los menores de 6 años; martillo de reflejos, toma de signos vitales (excepto presión); y calculadora para dar las dosis pediátricas de acuerdo al peso del o la niña.

Se realizaron las siguientes actividades con las y los niños de la escolita zapatista:

- ◆ Platica sobre el cuidado del agua e higiene de manos, con una canción inventada por el personal de salud de la clínica “Jesús de la buena esperanza”, con título Tut capti k yaj pokti k (las manitas hay que lavar). La cuál tenía el mensaje de lavar las manitas por delante y por detrás, con agua y con jabón después de jugar, ir al baño, etc.



Ilustración 18. Dinámicas: moviéndose para estar sanos, campaña de desparasitación y aplicación de flúor y siendo una o un pintor.

- ◆ Dinámica de convivencia. - siendo una o un pintor, con enseñanza de los colores primarios, escala de grises, y círculo cromático; y dibujos a libre elección para realizar con acuarelas y pinceles.
- ◆ Moverse para estar sanos. - implementación de la actividad física en colectivo, para crear lazos de apoyo entre unas y otros. Con apoyo de aros, cuerda, boliche, pelotas y botellas con piedras como obstáculos (Ilustración 18).
- ◆ Participación como personal de salud en la campaña de vacunación.

- ◆ Desparasitación y aplicación de flúor, con reforzamiento del lavado de manos y técnica de cepillado, y toma de medidas antropométricas, entregando un folleto con los pasos para clorar el agua (véase la *Ilustración 19*), el cual se utilizó en la consulta posteriormente.
- ◆ Trabajo colectivo. - divididos en tres grupos, se realizó un mural sobre las y los niños zapatistas de la Garrucha en relación con su entorno, y 2 cuentos inventados; para leer y explicar a toda(o)s las demás.
- ◆ Recolección de basura del caracol y la comunidad para la creación de piñatas.
- ◆ Fiesta decembrina.

**¿CÓMO SE CLORA EL AGUA?**

1. - BUSCAR UN RECIPIENTE CON TAPA, PARA PONER AHÍ EL AGUA QUE SE VA A CLORAR.



2. - CHECAR DE CUANTOS LITROS ES EL RECIPIENTE.

3. - PUEDE OCUPAR CUALQUIER CLORO QUE TENGA:



4. - CONSEGUIR UNA JERINGA SIN AGUJA PARA CONTAR LAS GOTAS DE CLORO QUE SE LE PONDRA AL AGUA.

5. - SE PONEN **2 GOTAS DE CLORO POR CADA LITRO DE AGUA** QUE TENGA EL RECIPIENTE, DE ESTA MANERA, SI SON:

1 LITRO SERÁN 2 GOTAS DE CLORO

2 LITROS SERÁN 4 GOTAS DE CLORO

3 LITROS SERÁN 6 GOTAS DE CLORO

4 LITROS SERÁN 8 GOTAS DE CLORO

10 LITROS SERÁN 20 GOTAS DE CLORO

20 LITROS SERÁN 40 GOTAS DE CLORO

6. - DEJAR ACTUAR EL AGUA CON CLORO 30 MIN Y LUEGO SE PUEDE TOMAR.

*Ilustración 19. Folleto de los pasos a seguir para clorar el agua en casa; fuente: colección personal*

### 3.4.2.3 RESULTADOS

#### 3.4.2.3.1 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y DEL NIÑO SANO.

##### 3.4.2.3.1.1 CAMPAÑA DE DESPARASITACIÓN Y APLICACIÓN DE FLÚOR

Estas campañas se realizaron en la comunidad de la Garrucha y la Sultana.

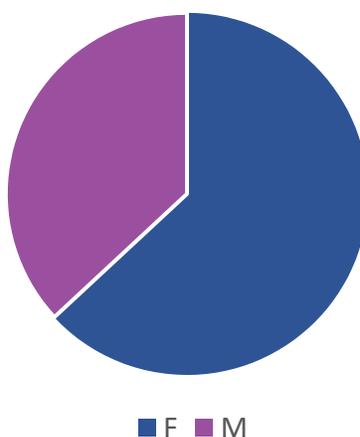
Con la participación de 80 infantes entre 3 y 13 años, 65 fueron residentes de la Garrucha y 15 de la Sultana.

A toda la población contemplada en las campañas se les tomó su nombre y edad; se realizó una dinámica de juegos, y después una plática sobre los gérmenes que se encuentran en lo que tocamos, nuevamente se habló del agua y el lavado de manos, además de la importancia del cepillado de dientes con la técnica correcta.

Toda(o)s recibieron desparasitación con albendazol en unidosis; además de tomarles a cada uno sus medidas antropométricas de peso y talla (excepto en la sultana debido a falta de material para medir y pesar). En cuanto a sus dientes, se les aplicó flúor, recibieron un chequeo dental por parte del estomatólogo y se les regaló un cepillo dental.

En este apartado para fines estadísticos, sólo se darán a conocer los resultados de las medidas antropométricas de la(o)s menores de la Garrucha. De las cuáles 82% tuvieron entre 5 a 15 años y 18% fueron menores de 5 años. En tanto que 66% se encontraron subsecuente en el programa de crecimiento y desarrollo (campañas), y el 34% fueron de primera vez.

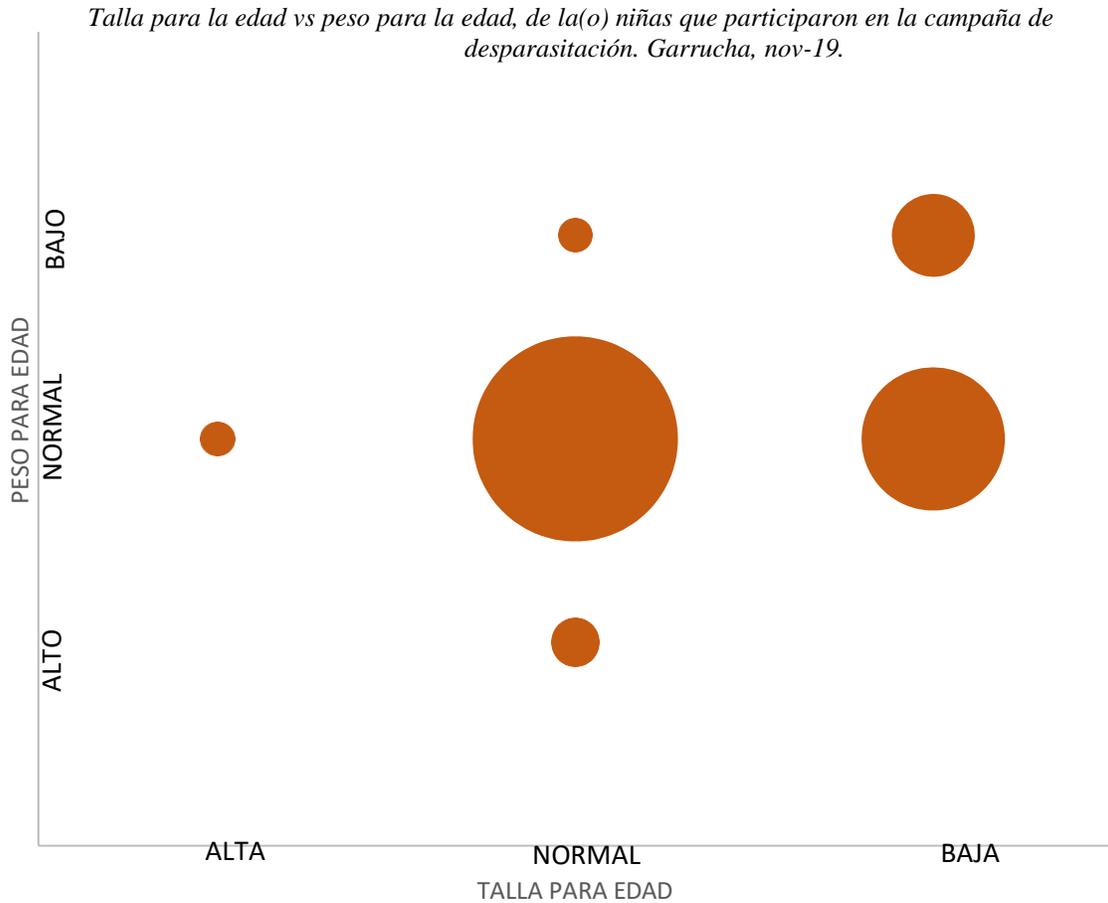
*Campaña de desparasitación y aplicación de flúor, en las niñas y los niños de la Garrucha; nov-19.*



*Gráfica 25. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

En la *Gráfica 25*, se puede observar que la población de niñas de la escuela zapatista que acudieron a la campaña de desparasitación y aplicación de flúor es mayor con el 63% respecto a la de niños. Resultando similar de acuerdo con el sexo, a la gráfica de consultas de las principales patologías por grupo etario, en el apartado de morbilidad.

En el siguiente análisis de acuerdo con la clasificación de la OMS en bajo, normal y alto peso o talla para la edad de las niñas y niños de la Garrucha. Representado en la *Gráfica 26*, el 56.9% de la población se encuentra en peso y talla normal, el 27.6% presentaron peso normal pero talla baja, mientras que en los extremos no hubo menores con peso y talla alta, y el 9.2% de la población presento peso y talla para la edad.



*Gráfica 26. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

En la tabla 15 se aprecia que 56 menores se encontraron con peso para la edad dentro de límites normales, y 7 presentaron peso bajo; paralelo a lo anterior, de acuerdo a la talla se encontraron a 40 menores entre niñas y niños con talla normal y 24 con talla baja (dato esperado de acuerdo a la talla blanco familiar promedio de la región); hechos que reflejan que a pesar de la poca variabilidad y accesibilidad a alimentos nutritivos, la gran mayoría de las y los infantes presentaron en términos generales peso y talla para la edad normales.

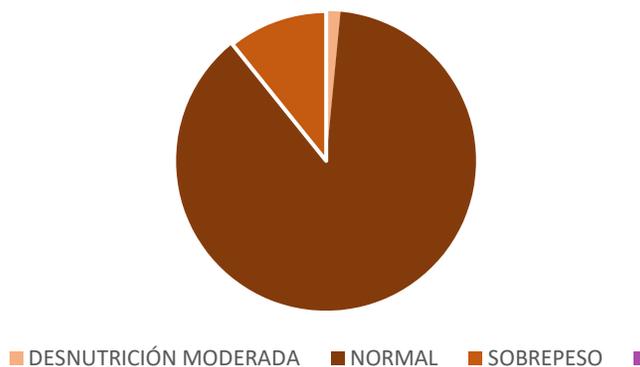
*Tabla 15. Talla para la edad vs peso para la edad en números absolutos de la(o) niñas en que participaron en la campaña de desparasitación en la Garrucha, nov-19.*

		Talla para edad			
		Alto	Normal	Bajo	
Peso para edad	Bajo	0	1	6	7
	Normal	1	37	18	56
	Alto	0	2	0	2
		1	40	24	65

*Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS*

En contraste de acuerdo con la clasificación de la OMS por Índice de Masa Corporal (dividiendo el peso entre la talla al cuadrado) el 88% de la población se encuentra con un IMC normal, 11% en sobrepeso, y 2% en desnutrición moderada, como lo muestra la *Gráfica 27*.

*IMC de la(o)s niñas participantes en la campaña de desparasitación. Garrucha, nov-19.*



*Gráfica 27. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

Al comparar los resultados que arrojan las tablas de talla y peso para la edad nos da la referencia de cómo se encuentra cada infante de acuerdo con estos rubros por separado, mientras que al realizar el IMC (estándar OMS) se contemplan ambos valores dando una idea más clara de cómo está el estado nutricional de la(o)s mismas.

De esta forma 57 de los 65 infantes que participaron en la campaña de desparasitación de nov 2019 en la Garrucha obtuvieron IMC normal, 7 en sobrepeso y 1 en desnutrición leve.

*Tabla 16. Interpretación de IMC en números absolutos de las y los niños de la Garrucha que participaron en la campaña de desparasitación.*

<b>Resultado de IMC</b>	<b>Número de niña(o)s</b>
<i>Desnutrición moderada</i>	1
<i>Normal</i>	57
<i>Sobrepeso</i>	7
<i>Total</i>	65

Fuente: Hoja diaria de consulta MPSS KYVS.

Se esperaba encontrar más infantes con problemas de desnutrición debido a la dieta pobre en nutrientes; sin embargo sólo hubo una pequeña de 7 años con desnutrición moderada y del otro extremo se encontraron 7 infantes entre 5 y 15 años con problemas de sobrepeso, que podría explicarse por el consumo frecuente y la fácil accesibilidad a la comida chatarra.

Las y los niños con desnutrición, sobrepeso, y peso/talla bajos para la edad ingresaron al programa, se les informó su resultado y plan a seguir. En el caso específico de la niña con desnutrición moderada, se comenzó tratamiento con sulfato ferroso y multivitamínicos.

#### 3.4.2.3.1.2 CAMPAÑA DE VACUNACIÓN

En cuando a la campaña de vacunación a población zapatista realizada en el mes de octubre, fuimos invitados la y los promotores de salud y yo por parte del promotor de salud de la Garrucha encargado de esta área, a participar en la aplicación de las siguientes vacunas:

Infantes menores de 1 año: neumocócica conjugada y hepatitis b.

Infantes escolares: SRP, y en niñas de 12 años VPH.

Adultos: influenza.

En total se aplicaron 140 vacunas, de las cuales 110 fueron infantes, y 30 adultos (observación directa).

Para esto, todas las personas llevan un carnet de vacunación donde se registra la vacuna que se aplica, aunque se puede percibir que las personas no saben que vacuna se les aplica, y cuál les hace falta, solo acuden en colectivo al saber que hay vacuna. Las personas que llevan bien el registro son los promotores encargados de esta área quiénes con una libreta van llamando a las personas por su nombre para la aplicación de tal y tal vacuna, generando un orden.

Por otra parte, es sorprendente ver que toda(o)s las infantas se dejan aplicar muy bien la vacuna, vibra transmitida por los adultos; notando una aceptación muy buena hacia esta campaña en particular.

#### 3.4.2.3.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑA Y NIÑO CON ALGUNA PATOLOGÍA.

En este programa se encuentran la(o)s infantes que en la consulta se diagnosticaron con algún padecimiento crónico u agudo que necesitaran tratamiento y seguimiento estricto. Se aprecia en la *Tabla 15* las y los niños que se consideraron en este programa.

Tabla 15. Presentación de las Niñas y niños en programa por alguna patología a lo largo del S.S. feb 19- ene20.

Padecimiento	F	M	Total de casos
Asma	1	1	2
Desnutrición	2	1	3
Peso bajo para la edad	7	3	10
Retraso en el neurodesarrollo	2	-	2
Sobrepeso	6	1	7
Cardiopatía congénita	-	1	1
Total	18	7	25

Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

De estos casos, únicamente se pudieron llevar dos seguimientos: La de una lactante con desnutrición moderada en remisión después de un tratamiento en conjunto con el Hospital San Carlos (véase *Ilustración 20*); y la de un joven de 15 años con una cardiopatía congénita, el cuál fue referido al hospital básico comunitario y subsecuentemente referido al hospital de las culturas en San Cristóbal de las Casas, para su atención por cardiología donde lleva su tratamiento médico.



Ilustración 20. Acompañando al hospital a Lety de 8 meses, por NAC y dificultad respiratoria; Colección personal.

Posteriormente, la(o)s infantes con asma, desnutrición y peso bajo detectados en la consulta, recibieron orientación y tratamiento por su padecimiento, pero no acudieron a un seguimiento.

Mientras que, a las infantas con retraso en el neurodesarrollo sin acudir por ese padecimiento, se abordó el tema y se le realizó una interconsulta a pediatría para recibir valoración y llevar terapia en conjunto, las cuales no volvieron a acudir a la consulta.

En tanto que los casos de bajo peso para la edad y sobrepeso son los que se detectaron en la campaña de desparasitación a final del año.

Por lo que no se puede decir que, en el periodo de servicio social aquí descrito, se haya hecho un seguimiento adecuado.

#### 3.4.2.4 ANÁLISIS

El trato con los niños en particular se me da muy bien, por lo que pensé que sería fácil crear un vínculo de confianza para que acudieran a las consultas; pero el problema fue mayor de lo que esperaba, debido a:

1. Las distancias tan grandes entre las comunidades y lo que involucra.
2. El costo de algunos medicamentos o la falta de una alimentación saludable y rica en nutrientes.
3. Varias de las y los niños que se diagnosticaron con alguna patología no acudían por ese motivo, infiriendo que los padres al verlos “sanos” no le tomaron la debida importancia a pesar de recibir asesoría.
4. Algunos otros al recibir tratamiento con las debidas indicaciones y datos de alarma para acudir a urgencias, dejaron de consultar en seguimiento.

Dichos factores se interpusieron para poder cumplir con algunos de los objetivos y la meta de dar una atención de calidad y accesible a este sector poblacional.

Pese a ello, considero que el trabajo realizado en todos los demás objetivos se llevó a cabo, involucrando la salud a la educación de las y los niños de la Garrucha, en un ambiente amigable, llevando mensajes claros a favor del medio ambiente, y la sana y colectiva convivencia entre esta las y los niños con su entorno.

Por su parte, me hubiera gustado trabajar no sólo con las y los niños de la escuelita zapatista, también con la(o)s que acuden a escuelas afines a la secretaría de educación, para transmitirles la información.

Me quede con más por hacer, después de realizar este análisis me doy cuenta de que hizo falta una charla sobre el plato del buen comer, y que estaría bueno implementar un taller de cocina con los padres de familia y los niños, en los que se den opciones de platos saludables con lo que tienen a la mano habitualmente las familias de estas comunidades.

### 3.4.3 PROGRAMA “SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS”.

#### 3.4.3.1 OBJETIVOS Y METAS

Programa enfocado a la detección y seguimiento de las personas con enfermedades crónicas porque se presentan de un largo periodo, y degenerativas debido a que conlleva un desgaste del organismo. En esta categoría se encuentran: la Diabetes tipo 1 y 2, la Hipertensión arterial sistémica (HAS), Obesidad, entre otras.

Como se comentaba al principio del apartado sobre el seguimiento de programas, estas patologías antes señaladas, se encuentran como las principales causas de morbi-mortalidad a nivel nacional y estatal, de ahí su importancia.

Por ello, los objetivos de este programa son:

- ◆ Hacer frente a la morbi-mortalidad por estos padecimientos en la región.
- ◆ Hacer tamizaje a la población adulta con toma de presión, peso y talla e IMC en toda consulta, además de toma de glucemia cuando los datos clínicos orienten a su diagnóstico.

- ◆ Detectar y tratar de forma oportuna a la población que reciba el diagnóstico, y llevar un seguimiento mensual o bimensual, de acuerdo con sus posibilidades.
- ◆ Referir y dar seguimiento a aquellas personas que necesiten de una atención por especialista o que por falta de insumos no puedan atenderse en la clínica.
- ◆ Informar de forma clara sobre los padecimientos aquí mencionados, creando una relación de confianza con la o el usuario.

Alineados a los anteriores objetivos, se busca la meta de cumplir el derecho a la salud para darle a este sector poblacional fácil acceso, calidad, disponibilidad y aceptabilidad. Contribuyendo a su mejor calidad de vida.

### 3.4.3.2 ACCIONES Y ESTRATEGIAS

#### 3.4.3.2.1 CONSULTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

Para cumplir con este programa, se realizó un tamizaje a toda persona adulta mayor de 18 años de toma de su presión, peso, talla e IMC; también ante la sospecha clínica toma de glucemia. Además, se interrogó a esta población sobre sus antecedentes personales, familiares y hábitos higiénico-dietéticos, con el fin de encontrar factores de riesgo. Además de una exploración integral.

Ya con la detección y diagnóstico de la enfermedad, se levantó un expediente en el que se incluyó una historia clínica completa, estudios paraclínicos complementarios como: glucemia, toma de triglicéridos y colesterol, examen de orina, valoración de la agudeza visual, perímetro abdominal y pruebas de sensibilidad de los miembros inferiores; además de un carnet de citas con los valores de registrados de presión, IMC y glucemia en cada consulta.

#### 3.4.3.2.2 CAPITACIÓN A LOS PROMOTORES DE SALUD GENERAL.

Se realizaron 2 capacitaciones a los promotores de salud general. Cada capacitación tuvo una duración de 4 días, donde se vieron: Signos vitales; semiología, anatomía y fisiología del sistema digestivo, respiratorio y renal; principales enfermedades de estos sistemas con el planteamiento de su diagnóstico clínico y tratamiento; además del cálculo de dosis pediátricas con ejercicios tanto en lo práctico como teórico (Véase *Ilustración 21*).

Se entregaron manuales, a las 94 promotoras y promotores de salud que acudieron a las capacitaciones, realizados en colaboración conjunta con los capacitadores de salud. Catorce de las y los promotores fueron de segundo nivel (quienes tienen más experiencia); y ochenta de primer nivel, de estos últimos las edades iban desde los 8 años hasta los 60 años. Todas y todos los promotores fueron evaluados con un examen teórico de 20 preguntas con opción múltiple, de donde se obtuvieron calificaciones del 1 al 10; siendo el 80% las y los que obtuvieron calificaciones por arriba de 6. Al final, se hizo una retroalimentación a los cursos, de lo que se podía mejorar del curso, para tomarlo en consideración para el siguiente.



*Ilustración 21. Capacitación a promotores de salud general.; Colección personal*

### 3.4.3.3 RESULTADOS

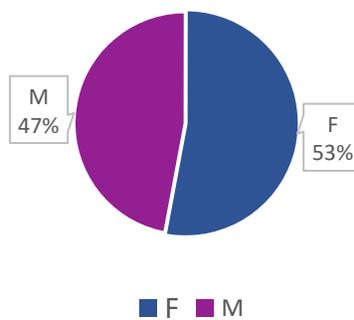
#### 3.4.3.3.1 DIABETES TIPO 2

Durante el año de servicio social, vi un total de 20 personas por este padecimiento, 2 de ellas con diagnóstico subsecuente de diabetes tipo 2 en la clínica por médica(os) en años anteriores, y 18 personas con diagnóstico de primera vez de las cuáles hubo 3 ingresos al programa con seguimiento en el periodo febrero 2019-enero 2020.

De las 5 personas con seguimiento en programa, considero que 4 llevaron un adecuado apego a su tratamiento, siendo 4/5 partes de las personas en programa.

De acuerdo con el sexo, en la *Grafica 28* se puede observar que el 53% de las consultas fueron mujeres y el 47% hombres.

*Personas con Diabetes tipo II por sexo, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.*



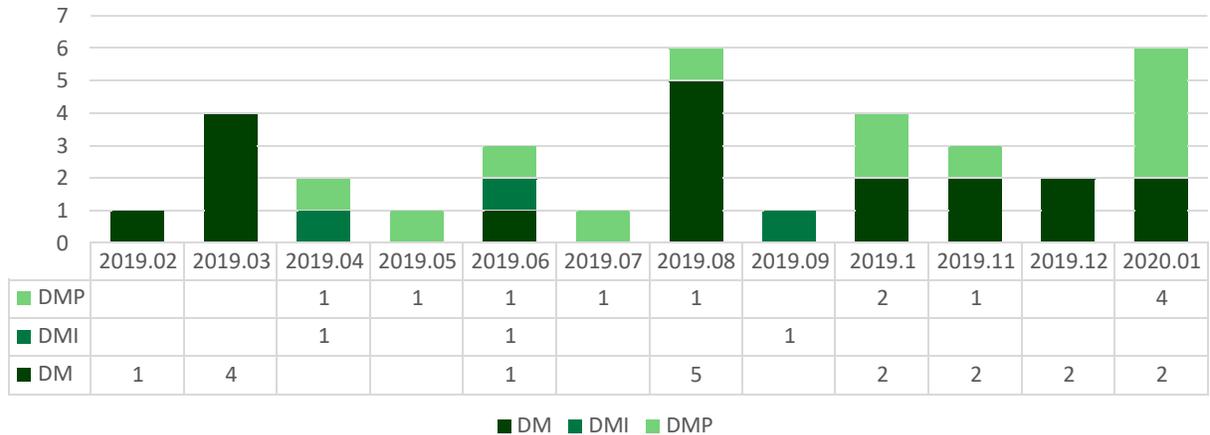
*Gráfica 28. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

En la *Gráfica 29*, se observa la consulta de personas con diabetes por mes y la situación en la que se encuentren respecto al programa (DM los que acuden por primera vez, DMI los que acuden por segunda vez y DMP los que acuden 3 o más veces).

Así, promedio hubo 1 o 2 consultas de programa al mes a partir del tercer mes del servicio social, ya que al principio llegaban las personas como primera vez. También se aprecia que en el mes de diciembre no hubo consultas de programa, pero en el mes de enero hubo 4, lo que podría explicarse por las fiestas decembrina.

Ahora bien, respecto a las consultas de primera vez, es muy variable la cantidad de consultas, donde en 4 meses no se detectó ningún caso, siendo la moda de 2 casos por mes. Referente a este padecimiento (como se mencionó en el apartado de mortalidad del diagnóstico de salud comunitario) hubo 2 decesos por complicaciones de Diabetes. Una mujer de 55 años de la Sultana la cual nunca acudió a la consulta, pero fui enterada por promotores de salud de esa comunidad. Y un hombre de 60 años de Patihuitz, el cuál si acudió a la consulta y se encontraba en programa, aunque no se llevaba un tratamiento adecuado por el abandono de este por decisión propia; el cuál falleció por sepsis a causa de píte diabético. Con él, estuve acudiendo a hacer curación de su píte cuando me enteré de que ya no podía caminar, encontrándome con un píte diabético Wagner III. Mencionando la importancia de acudir a un segundo nivel para el tratamiento farmacológico y la valoración por cirugía, don Manuel decidió no ir; entonces se inició tratamiento farmacológico y curación del miembro todos los días, sin embargo, la afección avanzó hasta convertirse en gangrena, al final privándole la vida.

Consultas dadas por mes a personas con Diabetes tipo II, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.



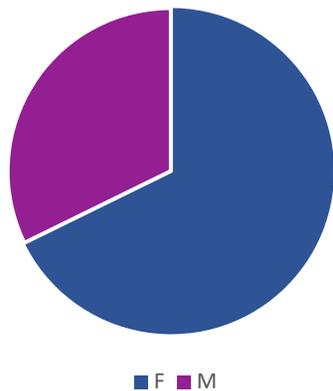
Gráfica 29. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

### 3.4.3.3.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (HAS)

Respecto a personas con hipertensión, durante el servicio social se vieron un total de 22 personas distintas, de las cuales 9 fueron consultas subsecuentes de programa y 13 de quedaron como consultas de primera vez. De las consultas subsecuentes, 4 fueron personas diagnosticadas en años anteriores, y 5 ingresadas en el periodo febrero 2019-enero 2020 de servicio social.

Del rubro de subsecuentes, considero que 4 son las personas que llevaron un buen apego a su tratamiento, correspondiendo al 44.4% de las personas en programa.

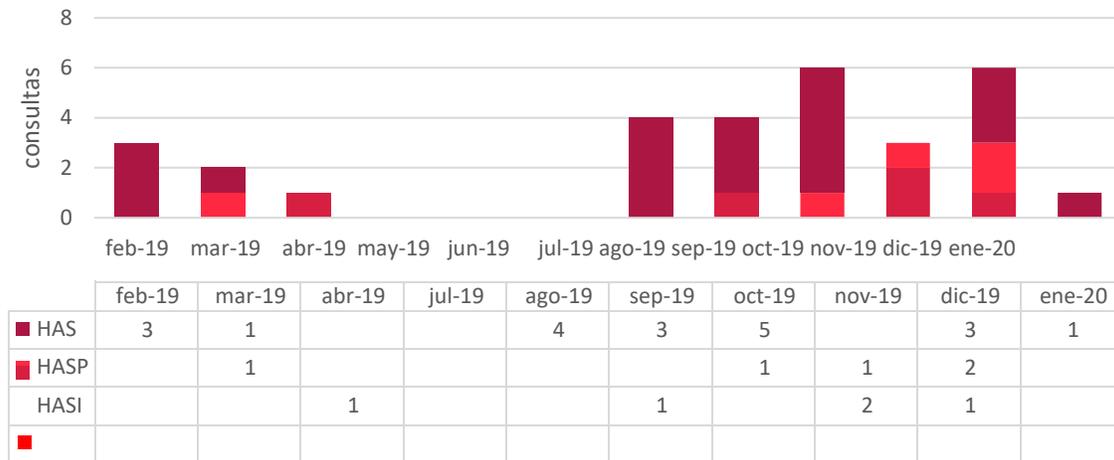
Personas con HAS por sexo, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.



Gráfica 30. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

En la Gráfica 30, se aprecia que 68% fueron mujeres, y el 32% fueron hombres. Comportándose similar a la población por sexo de las personas con Diabetes.

Consultas dadas por mes a personas con HAS, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.



Gráfica 31. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

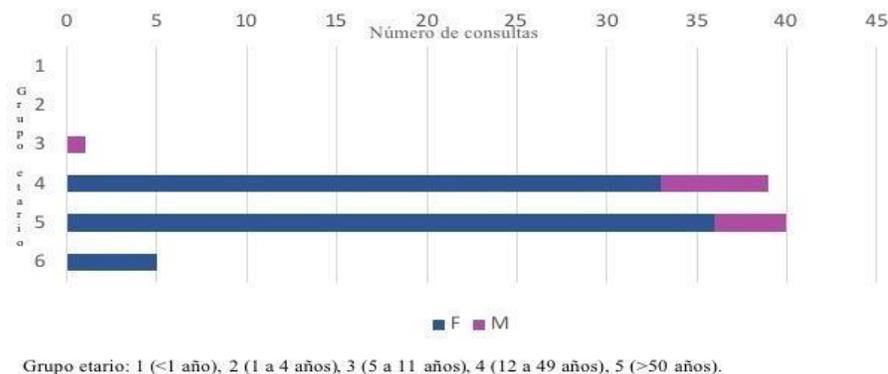
En la Gráfica 31, se muestra el comportamiento de la atención de personas con Hipertensión por mes durante el año, 3 meses no hubo casos de primera vez, mientras que se registró una media de 3 consultas en los meses que sí hubo consulta de primera vez. En cambio, hubo 4 meses en los que no hubo consulta de personas en programa, y la media fue de 1.3 consultas por mes. Mientras que, no se registraron defunciones asociadas con Hipertensión.

### 3.4.3.3 SOBREPESO Y OBESIDAD.

Referente a las personas con Sobrepeso u obesidad; durante el servicio social se vieron 85 personas diferentes. De las que 84 fueron de primera vez y una persona subsecuente con el diagnóstico en la clínica de años anteriores. De las 84 personas que recibieron el diagnóstico sólo 4 ingresaron a programa (todas mujeres), y 2 de ellas acudieron tres o más veces a la consulta, representando la mitad de la población ingresada a programa, con un cambio mínimo pero significativo en su peso.

En la Gráfica 32 se muestra las personas diagnosticadas con sobrepeso u obesidad por sexo y grupo etario, resaltando que las mujeres entre 12 a 49 años fueron el 82% de la consulta total, mientras que los hombres también presentaron en los mismos grupos de edad la mayor incidencia representando el 12% de la población total diagnosticada.

Personas con SyO por sexo y grupo etario a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.

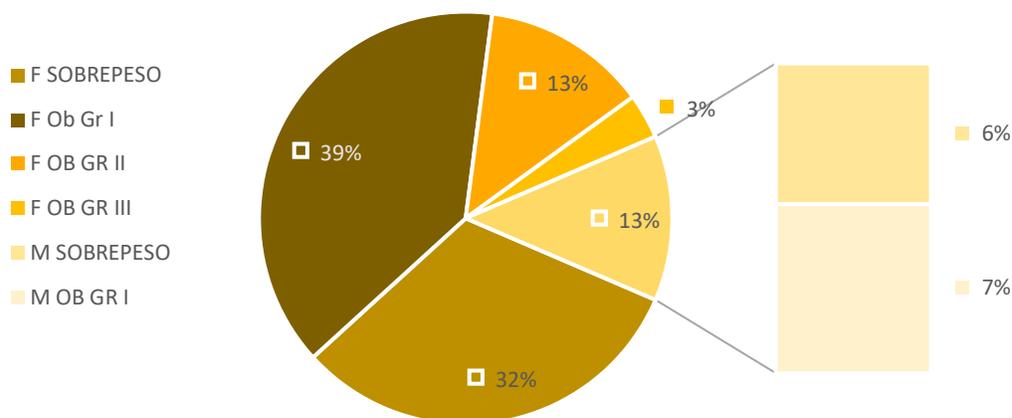


Gráfica 32. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS

Por otro lado, en la *Gráfica 33*, se puede observar la distribución de personas con sobrepeso u obesidad por sexo. En el que se observa, un predominio de mujeres en esta ocasión representando el 84% de este sector poblacional, en cambio el 16% de los diagnósticos fueron hombres.

De las mujeres, el diagnóstico más frecuente fue el de obesidad grado I siendo el 39% de los casos, seguidas por sobrepeso con 32%, obesidad grado II con 12%, en tanto que 3% mujeres presentaron obesidad grado III y 1% obesidad mórbida. En cuanto a los 11 hombres diagnosticados 55% fueron obesidad grado I y 45% sobrepeso.

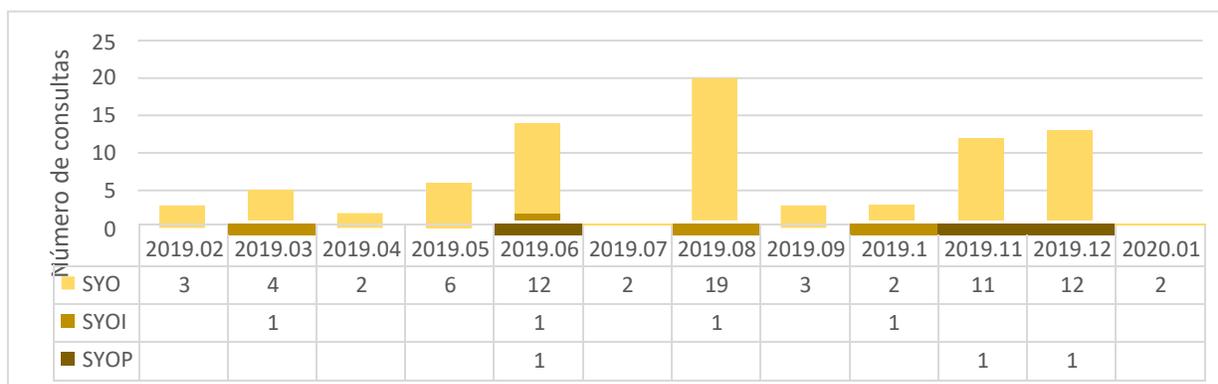
*Personas con sobrepeso u obesidad por sexo a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.*



*Gráfica 33. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

En ambos sexos el rango de edad de las personas fue de 40 a 60 años.

Pero ¿Por qué hay tantas mujeres con sobrepeso y obesidad en estos rangos de edad? Bueno, como se explicó en el apartado de morbilidad, de acuerdo con los datos recabados en las historias clínicas, infiero que se deben al sedentarismo, ya que estas mujeres se dedican en mayor medida al hogar, por lo que salen muy poco a la milpa o recolección de leña, siendo los hombres los que se encuentran con mayor movimiento.



*Gráfica 34. Consultas dadas por mes a personas con SuO, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

Visto por mes, en la *Gráfica 34* se aprecia que la media de personas por mes diagnosticadas por primera vez fue de 6 personas. Mientras que, acudieron en 6 meses diferentes las 4 mujeres del programa.

Para este programa, cabe aclarar que todas son consultas por alguna otra causa; pero al hacer el tamizaje de peso y talla, es que se pudieron detectar y diagnosticar los casos.

En tanto que, al no ser la primera causa por la que la gente acudió a la consulta, asumo que las personas pasan a segundo término la información sobre una buena alimentación, para cambiar su estado nutricional en la consulta de seguimiento, hecho que se refleja en el programa.

#### 3.4.3.4.4 OTROS PADECIMIENTOS CRÓNICO DEGENERATIVOS.

Como parte de este programa, se encuentran personas con padecimientos de hígado y vías biliares, cardiacos, respiratorios, hematológicos, neurológicos, y de los aparatos reproductores.

En total se vieron 18 personas con distintos diagnósticos, de los que 8 fueron referidos a segundo nivel para valoración por especialista y sólo 3 ingresaron a programa, como se muestra en la *Tabla 16*.

*Tabla 16. Personas en programa con otros padecimientos crónico-degenerativos.*

Otros padecimientos crónicos-degenerativos	F	M	Total de casos
Cirrosis Hepática	1	-	1
Insuficiencia Cardíaca Izquierda	1	-	1
Sx de Ovario Poliquístico	1	-	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

De las mujeres que se diagnosticaron, sólo una acudió como consulta subsecuente de otros años visto en la clínica por un Sx de Ovario Poliquístico, quién fue enviada a un segundo nivel para revisión con ginecología, acudiendo a la consulta para seguimiento y monitorización de tratamiento hormonal y por resistencia a la insulina en la clínica. Mientras que, 2 fueron ingresadas al programa (ambas mujeres zapatistas): Manuela de 70 años por diagnóstico de Cirrosis hepática, la cual se solicitó interconsulta para realizar paracentesis e interconsulta con medicina interna, para lo que Manuela y su familia se negaron y decidieron sólo llevar tratamiento con furosemida y plantas, 2 meses después se complicó a insuficiencia hepática causando su defunción. Y Concepciona, de 71 años por diagnóstico de Insuficiencia cardíaca izquierda, la cual desde su diagnóstico se hizo visita domiciliaria en la comunidad de la Sultana cada mes o cada 2 meses, de igual forma se le explicó a la familia que era necesaria la valoración por medicina interna, decidiendo desde un principio no acudir por falta de recursos para trasladarla, iniciando tratamiento médico con diurético e IECA. Cuatro meses más tarde, tras una neumonía adquirida en la comunidad, Concepciona falleció, recibiendo cuidados paliativos previos.

Dos ingresos terminados en defunción, que acabarían con una bonita relación con su familia, y apoyo en el duelo que causaron sus pérdidas.

#### 3.4.3.4 ANÁLISIS

De acuerdo con los objetivos planteados para las personas con padecimientos crónico-degenerativos, me siento insatisfecha por un lado con el resultado, ya que se pudieron hacer muy pocos seguimientos reales de estas patologías, y por el otro gané varias amistades y aprendizaje a raíz de la convivencia con algunas de las pacientes y su familia.

Entiendo que las circunstancias y dificultades que la gente tiene para acudir a la consulta sobrepasa su voluntad, por cuestiones económicas, de tiempo, y de esfuerzo muchas veces físico. En otras ocasiones, las personas deciden llevar un tratamiento con yerberos, hueseros o curanderos, lo cual es muy válido y respetable. En tanto que, otras deciden acudir a la clínica sólo si no ven mejoría con el tratamiento de medicina tradicional.

Ante estos resultados, podría concluir que hace falta mucho trabajo para tener una mayor captación de este sector poblacional en la clínica, y hacer respetar su derecho a la atención oportuna con fácil acceso y por ende de calidad, además de gratuidad. Ya que todas las personas tienen que pagar por su tratamiento sin excepción, lo cual se vuelve caro, al ser tratamientos de cada mes.

En estas personas, influye no solo la desigualdad económica, sino la falta de acceso a los electrodomésticos básicos como un refrigerador para guardar insulina; o la falta de acceso a la canasta básica para una alimentación básica. Viéndose obligados a comer muchos más carbohidratos para sustituir las frutas y verduras, y compensar al estómago; generando malos hábitos. Además, por más lógico que sea, hace falta mayor cobertura de salud en la cañada para que la gente se pueda trasladar en menor tiempo y esfuerzo posible hacia los centros de salud. Todos estos hechos violentan su derecho a la salud.

Estos programas fueron los más complejos para mí durante mi servicio social, por la falta de seguimiento de acuerdo con lo antes mencionado.

Yo propondría, hacer mayor difusión a la población en general de estos padecimientos; de cómo se adquieren, cómo se manifiestan y sus consecuencias, para crear una conciencia y prevención colectiva.

---

#### 3.4.4 PROGRAMA “DETECCIÓN OPORTUNA Y SEGUIMIENTO DE MUJERES CON CÁNCER CERVICOUTERINO”.

Para este programa, se contempló a las mujeres en edad reproductiva que iniciaron su vida sexual activa o mujeres mayores de 21 años, el cuál es de gran impacto ya que es de las principales causas de muerte en la población femenina (de acuerdo con lo comentado al inicio de este apartado).

##### 3.4.4.1 OBJETIVOS Y METAS.

En este programa se planean los siguientes objetivos:

- ◆ Combatir la morbi-mortalidad por cáncer Cervicouterino en la región.
- ◆ Realizar el tamizaje de citología cervical a todas las mujeres en edad reproductiva que hayan iniciado su vida sexual reproductiva.
- ◆ Identificar anomalías en las muestras realizadas, como: Infecciones propias de la flora vaginal, ascus o VPH.
- ◆ Detectar oportunamente presencia de NIC de cualquier grado para su tratamiento.
- ◆ Llevar el seguimiento de las mujeres que anteriormente se realizaron una citología, principalmente de aquellas que tuvieron alguna lesión u anomalía.

- ◆ Hacer un seguimiento estricto de las mujeres con anomalías.
- ◆ Referir a las mujeres que necesiten valoración por ginecología o citología cervical para completar el resultado.

Para este programa, la meta es clara: se buscó reducir la mortalidad por CaCu y combatir la inequidad de género, además de hacer cumplir el derecho a la atención en salud de este sector poblacional, abarcando la mayor población posible.

### 3.4.4.2 ACCIONES Y ESTRATEGIAS

#### 3.4.4.2.1 CAMPAÑAS DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO.

En atención a la mujer, se realizaron citologías cervicales en la consulta. También se realizaron 4 campañas para la prevención del cáncer Cervicouterino y cáncer de mama, ubicados en microcentros estratégicos para que otras comunidades pudieran acceder a él; abarcando las siguientes comunidades por microcentro:

- Campaña en Garrucha (abril,2019): Patihuitz, Libertad, Benito Juárez, Emiliano Zapata y Garrucha.
- Campaña en San Alejandro (mayo, 2019): Galeana, Prado Pacayal, Rancho Alegre, Tierra blanca y San Alejandro.
- Campaña en San Miguel (junio,2019): San Rafael, San Diego, San José, Javier Hernández, Pataté Nuevo, Pataté Viejo y San Miguel.
- Campaña en Sultana (octubre,2019): San Juan, San Luís Potosí y Sultana.

Para las campañas se requirió de mucha organización por parte de las 5 promotoras de salud sexual y reproductiva, y una servidora para ponerlas en marcha.

Con la capacitación de las promotoras de salud sobre:

- Virus del papiloma humano
- Citología Cervical (técnica y material)
- Cáncer Cervicouterino
- Infecciones de transmisión sexual: Cándida, Chlamydia, Sífilis, Gonorrea, VPH (Dx y Tx).
- Infecciones vaginales: Vaginosis bacteriana (Dx y Tx).

Se convocó por radio un mes antes a cada comunidad, invitando a participar tanto mujeres zapatistas como partidistas, en fecha y hora establecida.

El día de la reunión se dio una charla con láminas y modelos hechos con plastilina sobre la salud sexual y reproductiva; el derecho a estar saludables; la importancia de auto explorarse las mamas y la técnica adecuada; qué era y para qué servía una citología cervical; a qué se refiere con el virus de papiloma humano y cómo se contagia; de igual manera se enseñaron los instrumentos que se utilizarían en la toma de la muestra (recalcando su esterilidad) y las indicaciones a seguir para su toma como lo muestra la *Ilustración 23*. Al final de la plática, se entregó un folleto con la información más relevante (véase la *Ilustración 22*).

Para la toma de citología cervical se utilizaron: espejos vaginales metálicos de varios tamaños (sólo en Prado Pacayal se usaron desechables debido a la falta de luz para conectar el esterilizador en la casa de salud); autoclave, espátula de aire, citobrush, portaobjetos, rotulador, fijador de muestras en aerosol, hojas

y cinta para envolver las muestras, formato de llenado, una cama de exploración (a falta de ella, en Sultana y Prado Pacayal se realizó en el borde de una cama de madera), sábanas, lámpara, guantes y cubre bocas.

**Autoexamen de mama.**  
Practícalo sin falta una vez al mes 10 días antes o 10 días después de tu periodo. Si estás en edad menopáusica escoge un día fijo. 4 minutos que pueden salvar toda tu vida.

## CAMPAÑA DE PAPANICOLAU EN SULTANA

### ¡CONIC ESPICIL ANTSETIK!

**¿Qué es el virus del papiloma humano?**

Es la infección de transmisión sexual más frecuente, la cuál se contrae por medio de relaciones sexuales con o sin protección, y el contacto piel con piel de una persona infectada. La mayoría de las personas que están infectadas no lo saben, por que muchas veces no hay molestias ni algo extraño que se observe.

**¿Qué es el cáncer cervicouterino?**

Es una alteración que empieza en el cuello de la matriz, que se puede extender a toda la matriz. causada por una infección por el virus de papiloma humano. Por lo general puede ir avanzando sin tener molestias, de ahí la importancia de realizarse el papanicolau.



**¿Qué es el papanicolau?**

Es un estudio del cuello de la matriz, que se debe realizar a las mujeres para prevenir o encontrar tempranamente alguna alteración que, en el peor de los casos, si no se detectara a tiempo, podría convertirse en cáncer cervicouterino.

**¿Qué mujeres deben hacerse el estudio?**

- ✓ de 21 años en adelante.
- ✓ que tengan relaciones sexuales, con su pareja.
- ✓ que tienen relaciones sexuales antes de los 21 años.
- ✓ que nunca se han realizado ningún papanicolau.
- ✓ que tienen 2 años o más sin realizárselo.

**¿Qué necesito para hacerme el estudio?**

- ❖ no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes.
- ❖ no estar en tratamiento con medicamentos que se pongan dentro de la vagina.
- ❖ no estar menstruando.
- ❖ no lavar su parte íntima ese día.

**¿Cuándo me entregan el resultado, y a dónde tengo que ir a recogerlo?**

El resultado se entrega a partir del 7 de diciembre en la clínica de la mujer de la garrucha. es importante que la mujer a la que se le haga el estudio, debe ir a recoger personalmente su resultado, para cualquier duda.

**¿Qué puedo hacer como prevención?**

- tener relaciones sexuales con el uso de condón.
- realizar su papanicolau cada 2 años, o cada año si se detecta alguna alteración.
- acudir con la promotora de salud o médica(o) ante alguna de estas molestias: sangrado entre cada menstruación; sangrado después de cada relación sexual; sangrado aún cuando ya tiene meses o años que no viene su menstruación, que se acompañe o no de dolor en la parte baja de la panza; dolor al tener relaciones sexuales.

Ilustración 22. Folleto informativo sobre la campaña de citología cervical. Colección personal.

consideró que:

En las campañas se

-Las muestras fueran tomadas en gran parte, por todas las promotoras involucradas en la campaña. Dando la preferencia al aprendizaje de las promotoras con menos experiencia.

-La privacidad de las mujeres en la captura de información y toma de la citología fuera de respetada.

-Las citologías cervicales tuvieran un costo de 60 pesos para mujeres zapatistas y 105 para mujeres partidistas. Información proporcionada en la primera reunión de cada campaña, con un plazo de 3 semanas para recaudar el dinero y realizar la toma. Apoyando con el costo a aquellas mujeres que no tuvieran dinero para realizarse la toma (contemplando a la minoría).

-Mujeres que por algún motivo no cumplieran con una indicación para tomar la citología ese día; quedaba abierta la toma en la clínica de la mujer respetando costos durante los meses de campaña.

En general, la participación de las mujeres fue muy buena en todos los centros de trabajo, en una cultura conservadora, pensé que sería más difícil la aceptación de la campaña, pero gracias a la difusión de la información sobre la importancia del estudio, se pudo realizar sin mayor inconveniente.



Ilustración 23. Preparando la campaña "Prevención de cáncer Cervicouterino. Colección personal.

### 3.4.4.3 RESULTADOS

En total hubo 161 mujeres participantes en las pláticas previas a la toma de citología. De las cuáles 14 no se realizaron el Papanicolaou: una mujer de 60 años por una histerectomía total por causas no cancerígenas, sin factores de riesgo; 7 mujeres más de 80 años; y 6 mujeres que habían realizado su Papanicolaou por medio particular.

Cabe aclarar que, al interrogar a las mujeres, el 71.5% dijeron ser citología subsecuente, del cuál 43.1% eran seguimiento del programa Detección Oportuna de CaCu en la Garrucha realizada 5 años atrás; y 28.4% se habían realizado una citología en las clínicas de la Secretaría de Salud,

sin entrega de los resultados. Contemplando entonces, que el 56.9% eran citologías de primera vez expresado como Doci, como se muestra en la *Gráfica 35*.

En términos generales, previo al periodo febrero 2019 había 313 mujeres registradas en el programa, incrementando a 396 al final de éste (contemplando únicamente a las mujeres de ingreso al programa).

Durante el servicio social se dieron un total de 261 consultas de acuerdo con el programa.

En la *Gráfica 36*, se puede apreciar que de ellas 146 fueron tomas y 115 entregas con tratamiento de acuerdo con resultados.

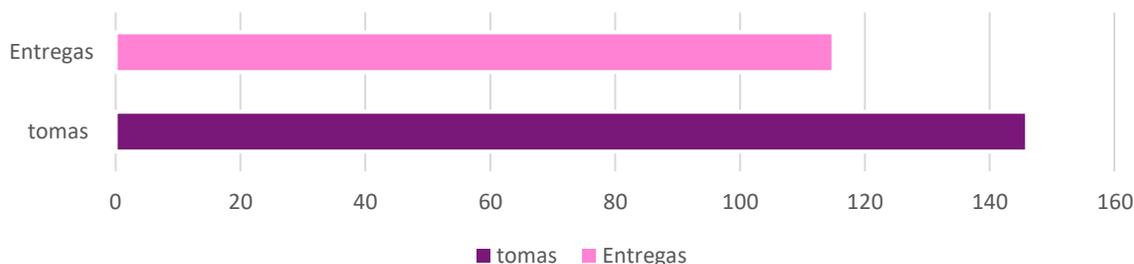
Debido a que la última campaña en Sultana se llevó a cabo en octubre, la llegada de resultados a mediados de diciembre complicó la entrega de resultados por las fechas festivas. Por lo que, se convocó vía radio para que pasaran por su resultado a mediados de enero, llegando un número de mujeres para cuando concluyó mi estancia en la comunidad; resultados que se quedaron archivados en la clínica de la mujer, con el aviso del médico pasante para su entrega a las mujeres restantes.

*Mujeres que ingresaron al programa vs las que fueron seguimiento, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.*



*Gráfica 35. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS*

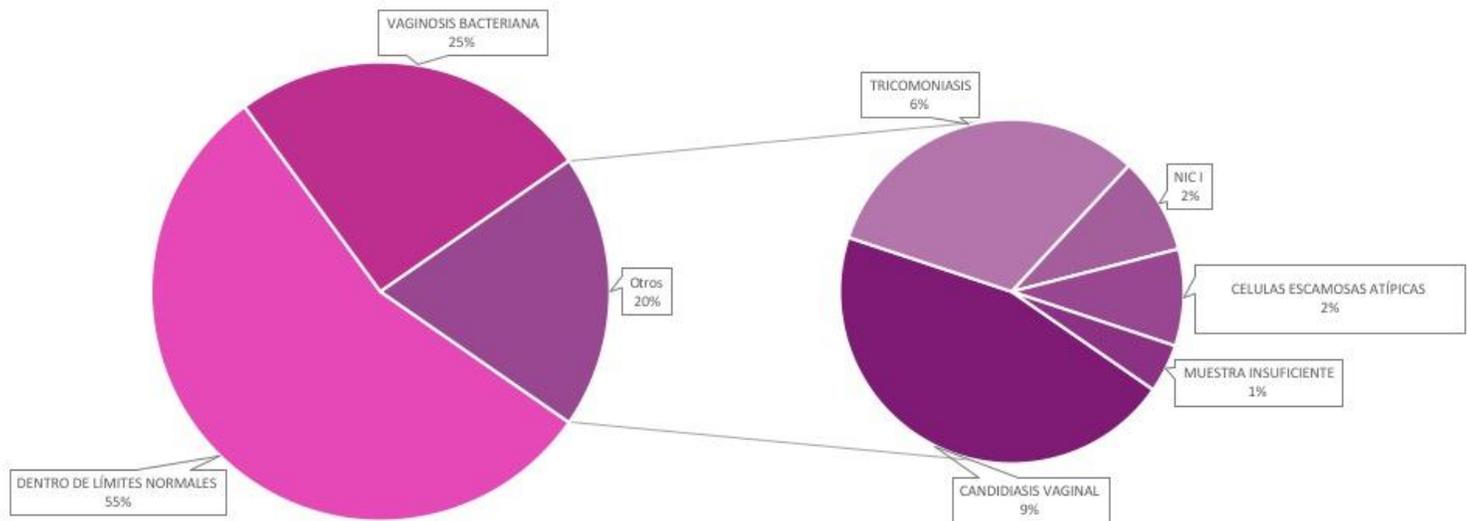
*Número de tomas vs entregas realizadas, durante las campañas de prevención de cáncer Cervicouterino, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.*



*Gráfica 36. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.*

En general, hubo buena respuesta de toma-entrega por las mujeres participantes; de todas formas, ante la presencia de algún resultado anormal con presencia de malignidad, se solicitó a las mujeres acudieran por su resultado, para informar, empezar tratamiento y un seguimiento más estricto.

*Hallazgos registrados en las citologías cervicales, de las campañas de prevención de cáncer Cervicouterino, a lo largo del periodo feb 19- ene 20; en la Garrucha.*



Gráfica 37. Fuente: Hoja diaria de consulta mpss KYVS.

En la Gráfica 37, se muestran los principales hallazgos de las citologías cervicales. El 55% se encontraron dentro de límites normales, considerando en esta clasificación a las mujeres con cambios celulares asociados a inflamación y atrofia. 25% presentó Vaginosis bacteriana y el 6% tricomoniasis, ambas tratadas con óvulos vaginales a base de metronidazol o clindamicina, además de recibir información sobre las medidas higiénicas.

Por otro lado, el 9% presentó candidiasis vaginal para el que se dio tratamiento con Nistatina o ketoconazol óvulos, preguntando por la presencia de síntomas de la pareja sexual para recibir tratamiento en conjunto a nivel sistémico.

Hubo 2 casos con presencia de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), las cuáles recibieron tratamiento con ac. Fólico, vitamina c y tintura de guanábana por 3 meses; con una toma subsecuente posterior con resultados normales.

Así como, 2 casos de NIC I con el mismo tratamiento antes mencionado, agregando toma de colposcopia, mujeres que acompañé a CAM- Palenque (casa de la mujer) para el estudio. Realizando una toma de citología cervical a los 3 meses, sin presencia de malignidad. Solicitando un nuevo Papanicolaou a los 3 meses para llevar seguimiento.

#### 3.4.4.4 ANÁLISIS

De acuerdo con lo planteado para este programa, considero que tanto los objetivos como las metas fueron perseguidas, para contribuir en hacer cumplir el derecho a la salud de las mujeres de la región. Aunque, el trabajo no debe detenerse, en busca de mujeres que no se hayan realizado citologías y el seguimiento de las demás, para poder decir que el programa funciona correctamente.

La campaña se encuentra financiada por SADEC A.C; destinada a la prevención de uno de los cánceres más frecuentes en las mujeres como lo es de CaCu, quitando una barrera sobre la desigualdad por género.

A pesar de que el precio es accesible a mujeres partidistas, no puede ser el mismo que para las mujeres zapatistas, debido a que:

- Las mujeres zapatistas en resistencia no tiene apoyo gubernamental para garantizar su derecho a la salud, mientras que las partidistas sí.
- El servicio de salud es promovido y atendido desde la Organización para las mujeres Zapatistas, con recursos propios.

Lo cual se trató con delicadeza. Fuera ese o no el motivo, las mujeres partidistas tendieron a ser menos participativas en las preguntas y a hacerse a un lado. Lo que se convirtió en un reto, para crear mayor confianza, y el apoyo de un grupo unido.

Para este programa es importante no dejar pasar tanto tiempo entre una campaña y otra, debido a que la presencia de factores de riesgo puede aparecer en corto tiempo.

Por lo que, recomiendo realizar la campaña cada año por 3 años para captar más personas y llevar el seguimiento de las que se encuentran en programa, y luego hacer campañas cada 2 años, siguiendo de forma más estricta a aquellas que así lo requieran.

Además, es importante incluir en las campañas cáncer de mama y la exploración mamaria. En la consulta me funcionó tener un folleto con la forma en que se auto exploran las mamas y explicarlo a las mujeres, los cuáles se pueden imprimir y tomarse 2 minutos para explicar la técnica y cada cuando se tienen que auto explorar.

Por último, como idea abierta propongo realizar talleres en los que se inviten tanto a mujeres como hombres, casada(o)s o no. Y por medio de dinámicas como obras de teatro, hablar sobre los roles de género en la casa, en la vida cotidiana para crear cierta consciencia sobre las actividades que realizan ambas partes y su valor.

En lo personal, me gustó mucho trabajar en esta campaña, fue una experiencia laboral muy comfortable.

---

### **3.4.5 PROGRAMA “DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA”**

#### **3.4.5.1 OBJETIVOS Y METAS**

A través de este programa, se busca detectar y apoyar tanto a mujeres como a hombres que sufren violencia física y verbal, tratando las dolencias del cuerpo, escuchando las del alma y buscando apoyo legal en caso necesario.

Este programa tiene como objetivos:

- ◆ Hacer frente a la morbi-mortalidad por esta causa.
- ◆ Crear una red de apoyo para estas personas.
- ◆ Referir aquellos casos en los que la usuaria o usuario decidan denunciar, con su acompañamiento (de ser posible).
- ◆ Detectar trastornos postraumáticos y tratarlos oportunamente.

Con la meta final de reducir la inequidad de género, ya que es un padecimiento que actualmente se visualiza a gran escala en todos los extractos socioeconómicos.

#### **3.4.5.2 ACCIONES Y ESTRATEGIAS**

Para este programa fue muy importante la confianza que se transmitía por parte del personal de salud hacia él o la usuaria, para poder externar el sentimiento y los hechos.

Estos casos se trataron con especial cuidado y privacidad. Haciendo una Historia Clínica completa, con una exploración física enfocada a secuelas a raíz del maltrato físico.

Con citas cada mes o dos meses para llevar un seguimiento, en el que se procuraba ver a una hora en la que no hubiera mucha gente para poder platicar con un té de pasiflora.

Se invitó a dos mujeres a tiempos de recreación en la clínica, con el fin de despejar sus mentes.

Se acompañó a Adelina (una de las mujeres en programa) al DIF de Ocosingo, para recibir información al querer denunciar. Orientándola a acudir a una institución de ayuda a la mujer de San Cristóbal de las Casas; donde actualmente recibe apoyo legal y psicológico. Misma persona invitada a participar en el encuentro de mujeres realizado en diciembre de 2019 por el EZLN, al cual no le fue posible acudir.

### **3.4.5.3 RESULTADOS**

Durante el periodo febrero-2019 a enero-2020 se registraron 5 personas que acudieron a la consulta por violencia física y emocional con un total de 13 consultas realizadas.

De estas personas, 4 fueron mujeres de quienes el agresor era su cónyuge; y un hombre siendo su hijo el agresor. De todos ellos, tres agresores cometiendo el acto en estado de ebriedad.

Sólo en dos casos se pudo llevar a cabo un seguimiento y una denuncia de los hechos, lo que quiere decir que el 40% recibió un seguimiento y 60% muy probablemente siguen sufriendo las agresiones.

Antes de que entrara al servicio social, no se encontraba nadie como parte de este programa, al término de este, están dos mujeres en programa.

### **3.4.5.4 ANÁLISIS**

Admiro la forma de hacer cumplir la ley revolucionaria de las mujeres zapatistas. Ya que, por un lado, ninguna de las personas que acudió por violencia fue zapatista (parece que tiene mucho que ver la prohibición del consumo de alcohol en ello); y por el otro a la solidaridad entre personas del movimiento, y empatía con los otros movimientos políticos para orientar qué autoridades tienen que hacerse cargo de tal asunto e informarles a dichas personas a cargo.

De acuerdo con los objetivos planteados para este programa, aunque se dio un paso en la detección de casos, falta mucho más seguimiento de las personas diagnosticadas. Para que no se pierdan y dejen de acudir por múltiples factores. También me parece importante sensibilizar al personal de salud que atiende las clínicas sobre estos casos, para que no se minimice este diagnóstico.

Por otra parte, planteo la necesidad de pláticas a la población en general sobre lo que es violencia y las maneras en que se manifiesta; así como la creación de una red de apoyo sobre el tema.

## CONCLUSIÓN

En el periodo Febrero-2019 a enero-2020, se atendieron un total de 2,328 consultas en la clínica autónoma “Jesús de la Buena Esperanza”; donde el 63% fueron mujeres y 37% hombres, con mayor número en edades reproductivas de 12 a 49 años.

La Garrucha y Patihuitz (comunidad aledaña), fueron la población que más frecuentó la consulta; haciendo notar que la accesibilidad se cumple para estas comunidades, mientras que para las demás por más convicción que tengan de acudir, por cuestiones económicas y de tiempo se vuelve poco accesible.

En el contexto de morbilidad, tanto las enfermedades transmisibles ya sea por infecciones respiratorias altas, parásitos, infecciones gastrointestinales, dermatológicas o vaginales; como las enfermedades no transmisibles, se hacen notar entre las más frecuentes, ahí tenemos a las enfermedades gastrointestinales, afecciones osteomioarticulares, obesidad y sobrepeso, y alteraciones menstruales.

Por un lado, las enfermedades infecciosas reflejan malos hábitos higiénicos, falta de acceso a los servicios básicos de calidad, desinformación y falta de interés para mejorar las medidas de higiene; y por el otro, las enfermedades no infecciosas resaltan malos hábitos alimenticios como horas de ayuno prolongadas, consumo mayor de carbohidratos, falta de alimentos nutritivos en la dieta; desigualdad social, ante la falta de un ingreso que satisfaga sus necesidades básicas, hasta un problema de género en el que las mujeres son las que presentan mayor sobrepeso y obesidad.

En otro orden de ideas, enfocado a la atención integral de la población, el Sistema Autónomo de Salud Zapatista de la Garrucha se enfoca en 5 programas para llevar un seguimiento y atención puntual de la población con ciertas características; hablando en páginas anteriores sobre su funcionamiento, actividades realizadas durante el periodo de servicio social, y los resultados obtenidos, analizando su cumplimiento alineado a las metas y objetivos planteados para cada programa.

En términos generales considero que los programas aquí presentados, cumplen con muchos de los objetivos planteados. En efecto, hay bastante trabajo por hacer, sería una mentira decir que funcionan al 100%. Si me preguntaran ¿qué factor consideras que impide el crecimiento de los programas? Diría que es multifactorial, entre:

- La inexperiencia de la(o)s médicas que llegamos a realizar nuestro servicio social respecto al trabajo de salud comunitario; partiendo de una formación en salud enfocada al diagnóstico clínico. Resulta todo un reto personal, a veces sin las herramientas teóricas necesarias sobre el tema, solo guiadas por instinto y entusiasmo por hacer una buena praxis.
- La falta de fácil accesibilidad para una parte importante de la población que acude a las clínicas, por cuestiones de distancias, tiempo, y esfuerzo físico como económico.
- Una cultura arraigada a la medicina tradicional. Ojo no digo que este mal, considero que falta mayor comunicación con las personas que se dedican a estas ramas de la medicina. Para que junta(o)s promotores de salud, pasantes de servicio social y médica(o)s tradicionales puedan diagnosticar y tratar oportunamente a las personas que así lo requieran.
- Falta de información a la población en general, sobre las principales enfermedades que afectan su salud, enfatizando como prevenirlas y sus complicaciones.

Todo lo anterior, nos habla de que la meta principal de garantizar la atención en salud y el derecho de la población, no se cumple del todo.

Por último, queda claro que, en una población con carencias sociales y económicas, la salud como derecho fundamental, no es respetado en la región; donde un sistema de salud diferente ha venido a realizar el trabajo que solo ha quedado en promesas y que no se ha cumplido por el estado mexicano.

## CONCLUSIÓN GENERAL

En la Garrucha se lleva a cabo un gran trabajo, empezando por romper el paradigma del sistema de salud mexicano regido por instituciones gubernamentales para emprender la búsqueda de un sistema de salud que cumpla las necesidades de la población y sea de calidad, accesibilidad, en la medida de lo posible gratuita, y con trato digno.

Sistema que no se centra en la medicina occidental; el trabajo es multidisciplinario siendo la figura de la o el médico una parte, en conjunto con la partera, hierbera(o), huesera(o) y curandera(o). Aunque falta mucho trabajo por realizar para tener un modelo de salud ideal, el sistema de salud autónomo planteado por el EZLN, es un buen ejemplo de que a pasos pequeños se logran cosas gigantes, como la atención en salud de las personas que habitan esta región, quienes unas más lejos que otras tienen acceso a la consulta y seguimiento en su idioma; un lugar donde acudir en caso de urgencia, y el apoyo para trasladarla cuando sobrepase los límites de la clínica.

Todas estas personas me enseñaron que, aunque dicho esta la violación a su derecho a la salud; el rumbo del destino lo llevan en sus manos. Ellos decidieron formar una organización política, reunirse como etnias y ponerse de acuerdo para apoyarse entre ellos. Admiro su coraje, valentía e inconformidad. No me imagino esta cañada sin la “Ramona” o la clínica de “Jesús de la Buena Esperanza”, instancias de salud que aportan en buena medida lo que el sistema de salud mexicano no hace. Gracias a que se juntaron para decir ¡Ya basta! Han logrado mantenerse firmes a sus ideales, y que organizaciones internacionales y nacionales no gubernamentales los apoyen en su lucha.

Entre toda la información revisaba sobre el derecho a la salud y sus componentes multifactoriales, seguridad social y el sistema de salud mexicano, me di cuenta la falta de reconstrucción y un nuevo planteamiento, enfocado en las personas más necesitadas para hacer cumplir su derecho a la salud sin discriminación.

Un sistema de salud, con perspectiva de género y enfoque intercultural, en el que las mujeres embarazadas puedan recibir una atención de calidad, donde la violencia obstétrica no tenga cavida, se reduzca la mortalidad materno-infantil, y se tenga como punto central a la mujer gestante.

Un sistema de salud, en el que las y los niños crezcan sanos, reforzados con su esquema de vacunación en tiempo y forma, y con la alimentación de calidad, necesaria para su desarrollo.

Un sistema de salud, donde se tenga al alcance de todas y todos, clínicas de primer nivel de atención cercanas a su domicilio, así como el acceso sin mayor distanciamiento a especialistas para la atención de enfermedades específicas.

Un sistema de salud en el que combatir las principales morbimortalidades que afectan a la población, desde un enfoque preventivo sea lo primordial, realizando campañas que abarquen todo el territorio nacional.

Un sistema de salud que sea multidisciplinario, en el que el primer nivel de atención no solo abarque medicina familiar y odontología, sino que se integre un equipo de nutrición y psicología en todas las clínicas de salud y en todos los rincones del país.

Necesitamos una consciencia social, donde tengamos puntos de vista distintos, y seamos respetados por ello; sin señalarse(o)s y mucho menos castigada(o)s, y donde se practique la equidad social.

Así como, nunca terminó mi proceso de adaptación, nunca terminé de sorprenderse.

Mis 5 sentidos se mantuvieron activos:

A raíz de mirar un campo visual de otra magnitud, mi visión fue más nítida; pude observar todos los colores que se me presentaban, e identificar entre ellas: la igualdad, equidad, interculturalidad, realidad, autonomía, respeto, tradición, humanismo, justicia, humildad, solidaridad, altruismo, amistad, alegría, empatía y admiración.

Reconocí los olores del café, maíz, flores y plantas, el olor de la lluvia y la tierra mojada.

Deguste lo salado de las hormigas chicantanas, lo ácido de la hierba mora cuando se le pone limón, lo dulce de un mole recién hecho, un atole agrio que no tiene nada de agrio, y lo umami tanto en chumil wuaj (tortilla de calabaza), como en la hospitalidad de su gente.

Mis oídos escucharon historias de vida que mueven el alma.

Mi corazón se ensancho y con ello la sensibilidad aumentó; me causo mucho dolor e impotencia ver por mi cuenta la discriminación y desigualdad social que existe hacia esta región del país y en general hacia los pueblos originarios; me provocó coraje pensar que la gente que vivimos en zonas urbanas, no valoramos las facilidades que tenemos; y me sorprendió observar cómo estas personas a pesar de estar en alta marginación social andan muy sonrientes, se arreglan muy guapas y guapos todos, son personas honradas, no añoran una vida urbana, aman el lugar donde viven y lo que hacen.

Gracias a esta experiencia, mi visión sobre la medicina se amplió, de una medicina clínica a una humanizada. Entendiendo que la salud de una persona está compuesta por múltiples factores como: la cultura, educación, religión, hábitos alimenticios, nivel socioeconómico, vivienda, servicios básicos, costumbres, entorno familiar, y hasta creencias políticas.

Ahora, veo a la medicina de forma integral, para tratar a las personas que se enferman, y no sólo ver enfermedades.

Por último, creo firmemente que nada en el universo es casualidad; pero sí creo que, este año vivido en algún rincón de las montañas del sureste mexicano, es la causalidad que me llevara a no quedarme cruzada de brazos. Una mujer que no ignora la realidad social, no se olvida de las personas que tienen alguna carencia social, actúa con la sabiduría que ha adquirido para servir a las personas que más lo necesitan y es agradecida.

¡K'ax wokola'wal, Garrucha ta'cotan! (Muchas gracias, Garrucha de mi corazón)

- <sup>1</sup> Gómez A. (2004). Médicos y pacientes: ¿Fe o suspicacia?, Rev. Med. IMSS, 42, pp 1-3.
- <sup>2</sup> Patiño J.F. (2016). La tecnología afecta la relación médico-paciente. Cirugía y Cirujanos, 84, pp 80-87.
- <sup>3</sup> Gómez M. (2004). Tzeltales. Pueblos Indígenas del México Contemporáneo. Recuperado en marzo 2020 de <http://www.cdi.gob.mx/>.
- <sup>4</sup> Escalón J.L. (2012). Perspectivas etnográficas en Chiapas, México, desde una antropología del poder. Revista Mexicana de Sociología, 74 (4) pp 533-560.
- <sup>5</sup> Arbesú M.I. (2009). Lecturas Básicas I: El sistema modular, la UAM- Xochimilco y la universidad pública. Ciudad de México, México. Universidad Autónoma Metropolitana.
- <sup>6</sup> Cortez C. (2006). Programa de Investigación Interdisciplinario: Desarrollo Humano en Chiapas, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), México. Financiamiento de la educación superior en América Latina. pp 71-273.
- <sup>7</sup> salud y Desarrollo Comunitario A.C. Recuperado en Marzo 2020 de <http://www.sadec.org.mx/>.
- <sup>8</sup> Cáceres E. (2000). ¿Qué es el derecho? Iniciación a una concepción lingüística. México. Universidad Nacional Autónoma de México. pp 35-40.
- <sup>9</sup> organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. Recuperado en Abril 2020 de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.
- <sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud. OMS antecedentes. Recuperado en abril 2020 de <https://www.who.int/es/about>.
- <sup>11</sup> Instituto Nacional de Salud Pública. El ABC de los Determinantes Sociales de la Salud. México. SSH-Net. pp 1-4.
- <sup>12</sup> comisión Nacional de los Derechos Humanos (2012). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo. México D.F. CNDH. pp 5-14.
- <sup>13</sup> Lugo M.E. (2015) El derecho a la salud en México. problemas de su fundación. México. CNDH. pp 12-18.
- <sup>14</sup> cámara de Diputados H. Congreso de Unión. Ley General de Salud. Recuperado en abril 2020 de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>.
- <sup>15</sup> decreto por El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (enero, 2020). Ley General de Salud. México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. pp 3-52.
- <sup>16</sup> OCDE (2019). El Gasto público social es alto en muchos países de la OCDE. Social Expenditure Update.p2.
- <sup>17</sup> INEGI (2013). Conociendo Chiapas. México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. pp.4-36.
- <sup>18</sup> Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México (2010). Ocosingo. Recuperado en Mayo 2020 de: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07059a.html>.
- <sup>19</sup> SEDESOL (2010). Unidad de Microrregiones. Cédulas de Información Municipal. Recuperado en Junio 2020 de: <http://www.microrregiones.gob.mx/zap/datGenerales.aspx?entra=nacion&ent=07&mun=059>.

- <sup>20</sup> INEGI (2017). Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017. México. Instituto de Estadística y Geografía. México. p 21.
- <sup>21</sup> INPI (2019). Atlas de los pueblos indígenas de México. Recuperado en junio 2020 de: [http://atlas.inpi.gob.mx/?page\\_id=2480](http://atlas.inpi.gob.mx/?page_id=2480).
- <sup>22</sup> SEDESOL. Catálogo de localidades. Unidad de microrregiones. Recuperado en junio 2020 de: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=070590586>.
- <sup>23</sup> ENDUTIH (2019). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares. INEGI. Recuperado en junio 2020 de: <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2019/default.html#Microdatos>
- <sup>24</sup> INEGI (2011). Vías de comunicación. Red Nacional de Caminos modelada. Recuperado en junio 2020 de: <https://www.inegi.org.mx/temas/viascomunicacion/default.html#Descargas>.
- <sup>25</sup> Hernández S; Lelis M; Islas V; Torres G; Alonso M (2009). Movilidad regional en Chiapas, información básica para la planeación del transporte. México. Secretaria de Comunicaciones y transportes. pp 20-26.
- <sup>26</sup> INEGI (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015 Estados Unidos Mexicanos. México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. pp 11-132.
- <sup>27</sup> Lagunas L.E. (2015). Reporte de Servicio social: Condiciones De Pobreza Malnutrición Y Otros Daños A La Salud. La Garrucha, Ocosingo, Chiapas. Universidad Autónoma Metropolitana. pp. 39, 45, 55.
- <sup>28</sup> Sistema de Información de la Secretaría de Salud. (2019) Nacimientos por entidad federativa (residencia de la madre). DGIS. Recuperado en junio 2020 de: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>.
- <sup>29</sup> INEGI (2018). Conjunto de datos: Mortalidad general. Instituto de Estadística y Geografía. Recuperado en Junio de 2020 de: [https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=).
- <sup>30</sup> INSP (2019). ¿De qué mueren los mexicanos? Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado en Junio 2020 de [https://www.insp.mx/avisos/5111-dia-muertosmexicanos.html#:~:text=La%20mayor%C3%Ada%20de%20las%20causas,%25%20y%20accidentes%20\(5.2%25\)](https://www.insp.mx/avisos/5111-dia-muertosmexicanos.html#:~:text=La%20mayor%C3%Ada%20de%20las%20causas,%25%20y%20accidentes%20(5.2%25).).
- <sup>31</sup> Secretaría de Salud (2020). Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas. Recuperado en junio 2020 de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2019>.
- <sup>32</sup> Coordinación General de Planeación y Evaluación (2015). Indicadores socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México, 2015. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. pp. 12-19.
- <sup>33</sup> Subsecretaría de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional (2018). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2018. SEDESOL. Chiapas. pp.1-5.
- <sup>34</sup> CONAGUA (2018). Estadísticas del Agua en México. México. Gobierno de la República. Edición 2018. pp. 72-132.
- <sup>35</sup> SEMANART (2012). Situación del Subsector Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento. México. Vivir Mejor. Edición 2012. México. p 30.
- <sup>36</sup> Sistema Nacional de Información Ambiental y de Recursos Naturales. Informe de la Situación del Medio Ambiente en México. pp 431-463.
- <sup>37</sup> Secretaria de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2012). Informe de la Situación del Medio Ambiente en México. Compendio de Estadísticas Ambientales. Recuperado en junio 2020 de: [https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/informe\\_12/07\\_residuos/cap7\\_1.html](https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/informe_12/07_residuos/cap7_1.html).

- <sup>38</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Agosto, 2019). La pobreza en la población indígena de México, 2008-2018. CONEVAL. México.
- <sup>39</sup> Cruzada Nacional Contra el Hambre (2016). Informe de Avance de Gestión Financiera. CNCH. pp 199-206.
- <sup>40</sup> Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural. Canasta Básica de Alimentos. Recuperado en junio 2020 de: <https://www.gob.mx/canastabasica>.
- <sup>41</sup> ENESS (2017). Principales resultados, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2017. México. INEGI INFORMA.
- <sup>42</sup> La Crónica Diaria (2012). Calderón inaugura Hospital Básico Comunitario y Clínica de la mujer en Chiapas. Recuperado en Junio 2020 de: <http://www.cronica.com.mx/notas/2012/644053.html>.
- <sup>43</sup> Presidencia de la República (2019). Diálogo con la Comunidad del Hospital Rural de Ocosingo. Recuperado en Junio de 2020 de: <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/dialogo-con-la-comunidad-del-hospital-rural-ocosingo>
- <sup>44</sup> Daguette F; Martínez C; Rojas E. (2013). La Salud detrás de una capucha rebelde que resiste. Descripción del Sistema de Salud Autónomo Zapatista y su relación con los conceptos de Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. pp. 3-13.
- <sup>45</sup> Heredia J. (2007). Salud y Autonomía: el caso Chiapas. Red de Conocimientos de Sistemas de Salud, Comisión de los determinantes sociales de la salud OMS. pp3-10.
- <sup>46</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Conociendo Chiapas, Octava edición. México. INEGI. pp. 8-10.
- <sup>47</sup> INEGI Sistemas de Cuentas Nacionales de México. Por actividad económica. Recuperado en Julio 2020 de: [https://www.inegi.org.mx/temas/pib/default.html#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/pib/default.html#Informacion_general).
- <sup>48</sup> CONASAMI (2020). Salarios Mínimos, vigentes a partir del 1º de enero del año 2020. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. p 2.
- <sup>49</sup> Secretaría de Bienestar (2019). Programa Sembrando Vida. Gobierno de México. Consultado en Julio 2020 de: <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/programa-sembrando-vida>.
- <sup>50</sup> CONEVAL InfoPobreza (2020). Línea de Pobreza por Ingresos. Ciudad de México. Recuperado en Julio 2020 de: [http://sistemas.coneval.org.mx/InfoPobreza/Page\\_s/wfrLineaBienestar?pAnioInicio=2016&pTipoIndicador=0](http://sistemas.coneval.org.mx/InfoPobreza/Page_s/wfrLineaBienestar?pAnioInicio=2016&pTipoIndicador=0).
- <sup>51</sup> El Despertador Mexicano, Órgano Informativo del EZLN (1 de enero de 1994). Editorial de El Despertador Mexicano. México. Recuperado en Julio 2020 de: <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/1993/12/31/editorial-de-el-despertador-mexicano/>.
- <sup>52</sup> Comandancia General del EZLN (1993). Primera declaración de la selva lacandona. Recuperado en Julio 2020 de: <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/1994/01/01/primera-declaracion-de-la-selva-lacandona/>.
- <sup>53</sup> Comité de asesores del EZLN (15 de febrero de 1996). El Diálogo de San Andrés y los Derechos y Cultura Indígena. Punto y Seguido. Recuperado en Julio 2020 de: <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/1996/02/15/el-dialogo-de-san-andres-y-los-derechos-y-cultura-indigena-punto-y-seguido/>.
- <sup>54</sup> CCRI-CG del EZLN (19 de diciembre de 1994). Creación de Municipios Autónomos. Recuperado en Julio 2020 de: <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/1994/12/19/creacion-de-municipios-autonomos/>.
- <sup>55</sup> Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (17 de Agosto de 2019). Comunicado del CCRI-CG del EZLN. Y ROMPIMOS EL CERCO.

Recuperado en Julio 2020 de: <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/2019/08/17/comunicado-del-ccri-cg-del-ezln-y-rompimos-el-cerco-subcomandante-insurgente-moises/>.

<sup>56</sup> Congreso Nacional Indígena (2017). ¿Qué es el CNI? Recuperado en Julio 2020 de: <https://www.congresonacionalindigena.org/que-es-el-cni/>

<sup>57</sup> Concejo Indígena de Gobierno. CIG. Congreso Nacional Indigenista, ¡Nunca más un México sin nosotros! Recuperado en Julio 2020 de: <https://www.congresonacionalindigena.org/concejo-indigena-de-gobierno/>.

<sup>58</sup> Centro de documentación sobre Zapatismo. Leyes Revolucionarias. CEDOZ. Recuperado en Julio 2020 de: <https://www.cedoz.org/site/content.php?doc=1044&cat=74#6>.

<sup>59</sup> Registro Agrario Nacional (2018). ¿Qué son las Sociedades Rurales? Gobierno de México. Recuperado en Julio 2020 de: <https://www.gob.mx/ran/articulos/que-son-las-sociedades-rurales>.

<sup>60</sup> Secretaría de Bienestar -Archivo- (2015-2019). Acciones y Programas. Gobierno de México. Recuperado en Julio 2020 de: [https://www.gob.mx/bienestar/archivo/acciones\\_y\\_programas?order=DESC&page=1](https://www.gob.mx/bienestar/archivo/acciones_y_programas?order=DESC&page=1).

<sup>61</sup> INEGI, Censos y Conteos de Población y Vivienda (2010). Lengua Indígena. Recuperado en Julio 2020 de: [https://www.inegi.org.mx/temas/lengua/default.html#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/lengua/default.html#Informacion_general).

<sup>62</sup> CDI (2019). Atlas de los Pueblos Indígenas de México, mapa interactivo. Recuperado en Julio 2020 de: [http://atlas.inpi.gob.mx/?page\\_id=2842](http://atlas.inpi.gob.mx/?page_id=2842).

<sup>63</sup> INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda (2010). Estructura porcentual de la población que profesa alguna religión por tipo de religión. Recuperado en Julio 2020 de: <https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>.

<sup>64</sup> Nory S. (2013). Las políticas de Salud del Banco Mundial. Costa Rica. Revista de Ciencias Sociales. 6(142) pp 77-80.

<sup>65</sup> Banco Mundial (2019). Poner fin a la pobreza, invertir para generar oportunidades -Informe Anual 2019-. Washington D.C. pp 43-51.

<sup>66</sup> Banco Mundial BIRF-AIF (2018). Entendiendo a la pobreza. Recuperado en mayo 2020 de: <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview>.

<sup>67</sup> OIT (2017-2019). Informe Mundial sobre la Protección Social. Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo. pp 2-11.

<sup>68</sup> Asa C.L. (2010). Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. Distrito Federal. Centro de Análisis y Estudios sobre Seguridad Social. pp. 2796-2803.

<sup>69</sup> Reyes H; Dreser A; Arredondo A; Bautista S; Ávila L. (2019). Ensayo: Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. Cuernavaca, Morelos, México. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. pp. 686-6

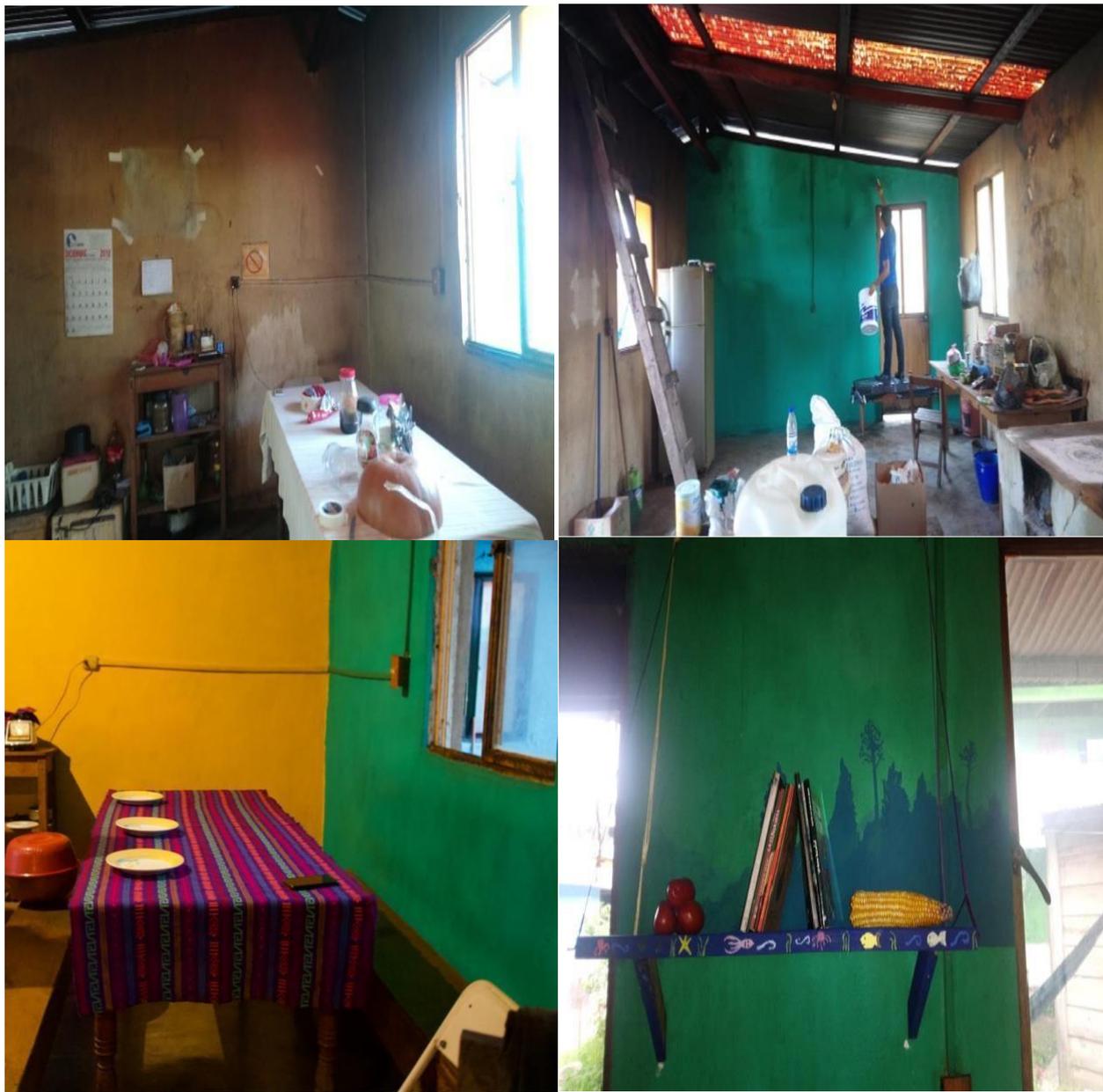
## ANEXOS FOTOGRÁFICOS.

### Mural “Parir en libertad, nacer a la autonomía”.



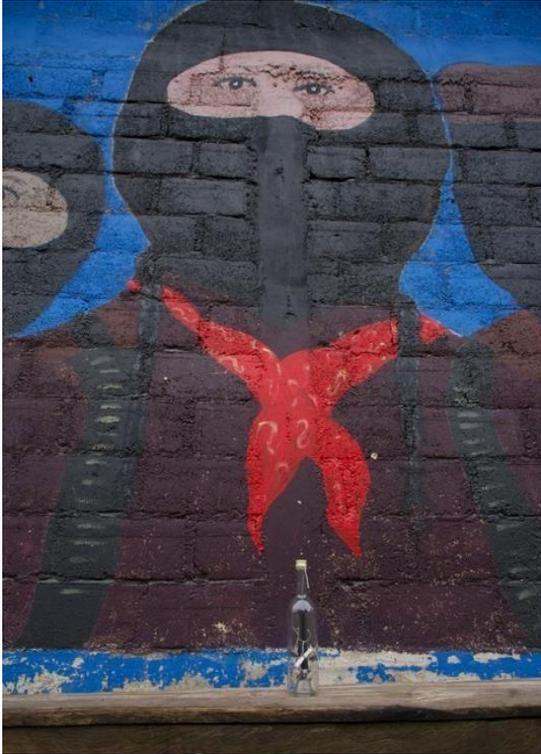
Marzo 2019. Hecho en la sala de partos de la Clínica de las mujeres “Comandanta Ramona”, por promotora(e)s de salud (Julita, Silverio, Gerardo); voluntaria(o)s (Pilar, Belén y Alberto); y la pasante en turno.

## Remodelación de cocina de la Clínica “Jesús de la buena esperanza”.



*Mayo, junio y septiembre 2019. Con la participación de los promotores de salud Silverio y Gerardo, las voluntarias Alba y Sami y la pasante en turno.*

## Actividades previas a la fiesta decembrina en la Garrucha



*Diciembre 2019. Búsqueda de un tesoro escondido en cualquier parte del caracol de la Garrucha; seguimiento d e instrucciones escritas en el tesoro escondido (con ayuda de los promotores de educación): Recolección de la basura del caracol, elaboración de cuentos, y murales por equipos.*

## Elaboración de piñatas con material reciclado.



*Diciembre 2019. Material recolectado por las y los niños de la Garrucha. Hechas en colaboración de Adelina (mujer del programa víctimas de violencia) y su hijo; promotores de salud Silverio y Gerardo; voluntaria Jime; y la pasante en turno.*

**Fiesta decembrina para las y los niños de la Garrucha, diciembre 2019.**



*Exposición de cuentos y murales por las y los niños de la Garrucha.*



*Partida de dos piñatas; entregadas por doña Julia (partera de la comunidad), y don Mariano (abuelito de niñas y niños que van a la escuelita zapatista, quien tiene su casa dentro del caracol) a las y los niños de la Garrucha.*



*Caritas alegres al momento en que la piñata se rompió.*



*Niñas y niños de la Garrucha recibiendo dulces y ponche, en fiesta decembrina.*

**Convivencia con personas de las comunidades.**



*Doña Julia, partera de la Garrucha.*



*Familia de la promotora de Salud Mary, después de los XV años de su sobrino, en la comunidad de San Rafael.*



*Familia de la finada doña Concepciona (del programa Otras enfermedades crónico-degenerativas), en la Sultana.*



*Baile con los músicos de la Garrucha.*



Enero 2020. Festejo por la sentada del niño Dios en tierra recuperada "Javier Hernández". Preparación de tamales, mole y atole agrio.

**Promotora(e)s de salud y voluntaria(o)s**



*Julita y Pilar desgranando maíz para los pollos de la clínica.*



*Despedida y bienvenida de Pilar y Alberto, respectivamente.*



*Blanca, con el vestido tzeltal de la promotora de salud Elsa.*



*Leire y la experiencia de la nauyaca en el cuarto de las voluntarias.*



*Alba y Silverio en la redila de la JBG, mientras esperábamos ir a la comunidad de San Miguel, para la campaña de citología cervical.*



*Sami en vestido tzeltal.*



*Mary, Sandi, Gerardo, Silverio, Sami, Gerson, Miguel y Karla; en el techo de la clínica de la Garrucha.*



*Jime, con las y los niños de la Garrucha.*



*Mary, Mica, Gerardo, Silverio, Jime, Gerson y Karla; en la tienda colectiva de la clínica.*



*En la sultana, después de la plática informativa sobre la campaña de prevención del Cáncer Cervicouterino; tomada por Gerson.*

**Llegue con muchas incógnitas y miedos internos  
Me voy como muchos, persiguiendo sus sueños  
Sin olvidar lo vivido en esta tierra  
Tomaré partida de mi contienda  
Segura estoy que volveré  
Pero con nuevas cosas que ofrecer.**